

**Intensivierung der Nachsorge während der Reintegration von
Kindern und Jugendlichen nach psychiatrischen Klinikaufenthalten**

Dissertation

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Eberhard Karls Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
M.Sc. Marlene von Fraunberg (geb. Finkbeiner)
aus Tübingen

Tübingen
2023

Gedruckt mit Genehmigung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen.

Tag der mündlichen Qualifikation:	27.02.2025
Dekan:	Prof. Dr. Thilo Stehle
1. Berichterstatter/-in:	Prof. Dr. Caterina Gawrilow
2. Berichterstatter/-in:	Prof. Dr. Tobias Renner
3. Berichterstatter/-in:	Prof. Dr. Silvia Schneider

DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt *Prof. Dr. Caterina Gawrilow* und *Prof. Dr. Tobias Renner*, die mein Interesse für dieses wichtige Thema geweckt und mir die Möglichkeit zur Promotion gegeben haben. Auch danke ich Ihnen für ihr stetes Vertrauen, ihre Förderung und die Gestaltungsspielräume im Projekt sowie den wertvollen Input zu dieser Arbeit.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei meinen Kolleginnen und Kollegen im Projekt, insbesondere bei *Dr. Johanna Schmid* und *Dr. Jan Kühnhausen*, die sich für meine Fragen stets geduldig Zeit genommen haben und mit denen ich mich beständig zu meiner Arbeit und zum Projekt austauschen konnte, bei *Dr. Ute Dürrwächter*, die mir immer warmherzig zur Seite stand und das Projekt mit vielen guten Ideen auch in der Zusammenarbeit mit den Therapiestationen der Klinik unterstützt hat, und bei *Prof. Dr. Annette Conzelmann* für ihre hilfreichen fachlichen Anregungen sowie ihr ermutigendes und bestärkendes Feedback in schwierigen Momenten. Und nicht zuletzt möchte ich mich bei unseren *wissenschaftlichen Hilfskräften* bedanken, die während der ganzen Projektdauer mit viel Engagement und Zuverlässigkeit mitgewirkt haben und ohne die das Projekt nicht hätte durchgeführt werden können.

Ich danke zudem der *Landesgraduiertenförderung* für das großzügige Promotionsstipendium, das diese Arbeit mit ermöglicht hat, der *Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (Stiftung-KJPP)* für den Förderpreis 2022 für das Projekt DigiPuR und dem *Zentrum für Medienkompetenz (ZFM)* der Universität Tübingen für Ton- und Videoaufnahmen im Rahmen des Projekts.

Abschließend gilt mein ausdrücklicher Dank *meinen Eltern* für ihre immerwährende Unterstützung und ihren Zuspruch, ihr Interesse an meiner Arbeit sowie die Basis, die sie mir für mein Leben geben.

INHALT

LISTE DER PUBLIKATIONEN.....	7
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	8
TABELLENVERZEICHNIS.....	9
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	10
ZUSAMMENFASSUNG.....	11
1 EINLEITUNG.....	15
2 HINTERGRUND.....	19
2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Klinikaufenthalte.....	19
2.1.1 <i>Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen</i>	19
2.1.2 <i>Rehospitalisierungen</i>	20
2.2 Reintegration in den Alltag.....	21
2.2.1 <i>Herausforderungen</i>	21
2.2.2 <i>Fokus Schule</i>	23
2.3 Nachsorge während der Reintegration.....	24
2.4 Stand der Forschung zur Wirksamkeit von Nachsorge.....	27
3 KONZEPTION UND ZIELE DER ARBEITEN.....	34
3.1 Triadische Reintegration.....	34
3.2 Anforderungen an eine intensivierete Nachsorge.....	37
3.2.1 <i>Sektorenübergreifende Versorgung</i>	37

3.2.2	<i>Systemübergreifende Nachsorge</i>	40
3.2.3	<i>Niedrigschwellige Nachsorge</i>	42
3.2.4	<i>Bedarfsangepasste Nachsorge</i>	43
3.2.5	<i>Evidenzbasierte Nachsorge</i>	45
3.3	Ziele der Arbeiten.....	46
4	MANUSKRIPTE.....	50
4.1	Manuskript 1: Patients' well-being after psychiatric hospitalization.....	50
4.1.1	<i>Abstract</i>	50
4.1.2	<i>Background</i>	52
4.1.3	<i>Methods</i>	59
4.1.4	<i>Results</i>	67
4.1.5	<i>Discussion</i>	76
4.1.6	<i>Conclusions</i>	82
4.1.7	<i>Declarations</i>	83
4.1.8	<i>Appendix</i>	86
4.2	Manuskript 2: Pilotstudie zum Bedarf von Lehrkräften.....	94
4.2.1	<i>Zusammenfassung</i>	94
4.2.2	<i>Einleitung</i>	96
4.2.3	<i>Methode</i>	102
4.2.4	<i>Ergebnisse</i>	106
4.2.5	<i>Diskussion</i>	112
4.2.6	<i>Anhang</i>	120

4.3	Manuskript 3: E-Mental-Health aftercare for children and adolescents.....	125
4.3.1	<i>Abstract</i>	125
4.3.2	<i>Background</i>	126
4.3.3	<i>Methods</i>	132
4.3.4	<i>Discussion</i>	152
4.3.5	<i>Declarations</i>	154
4.3.6	<i>Appendix</i>	158
5	DISKUSSION.....	163
5.1	Zusammenfassung und Ergebnisse der Arbeiten.....	164
5.2	DigiPuR im Vergleich mit anderen Ansätzen.....	166
5.3	Praktische Umsetzung und bisherige Erfahrungen.....	173
5.4	Limitationen.....	176
5.5	Ausblick.....	182
6	FAZIT.....	190
	LITERATUR.....	192
	ANHANG.....	235
A	Studienmaterial: Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld.....	235
B	Erklärung zum jeweiligen Eigenanteil.....	320

LISTE DER PUBLIKATIONEN

Diese Dissertation beinhaltet die folgenden vier Arbeiten (Kapitel 4 und Anhang A):

Manuskript 1

Finkbeiner, M., Wahl, L.-M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Hellwig, L., Brenner, V., Dürrwächter, U., Conzelmann, A., Kelava, A., Renner, T. J., & Gawrilow, C. (2023). Patients' well-being during the transition period after psychiatric hospitalization to school: Insights from an intensive longitudinal assessment of patient–parent–teacher triads. *BMC Psychology*, *11*(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01197-0>

Manuskript 2

Finkbeiner, M., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Kühnhausen, J., Gawrilow, C., & Renner, T. J. (2023). Pilotstudie zum Bedarf von Lehrkräften im Umgang mit Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt. *Einreichung in Vorbereitung*.

Manuskript 3

Finkbeiner, M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Wahl, L.-M., Kelava, A., Gawrilow, C., & Renner, T. J. (2022). E-Mental-Health aftercare for children and adolescents after partial or full inpatient psychiatric hospitalization: Study protocol of the randomized controlled DigiPuR trial. *Trials*, *23*(1), 713. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06508-1>

Studienmaterial

von Fraunberg, M., Kühnhausen, J., Dürrwächter, U., Schmid, J., Renner, T. J., & Gawrilow, C. (2024). *Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld: Handreichung für Lehrkräfte*. Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL) Baden-Württemberg. <https://zsl-bw.de/Lde/startseite/ueber-das-zsl/publikationen-dl>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Manuskript 1

Figure 1	Overview of Assessment Procedure.....	64
Figure 2	Answers over Time Separated by Patients.....	69
Figure 3	Estimated Mean Trend over Time and Individual Specific Effects.....	71
Figure 4	Estimated Within-Person Relationship between SC, SE, and Well-Being.....	72
Figure 5	Estimated Within-Person Relationship between SE _p and Well-Being.....	73

Manuskript 2

Abbildung 6	Schematischer Ablauf der Fokusgruppe.....	104
-------------	---	-----

Manuskript 3

Figure 7	Recruitment Process.....	133
Figure 8	Time Schedule of the Study for Both Groups.....	135
Figure 9	Display of the App.....	140
Figure 10	Sample Excerpt from the Weekly Graphical Evaluation.....	140

TABELLENVERZEICHNIS

Manuskript 1

Table 1	Sample Characteristics.....	60
Table 2	Descriptive Statistics of Baseline Measures.....	68
Table 3	Within- and Between-Person Reliability for the Daily Measures.....	68
Table 4	Descriptive Statistics for the Daily Assessed Variables.....	69
Table 5	Results of Mixed Model Analysis Well-Being.....	74
Table 6	Results of Mixed Model Analyses SC and SE.....	74
Table 7	Results of Mixed Model Analyses Well-Being on SE_p and SE_t	75

Manuskript 2

Tabelle 8	Professionsbezogene Merkmale der Stichprobe.....	106
Tabelle 9	Herausforderungen von Lehrkräften.....	107
Tabelle 10	Austausch von Lehrkräften untereinander.....	107
Tabelle 11	Rücksprachebedarf von Lehrkräften mit Fachpersonal der Klinik.....	108
Tabelle 12	Wunsch von Lehrkräften zu mehr Kompetenzerwerb.....	110
Tabelle 13	Antworten aus dem offenen Antwortformat zu Herausforderungen.....	122
Tabelle 14	Antworten aus dem offenen Antwortformat für Kompetenzerwerb.....	123
Tabelle 15	Antworten aus dem offenen Antwortformat gegen Kompetenzerwerb.....	124

Manuskript 3

Table 16	Overview of Outcomes, Domains, Instruments, and Raters.....	141
----------	---	-----

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AR(1)	First-order autoregressive error structure
BMI	Body-Mass-Index
BSCL	Brief Symptom Checklist
DigiPuR	Digital gestützte Psychotherapie und Reintegration (Name des Forschungsprojekts)
DISYPS-III SCREEN	Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche – III Screeningfragebogen
EBI	Eltern-Belastungs-Inventar
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
ICC	Intraklassenkorrelation
ISD	Intraindividuelle Standardabweichung
Kid-KINDL ^R	Revidierter Fragebogen für Kinder und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – Kinderversion 7 bis 13 Jahre
KIDSCREEN-27	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit 27 Items
MSSD	Mean square successive difference
PANDA	Psychiatrische Aufenthalte – Nachsorge durch App (Name der Nachsorge-App)
SC	Selbstkontrolle
SCS-K-D	Deutsche Kurzversion der Self-Control Scale
SE	Schulische Selbstwirksamkeit
SE _p	Elterliche Selbstwirksamkeit
SE _t	Selbstwirksamkeit von Lehrkräften
SGB	Sozialgesetzbuch
SSKJ 3-8R	Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter – Revision
SUS	System Usability Scale
TAU	Treatment-as-usual
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIRKLEHR	Skala zur Lehrer-Selbstwirksamkeitserwartung
WIRKSCHUL	Skala zur schulbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung
ZSL	Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung Baden-Württemberg

ZUSAMMENFASSUNG

Der Übergang nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalten zurück in den Alltag ist eine vulnerable Phase mit besonderen Herausforderungen und Risiken, die eine Anpassungsleistung der betroffenen Kinder und Jugendlichen erfordert. Zu den Herausforderungen dieser Reintegrationsphase gehören beispielsweise residuale Symptome, die verstärkt wiederauftreten können, Ängste, die persönliche Abwesenheit zu erklären, Erfahrungen von Mobbing und des Verlusts von Freundschaften sowie schulische Nachholarbeiten. Die Nachsorge als wichtige finale Behandlungsphase bietet die Möglichkeit, Schwierigkeiten bei der Reintegration frühzeitig zu erkennen und aufzufangen und das erhöhte Risiko einer Rehospitalisierung zu reduzieren. Der Übergang nach der Entlassung zurück in den Alltag und Interventionen, um diesen zu erleichtern, sind zunehmend Gegenstand aktueller Forschung. Dennoch ist die Studienlage noch begrenzt und Befunde zur Wirksamkeit von Nachsorge sind heterogen. Das Ziel der vorliegenden Dissertation war es, die Reintegrationsphase aus der Sicht von Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräften zu untersuchen (Manuskripte 1 und 2), um darauf aufbauend das Forschungsprojekt „DigiPuR“ (Digital gestützte Psychotherapie und Reintegration) zur Intensivierung der Nachsorge zu konzipieren und in den klinischen Versorgungsalltag zu integrieren (Manuskript 3).

In Manuskript 1 wurden in einem intensiven Längsschnittdesign an 50 aufeinanderfolgenden Schultagen beginnend zwei Wochen vor der Entlassung aus einer psychiatrischen Tagesklinik für Kinder ambulante Assessmentdaten via Smartphone aus der triadischen Perspektive von 25 Patientinnen und Patienten, 24 Eltern und 20 Lehrkräften erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass Wohlbefinden und Selbstkontrolle von Patientinnen und Patienten in den Wochen nach der Entlassung durchschnittlich abnahmen, mit individuell unterschiedlichen Zeitverläufen zwischen Patientinnen und Patienten. Weiter gaben Patientinnen und Patienten ein höheres Wohlbefinden an Tagen mit höherer Selbstkontrolle

und schulischer Selbstwirksamkeit sowie höherer elterlicher Selbstwirksamkeit an. Es scheint daher vielversprechend, die Selbstkontrolle und die schulische Selbstwirksamkeit von Patientinnen und Patienten sowie die elterliche Selbstwirksamkeit zu fördern, um das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten in der Reintegrationsphase nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt zu verbessern und zu stabilisieren.

Manuskript 2 enthält die Ergebnisse einer Befragung von 265 Lehrkräften zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zur Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule bei der Reintegration. Diese Befragung wurde zur Absicherung und Konkretisierung des Unterstützungsangebots für Lehrkräfte im Rahmen von DigiPuR durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen schulartübergreifend einen hohen Wunsch von Lehrkräften nach dem Erwerb von mehr Wissen und Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie nach Austausch mit klinischem Fachpersonal bei der Reintegration. In einer ergänzend durchgeführten Fokusgruppe bestätigten sechs Schulleitungen den Wunsch der Lehrkräfte nach mehr Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten und betonten die Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit und Nachsorge während der Reintegrationsphase. Zur Erleichterung der Reintegration scheint es daher wichtig, Lehrkräfte während dieser Phase zu involvieren sowie bedarfsangepasste Unterstützungsangebote in Bezug auf den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu entwickeln.

Auf der Grundlage der Ergebnisse, die in den Manuskripten 1 und 2 zusammengefasst sind, wurde unter Förderung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg das Forschungsprojekt DigiPuR zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und der Nachsorge während der Reintegration konzipiert und umgesetzt. Manuskript 3 beschreibt das Studienprotokoll der randomisiert-kontrollierten Studie des Projekts. Dort wird ein digitales Nachsorgeangebot, bestehend aus regelmäßigen

Videotelefonaten mit den Patientinnen und Patienten, ihren Eltern und Lehrkräften und einem Messenger-System per App in der Interventionsgruppe mit der regulären Nachsorge („treatment-as-usual“; TAU) in der Kontrollgruppe verglichen. Die längsschnittliche Evaluation umfasst ein Prä-Post-Follow-up-Assessment bis letztmalig neun Monate nach der Entlassung sowie ein kurzes tägliches ambulantes Assessment per App bis acht Wochen nach der Entlassung. Die primären Fragestellungen beziehen sich darauf, ob Teilnehmende der Interventionsgruppe eine geringere Symptomschwere, weniger Rehospitalisierungen sowie eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit aufweisen als Teilnehmende der Kontrollgruppe.

Die vierte im Rahmen der Dissertation entstandene Arbeit ist als Teil des psychoedukativen Studienmaterials in DigiPuR ein Handbuch für Lehrkräfte zum Thema „Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld“, das in der Interventionsgruppe begleitend eingesetzt und in der Kontrollgruppe nachträglich mit Studienende ausgehändigt wurde. Ziel des Handbuchs ist es, den Lehrkräften Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen und Handlungsmöglichkeiten für den Schulalltag bereitzustellen.

Die Machbarkeit einer intensivierten Nachsorge wurde mit DigiPuR durch die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung im klinischen Versorgungsalltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen nachgewiesen. Die bisherigen positiven Beurteilungen Betroffener und die hohen Teilnahmeraten sprechen für ein großes Bedürfnis nach Begleitung und Unterstützung während der Reintegrationsphase und die klinische Relevanz von Nachsorgeangeboten wie DigiPuR. Nachsorge ist in der kinder- und jugendpsychiatrischen Routineversorgung mit häufig langen Klinikaufenthalten aktuell weder strukturell noch finanziell adäquat verankert. Die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation unterstreichen, dass eine geeignete Nachsorge als fester und abschließender Teil der Behandlung zur Stabilisierung von Behandlungserfolgen nach der Entlassung im Alltag in

zukünftiger Forschung und Versorgung stärkere Beachtung finden sollte. Die in der vorliegenden Dissertation beschriebenen Anforderungen an eine sektorenübergreifende Versorgung sowie eine systemübergreifende, niedrighschwellige, bedarfsangepasste und evidenzbasierte Nachsorge und das auf diesen Anforderungen zur Intensivierung der Nachsorge basierende Forschungsprojekt DigiPuR sind ein Beitrag zur Entwicklung und Evaluation von hinreichenden Nachsorgeangeboten, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

“*There is no health without mental health*“

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO, 2021

1 EINLEITUNG

Das vorstehende Zitat (World Health Organization, 2021, S. V) des Generaldirektors der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am Ende des Vorworts ihres *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* ist ein Leitgedanke der Organisation (Prince et al., 2007) und wurde in etwas veränderter Form erstmals vom ersten Generaldirektor der WHO, Dr. Brock Chisholm, formuliert (Chisholm, 1951). Es unterstreicht, wie wichtig das Thema psychische Gesundheit für das Wohlbefinden jedes Einzelnen ist. Entsprechend ist auch die Behandlung psychischer Erkrankungen ein wichtiger Teil unseres medizinischen Versorgungssystems. Etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen beginnt bereits im Kindes- und Jugendalter (Jones, 2013; Solmi et al., 2022). Psychische Erkrankungen können sich auf alle Lebensbereiche auswirken, insbesondere auch auf schulische Leistungen oder die berufliche Ausbildung, auf die Beziehungen zu Familie und Freunden und auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In Deutschland ist die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssituation seit langem angespannt. Trotz einer Erhöhung der stationären Bettenanzahl um 26 % und einer Zunahme an kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen um 12 % im Zeitraum zwischen 2005 und 2019 (Bachmann et al., 2023) sind die Auslastungsraten seit 2005 fast jedes Jahr zusammen mit den Bereichen Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie die höchsten Raten aller Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2019). Im Zeitraum zwischen 2003 und 2012 zeigte sich für Adoleszente deutschlandweit ein deutlicher Anstieg der stationären Behandlungen aufgrund einer F-Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen) trotz stagnierender

Bevölkerungszahlen (Plener et al., 2015). Im Jahr 2021 waren bei den 10- bis 17-Jährigen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 19 % die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen (Statistisches Bundesamt, 2023).

Gleichzeitig nimmt auch der Anteil an Patientinnen und Patienten zu, die notfallmäßig kinder- und jugendpsychiatrisch versorgt werden müssen (Fegert et al., 2017). Für Tübingen belegt eine retrospektive Datenanalyse an der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums im Zeitraum von 1996 bis 2014 eine erhebliche Steigerung stationärer Notaufnahmen um 405 % (Hagmann et al., 2022). Daneben zeigten sich Hinweise auf ungünstigere psychosoziale Bedingungen durch eine Zunahme von Familiensituationen mit getrennten Eltern und auf komplexere Erkrankungsbilder durch eine Zunahme von Mehrfachdiagnosen. Die Autorinnen und Autoren der Analyse beschreiben weiter, dass Patientinnen und Patienten nach Überwindung einer akuten Krise häufig von der sogenannten Kriseninterventionsstation zur Verhinderung einer erneuten Destabilisierung auf eine Therapiestation verlegt werden. Dies verlängert in der Folge wiederum Wartezeiten für reguläre Aufnahmen und verringert Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche, die sich zwar nicht in einer akuten Krise befinden, aber dennoch dringenden stationären Behandlungsbedarf aufweisen. In Tübingen stehen seit vielen Jahren mehr als 100 Kinder und Jugendliche auf der Warteliste für teil- und vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsplätze (Deutsches Ärzteblatt, 2021; Südwestrundfunk, 2022). Auch in anderen Kliniken bestehen derzeit monatelange Wartezeiten auf stationäre Therapieplätze (Süddeutsche Zeitung, 2023). Viele kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in Deutschland verzeichnen zudem personelle Engpässe, besonders im ärztlichen Bereich, sodass in einigen Kliniken der Versorgungsauftrag im Sinne einer leitliniengerechten Diagnostik und Therapie gefährdet ist (Bachmann et al., 2023).

Die COVID-19-Pandemie hat die Versorgungssituation weiter verschärft. Sie ging für Kinder und Jugendliche mit erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und verstärkten psychischen Belastungen einher (Ravens-Sieberer et al., 2020, 2021; Revet et al., 2023; Schlack et al., 2023). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen war das Notfallaufkommen während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie im Vergleich zum Vorjahr fast 30 Prozent höher (Allgaier et al., 2022). Deutschlandweite repräsentative Daten für einen neunmonatigen Zeitraum vor und während der COVID-19-Pandemie (2019 vs. 2021) zeigen ein Anstieg der Hospitalisierungsraten von Patientinnen aufgrund einer Anorexia nervosa von 40 % im Kindesalter und 32 % im Jugendalter (Herpertz-Dahlmann et al., 2022).

Auch auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wirkt sich der gestiegene Behandlungsbedarf aus. So haben sich die bereits vor der Pandemie langen Wartezeiten für ein Erstgespräch sowie für einen Therapieplatz seit Pandemiebeginn nochmals fast verdoppelt, obwohl eine Mehrheit der befragten Therapeutinnen und Therapeuten angab, seit Pandemiebeginn ihre Behandlungsstunden aufgrund des gestiegenen Anfrageaufkommens erhöht zu haben (Plötner et al., 2022). Zusätzlich ist der Bedarf für digitale Versorgungsangebote und deren Anwendung im Zuge der COVID-19-Pandemie deutlich gestiegen (Ellis et al., 2021; Feijt et al., 2020; Kinoshita et al., 2022; Pierce et al., 2021; Van Daele et al., 2020).

Neben den Folgen der COVID-19-Pandemie tragen gegenwärtig weitere Krisen wie der Klimawandel und der Krieg in der Ukraine zu einer Beanspruchung von Ressourcen und Belastung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bei (Clemens et al., 2022; Riad et al., 2022). Diese Krisen mit ihren vielfältigen Folgen führen aktuell und in Zukunft vielleicht noch stärker zu einer Verschärfung der angespannten Situation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Angesichts des deutlich gestiegenen Versorgungsbedarfs und der begrenzten Versorgungsplätze im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist die Nachsorge nach stationären Klinikaufhalten zur Sicherung von Therapieerfolgen und Verhinderung von Symptomverschlechterungen und Wiederaufnahmen von enormer Bedeutung. Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Nachsorge während der Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach psychiatrischen Klinikaufhalten mit dem Ziel, ein intensiviertes Nachsorgeangebot aufzubauen, um stationär erzielte Behandlungserfolge zu stabilisieren und Wiederaufnahmen zu reduzieren. Die Dissertation beinhaltet vier Arbeiten (Kapitel 4 und Anhang A), darunter zwei Vorstudien zur Untersuchung der Reintegration aus verschiedenen Perspektiven (Manuskripte 1 und 2), auf deren Ergebnissen das Nachsorgeprojekt DigiPuR (Manuskript 3 und Handbuch des Studienmaterials) aufbaut. Kapitel 1 und 2 der Dissertation führen in die Thematik und den aktuellen Forschungsstand ein, Kapitel 3 stellt einige konzeptionelle Vorüberlegungen sowie die Ziele und Inhalte der vier Arbeiten dar. In Kapitel 5 wird das Projekt DigiPuR mit anderen Ansätzen verglichen, über bisherige Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung berichtet und es werden Vorschläge zu zukünftiger Forschung und zur Verbesserung der Routineversorgung im Bereich der Nachsorge gemacht. Kapitel 6 schließt die Dissertation mit einem Fazit ab.

2 HINTERGRUND

2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Klinikaufenthalte

2.1.1 *Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*

Etwa 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und weltweit sind von psychischen Erkrankungen betroffen (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Kieling et al., 2011; Polanczyk et al., 2015). Psychische Erkrankungen sind „oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet“ (Weltgesundheitsorganisation, 2019, S. 1). Die Diagnoseprävalenzen einzelner Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen sind altersspezifisch unterschiedlich (Steffen et al., 2019). Bis zu einem Alter von vier Jahren stellen Entwicklungsstörungen die häufigste Diagnosekategorie dar. Ab dem Schulalter gewinnen Angststörungen, hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens an Bedeutung, im Jugendalter kommen depressive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Störungen durch Substanzkonsum hinzu. Etwa die Hälfte aller psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter beginnt bereits im Kindes- und Jugendalter (Jones, 2013) mit einem Peak für den Beginn bei 14,5 Jahren über alle psychischen Erkrankungen hinweg (Solmi et al., 2022).

Reichen zur Behandlung psychischer Erkrankungen ambulante Therapien nicht aus, sind intensivere teil- und vollstationäre Klinikaufenthalte erforderlich. Die Auslastung der begrenzten stationären Betten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag in Deutschland im Jahr 2021 bei rund 86 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2022). Diese Zahl war die höchste Auslastungsrate aller Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern. Im Jahr 2021 betrug in Kinder- und Jugendpsychiatrien in Deutschland die Fallzahl der vollstationären Behandlungen 63 810 und der teilstationären Behandlungen 24 262 (Statistisches Bundesamt, 2022). Stationäre Behandlungen auf Therapiestationen in Kinder- und Jugendpsychiatrien dauern in der Regel mehrere Monate und gehen meist mit deutlichen gesundheitlichen

Verbesserungen einher (Green et al., 2007). Dennoch bestehen bei Entlassung häufig noch residuale Symptome, weshalb in der Folge die Rückkehr in den Alltag für viele Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen meist herausfordernd ist. Zentrale Aufgaben, die betroffene Kinder und Jugendliche nach der Entlassung bewältigen müssen, sind zum einen die Generalisierung von Behandlungserfolgen aus dem klinischen Umfeld in den Alltag und zum anderen die Wiederaanpassung an nachstationäre Umgebungen mit den damit verbundenen Anforderungen (Savina et al., 2014).

2.1.2 Rehospitalisierungen

Nach der Entlassung kehren die Kinder und Jugendlichen in ihr privates, meist familiäres, und schulisches Umfeld zurück. Aufgrund der damit einhergehenden Herausforderungen mündet bei ungünstigen Verläufen die erste Zeit nach der Entlassung teilweise in einer erneuten Hospitalisierung. Studien berichten von Rehospitalisierungsraten zwischen 14 und 38 % im ersten Jahr nach der Entlassung (Arnold et al., 2003; Barker et al., 2010; Bartoli et al., 2020; Blader, 2004; Cheng et al., 2017; Fontanella, 2008; Gearing et al., 2009), wobei einige Studien für längere Zeiträume noch höhere Raten bis zu 57 % angeben (Arnold et al., 2003; Gearing et al., 2009; James et al., 2010). Die große Bandbreite der Rehospitalisierungsraten weist auf eine Vielzahl möglicher Einflussfaktoren hin: Neben der Länge des Beobachtungszeitraums können weitere Faktoren wie beispielsweise die Dauer des Klinikaufenthalts, die Art der Behandlung, die Stichprobengröße, die Diagnose, die Bettenkapazität einer Klinik, ambulante Versorgungsmöglichkeiten bis hin zum Erhebungsort und -zeitpunkt sowie damit einhergehende politische Rahmenbedingungen in Bezug auf den Zugang oder die Verfügbarkeit von Hilfen von Bedeutung sein. In der Tendenz zeigen diese Untersuchungen jedoch, dass ein erhebliches Risiko für Rehospitalisierungen nach psychiatrischen Klinikaufhalten besteht. Zudem ist es möglich, dass die Raten tendenziell

noch etwas höher liegen, da in den Studien Wiederaufnahmen in andere Kliniken, Wiederaufnahmen in psychiatrische Kliniken für Erwachsene oder Krisen, die zum Tod führen, oft nicht erfasst werden können. Eine Metaanalyse zur Suizidrate bei jugendlichen und erwachsenen Patientinnen und Patienten zeigt darüber hinaus, dass diese während der ersten drei Monate nach der Entlassung am höchsten ist (Chung et al., 2017). Insgesamt besteht in den ersten drei Monaten nach der Entlassung ein besonders hohes Risiko für eine Rehospitalisierung (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010).

2.2 Reintegration in den Alltag

2.2.1 Herausforderungen

Neben der Entlastung durch und dem Stolz auf erzielte Behandlungsfortschritte bestehen bei Kindern und Jugendlichen häufig Ängste, Stress und Nervosität in Bezug auf die Zeit nach der Entlassung. Die Kinder und Jugendlichen stehen vor der Herausforderung, in ihren früheren Alltag zurückzufinden, auch wenn sich ihr Umfeld, beispielsweise die Schule, möglicherweise geändert hat. Reintegration bezeichnet diese Anpassungsleistung (Tougas et al., 2019). Die damit verbundene Reintegrationsphase, die in der Regel bereits in der Zeit vor der Entlassung beginnt, kann personenabhängig von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten dauern. Zu den psychischen Symptomen, die residual noch bestehen oder verstärkt wiederauftreten können, kommen während der Reintegrationsphase weitere Herausforderungen im sozialen und schulischen Bereich hinzu (Preyde et al., 2017, 2018). Viele Studienergebnisse zu den Herausforderungen untersuchten speziell die schulische Reintegration. Die dort beschriebenen Herausforderungen sind jedoch in vielen Fällen allgemeine Herausforderungen während der Reintegrationsphase und gelten auch in anderen sozialen Kontexten.

Soziale Herausforderungen zeigen sich vor allem darin, dass viele Kinder und Jugendliche über mögliche Reaktionen anderer nach ihrer Rückkehr aus der Klinik besorgt sind und sich in entsprechenden sozialen Situationen unsicher fühlen (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017). Sie haben Angst, ihre Abwesenheit zu erklären und Fragen zu ihrer Erkrankung zu beantworten. Manche Kinder und Jugendliche schämen sich und wollen ihren Klinikaufenthalt verheimlichen. Weitere soziale Stressoren, die Kinder und Jugendliche erleben können, sind Gerüchte, Erfahrungen von Mobbing und Stigmatisierung sowie der Verlust von Freundschaften. Fehlende Freundschaften, beeinträchtigte Beziehungen und Probleme mit Gleichaltrigen sind häufige Schwierigkeiten, die zu zurückgezogenem Verhalten und sozialer Isolation während der Reintegrationsphase führen können (McBride & Preyde, 2022; Tisdale, 2014).

Aufgrund der reduzierten Beschulung während ihres Klinikaufenthalts müssen die meisten Kinder und Jugendlichen schulische Inhalte nacharbeiten. Dies kann zu einer Abwärtsspirale führen: Die Notwendigkeit, Schulstoff nachzuholen, kann zusätzlichen Stress erzeugen, der wiederum die Symptome verschlimmert und so die Lernrückstände weiter vergrößert (Preyde et al., 2017). Bei einigen Kindern und Jugendlichen ist die Entlassung zudem mit einem Klassen- oder Schulwechsel verbunden und die dortige Eingewöhnung und soziale Integration in die neue Klasse bedeutet eine zusätzliche Herausforderung.

Für eine erfolgreiche Reintegration müssen Kinder und Jugendliche diese vielfältigen psychischen, sozialen und schulischen Herausforderungen während der Reintegrationsphase ohne die tägliche Unterstützung durch die Klinik bewältigen. Gleichzeitig gefährdet eine nicht gelingende Reintegration ihr Wohlbefinden, ihre weitere Entwicklung und die erzielten Therapieerfolge. Die Reintegration insbesondere in das familiäre und schulische Umfeld ist ein wichtiger Indikator für Schritte zur Bewältigung des Alltags und zur Gesundung.

2.2.2 *Fokus Schule*

Die Schule ist der wichtigste außerfamiliäre Lebensbereich für Kinder und Jugendliche. Die schulische Situation bedarf daher besonderer Aufmerksamkeit. Psychische Erkrankungen sind mit einem höheren Risiko für einen Schulabbruch und ein niedrigeres Bildungsniveau im Zeitverlauf assoziiert (Best et al., 2004; Breslau et al., 2008).

Ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Klinikaufenthalt unterbricht die Normalität von Kindern und Jugendlichen, ihren Schulbesuch sowie bestehende Routinen (Boege & Fegert, 2021; Savina et al., 2014). Aufgrund der hohen Bedeutung der Schule werden Kinder und Jugendliche auch während des Klinikaufenthalts in einer Klinikschule weiter beschult. Neben den Lehrplänen der Schulen, die das Kind oder der Jugendliche regelhaft besucht, berücksichtigt der Unterricht dort die medizinischen Behandlungspläne sowie die emotionalen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung (Bakels, 2020; Kultusministerkonferenz, 1998). Die Unterrichtserfahrungen der Kinder und Jugendlichen in der Klinik sind bisweilen anders als in der regelhaften Schule (Clemens et al., 2010). Der Unterricht erfolgt meist in Kleingruppen und die psychischen Belastungen können verstärkt berücksichtigt werden. Gleichzeitig sind die Kinder und Jugendlichen durch den schulischen Rahmen in erster Linie Schülerinnen und Schüler anstelle von Patientinnen und Patienten. Dies verdeutlicht die wichtige Funktion der Klinikschule während des Klinikaufenthalts, indem sie nicht primär die Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen, sondern ihre Bildung adressiert. Dabei kann die Klinikschule im Besonderen berücksichtigen, was die Kinder und Jugendlichen leisten können.

Um die schulische Reintegration zu erleichtern, finden, sofern möglich, vor der Entlassung sogenannte Schulversuche statt, in denen die Kinder und Jugendlichen an ausgewählten Tagen ihre alte oder zukünftige Schule oder eine Gastschule noch während der stationären Behandlung von der Klinik aus besuchen. Erste Herausforderungen und potenzielle

schulische Schwierigkeiten können so im stationären Rahmen angegangen und besprochen werden. Die weitere schulische Anpassung und ein Aufrechterhalten des Schulbesuchs in den Wochen nach der Entlassung sind jedoch hierdurch nicht abgedeckt. Im schulischen Kontext können negative Emotionen und Symptome wieder auftreten, dortige Leistungsanforderungen und Nachholarbeiten weiteren Stress auslösen und soziale Unsicherheiten oder Konflikte im Umgang mit Mitschülerinnen und Mitschülern entstehen. Viele der psychischen, schulischen und sozialen Herausforderungen während der Reintegration nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt stehen im Zusammenhang mit der Schule.

2.3 Nachsorge während der Reintegration

Während der herausfordernden Reintegrationsphase, in der ein besonders hohes Risiko für eine Rehospitalisierung besteht, ist eine Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten wünschenswert. Eine aktuelle deutsche Studie zur Schnittstellenkoordination von systemübergreifenden Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen zeigt, dass 87 % der Kinder und Jugendlichen nach stationärer Behandlung weitere Hilfen, insbesondere psychotherapeutische Unterstützung, benötigten (Boege et al., 2020). Nachsorge als letzte Behandlungsphase ist an dieser Stelle die angemessene Maßnahme, um die Reintegration zu unterstützen, denn Nachsorge dient nach einer vorläufig abgeschlossenen Behandlung dazu, die Verschlechterung einer Erkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen und ihr entgegenzuwirken sowie den bisherigen Therapieerfolg zu sichern. Sie besitzt insbesondere bei schweren Erkrankungen und langen Klinikaufenthalten hohe Relevanz, um ein Wiederauftreten der Erkrankung oder Komplikationen zu vermeiden.

Im Bereich der psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen steht in der Nachsorge die Stabilisierung von Behandlungserfolgen während der Reintegration in den Alltag im Vordergrund, da die Generalisierung von Behandlungserfolgen aus dem stationären

Kontext in den Alltag aufgrund der Kontextabhängigkeit symptomatischen Verhaltens häufig nur durch gezieltes Üben und Begleiten gelingt (Corpus et al., 2014; Drugli & Larsson, 2006). In den meisten Fällen ist es wichtig, einer Verschlechterung residualer Symptome direkt entgegenzuwirken und die Anwendung erlernter Strategien im Alltag zu begleiten. Daraus folgt auch, dass sich die Nachsorge in diesem Bereich nahtlos an den Klinikaufenthalt anschließen sollte und je nach Erkrankungsbild und individuellem Bedarf unterschiedlich lange dauern kann.

In einer Übersichtsarbeit zu Nachsorgeleistungen nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalten werden grundsätzlich alle ambulanten Maßnahmen zur psychischen Gesundheit, die nach der Entlassung aus einem stationären Klinikaufenthalt in Anspruch genommen werden, als Nachsorge betrachtet („aftercare services refer to outpatient mental health care and related services that are received after discharge from an inpatient hospitalization“; Daniel et al., 2004, S. 901). Zur Nachsorge in diesem erweiterten Sinn zählen auch psychosoziale Angebote wie zum Beispiel Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen oder Betreuungsmöglichkeiten. In dieser Arbeit sind jedoch mit Nachsorge nur diejenigen Maßnahmen gemeint, die durch therapeutisches Fachpersonal erfolgen und die unmittelbar an die vorangegangene Behandlung anschließen mit dem Ziel, den bisherigen Therapieerfolg zu sichern. Maßnahmen, die eine neue, weitere Therapie einleiten, sind in diesem Sinne keine Nachsorge, da Nachsorge eine Behandlung abschließt und nicht den Beginn einer neuen Therapie darstellt. Auch wenn sich die Inhalte in beiden Fällen überschneiden können, ist es sinnvoll, zwischen Nachsorge und neuer Therapie mit ihren entsprechend unterschiedlichen Ausgangslagen und Zielen zu differenzieren und Nachsorge als letzten Behandlungsbaustein ernst zu nehmen.

Die Wichtigkeit von Nachsorge wird auch in den Leitlinien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen deutlich. Leitlinien geben auf Basis wissenschaftlicher

Erkenntnisse Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). In der S3-Leitlinie zu Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter wird es beispielsweise als „unstrittig“ bezeichnet, dass die Nachsorge ein Baustein innerhalb der Behandlung ist (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, 2021, S. 46). In der S3-Leitlinie zu Essstörungen steht in Bezug auf die Behandlungsziele bei Anorexia nervosa: „Trotz intensiver therapeutischer Bemühungen weist die Mehrzahl der Patientinnen nach einer Behandlung oft noch Restsymptome der Erkrankung auf, was eine entsprechende Aufklärung vor der Behandlung und eine gute Nachsorge erforderlich macht“ (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie, 2018, S. 76).

Ein sinnvoller Zeitrahmen für die Nachsorge im Bereich der psychischen Erkrankungen ist die Reintegrationsphase, um die Rückkehr eines Kindes oder Jugendlichen in seine familiären und schulischen Routinen zu begleiten. Die Reintegrationsphase bezieht sich auf diesen Anpassungsprozess an familiäre und schulische Routinen und ist durch besondere, in Unterkapitel 2.2.1 beschriebene Herausforderungen und ein erhöhtes Risiko für eine Wiederaufnahme charakterisiert. Zu den Herausforderungen gehören psychische Symptome, die nach der Entlassung residual noch bestehen oder verstärkt wiederauftreten können, sowie weitere Herausforderungen im sozialen und schulischen Bereich wie beispielsweise Ängste, die persönliche Abwesenheit zu erklären, der Verlust von Freundschaften und schulische Nachholarbeiten. Die Reintegrationsphase beginnt in der Regel bereits in der Zeit vor der Entlassung und kann personenabhängig von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten dauern (Tougas et al., 2019). In aller Regel sollte die Reintegration in den ersten Monaten nach der Entlassung weitgehend abgeschlossen sein. Das Risiko für eine Wiederaufnahme und die Suizidrate sind während der ersten drei Monate nach der Entlassung am höchsten (Blader,

2004; Chung et al., 2017; Fontanella, 2008; James et al., 2010). Eine erfolgreiche Reintegration erfordert die Alltagsbewältigung und damit verbunden bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen den Schulbesuch sowie den Umgang mit der Erkrankung bzw. der in der Regel noch vorhandenen Residualsymptomatik außerhalb des stationären Settings der Klinik. Ist diese Anpassungsleistung nach dem Klinikaufenthalt geschafft, enden Reintegration und Nachsorge. Bei Bedarf kann während dieser Zeit auch ein Übergang in weitere, über die Nachsorge hinausgehende Therapien und Hilfen sichergestellt werden.

2.4 Stand der Forschung zur Wirksamkeit von Nachsorge

Das Ziel von Nachsorge ist wie bereits in Unterkapitel 2.3 beschrieben, das Wiederauftreten oder Verschlechterungen von Erkrankungen möglichst frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Im Bereich der psychischen Erkrankungen steht die Stabilisierung von Behandlungserfolgen während der Reintegration in den Alltag im Vordergrund. Eine unmittelbare Nachsorge ist in diesem Bereich besonders wichtig, da die ersten Monate nach der Entlassung besonders kritisch sind und beispielsweise während dieses Zeitraums das Risiko für eine Wiederaufnahme besonders hoch ist. Daher ist in Untersuchungen zur Wirksamkeit von Nachsorge das Risiko für eine Wiederaufnahme ein häufig verwendetes und vielleicht das wichtigste Kriterium.

Befunde zum Zusammenhang zwischen dem Erhalt von Nachsorge und dem Risiko für eine Wiederaufnahme sind heterogen. In einer kanadischen Studie wurden Daten von 12 728 Patientinnen und Patienten mit einer primären psychiatrischen ICD-10-Diagnose (affektive Störungen, Substanzgebrauchsstörungen, schizophrene oder psychotische Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, organische Störungen, andere Störungen) zwischen 5 und 24 Jahren zu allen ambulanten Nachsorgemaßnahmen durch therapeutisches Fachpersonal, die innerhalb von 90 Tagen nach der Entlassung erbracht wurden, sowie zu

Wiederaufnahmen während dieses Zeitraums untersucht (Cheng et al., 2017). Die Ergebnisse zeigten, dass der Erhalt von Nachsorge mit einer Reduktion von Wiederaufnahmen um 32 % assoziiert war. Bezog sich die Nachsorge jedoch nur auf einen Zeitraum von maximal 7 Tagen nach der Entlassung, bestand dieser Zusammenhang nicht. In einer US-amerikanischen Studie wurden Daten von 569 Patientinnen und Patienten mit einer primären psychiatrischen Diagnose (depressive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen/Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, bipolare Störungen, Schizophrenie oder andere Diagnosen) zwischen 6 und 18 Jahren zu sechs Gruppen von Nachsorgemaßnahmen (ambulante Psychotherapie, Case Management, tagesklinische Behandlung, intensive individualisierte Verhaltenscoaching-Intervention, medikamentöse Unterstützung und andere Leistungen) sowie zu Wiederaufnahmen bis sechs Monate nach der Entlassung untersucht (Trask et al., 2016). Die Ergebnisse zeigten, dass für jede zusätzliche Stunde ambulante Psychotherapie mit zusätzlicher medikamentöser Unterstützung das Risiko für eine Wiederaufnahme um zehn Prozent geringer war.

Diesen Ergebnissen stehen beispielsweise Befunde einer kanadischen Studie entgegen (Carlisle et al., 2012). In dieser wurden Daten von 4 472 Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren mit einer primären psychiatrischen ICD-10-Diagnose oder einem selbst zugefügten Trauma/Vergiftung (affektive Störungen, Selbstverletzung/Suizidversuche, Anpassungsstörungen, psychotische Störungen, Substanzgebrauchsstörungen, Angststörungen, Essstörungen, disruptive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, andere) zu Nachsorge, die durch einen oder mehrere Kontakte mit einem Psychiater oder mit einem Haus- oder Kinderarzt innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung definiert war, untersucht sowie zu Wiederaufnahmen und Notfallvorstellungen nach dem Nachsorgezeitraum bis ein Jahr nach der Entlassung. Die Ergebnisse zeigten entgegen der Erwartung, dass Nachsorge im Monat nach der Entlassung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine anschließende

Wiederaufnahme im Jahr nach der Entlassung assoziiert war, nicht jedoch mit einer Notfallvorstellung. In einer weiteren US-amerikanischen Studie wurden über telefonische Interviews verschiedene Nachsorgemaßnahmen (ambulante Psychotherapie, Medikation, tagesklinische Behandlung, häusliche/aufsuchende Leistungen) und Wiederaufnahmen bis ein Jahr nach der Entlassung bei 109 Kindern zwischen 5 und 12 Jahren mit einer psychiatrischen DSM-IV-Hauptdiagnose (affektive Störungen, disruptive Störungen, Angststörungen, psychotische Störungen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen) untersucht (Blader, 2004). Die Ergebnisse zeigten, dass Kinder ohne ambulante Psychotherapie in den drei Monaten nach der Entlassung, dem Zeitraum mit dem höchsten Risiko für eine Wiederaufnahme, ein geringeres Risiko für eine Wiederaufnahme im Jahr nach der Entlassung besaßen im Vergleich zu Kindern mit einer ambulanten Psychotherapie. Sie stützten damit nicht die Hypothese, dass eine geringere Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen das Risiko einer Wiederaufnahme erhöht. Alle Kinder, die nicht in ambulanter Psychotherapie waren, bekamen jedoch Pharmakotherapie.

Neben diesen entgegengesetzten Befunden stellt eine Metaanalyse auf Basis von acht Studien keinen Zusammenhang zwischen Nachsorgeleistungen und Wiederaufnahmen fest (Edgcomb et al., 2020). Ein Erklärungsansatz für den fehlenden negativen Zusammenhang zwischen dem Erhalt von Nachsorge und der Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme liegt darin, dass die Ergebnisse durch die Erkrankungsschwere und die begrenzten Ressourcen in der Nachsorge beeinflusst sein könnten (Carlisle et al., 2012). Damit ist gemeint, dass schwerer erkrankte Personen bevorzugt die begrenzten Nachsorgeangebote erhalten, aber gleichzeitig aufgrund ihrer Erkrankungsschwere auch häufiger wiederaufgenommen werden. Zudem weisen einige Autorinnen und Autoren (z. B. Blader, 2004; Carlisle et al., 2012; Gearing et al., 2009) darauf hin, dass Indikationen für eine Wiederaufnahme durch den Nachsorgekontakt eher erkannt werden könnten.

Darüber hinaus zählen die genannten als auch weitere Studien (z. B. Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010; Trask et al., 2016) meist auch Maßnahmen wie neu begonnene Psychotherapien, tagesklinische Behandlungen, medikamentöse Behandlungen und Selbsthilfegruppen zu Nachsorge. Doch auch wenn man diese Maßnahmen nicht in einem engeren Sinne zur Nachsorge zählt, sollten sie dennoch in die gleiche Richtung unterstützend wirken. Überdies ist anzunehmen, dass sich in den Studien die Art und das Ausmaß an Unterstützung zwischen den Maßnahmen stark unterscheidet. In manchen Studien (z. B. James et al., 2010; Trask et al., 2016) werden einige der Maßnahmen in Bezug auf ihre Art oder Intensität in Kategorien zusammengefasst und die Wirksamkeit dieser Subgruppen von Maßnahmen auch separat analysiert. Informationen zur genauen Ausgestaltung, Spezialisierung oder zu den Inhalten der Maßnahmen liegen häufig jedoch nicht vor. In ihren Limitationen verweisen Trask et al. (2016) beispielsweise darauf, dass aus den Daten zwar der Erhalt einer ambulanten Therapie hervorging, nicht jedoch die Art der Therapie oder ob diese evidenzbasiert war. Die Unterschiedlichkeit der Maßnahmen sollte auch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass in den Studien Patientinnen und Patienten nach sehr unterschiedlich langer Klinikaufenthaltsdauer untersucht wurden. Waren Patientinnen und Patienten beispielsweise im Durchschnitt nur wenige Tage in stationärer Behandlung (z. B. Carlisle et al., 2012; Fontanella et al., 2020; James et al., 2010) kann keine längerfristige Therapie stattgefunden haben, sodass es bei anschließenden Maßnahmen möglicherweise weniger um die Reintegration ging und die Ergebnisse vermutlich nur bedingt mit denen von Patientinnen und Patienten mit längerer Klinikaufenthaltsdauer vergleichbar sind. Auch kann häufig nicht beurteilt werden, inwieweit die erhaltenen Maßnahmen dem spezifischen Bedarf der jeweiligen Patientinnen und Patienten entsprachen (z. B. Carlisle et al., 2012; Goldston et al., 2003).

Abgesehen von den genannten Aspekten stammen die meisten Studien zur Thematik (Blader, 2004; Carlisle et al., 2012; Cheng et al., 2017; Fontanella, 2008; Fontanella et al.,

2020; Foster, 1999; Gearing et al., 2009; Goldston et al., 2003; James et al., 2010; Romansky et al., 2003; Trask et al., 2016; Yampolskaya et al., 2013) aus Nordamerika mit anderen Gesundheits-, Sozial- und Schulsystemen und entsprechend unterschiedlichen Strukturen und Behandlungsformen. So ist beispielsweise die Dauer für stationäre psychiatrische Klinikaufenthalte in den USA durchschnittlich kürzer als in Deutschland (Auffarth et al., 2008). Die Ergebnisse vieler Studien zur Thematik sind deshalb nur bedingt auf Deutschland übertragbar und darauf basierende Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu treffen.

Studien aus Deutschland zur Untersuchung der Wirksamkeit von Nachsorge liegen vor allem im Erwachsenenbereich vor (z. B. Bauer et al., 2012; Bruhns et al., 2022; Giel et al., 2021; Kivelitz et al., 2017). Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich existieren dagegen bisher kaum Studien. In einer deutschen randomisiert-kontrollierten Pilotstudie speziell zur Nachsorge bei Anorexia nervosa bei 40 Patientinnen zwischen 15 und 36 Jahren wurde die Akzeptanz und vorläufige Wirksamkeit einer Smartphone-basierten App untersucht, mit der die Teilnehmenden bis acht Wochen nach der Entlassung vor allem ihre Mahlzeiten, Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen protokollieren konnten und regelmäßig Feedback von einer Therapeutin oder einem Therapeuten bekamen (Neumayr et al., 2019). Die Ergebnisse zeigten eine hohe Akzeptanz für die Nachsorge-App bei den Patientinnen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe mit TAU zeigten sich nach der achtwöchigen Nachsorge sowie sechs Monate nach der Entlassung jedoch keine Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe in Bezug auf störungsspezifische Symptome und auf den Body-Mass-Index (BMI). Dennoch berichteten fast alle Patientinnen in der Interventionsgruppe von einem positiven zusätzlichen Einfluss der Nachsorge-App auf ihre ambulante Psychotherapie, in der sich fast alle Patientinnen in beiden Gruppen während dem achtwöchigen Nachsorgezeitraum zusätzlich befanden. Als hilfreichste Funktion der Nachsorge-App beurteilten die Patientinnen die Anbindung an die Therapeutin oder den Therapeuten der Klinik.

Neben dem Begriff der Nachsorge gibt es in der Literatur weitere Begrifflichkeiten für Maßnahmen, die das gemeinsame Ziel verbindet, Behandlungserfolge nach der Entlassung zu stabilisieren und die Reintegration zu erleichtern. In einer aktuellen Übersichtsarbeit sind Entlassinterventionen (discharge interventions) beschrieben, die dazu dienen, im Kontakt zwischen Patientin oder Patient und Behandlungsteam antizipierte Probleme nach der Entlassung zu verhindern oder zu lösen und eine kontinuierliche Versorgung zu erleichtern (Chen et al., 2022). Die Autorinnen und Autoren identifizierten Unterstützung nach der Entlassung als eine Kernkomponente der 19 inkludierten Arbeiten. Sie berichten insgesamt positive Ergebnisse der untersuchten Entlassinterventionen hinsichtlich der Zufriedenheit und Gesundheit von Patientinnen und Patienten sowie deren höhere Kosteneffizienz.

In einer weiteren aktuellen Übersichtsarbeit werden über die üblichen Maßnahmen hinausgehende Interventionen speziell zur schulischen Reintegration als Übergangsprogramme bezeichnet (Tougas et al., 2022b). Die Autorinnen fanden insgesamt acht Übergangsprogramme mit fünf Kernkomponenten, die die meisten Programme auszeichneten: Ein multidisziplinäres Team, das den Übergang begleitet, eine Multikomponenten-Intervention, das heißt die Einbeziehung von Eltern und/oder schulischen Fachkräften, Unterstützung durch regelmäßige Kontakte zwischen den Beteiligten, die Entwicklung eines Reintegrationsplans und ein schrittweiser Übergang. Gleichzeitig stellen die Autorinnen fest, dass keines der Programme den Standard erfüllt, durch mindestens eine randomisiert-kontrollierte oder zwei quasi-experimentelle Studien evaluiert zu sein.

Für die begrenzte Studienlage und geringe Verbreitung schulischer Reintegrationsprogramme führen Tougas et al. (2022b) verschiedene Gründe an. Ein Grund kann darin bestehen, dass die Thematik bei Forschern und Klinikern erst in der jüngeren Vergangenheit verstärktes Interesse erlangt hat. Aktuell erschienene Arbeiten (Chen et al., 2022; Simmons et al., 2022; Tougas et al., 2022a, 2022b) zeigen, dass die Thematik zunehmend

Gegenstand aktueller Forschung wird. Ein zweiter Grund für die geringe Anzahl und Verbreitung von Programmen vermuten die Autorinnen in der schwierigen Kosten-Nutzen-Abwägung. Zum einen ist, sicherlich insbesondere für Schulen, nur eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen betroffen, zum anderen ist eine strikte Evaluation von Programmen mit geeigneten Zielvariablen häufig schwierig. Die Gründe für eine fehlende oder unzureichende Evaluation hängen vermutlich einerseits mit dem damit verbundenen personellen Aufwand auf Seiten des Studienpersonals sowie dem Zeitaufwand auf Seiten der Patientinnen und Patienten zusammen und andererseits mit Schwierigkeiten durch die Unterschiedlichkeit von Diagnosen und Behandlungsverläufen. Ein weiterer Grund können Herausforderungen in der Zusammenarbeit der vielen Beteiligten aus unterschiedlichen Systemen wie beispielsweise der Familie, der Schule und der Klinik sein. Dabei können Schwierigkeiten wie beispielsweise unterschiedliche Interessen, unklare Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilungen oder Unwissen über die jeweils anderen Arbeitskontexte, Abläufe und verfügbaren Ressourcen eine Rolle spielen.

Die von Tougas et al. (2022b) genannten Problematiken bei der interdisziplinären Zusammenarbeit und Bereitstellung von Ressourcen sowie schwieriger Kosten-Nutzen-Abwägungen sind nicht nur für Programme zur schulischen Reintegration relevant, sondern stellen allgemein bei der erfolgreichen praktischen Umsetzung von Nachsorgeprogrammen während der Reintegrationsphase eine Herausforderung dar. Auch gibt es im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich einen Mangel an aussagekräftigen randomisiert-kontrollierten Studien zu definierten Nachsorgeprogrammen. Insgesamt ist die Studienlage zur Nachsorge während der Reintegrationsphase noch begrenzt und Befunde zur Wirksamkeit sind heterogen, auch wenn die Entwicklung geeigneter Nachsorgeprogramme vielversprechend zur Erleichterung der Reintegration zu sein scheint.

3 KONZEPTION UND ZIELE DER ARBEITEN

In diesem Kapitel werden die Konzeption und die Ziele der Arbeiten der vorliegenden Dissertation beschrieben. In Unterkapitel 3.1 und 3.2 werden einige konzeptionelle Vorüberlegungen zur Untersuchung der Reintegration aus verschiedenen Perspektiven (Manuskripte 1 und 2) sowie zum Aufbau des Nachsorgeangebots in DigiPuR (Manuskript 3 und Handbuch des Studienmaterials) beschrieben. Im nachfolgenden Unterkapitel 3.3 werden die Ziele und Inhalte der vier Arbeiten kurz vorgestellt. Die Arbeiten selbst befinden sich im anschließenden Kapitel 4 und in Anhang A.

3.1 Triadische Reintegration

Das etablierte biopsychosoziale Modell (Engel, 1977) geht davon aus, dass das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren ursächlich für die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen ist. Die verschiedenen Faktoren hängen gemäß dem Modell untrennbar miteinander zusammen und ihre Einflüsse sollten bei der Behandlung von Erkrankungen berücksichtigt werden. Das heißt, dass auch das soziale, gesellschaftliche und kulturelle Umfeld, in welchem eine Person lebt, für die Behandlung wichtig sind.

Während der stationären psychiatrischen Behandlung bildet die Klinikumgebung den vorübergehenden Lebensmittelpunkt der Kinder und Jugendlichen (Reavey et al., 2017). Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen kehrt nach ihrer Entlassung vollständig in den familiären Alltag zurück, ein Teil zieht nach der Entlassung in ihre bisherige oder eine neue Wohngruppe. Die regelhafte Schule wird wieder wichtig. Einige Kinder und Jugendliche erhalten die Empfehlung für einen Klassen- oder Schulwechsel, wodurch sich auch ihr schulisches Umfeld mit der Entlassung ändern kann. Die Gründe dafür können beispielsweise eine schulische Über- oder Unterforderung oder die schulische Vorgeschichte sein.

Positive und stabile Beziehungen zu Bezugspersonen im Umfeld sind für Kinder und Jugendliche von großer Bedeutung. Beispielsweise fördern unterstützende Eltern-Kind-Interaktionen die Entwicklung von Selbstwirksamkeit (Hohm et al., 2017) und eine vertrauensvolle Beziehung zu mindestens einem Elternteil die Lebensqualität und psychische Gesundheit im Erwachsenenalter (Cederblad et al., 1994). Ebenso ist eine höhere Qualität von Lehrer-Schüler-Beziehungen mit einem höheren Wohlbefinden sowie mit einer geringeren psychischen Belastung von Schülerinnen und Schülern assoziiert (Harding et al., 2019) und sagt bei Grundschulkindern mit Verhaltensproblemen eine erfolgreichere schulische Anpassung vorher (Baker et al., 2008). Insbesondere die Eltern im familiären Umfeld sowie Lehrkräfte im schulischen Umfeld sind nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt in der Regel wichtige Bezugspersonen, die in die Reintegration involviert sind (Baker, 2020; Tougas et al., 2019). Sie können Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung der Herausforderungen unterstützen, damit die erforderliche Anpassungsleistung gelingt. Ein unterstützendes, entgegenkommendes und verständnisvolles familiäres und schulisches Umfeld erleichtert die Reintegration enorm. Neben diesen zentralen Personen gibt es weitere Akteurinnen und Akteure, die je nach Fall ebenfalls unterstützen. Hierzu gehören Personen aus ambulanten Hilfen wie beispielsweise der Jugendhilfe, den Wohngruppen oder dem niedergelassenem Fachpersonal. Insgesamt sind während der Reintegrationsphase viele Personen aus unterschiedlichen Systemen involviert, deren intensive Zusammenarbeit wünschenswert ist (Savina et al., 2014; Tougas et al., 2019).

Bei dem beschriebenen Übergang nach der Entlassung kann für die Kinder und Jugendlichen auch die therapeutische Beziehung zu Fachpersonal aus dem bisherigen klinischen Umfeld bedeutsam sein. Eine gute therapeutische Beziehung ist therapieschulenübergreifend ein zentraler Wirkfaktor für den Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen (Grawe et al., 1994) und auch in digitalen Therapiekontexten wichtig (Cataldo

et al., 2021; Simpson & Reid, 2014; Sucala et al., 2012; Tremain et al., 2020). Das klinische Fachpersonal kann im Rahmen der Nachsorge den herausfordernden Übergang in den Alltag begleiten, mit seiner Fallkenntnis therapeutische Kontinuität gewährleisten und als weiterer Stabilitätsanker während der Reintegrationsphase wirken. In der Zusammenarbeit mit insbesondere den wichtigen Bezugspersonen aus Familie und Schule kann für die Reintegrationsphase ein Prozess gestaltet werden, welcher die Erfolgsaussichten einer gelingenden Rückkehr in den Alltag verbessert. Ein solcher Reintegrationsprozess berücksichtigt in der Nachsorge entsprechend dem biopsychosozialen Modell auch das soziale Umfeld einer Person. Das Potenzial einer effektiven Zusammenarbeit von Eltern, Lehrkräften und Therapeutinnen und Therapeuten als unterstützender Allianz für die Patientinnen und Patienten im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wird auch in einer jüngeren Übersichtsarbeit betont (Feinstein et al., 2009).

In einem solchen Reintegrationsprozess sind auf der Systemebene vorrangig die drei Systeme Familie, Schule und Klinik beteiligt. Für eine gelingende Reintegration ist es hilfreich, dass diese Triade effektiv zusammenarbeitet und das Kind oder den Jugendlichen abgestimmt und gemeinsam unterstützt. Für das therapeutische Fachpersonal ist es dabei hilfreich, eine Perspektive aus der Sicht von Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräften auf die Reintegration zu erhalten. Dadurch entsteht ein umfassenderes Bild über die Reintegration in das familiäre und schulische Umfeld und damit verbundene Bedürfnisse und Herausforderungen. Diese Verknüpfung kann als zweite Triade auf der Personenebene betrachtet werden. Trotz der Unterscheidung sind die Akteurinnen und Akteure in beiden Triaden dieselben Personen. Der Begriff *triadische Reintegration* meint das Zusammenwirken all dieser Akteurinnen und Akteure auf der personellen und Systemebene.

3.2 Anforderungen an eine intensivierete Nachsorge

Im Folgenden werden aufbauend auf den Ausführungen in Kapitel 2 zur Reintegration nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalten und dem Forschungsstand zur Wirksamkeit von Nachsorge fünf wichtige Anforderungen vorgestellt, die zusammen mit den Ergebnissen der Vorstudien (Manuskripte 1 und 2) Ausgangspunkt für die Konzipierung von DigiPuR zur Intensivierung der Nachsorge waren. Eine intensivierete Nachsorge meint damit in der vorliegenden Arbeit nicht nur eine höhere Anzahl an Nachsorgeterminen, sondern auch die Berücksichtigung der fünf Anforderungen und die damit einhergehende höhere Bedeutung der Nachsorge als letzte wichtige Behandlungsphase. Die fünf Anforderungen sind gleichzeitig Ansatzpunkte für eine Diskussion ebener für die Ausgestaltung hinreichender Nachsorgeangebote während der Reintegrationsphase.

3.2.1 Sektorenübergreifende Versorgung

Der Begriff der sektorenübergreifenden Versorgung wird in der Literatur und in gesundheitspolitischen Diskussionen nicht einheitlich verwendet. Teilweise wird darunter eine durchlässige, teilweise eine vernetzte, teilweise eine nahtlose Versorgung ohne Brüche zwischen verschiedenen Sektoren, insbesondere zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor verstanden. In Deutschland verlangt die Behandlung in Kliniken nach § 39 Absatz 1a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung. Mit dem 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz wurde das Krankenhaus-Entlassmanagement reformiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Der entsprechende, 2017 in Kraft getretene *Rahmenvertrag Entlassmanagement* hat zum Ziel, „die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen“

(GKV-Spitzenverband et al., 2018, S. 2). Daher ist ein Entlassbrief zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Weiter soll die Klinik im Rahmen eines Entlassplans rechtzeitig vor der Entlassung den voraussichtlichen Versorgungsbedarf nach dem Klinikaufenthalt erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten, sodass Patientinnen und Patienten bei Bedarf nach dem Klinikaufenthalt nahtlos in nachfolgenden Bereichen weiter versorgt werden können.

Da die Nachsorge im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ein wichtiger und sich unmittelbar an die Entlassung anschließender Behandlungsbaustein ist, kann dies nur bedeuten, dass das Entlassmanagement auch den Übergang in die Nachsorge gewährleisten muss. Eine sektorenübergreifende Versorgung im Anschluss an den Klinikaufenthalt sollte nicht zwangsläufig den Beginn einer neuen ambulanten Therapie bedeuten, sondern möglichst zunächst in Form von Nachsorge erfolgen. Eine nahtlose Nachsorge im niedergelassenen Bereich wird jedoch häufig durch lange Wartezeiten erschwert. In Deutschland betrug die Wartezeit für Kinder und Jugendliche vor der COVID-19-Pandemie bereits durchschnittlich fünf Wochen für ein Erstgespräch und 18 Wochen bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Gemäß einer deutschlandweiten Befragung therapeutischen Fachpersonals Mitte 2021 haben sich nach dem Beginn der COVID-19-Pandemie die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche weiter verlängert auf durchschnittlich etwa zehn Wochen für ein Erstgespräch und 25 Wochen bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie (Plötner et al., 2022). Hinzu kommt, dass es im Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich keine gesonderten Abrechnungsziffern für ambulante Nachsorgeleistungen gibt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023a, 2023b), weshalb diese Leistungen nur im Rahmen der Wiederaufnahme einer bereits begonnenen ambulanten Therapie oder dem Beginn einer neuen ambulanten Therapie erbracht werden können. Nachsorgeleistungen hingegen sollten stattdessen direkt und ohne zeitlichen Verzug an den vor der Entlassung antizipierten

Versorgungsbedarf anknüpfen und den Reintegrationsprozess begleiten. Im Verlauf dieses Prozesses kann der stationär antizipierte Hilfebedarf überprüft und angepasst werden, da sich der tatsächliche Hilfebedarf meist dann erst zeigt. Bei einem günstigen Verlauf der Nachsorge ist möglicherweise eine weitere ambulante Therapie nicht mehr erforderlich.

Ein weiteres Problem hinsichtlich einer nahtlosen sektorenübergreifenden Versorgung besteht darin, dass der Zeitpunkt der Entlassung zum Teil erst kurzfristig feststeht. In der Praxis führt dies dazu, dass meist entweder zeitgleich mit oder erst nach der Entlassung die Suche nach einem Therapieplatz beginnt. Darüber hinaus ist die Motivation der Patientinnen und Patienten für eine neu zu beginnende ambulante Therapie nach einem längeren stationären Klinikaufenthalt häufig wenig ausgeprägt, sodass einige Familien die Suche erst nach einer negativen Entwicklung während der Reintegrationsphase beginnen. Wird eine Therapie bei einer neuen Psychotherapeutin oder einem neuen Psychotherapeuten begonnen, muss überdies erst eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Dieser Beziehungsaufbau braucht Zeit und erschwert eine schnelle, effektive Versorgung in der Reintegrationsphase.

All dies führt dazu, dass trotz des deutlichen Bedarfs (Boege et al., 2021) momentan in vielen Fällen weder eine nahtlose Versorgung noch eine ausreichende Nachsorge in der Reintegrationsphase stattfindet. Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik können an dieser Stelle im Rahmen der Nachsorge mit ihrer während der stationären Behandlung erworbenen Fallexpertise und aufgebauten Zusammenarbeit zu allen Beteiligten eine wichtige Funktion übernehmen. Die zielgerichtete nachstationäre Begleitung und Unterstützung unter Fortführung der bereits bestehenden therapeutischen Beziehung ist wertvoll, um die Reintegration zu erleichtern und gegebenenfalls einen guten Übergang in langfristige ambulante Hilfen und Weiterbehandlungen zu gestalten. Die oftmals bestehende Versorgungslücke zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor nach der Entlassung kann durch eine ambulante Nachsorge des entsprechenden stationären Klinikpersonals

geschlossen werden. Im Kontext der vorliegenden Arbeit sind daher alle drei Ideen, die mit dem Begriff der sektorenübergreifenden Versorgung verbunden sind, das heißt eine durchlässige, vernetzte und nahtlose Versorgung ohne Brüche zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor, adressiert. Nach der Entlassung wird so ein nahtloses Nachsorgeangebot geschaffen werden, das durch ambulante Leistungen der stationären Therapeutinnen und Therapeuten Durchlässigkeit herstellt und bei Bedarf die Vernetzung und den Übergang zu ambulanten Hilfen außerhalb der Klinik in die Wege leitet und begleitet.

3.2.2 Systemübergreifende Nachsorge

Die Wichtigkeit des Zusammenwirkens der verschiedenen Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Systemen wurde in Unterkapitel 3.1 bereits erläutert und als triadische Reintegration bezeichnet. In der Reintegrationsphase ist diese systemübergreifende Zusammenarbeit besonders wichtig, da die Reintegration vorrangig im familiären und schulischen Umfeld stattfindet. Die Generalisierung von Behandlungserfolgen in diese Kontexte ist die größte Herausforderung nach dem psychiatrischen Klinikaufenthalt (Savina et al., 2014). Auch aus der Sicht von Patientinnen und Patienten gehören Eltern und Lehrkräfte zu den wichtigsten Bezugspersonen, die sie bei der Reintegration unterstützen (Baker, 2020; Tougas et al., 2019). Bei Bedarf sollte während der Reintegrationsphase auch die Zusammenarbeit mit ambulanten Hilfesystemen wie beispielsweise der Jugendhilfe gesucht werden (Boege et al., 2021).

Im Rahmen der Zusammenarbeit ist es wichtig, neben den Patientinnen und Patienten gleichzeitig auch ihre Eltern und Lehrkräfte im Umfeld in ihrer Rolle und ihren Kompetenzen zu stärken. Viele Eltern erleben während des stationären Klinikaufenthalts ihres Kindes eine hohe Belastung und äußern den Wunsch nach mehr Wissen, wie sie ihr Kind bei der Reintegration hinreichend unterstützen können (Blizzard et al., 2016). Ebenso äußern viele

Lehrkräfte, dass sie mehr Wissen und Fähigkeiten benötigen, um adäquat mit Schülerinnen und Schülern umzugehen, die nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt in die Schule zurückkehren, da im schulischen Kontext meist weiterhin ein in gewissem Maß problematisches Verhalten besteht (Simon & Savina, 2010). Lehrkräfte geben häufig an, für den Umgang mit psychischen Problemen von Schülerinnen und Schülern im schulischen Kontext nicht ausreichend vorbereitet zu sein (Reinke et al., 2011; Sisask et al., 2014).

Die meist bereits während der stationären Behandlung bestehende systemübergreifende Zusammenarbeit sollte in der Nachsorge fortgeführt werden. Die Klinik sollte daher idealerweise auch die koordinierende Funktion einnehmen, um den regelhaften Austausch mit der Familie, der Schule und bei Bedarf ambulanten Hilfesystemen zu initiieren. Die Voraussetzung für einen entsprechenden Austausch ist dabei immer das vorab erteilte Einverständnis im Rahmen einer Schweigepflichtentbindung der Familie. Durch einen fest implementierten Austausch in der Nachsorge zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik, den Familien und den Lehrkräften können notwendige Informationen ausgetauscht, wichtige Absprachen und Abläufe beispielsweise für eine schrittweise Reintegration besprochen, gemeinsame Entscheidungen getroffen, Ansprechpersonen festgelegt sowie schwierige Situationen vor- und nachbesprochen werden. Darüber hinaus können Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit wie beispielsweise unklare Verantwortlichkeiten, fehlendes Wissen über die Fähigkeiten, Ressourcen und Handlungsspielräume der anderen Berufsgruppen oder unterschiedliche Wahrnehmungen, Herangehensweisen und Ziele reduziert werden (Savina et al., 2014; Widmark et al., 2011).

3.2.3 *Niedrigschwellige Nachsorge*

Die Nachsorge sollte niedrigschwellig und weitreichend sein, damit möglichst viele Kinder und Jugendliche nach dem teil- und vollstationären Klinikaufenthalt erreicht werden und davon profitieren. Auch für Kinder und Jugendliche, deren Wohnort eine größere Entfernung zur Klinik aufweist, sollten Nachsorgeangebote gut zugänglich sein. Digitale Behandlungsformen (E-Mental-Health-Angebote) erleichtern eine solche Versorgung. Sie nutzen Informations- und Kommunikationstechnologien bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen (Bauer et al., 2005; Lal & Adair, 2014). Beispielsweise schaffen Nachsorgetermine über Videotelefonate eine flexiblere Termingestaltung ohne Wegezeiten, was für eine systemübergreifende Zusammenarbeit die gemeinsame Terminfindung erleichtert und eine effizientere Nutzung von Ressourcen ermöglicht. Darüber hinaus können Patientinnen und Patienten in der Videotherapie gezielt bei der Umsetzung und Anpassung der Therapieziele in ihrem häuslichen Umfeld unterstützt werden, was für die Generalisierung von Behandlungserfolgen hilfreich sein kann. Bei Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen können so beispielsweise Expositionen im häuslichen Umfeld stattfinden (Hollmann et al., 2022). Die größere Distanz kann auch zu einer geringeren gefühlten Abhängigkeit von der Therapeutin oder dem Therapeuten führen sowie zu weniger sozial erwünschtem Verhalten (Feijt et al., 2020) und einem geschützteren Rahmen, Gefühle und Probleme offen zu besprechen (Simpson & Reid, 2014).

Eine weitere Form von E-Mental-Health-Angeboten sind Anwendungen (Apps) auf dem Smartphone (siehe z. B. Ellis et al., 2021; Linardon et al., 2019). Sie können in der Nachsorge eingesetzt werden, um beispielsweise eine niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit zur Therapeutin oder zum Therapeuten zu schaffen, an erlernte Strategien zu erinnern, Alltagserfolge festzuhalten oder die Entwicklung des Wohlbefindens zu dokumentieren (Bauer & Moessner, 2012; Price et al., 2014). Die Nachfrage nach E-Mental-Health-Angeboten ist im

Verlauf der COVID-19-Pandemie deutlich gestiegen (Ellis et al., 2021; Feijt et al., 2020; Pierce et al., 2021; Van Daele et al., 2020) und ihre Nutzung hat sich seither merklich erhöht.

Studien zur Wirksamkeit digitaler Nachsorgeangebote im Erwachsenenbereich liefern Hinweise auf positive Effekte in Bezug auf die Entwicklung von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung (Bauer et al., 2012; Ebert et al., 2013; Hennemann et al., 2018; Kordy et al., 2006; Schmädke & Bischoff, 2015; Zwerenz et al., 2019). Innovative digitale Nachsorgeangebote im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich existieren bisher nur wenige. In einer aktuellen Übersichtsarbeit zu Entlassinterventionen in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Chen et al., 2022) wird jedoch eine Machbarkeitsstudie zitiert, die ein prinzipielles Interesse am Herunterladen einer Smartphone-basierten App für einen digitalen Notfallplan zum Zeitpunkt der Entlassung zeigt (Gregory et al., 2017). Eine Pilotstudie zur vorläufigen Wirksamkeit einer Nachsorge-App für jugendliche und erwachsene Patientinnen mit Anorexia nervosa zeigte eine hohe Akzeptanz hierfür (Neumayr et al., 2019). Dabei wurde die Verbindung zum therapeutischen Fachpersonal der Klinik von den Patientinnen als hilfreichste Funktion der App bewertet und von allen Patientinnen genutzt. Der Einsatz von E-Mental-Health-Angeboten und die Nutzung ihrer Vorteile sind auch für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer in der Regel hohen Medienaffinität angezeigt. Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Standards ist hierbei eine unverzichtbare Voraussetzung.

3.2.4 Bedarfsangepasste Nachsorge

Die Reintegration nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt ist ein hochindividueller Prozess mit vielfältigen Unterstützungsbedarfen und Verläufen. Nachsorgeangebote sollten daher ausreichend flexibel sein, um die individuelle Situation und die jeweiligen Probleme und Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigen zu können

(Simmons et al., 2022; Tougas et al., 2019). Flexible Unterstützungsangebote können beispielsweise während der Reintegrationsphase regelmäßige Nachsorgetermine beinhalten, wobei deren Dauer, Inhalte und Teilnehmende jeweils an den momentanen Hilfebedarf angepasst werden. Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten können individuelle wöchentliche Nachsorgeziele zur Stabilisierung von Behandlungserfolgen erarbeitet werden, die an die vorherige stationäre Behandlung anknüpfen. Je mehr im Verlauf der Nachsorge die Autonomie und Kompetenz von Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung im Alltag gestärkt wird, desto mehr kann die Frequenz von Nachsorgeterminen reduziert werden. Der Nachsorgebedarf sollte bereits während des stationären Klinikaufenthalts abgeschätzt und ein Plan für die Reintegrationsphase entwickelt werden (siehe z. B. Tougas et al., 2022a), der im Verlauf der Nachsorge ergänzt und angepasst werden kann. Damit kann auf nicht absehbare Ereignisse und Entwicklungen im Alltag der Kinder und Jugendlichen reagiert werden.

E-Mental-Health-Angebote können eine Anpassung an individuelle Bedürfnisse unterstützen (Lal & Adair, 2014). So können beispielsweise in Smartphone-basierten Apps unterschiedliche Module konfiguriert werden (siehe z. B. Neumayr et al., 2019). Es können häufige, kurze Nachsorgetermine über Videotelefonate stattfinden oder individueller Bedarf über ein Messenger-System angezeigt werden. Durch einen transdiagnostischen Ansatz (siehe z. B. Ebert et al., 2013) können störungsübergreifend viele Kinder und Jugendliche nachstationär unterstützt werden. Ein transdiagnostischer Nachsorgerahmen, der je nach Erkrankungsbild und individueller Situation angepasst werden kann, ist im Gegensatz zu einem störungsspezifischen Ansatz auch deshalb vorteilhaft, da in der Routineversorgung häufig komorbide Diagnosen bestehen und berücksichtigt werden müssen.

3.2.5 *Evidenzbasierte Nachsorge*

In Unterkapitel 2.4 zum Forschungsstand der Wirksamkeit von Nachsorge wurde deutlich, dass der Begriff der Nachsorge oft sehr breit gefasst wird und ein breites Spektrum von Maßnahmen dazugezählt wird. Gleichzeitig sind Nachsorgeprogramme häufig nicht oder nur unzureichend evaluiert (Tougas et al., 2022b). Nachsorgeprogramme sollten aber im Hinblick auf ihre Wirksamkeit wissenschaftlich belegt sein. Idealerweise werden Interventionen im Rahmen randomisiert-kontrollierter Studien evaluiert. Im Rahmen einer solchen Studie kann die Wirksamkeit von Nachsorgeprogrammen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, beispielsweise TAU, untersucht werden. Eine randomisierte Zuteilung kann vermeiden, dass sich Störvariablen wie beispielsweise die Erkrankungsschwere auf einen Gruppenvergleich auswirken. Ohne eine solche Randomisierung kann es vorkommen, dass schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten aufgrund ihres möglicherweise höheren Bedarfs bevorzugt intensivere Nachsorgeangebote erhalten und damit gleichzeitig die Ergebnisse relevanter Zielvariablen wie beispielsweise die Rate an Rehospitalisierungen verzerrt werden.

Relevante Zielvariablen für die Evaluation von Nachsorgeprogrammen können neben klinischen Indikatoren wie der Rate an Rehospitalisierungen oder der Symptomschwere auch patientenbezogene Variablen sein wie beispielsweise die von Patientinnen und Patienten beurteilte gesundheitsbezogene Lebensqualität oder Behandlungszufriedenheit. Für transdiagnostische Nachsorgeprogramme sind störungsübergreifende Variablen besonders relevant. Hoagwood et al. (1996) schlagen in ihrem Modell fünf Bereiche für die Evaluation von Interventionen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vor: Die Symptomatik (symptoms/diagnoses), das Funktionsniveau (functioning), Nutzerbelange (consumer perspectives), das Umfeld (environments) und die Systemebene (systems). Gemäß dem Modell werden damit nicht nur Veränderungen auf individueller Ebene durch die Intervention berücksichtigt, sondern auch mögliche Auswirkungen auf das soziale Umfeld

sowie das übergeordnete Versorgungssystem. Das Modell kann als Rahmen dienen, wobei es sinnvoll sein kann, bei der Evaluation von Nachsorgeprogrammen Zielvariablen aus den verschiedenen Bereichen einzubeziehen.

Längsschnittliche Evaluationen mit mehreren Messzeitpunkten über das Ende der Nachsorge hinaus ermöglichen es, auch die längerfristige Wirksamkeit von Behandlungserfolgen zu untersuchen. Da die Reintegration nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt ein hochindividueller Prozess ist, kann es im Rahmen der Evaluation sinnvoll sein, nicht nur Unterschiede zwischen Personen zu untersuchen (between-person-Ebene), sondern auch Prozesse innerhalb von Personen zu betrachten (within-person-Ebene). Die Untersuchung von intraindividuellen Prozessen kann durch ambulantes Assessment (auch: ecological momentary assessment, experience sampling method, real-time data capture) erfolgen, bei denen von Teilnehmenden in ihrem Alltag beispielsweise am Smartphone regelmäßig Maße wie etwa ihr momentanes Wohlbefinden erhoben werden (Ebner-Priemer & Trull, 2009). Ambulantes Assessment ermöglicht dabei ökologisch valide Messungen und reduziert retrospektive Verzerrungen (Trull & Ebner-Priemer, 2013).

3.3 Ziele der Arbeiten

Die vorliegende Dissertation beinhaltet vier Arbeiten, deren gemeinsames Thema die Nachsorge während der Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach psychiatrischen Klinikaufhalten ist. Das Ziel der Dissertation war es, die Reintegrationsphase aus der Sicht von Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräften zu untersuchen (Manuskripte 1 und 2) und darauf das Forschungsprojekt DigiPuR (Manuskript 3 und Handbuch des Studienmaterials) zur Intensivierung der Nachsorge an der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen in Kooperation mit dem Arbeitsbereich Schulpsychologie und dem Methodenzentrum der Universität Tübingen aufzubauen. Die Kooperation ermöglichte

zusätzliche Expertise zum schulischen Umfeld und zur Datenanalyse, da sich der Arbeitsbereich Schulpsychologie unter anderem mit der Entwicklung von Schülerinnen und Schülern mit Schwierigkeiten im Lernen und Verhalten sowie mit der Umsetzung ambulanter Assessmentstudien beschäftigt und das Methodenzentrum neue Ansätze zur effektiven Datenauswertung insbesondere längsschnittlicher Daten erforscht. DigiPuR ist ein Forschungsprojekt, das im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie in der Interventionsgruppe ein intensiviertes und digital gestütztes Nachsorgeangebot für Kinder und Jugendliche bietet mit dem Ziel, stationär erzielte Behandlungserfolge zu stabilisieren und Rehospitalisierungen zu reduzieren.

Die Manuskripte 1 und 2 sind zwei Vorstudien zur Untersuchung der Reintegration aus verschiedenen Perspektiven, auf deren Ergebnissen DigiPuR aufbaut. Manuskript 1 in Unterkapitel 4.1 (*Patients' well-being during the transition period after psychiatric hospitalization to school: insights from an intensive longitudinal assessment of patient-parent-teacher triads*) beschreibt die nach dem Wissen der Autorinnen und Autoren erste quantitative, intensive Längsschnittstudie, die unter Zuhilfenahme von ambulantem Assessment die schulische Reintegration von Kindern nach psychiatrischen Klinikaufenthalten aus einer triadischen Perspektive von Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräften untersucht. Die Datenerhebung erfolgte für die teilnehmenden Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräfte über eine App auf ihnen zur Verfügung gestellten Smartphones an 50 aufeinanderfolgenden Schultagen beginnend zwei Wochen vor der Entlassung. Die Ergebnisse geben Aufschluss über die durchschnittliche Entwicklung sowie individuelle Unterschiede des Wohlbefindens von Patientinnen und Patienten in den Wochen nach der Entlassung. Weiterhin geben sie Hinweise über mögliche Zusammenhänge des Wohlbefindens zum einen mit der Selbstkontrolle und der schulischen Selbstwirksamkeit von Patientinnen und Patienten und zum anderen mit der Selbstwirksamkeit von relevanten Bezugspersonen.

Aufgrund der in Manuskript 1 niedrigeren Compliancerate der Lehrkräfte im Vergleich zu den Kindern und Jugendlichen sowie den Eltern wurde in Vorbereitung von DigiPuR eine zweite Studie durchgeführt, die in Manuskript 2 in Unterkapitel 4.2 (*Pilotstudie zum Bedarf von Lehrkräften im Umgang mit Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt*) beschrieben ist. Sie umfasst eine Befragung von Lehrkräften zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zur Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule bei der Reintegration mit dem Ziel, erste Ideen eines Unterstützungsangebots für Lehrkräfte im Rahmen von DigiPuR abzusichern und zu konkretisieren. Die Datenerhebung erfolgte auf Papierfragebögen an allgemeinbildenden Schulen verschiedener Schularten. Die Ergebnisse liefern Informationen zum Bedarf von Lehrkräften am Erwerb von Kompetenzen in diesem Bereich sowie am Austausch mit klinischem Fachpersonal. Ergänzend wurden sie in einer Fokusgruppe mit Schulleitungen vertiefend diskutiert mit dem Ziel einer Bewertung der Ergebnisse sowie möglicher weiterer Aspekte aus der übergeordneten Perspektive der Leitungsebene.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Vorstudien (Manuskripte 1 und 2) sowie auf den in Unterkapitel 3.2 beschriebenen fünf Anforderungen an eine sektorenübergreifende Versorgung sowie eine systemübergreifende, niedrighschwellige, bedarfsangepasste und evidenzbasierte Nachsorge wurde DigiPuR konzipiert. Manuskript 3 in Unterkapitel 4.3 (*E-Mental-Health aftercare for children and adolescents after partial or full inpatient psychiatric hospitalization: study protocol of the randomized controlled DigiPuR trial*) beschreibt eine randomisiert-kontrollierte Studie, in der das intensivierete, digitale Nachsorgeangebot DigiPuR in einer Interventionsgruppe mit der regulären Nachsorge (TAU) in einer Kontrollgruppe verglichen wird. Das intensivierete Nachsorgeangebot umfasst den Zeitraum bis acht Wochen nach der Entlassung und besteht aus regelmäßigen Videotelefonaten zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten der vorherigen stationären Behandlung mit den Patientinnen und Patienten, den

Eltern und den Lehrkräften sowie bei Bedarf ambulanten Hilfesystemen. Insgesamt fanden in der Interventionsgruppe zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten mit der Familie sechs sowie mit den Lehrkräften drei Nachsorgekontakte statt, wohingegen die reguläre Nachsorge in der Kontrollgruppe aus einem Termin bestand. Ergänzend erhielten die Studienteilnehmenden in beiden Gruppen eine App, individualisiert als PANDA-App (Psychiatrische Aufenthalte – Nachsorge durch App), mit zwei Komponenten. Die eine Komponente ermöglichte allen Beteiligten in der Interventionsgruppe eine direkte Kontaktmöglichkeit zu den Therapeutinnen und Therapeuten über ein sicheres Messenger-System, die andere Komponente beinhaltete in beiden Gruppen eine kurze tägliche Befragung der Beteiligten zum Wohlbefinden im Alltag. Zusätzlich zu den erhobenen Daten des ambulanten Assessments bestand die längsschnittliche Evaluation aus einem Prä-Post-Follow-up-Assessment bis letztmalig neun Monate nach der Entlassung. Primäres Ziel der Evaluation ist es zu klären, ob Teilnehmende der Interventionsgruppe eine geringere Symptomschwere, weniger Rehospitalisierungen sowie eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit aufweisen als Teilnehmende der Kontrollgruppe.

Die vierte im Rahmen der Dissertation entstandene Arbeit in Anhang A (*Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld: Handreichung für Lehrkräfte*) ist als Teil des psychoedukativen Studienmaterials in DigiPuR ein unterstützendes Handbuch für Lehrkräfte. In der Interventionsgruppe wurde das Handbuch begleitend zu den Videotelefonaten ausgehändigt, in der Kontrollgruppe nachträglich mit Studienende. Ziel des Handbuchs ist es, den Lehrkräften Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen und Handlungsmöglichkeiten für den Schulalltag bereitzustellen. Das im Rahmen der Dissertation entstandene Handbuch wurde in Kooperation mit dem Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL) Baden-Württemberg veröffentlicht und damit allen Lehrkräften in Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt.

4 MANUSKRIPTE

Dieses Kapitel enthält die Manuskripte 1–3. Das Handbuch „Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld“ für Lehrkräfte ist als Teil des Studienmaterials in Anhang A aufgeführt. Aufgrund des thematischen Zusammenhangs ergeben sich gewisse inhaltliche Überschneidungen zwischen den vier Arbeiten und den Kapiteln dieser Dissertation. Die Arbeiten behandeln aber jeweils unterschiedliche Aspekte des übergeordneten Themas Nachsorge während der Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach psychiatrischen Klinikaufenthalten und können unabhängig voneinander gelesen werden.

4.1 Manuskript 1: Patients’ well-being after psychiatric hospitalization

Finkbeiner, M., Wahl, L.-M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Hellwig, L., Brenner, V., Dürrwächter, U., Conzelmann, A., Kelava, A., Renner, T. J. & Gawrilow, C. (2023). Patients’ well-being during the transition period after psychiatric hospitalization to school: insights from an intensive longitudinal assessment of patient–parent–teacher triads. *BMC Psychology*, 11(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01197-0>

(Reproduced with permission from Springer Nature)

4.1.1 Abstract

Background. The transition period after psychiatric hospitalization back to school is accompanied by various challenges, including a substantial risk for rehospitalization. Self-efficacy and self-control, as transdiagnostic variables and important predictors of coping with school demands, should be crucial factors for successful adaptation processes as well as an overall high well-being during school reentry. The present study therefore investigates how patients’ well-being develops during this period, and how it is related to patients’ self-control

and academic self-efficacy, as well as parents' and teachers' self-efficacy in dealing with the patient.

Methods. In an intensive longitudinal design, daily ambulatory assessment measures via smartphone were collected with self-reports from the triadic perspective of 25 patients ($M_{age} = 10.58$ years), 24 parents, and 20 teachers on 50 consecutive school days, starting two weeks before discharge from a psychiatric day hospital (mean compliance rate: 71 % for patients, 72 % for parents and 43 % for teachers). Patients answered daily questions between five and nine o'clock in the evening about their well-being, self-control, academic self-efficacy and about positive and negative events at school, as well as parents and teachers about their self-efficacy in dealing with the patient.

Results. Multilevel modeling revealed that on average, patients' well-being and self-control decreased during the transition period, with trends over time differing significantly between patients. While patients' academic self-efficacy did not systematically decrease over time, it did show considerable intra-individual fluctuation. Importantly, patients experienced higher well-being on days with higher self-control and academic self-efficacy as well as with higher parental self-efficacy. Daily teacher self-efficacy did not show a significant within-person relationship to daily patients' well-being.

Conclusions. Well-being in the transition period is related to self-control and self-efficacy of patients and their parents. Thus, addressing patients' self-control and academic self-efficacy, as well as parental self-efficacy, seems promising to enhance and stabilize well-being of patients during transition after psychiatric hospitalization.

Key words: ambulatory assessment, patient-parent-teacher triad, psychiatric hospital to school transition, reintegration, well-being, within-person

4.1.2 Background

Children and adolescents with mental health problems are psychiatrically hospitalized if outpatient treatment is not sufficient for reducing symptomatology. Inpatient hospitalizations in child and adolescent psychiatry usually last numerous weeks and are generally associated with considerable health improvement (Green et al., 2007). However, between 14 and 38 percent of psychiatrically hospitalized children and adolescents experience a rehospitalization within 12 months after discharge (Arnold et al., 2003; Cheng et al., 2017; Fontanella, 2008; Gearing et al., 2009), with most readmissions within the first three months after discharge (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010). During this period of high risk for rehospitalization, patients face the challenge to adjust to their different post-discharge environments (Savina et al., 2014) and many demands of the transition after discharge from psychiatric hospitalization are school-related (Ogilvie et al., 2019; Tougas et al., 2019). The need to examine the post-discharge phase closely and interventions to reduce rehospitalizations is accordingly great (Chen et al., 2022; Tougas et al., 2022a, 2022b). As reintegration refers to the transition after psychiatric hospitalization to school, the terms reintegration and transition are used synonymously.

Stressors during transition

Stressors during transition after psychiatric hospitalization are consistently found in the academic, social and emotional domain, all adding to potentially preexisting difficulties (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017; Tougas et al., 2019). Academic stressors concern the risk of patients falling behind at school due to hospitalization (Clemens et al., 2010). This situation is potentially initiating a vicious circle: the need to catch up the missed work leads to stress, in turn worsening the symptoms, which again impacts learning, and so on (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017). The academic situation must be

considered specifically in view of mental disorders coming along with a heightened risk for school drop-out and a lower educational attainment over time (Best et al., 2004; Breslau et al., 2008). In addition to academic stressors, there are social stressors, such as patients reporting problems with peers, bullying, and losing friendships (McBride & Preyde, 2022; Preyde et al., 2018). Social stressors further include not knowing how to handle social situations, being insecure about explaining the personal absence, and concerns about stigmatization (Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017). Patients express to be overstrained by social situations, potentially leading to withdrawn behavior and social isolation (Clemens et al., 2010; McBride & Preyde, 2022; Preyde et al., 2018; Tisdale, 2014). Beyond academic and social stressors, emotional stressors exist, and even though mental health usually improves during psychiatric hospitalization, the transition can be a setback in terms of patients' emotional experiences (Clemens et al., 2010). Residual symptoms often persist or reappear after discharge, and patients must deal with transition related anxiety, emotional instability, and nervousness (Preyde et al., 2018; Savina et al., 2014; Simon & Savina, 2010). Altogether, patients frequently report to feel emotionally overwhelmed by reentering school, even leading to some patients not fully returning to school (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017).

In consideration of the stressors in the academic, social, and emotional domain, it is likely that the transition experience is determined by the ability to meet transition demands and to buffer against those stressors (Clemens et al., 2010). Succeeding at school, having positive relationships and social interactions, and less emotional strain should reduce the amount of stress and thereby positively influence post-discharge adjustment and enhance well-being. Those assumptions are in line with research on primary to secondary school transitions, which shows that good school attendance and increased academic engagement, the ability to build positive and stable peer relationships, as well as control of negative emotions contribute to smooth transitions (Jindal-Snape et al., 2020).

Well-being, self-control, and academic self-efficacy as important variables during transition

Well-being is the affective and cognitive judgment about how well one's life is going (Crisp, 2014; Keyes, 2010; Weijers & Jarden, 2017). Following the World Health Organization, mental health is defined not only as the absence of symptoms of mental disorders, but also as the presence of well-being (World Health Organization, 2004). Correspondingly, patient-reported outcomes of subjective health-related quality of life have gained in importance alongside clinical indicators of specific symptoms to assess health care outcomes (Black et al., 2016; Bullinger & Quitmann, 2014; Wolpert et al., 2012). Low levels of well-being pose a risk factor for future psychopathological symptoms (Bartels et al., 2013; Lamers et al., 2015), while subjective well-being and psychopathology are predictive of school functioning (Suldo et al., 2011).

Children transitioning from primary to secondary school exhibit a decline in self-control over time, with less decline coming along with better post-transition adjustment (Ng-Knight et al., 2016). Self-control denotes the capacity to regulate behavior, thoughts, and emotions, allowing to overcome or change dominant response tendencies and is related to a variety of beneficial outcomes (De Ridder et al., 2012). Higher levels of self-control predict better functioning on academic, social, and emotional domains (Ng-Knight et al., 2016), areas in which patients experience vast demands during the transition from psychiatric hospital to school. In the academic domain, higher levels of self-control come along with better attainment at school, in the social domain with less peer problems and better interpersonal relationships as well as in the emotional domain with less emotional problems, better coping with stress and overall better psychological adjustment (Bertrams & Dickhäuser, 2009; Englert et al., 2011; Ng-Knight et al., 2016; Tangney et al., 2004).

Regarding the risk of the vicious circle – exacerbating symptoms due to stress arising from catching up the missed schoolwork, in turn impairing learning which again is a stressor – academic self-efficacy likely prevents sliding into the same or helps to break out of it. Academic self-efficacy is the belief about one's own capability to execute necessary actions that should lead to a desired academic goal (Bandura, 2006; Schunk & Mullen, 2012). The feeling of competence to master the respective academic situation determines how well a student engages and persists in learning (Schunk & Mullen, 2012). High academic self-efficacy can be a resource by improving motivation and academic achievement (Affuso et al., 2017; Honicke & Broadbent, 2016), but transitioning from middle to high school comes along with a large decrease of academic self-efficacy (Lofgran et al., 2015).

Self-efficacy and self-control should be crucial factors for successful adaptation processes as well as an overall high well-being during reintegration after psychiatric hospitalization. The aim of the present study was to examine patients' well-being during reintegration after psychiatric hospitalization to school as well as patients' self-control and academic self-efficacy as transdiagnostic variables that may enhance patients' well-being and their ability to cope better with the transition-related stressors.

Importance of the triadic perspective

Since the individual is not independent of its context (Eme, 2017; Gutkin, 2012), the embedding social environments should be considered in addition to individual characteristics of the patient, when investigating the reintegration period. The family and school environments are usually the two most important areas of life for children and adolescents, and mental health problems are often not limited to family settings but also manifest themselves in the school context. From the patient's perspective, their parents and teachers are the most important attachment figures who provide support during reintegration (Baker, 2020).

However, many parents experience high levels of strain during their child's inpatient hospitalization and express concerns about their parenting skills regarding the transition period after discharge (Blizzard et al., 2016). Parental self-efficacy, which is the expectation about the own ability of successful parenting, is associated with parental competence and plays a relevant role for academic, social, and emotional outcomes of a child and its adjustment to school (Albanese et al., 2019; Giallo et al., 2008; Jones & Prinz, 2005). In that light, parental self-efficacy can be an important resource for patients' recovery and well-being (Albanese et al., 2019), as parents can help their children in coping with demands during reintegration (Clemens et al., 2011). Parents with lower self-efficacy tend to show less parental involvement (Albanese et al., 2019; Jones & Prinz, 2005), in turn being associated with less decrease of symptomatology post-discharge (Brinkmeyer et al., 2004) and an increased risk for rehospitalization for the child (Blader, 2004).

Teachers express that they need more knowledge and skills to deal with students returning to school after psychiatric hospitalization, as most students still show problematic behavior in the school context (Simon & Savina, 2010). They report not feeling confident in their ability to manage mental health problems in class (Reinke et al., 2011; Sisask et al., 2014). But teachers' understanding and support is needed by patients during and after psychiatric hospitalization (Clemens et al., 2011; Preyde et al., 2018). Teacher self-efficacy is defined as the belief about one's own capability to influence and support a student's learning (Skaalvik & Skaalvik, 2007). A high level of self-efficacy among teachers promotes a supportive environment in class, which in turn increases student motivation and academic achievement (Zee & Koomen, 2016). Further, teachers with higher levels of teacher self-efficacy are more likely to work persistently and engage positively with challenging students (Klassen & Tze, 2014; Love et al., 2020). Additionally, teacher self-efficacy is associated with positive teacher-student-relationships (Hajovsky et al., 2020), with the quality of these relationships being

particularly important for students who are academically at risk (Roorda et al., 2011). The present study therefore complements patients' perspectives by the perspectives of parents and teachers for an investigation of this triad and examines self-efficacy among parents and teachers in dealing with the patient as facilitating factors for patients' transition process after psychiatric hospitalization.

Present study – investigating between- and within-person processes of patient-parent-teacher triads

Despite a few existing studies (see Tougas et al., 2019), data on school reintegration after psychiatric hospitalization is limited, particularly for younger children and children outside the United States of America (Tougas et al., 2019). The current study is, to the best of our knowledge, the first quantitative, intensive longitudinal study applying an ambulatory assessment design to examine patients' transition to school following psychiatric hospitalization, focusing on patient-parent-teacher triads. It examines patients' well-being, self-control, and academic self-efficacy, as well as parents' and teachers' self-efficacy as important diagnosis-independent variables during the transition. Smartphone-based data of triads were assessed in an intensive longitudinal ambulatory assessment on 50 consecutive school days starting two weeks before discharge. Assessing variables in patients' daily lives enhances generalizability and increases ecological validity while preventing retrospective biases (Ebner-Priemer & Trull, 2009; Russell & Gajos, 2020; Trull & Ebner-Priemer, 2013). The resulting time series data allow us to investigate within-person processes (variation within an individual) in addition to between-person differences (variations between individuals). Those within-person processes cannot be inferred from the predominant between-person based designs, as evidence from the between-person level cannot validly be transferred to the within-

person level (e.g., Curran & Bauer, 2011). Those two levels can only be separated, and hence within-person processes depicted, with an intensive longitudinal study design.

However, it is difficult to control for confounding variables as, for instance, the situations in which questionnaires are answered may differ between assessments (Ebner-Priemer & Trull, 2009). We aimed to attenuate this by assessing and controlling for daily negative and positive events (one item each with a dichotomous response format) as they are found to influence daily well-being (Nezlek & Plesko, 2003). We further followed the prediction-based approach (Schleider et al., 2020) and assessed patients' pre-discharge well-being, self-control, and academic self-efficacy at baseline to explore if those variables can predict beneficial outcomes during transition. It is plausible that patients with more favorable characteristics have more latitude to deteriorate over time, but at the same time may have more resources buffering against stressors. All those considerations are reflected in our hypotheses formulated below.

Hypothesis 1: Time trend effects.

We expected patients' well-being (H1a), self-control (H1b), and academic self-efficacy (H1c) to decline on average over time during the transition period. We further expected patients to differ significantly in this trend over time. We aimed to explore if the individual specific time-effect for each variable is associated with the respective extent of well-being (H1aa), self-control (H1ba), and academic self-efficacy (H1ca) at baseline, whereby both an attenuating or boosting effect coming along with higher levels is conceivable.

Hypothesis 2: Between-person effects of the patients and triads.

We expected patients generally showing higher self-control (H2a) and academic self-efficacy (H2b) to also show higher levels of well-being. Further, we expected patients with

parents (H2c) and teachers (H2d) of generally higher parental or teacher self-efficacy regarding the child to show higher levels of well-being.

Hypothesis 3: Within-person effects of the patients.

We expected higher well-being on days with higher self-control (H3a) and higher academic self-efficacy (H3b). That is, we expected structural dependence on the within-person level of patients' well-being and self-control as well as academic self-efficacy.

Hypothesis 4: Within-person effects of the triads.

We expected higher patient well-being on days with higher parental self-efficacy (H4a) and on days with higher teacher self-efficacy (H4b). That is, we expected structural dependence on the within-person level of patients' well-being and parents' parental self-efficacy as well as teachers' teacher self-efficacy.

4.1.3 Methods

Design and aim

The present study is an intensive longitudinal study applying an ambulatory assessment design to examine patients' transition to school after psychiatric hospitalization, focusing on patient-parent-teacher triads. It aims to examine patients' well-being, self-control, and academic self-efficacy, as well as parents' and teachers' self-efficacy as important diagnosis-independent variables during the transition.

Participants

Participants were recruited from 2016 to 2018 at the psychiatric day hospital for children in the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics, and

Psychotherapy of the University Hospital Tuebingen, Germany. During their treatment, clinic employees informed them about the study. Exclusion criteria were inability to attend school, a profound developmental disorder without language development or a psychotic disorder. A total of 27 children with belonging 24 parents and 20 teachers were recruited. Two children dropped out during the study, resulting in the final sample of 25 children, ranging in age from 7 to 13 years ($M = 10.58$, $SD = 1.62$). Total sample description is displayed in Table 1, with primary diagnosis based on the German edition of 10th Revision of the Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10; World Health Organization, 2016). Patients and parents received a cinema coupon compensation, with monetary amount ranging from 10 Euro (first 20 days participation) over 20 Euro (first 40 days participation) to 25 Euro (50 days participation). Teachers got compensated with a book present.

Table 1

Sample Characteristics

Gender	N (%)
Female	10 (40)
Male	15 (60)
Type of school	
Primary school	14 (56)
Special education school	2 (8)
Secondary school	9 (36)
Primary Diagnoses (ICD-10)	
Mood (affective) disorders (F30-F39)	2 (8)
Neurotic, stress-related and, somatoform disorders (F40-F48)	4 (16)
Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-F59)	2 (8)
Disorders of psychological development (F80-F89)	2 (8)
Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence (F90-F98)	15 (60)

Material

The present study is part of a larger one that examined environment-related predictors of successful day hospital treatment (Brenner, 2020). As we focused on the ambulatory

assessment data related to the formulated hypotheses in the present study, only the measures used for these analyses are presented in detail.

Baseline Measures

Well-Being. For the assessment of well-being, we used the emotional well-being subscale of the revised, self-report version for children aged 7 to 13 of the questionnaire for measuring health-related quality of life (Kid-KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998, 2000). The subscale consists of four items asking for the frequency of events during the last week with response categories ranging from “never” to “all the time” on a five-point Likert-Scale (e.g., “During the past week, I had fun and laughed a lot.”) with literature evidence of satisfying reliability (Cronbach’s $\alpha = .68$) and validity (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998, 2000). For the current study, it also resulted in a still satisfying reliability (Cronbach’s $\alpha = .50$).

Self-control. For the assessment of self-control, we used the brief German parent-rating version of the Self-Control Scale (SCS-K-D; Rauch et al., 2014). We adapted the 13 items by simplifying the language to be suited as a self-report questionnaire for children, also resulting in satisfying internal consistency for the current study (Cronbach’s $\alpha = .84$). Patients had to rate the extent to which the statements apply to them in general, from “not at all” to “totally true” on a five-point Likert scale (e.g., “I do nothing that I will regret later.”).

Academic self-efficacy. For the assessment of academic self-efficacy, we used an established scale consisting of seven items (WIRKSCHUL; Jerusalem & Satow, 1999). We adapted the items by simplifying the language for children, also resulting in satisfying internal consistency for the current study (Cronbach’s $\alpha = .67$). Patients had to rate the extent to which the statements apply to them in general, from “not at all” to “totally true” on a five-point Likert scale (e.g., “I can solve even complex tasks in class, when I make an effort“).

App-based daily measures on the smartphone

The application used for the ambulatory assessment was movisensXS (movisens GmbH, 2015) running on the NEXUS 5 smartphone by LG Electronics, provided for all participants. For a complete overview of all daily items see Appendix A.

Well-being. For the daily assessment of well-being, we developed one item globally asking for how they were overall today (“How were you overall today?”). This is in accordance with just slightly differing single-items asking for well-being, exhibiting satisfying validity and reliability in the literature (Abdel-Khalek, 2006; Cheung & Lucas, 2014; Lucas & Donnellan, 2012; Weijers & Jarden, 2017). Possible answers ranged from “very bad” to “very good” on a five-point Likert scale.

Self-control and academic self-efficacy. For the daily assessment of self-control and academic self-efficacy, we shortened the scales used at baseline, i.e. an adaption of the brief German parent-rating version of the Self-Control Scale (SCS-K-D; Rauch et al., 2014), and the scale WIRKSCHUL (Jerusalem & Satow, 1999), to four and three items, respectively. For an overview of all items see Appendix A (e.g. self-control, “Today, I have done something, I regretted later”; e.g. academic self-efficacy, “Today, I was able to solve even complex tasks in class, when I made an effort“). Further, we changed the referring time frame from general to the present day. The reliabilities (Cronbach’s α and McDonald’s ω) for the current study are reported in Table 3 in the results section.

Negative and positive events. To control for daily negative and positive events, children were asked what happened at school with one item each (“Did something happened today that you thought was bad/good at school?”) and a dichotomous response format (yes/no). Following a positive response, participants were able to indicate what exactly happened to them in a free answer format (“If something like that happened today, what was it?”).

Parental and teacher self-efficacy. For the assessment of parental and teacher self-efficacy, we used three items of an established scale (WIRKLEHR; Schwarzer & Schmitz, 1999). We changed the referring time frame from general to the present day. Items further got appropriately adapted to fit the reference to the specific child (i.e., the/my child; e.g., parent: “Today I was able to guide my child also in problematic situations.”; teacher: “Today I was convinced that I can teach the child the subject material also in problematic situations.”). The reliabilities (Cronbach’s α and McDonald’s ω) for the current study are reported in Table 3 in the results section.

Procedure

An overview of the procedure can be seen in Figure 1. During the patients’ stay at the psychiatric hospital, the patients and parents were informed about the study by an employee of the day hospital. In case of general interest in participation, the patients, and their parents, as well as a teacher of the patient, were invited to the study. All subsequent study appointments were held by study employees of the psychiatric hospital. Verbal and written study information, including informed consent forms, was provided for parents and patients, after a regular appointment at the psychiatric hospital. For teachers, this information appointment took place either by phone and post or at the hospital.

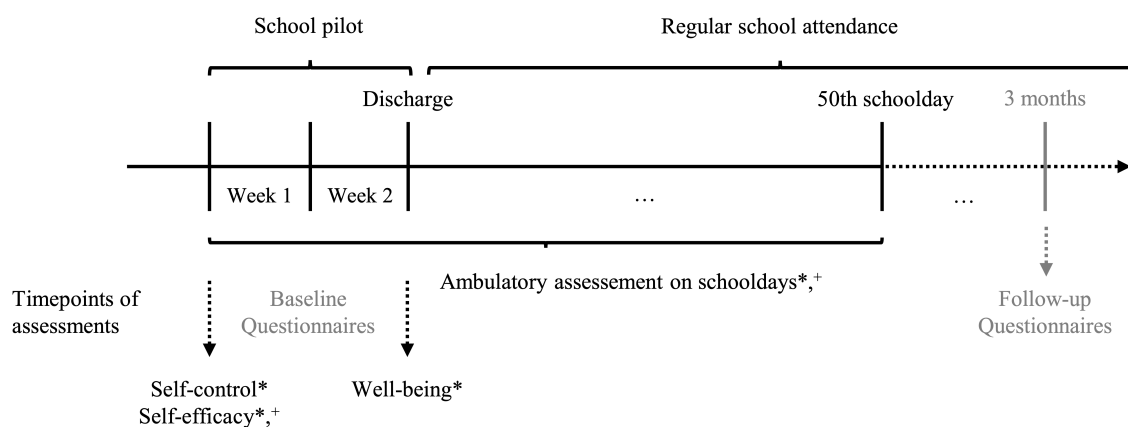
After the participants gave written informed consent, an introduction appointment was made, separately for the patients with parents and the teacher, one or two days before the school pilot period started. All participants filled out baseline measure questionnaires (only patients’ well-being was assessed at discharge, as being part of standard diagnostic, to minimize patient’s burden). A smartphone was delivered to all participants, and they were introduced to the application implementation. A smartphone-based measurement burst for 50 consecutive school days was conducted, starting with the first day of regular school attendance of the school

pilot period. The school pilot period is a phase around two weeks before discharge, where patients attend their regular school but subsequently continue to attend the psychiatric hospital. If the school pilot period proceeds successfully, patients get discharged.

Participants were prompted with an acoustic signal at half past six in the evening to answer the smartphone-based measurement questions. It was possible to work on the questions self-initiated between five and nine o'clock in the evening. Introduction and items were presented audiovisually, so that children who were not yet confident readers could have the items read aloud. Questions with free answer format could be answered and saved by voice recording. This daily ambulatory assessment took about five minutes per day. Data got transferred from the smartphone and safely stored on the servers of the university and university hospital during the routine appointments at follow-up. The final appointment was further used for all participants to fill out follow-up questionnaires (Brenner, 2020).

Figure 1

*Overview of Assessment Procedure with * Assessed from Patients and + Assessed from Parents and Teachers*



Data Analyses

Multilevel modeling analyses with repeated measurements (Level 1) nested within patients (Level 2) were calculated to account for the multilevel structure of ambulatory assessment data (Nezlek, 2012). Data was analyzed with the statistical software R (R Core Team, 2020). We calculated multilevel models with the “nlme” package (Pinheiro et al., 2020). Multilevel reliability was calculated with the “reliability” function of the “semTools” package (Jorgensen et al., 2021). We centered the predictors on the grand mean for between-person effects and on the personal mean for the within-person effects. An overview of all equations is depicted in Appendix B. We depicted the most complex model below for description of model building, whereby simpler models arise by leaving out respective predictors.

That is, for the depicted model, we investigated *well-being*_{ij} as outcome measure for individual *i* ($i = 1, \dots, N$) on day *j* ($j = 1, \dots, n_i$). We stepwise built on the unconditional random-intercept only model, with firstly introducing the two dummy-coded (0 = no, 1 = yes), fixed time-varying level 1 predictors of *negative* (γ_{10}) and *positive events* (γ_{20}). Then, we added the fixed time-varying level 1 predictor *day* (γ_{30}), which was next allowed to vary between participants (μ_{3i}). We then introduced the fixed time-varying level-1 predictors (γ_{40}, γ_{50}), being personal mean centered, giving insight into within-person relationships, which are allowed to vary randomly (μ_{4i}, μ_{5i}). After specifying all level-1 predictors, we added the fixed time-constant, grand-mean centered level-2 predictors (γ_{01}, γ_{02}), giving insight into between-person relationships. Hence, the intercept (β_{0i}) of each patient is modeled as a function of the mean intercept ($\gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{between}_i) + \gamma_{02}(\text{between}_i)$) and random error (μ_{0j}). The slopes ($\beta_{1i}, \beta_{2i}, \beta_{3i}, \beta_{4i}, \beta_{5i}$) as a function of the mean slope ($\gamma_{10}, \gamma_{20}, \gamma_{30}, \gamma_{40}, \gamma_{50}$) and respective random error ($\mu_{3i}, \mu_{4i}, \mu_{5i}$; Nezlek, 2012). All variables, up to control variables, were included if significant.

Altogether, model 1 includes the trend of well-being (H1a), and its' relationship with patients' self-control and academic self-efficacy as within- and between-person effect,

controlled for daily events. Model 2 and model 3 include the trend of self-control and academic self-efficacy of the patient. Model 4 and model 5 include the relationship between patients' well-being and parental respective teacher self-efficacy as within- and between-person effect, controlled for time and daily events. We separated the model for patients' and triads' variables due to huge differences in compliance for patients, parents, and teachers, resulting in different amount of missing data which results in model non-convergence if not separated.

Equation for m1:

Level 1 well-being_{ij} = β_{0i} + β_{1i} (negative event_{ij}) + β_{2i} (positive event_{ij}) + β_{3i} (day_{ij}) + β_{4i} (within self-control_{ij}) + β_{5i} (within academic self-efficacy_{ij}) + r_{ij}

Level 2 β_{0i} = γ_{00} + γ_{01} (between self-control_i) + γ_{02} (between academic self-efficacy_i) + μ_{0i}

$$\beta_{1i} = \gamma_{10}$$

$$\beta_{2i} = \gamma_{20}$$

$$\beta_{3i} = \gamma_{30} + \mu_{3i}$$

$$\beta_{4i} = \gamma_{40} + \mu_{4i}$$

$$\beta_{5i} = \gamma_{50} + \mu_{5i}$$

Correlations between random effects were calculated, except if the model did not reach convergence. Fixed and random effects were tested with likelihood ratio test comparing the appropriate (nested) models, and when found to be significant, predictors were added to the model. To account for correlation of adjacent time points, we applied the first-order autoregressive error structure (AR(1); Schwartz & Stone, 1998). In case of time slopes varying randomly, we calculated bivariate correlations using Pearson's r between the individual specific trend over time and the corresponding (grand-mean centered) baseline measure, to find

out if there is a relationship between baseline measures and individual slopes. All tests assumed a significance level of $\alpha = .05$.

4.1.4 Results

Compliance

We calculated compliance rates as the percentage of prompts being responded to, averaged over participants (potential maximum: patients $50 \times 25 = 1250$, parents $50 \times 24 = 1200$, teachers $50 \times 20 = 1000$). The mean compliance rate for each of patients' variables was 71 %, except for positive events resulting in 70% ($SD = 19 \%$, range = 18 – 94, $N_{\text{well-being/self-efficacy/negative event}} = 882$, $N_{\text{self-control}} = 883$, $N_{\text{positive event}} = 873$). Compliance rates for the specification of daily events are calculated as percentage of given free answers in case of the occurrence of an event. These compliance rates are on average 80 % ($SD = 34 \%$, range = 36 – 100, $N = 108$) for negative ones and 87 % ($SD = 22 \%$, range = 33 – 100, $N = 335$) for positive ones. For parents, the compliance rate was 72 % ($N = 866$, $M = 72 \%$, $SD = 22 \%$, range = 16 – 98), and for teachers 43 % ($N = 427$, $M = 43 \%$, $SD = 20 \%$, range = 2 – 70).

Descriptive statistics

Descriptive statistics for the baseline measures are provided in Table 2. We computed reliability at each level by using multilevel confirmatory factor analysis (Geldhof et al., 2014), with Cronbach's alpha (α) and McDonald's omega (ω) depicted in Table 3. Intraclass correlations (ICCs) were computed, that is the ratio of the between person variance to the total variance, indicating if multilevel analysis is adequate (Nezlek, 2012). Within-person variability is indicated by the intra-individual standard deviation (ISD), a measure for the amplitude of fluctuation (Wang et al., 2012). Due to the longitudinal design, we further considered the mean

square successive difference (MSSD), additionally taking the temporal dependency into account, with higher scores displaying higher degrees of instability (Ebner-Priemer & Trull, 2009; Eid et al., 2012; Wang et al., 2012). This is important as individuals with the same ISDs can exhibit different MSSDs due to different amount of temporal dependency (Wang et al., 2012). Descriptive statistics as well as ICCs, ISDs, and MSSDs are depicted in Table 4. The answers over time of the patient's variables can be seen in Figure 2.

Table 2

Descriptive Statistics of Baseline Measures for Well-Being, Self-Control, and Academic Self-Efficacy

Variable	M (SD)	Range
Well-being	4.19 (0.52)	3.24 – 5.00
Self-control	3.03 (0.31)	2.39 – 3.62
Academic self-efficacy	3.51 (0.64)	1.57 – 4.57

Note. Assessed by using Kid-KINDL^R, SCS-K-D, WIRKSCHUL with five-point Likert scale response format ranging from 1 (not at all/never) to 5 (totally true/all the time).

Table 3

Within- and Between-Person Reliability for the Daily Measures

	Self-control	Academic self-efficacy	Parental self-efficacy	Teacher self-efficacy
Within				
α	0.505	0.719	0.883	0.739
ω	0.518	0.731	0.886	0.752
Between				
α	0.518	0.806	0.968	0.815
ω	0.583	0.813	0.968	0.850

Note. Calculated with Cronbach's alpha (α) and McDonald's omega (ω).

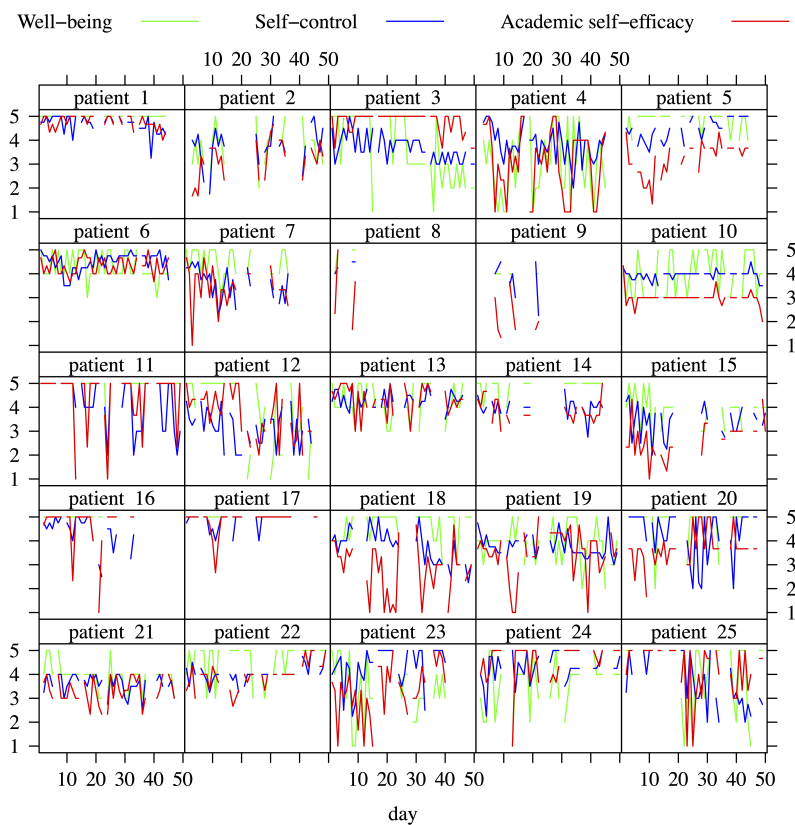
Table 4*Descriptive Statistics for the Daily Assessed Variables*

Variable	M (SD)	Range	ICC	ISD	MSSD
				M (SD)	M (SD)
Well-being	4.26 (0.54)	1.00 – 5.00	0.27	0.73 (0.39)	0.82 (0.70)
Self-control	4.03 (0.41)	1.75 – 5.00	0.28	0.59 (0.24)	0.47 (0.35)
Academic self-efficacy	3.74 (0.74)	1.00 – 5.00	0.43	0.77 (0.33)	0.79 (0.60)
Parental self-efficacy	3.76 (0.65)	1.00 – 5.00	0.56	0.57 (0.24)	0.51 (0.36)
Teacher self-efficacy	4.06 (0.46)	2.33 – 5.00	0.46	0.47 (0.13)	0.18 (0.17)
Negative event	0.15 (0.14)	0.00 – 0.50	0.12	0.29 (0.19)	0.16 (0.14)
Positive event	0.46 (0.33)	0.02 – 1.00	0.41	0.37 (0.13)	0.20 (0.14)

Note. Five-point Likert scale response format ranging from 1 (very bad/not at all) to 5 (very good/totally true), except for negative/positive event, being dummy-coded with 0 (no) and 1 (yes) which is presented as percentage of occurrence over days. Intraclass correlations (ICC), intra-individual standard deviation (ISD), mean square successive difference (MSSD).

Figure 2

Answers over Time of Well-Being, Self-Control, and Academic Self-Efficacy, Separated by Patients



Multilevel analyses

To examine the assumption that data are missing at random, we investigated the relationship between missingness and baseline measures, average daily measures, gender, age, and IQ. There were no interrelations, hence, missingness of data can be ignored (Black et al., 2012).

Final models of the multilevel analyses are depicted in Tables 5-7. A complete overview of all models is depicted in Appendix C. The models m1, m4, and m5 all include well-being as the dependent variable and time as the predictor variable, which is reported only for the first time in the following for reasons of clarity. This is justified as this effect did not differ in significance and only slightly in extent.

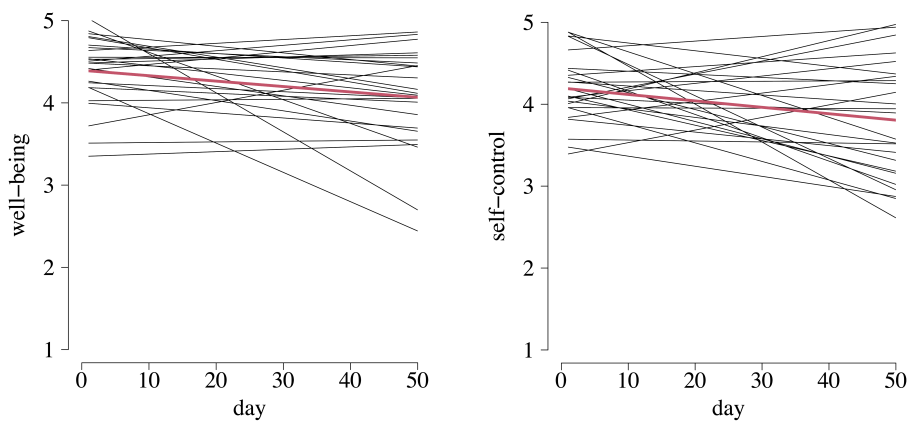
Hypothesis 1: Time trend effects. We expected patients' well-being (H1a), self-control (H1b), and academic self-efficacy (H1c) to decline on average over time during the transition period. We further expected patients to differ significantly in this trend over time. We aimed to explore if the individual specific time-effect for each variable is associated with the respective extent of well-being (H1aa), self-control (H1ba), and academic self-efficacy (H1ca) at baseline, whereby both an attenuating or boosting effect coming along with higher levels is conceivable.

Patients' well-being significantly declined over time on average (m1: $\gamma_{30} = -0.007$, $SE = 0.004$; H1a), that is, over 50 school days, it decreased about 0.35 points. The trend over time differed significantly between patients (m1: $\sigma_{\mu_{3j}} = 0.016$; Figure 3). Patients' self-control significantly declined over time on average (m2: $\gamma_{10} = -0.008$, $SE = 0.004$; H1b), that is, over 50 school days, it decreased about 0.40 points. The trend over time differed significantly between patients (m2: $\sigma_{\mu_{1j}} = 0.018$; Figure 3). Patients' academic self-efficacy did not decline over time (m3: $\gamma_{10} = 0.004$, $SE = 0.004$; H1c), but patients differed significantly with regards to their trend over time (m3: $\sigma_{\mu_{1j}} = 0.014$).

There was neither a significant correlation between baseline well-being and individual specific trends over time of well-being ($r(23) = .20, p = .344$; H1aa), nor between baseline self-control and individual specific trends over time of self-control ($r(21) = -.19, p = .398$; H1ba), nor between baseline academic self-efficacy and individual specific trends over time of academic self-efficacy ($r(21) = -.19, p = .398$; H1ca).

Figure 3

Estimated Mean Trend over Time (red) and Individual Specific Effects of Well-Being (left) and Self-Control (right).



Hypothesis 2: Between-person effects of the patients and triads. We expected patients generally showing higher self-control (H2a) and academic self-efficacy (H2b) to also show higher levels of well-being. Further, we expected patients with parents (H2c) and teachers (H2d) of generally higher parental or teacher self-efficacy regarding the child to show higher levels of well-being.

On a between-person level, there was a significant positive relationship between patients' well-being and self-control (m1: $\gamma_{01} = 0.602, SE = 0.165$; H2a), meaning that children with one point more self-control than the average child experience a higher well-being of about 0.602 than the average child. There was no significant relationship between academic self-efficacy (m1: $\gamma_{02} = 0.119, SE = 0.108$; H2b), parental self-efficacy (m4: $\gamma_{01} = 0.063,$

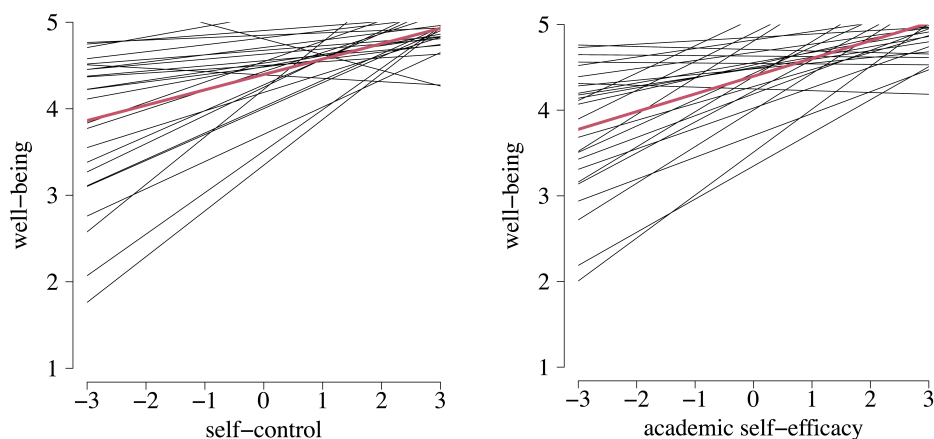
$SE = 0.145$; H2c), or teacher self-efficacy (m5: $\gamma_{01} = 0.376$, $SE = 0.215$; H2d) and patients' well-being.

Hypothesis 3: Within-person effects of the patients. We expected higher well-being on days with higher self-control (H3a) and higher academic self-efficacy (H3b). That is, we expected structural dependence on the within-person level of patients' well-being and self-control as well as academic self-efficacy.

There was a significant positive within-person relationship between well-being and self-control (m1: $\gamma_{40} = 0.178$, $SE = 0.064$; H3a), meaning that on days with an increase of one point of self-control compared to the personal mean, well-being increases about 0.178. The relationship significantly differed between patients (m1: $\sigma_{\mu_{4j}} = 0.211$; Figure 4). There was a significant positive within-person relationship between well-being and academic self-efficacy (m1: $\gamma_{50} = 0.207$, $SE = 0.057$; H3b), meaning that on days with an increase of one point of academic self-efficacy compared to the personal mean, well-being increases about 0.207. The relationship significantly differed between patients (m1: $\sigma_{\mu_{5j}} = 0.206$; Figure 4).

Figure 4

Estimated Within-Person Relationship between Self-Control and Well-Being (left) and Academic Self-Efficacy and Well-Being (right) on Average (red) with Individual Specific Effects.



Hypothesis 4: Within-person effects of the triads. We expected higher patient's well-being on days with higher parental self-efficacy (H4a) and on days with higher teacher self-efficacy (H4b). That is, we expected structural dependence on the within-person level of patients' well-being and parents' parental self-efficacy as well as teachers' teacher self-efficacy.

There was a significant positive within-person relationship between patients' well-being and self-efficacy of the parent (m4: $\gamma_{40} = 0.138$, $SE = 0.051$; H4a), meaning that on days with an increase of one point of parental self-efficacy compared to the personal mean, patients' well-being increases about 0.138. The relationship is not different between patients (m4: $\sigma_{\mu_{4j}} = 0.192$; Figure 5). There was no within-person relationship between patients' well-being and self-efficacy of the teacher (m5: $\gamma_{40} = 0.146$, $SE = 0.096$; H4b), further not differing between patients (m5: $\sigma_{\mu_{4j}} = 0.001$).

Figure 5

Estimated Within-Person Relationship between Parental Self-Efficacy and Well-Being on Average (red) with Individual Specific Effects.

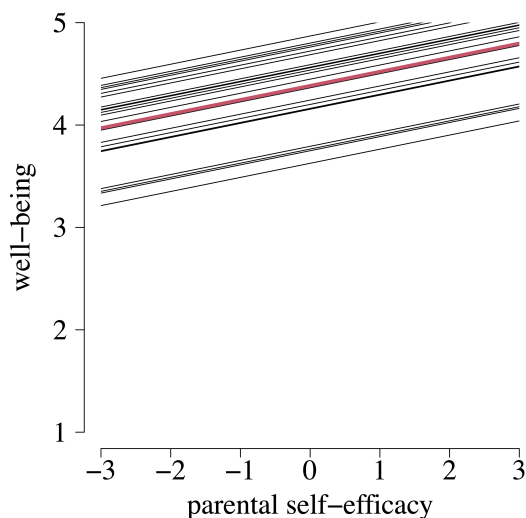


Table 5

Results of Mixed Model Analysis, Well-Being Depending on Daily Events, Time, Self-Control, and Academic Self-Efficacy

Well-being (m1)	
<i>Fixed effects</i>	
Intercept	4.397 (0.116)
Negative event	-0.474* (0.077)
Positive event	0.149* (0.065)
Day	-0.007* (0.004)
SC _{within}	0.178* (0.064)
SE _{within}	0.207* (0.057)
SC _{between}	0.602* (0.165)
<i>Random effects</i>	
Intercept	0.476
Day	0.016*
SC _{within}	0.211*
SE _{within}	0.206*
Residual	0.724
logLik	-1005.494
AR(1)	0.122

Note. Depicted are estimates (standard error) of fixed effects and random effects as standard deviations, * $p < .05$. Description of variables: SC = self-control, SE = academic self-efficacy, negative/positive event dummy-coded (0 = no, 1 = yes). $N_{\text{Level 2}} = 25$, $N_{\text{Level 1}} = 872$.

Table 6

Results of Mixed Model Analyses, Self-Control, and Academic Self-Efficacy Depending on Time

	Self-control (m2)	Academic Self-efficacy (m3)
<i>Fixed effects</i>		
Intercept	4.198 (0.101)	3.674 (0.178)
Day	-0.008* (0.004)	0.004 (0.004)
<i>Random effects</i>		
Intercept	0.459	0.833
Day	0.018*	0.014*
Residual	0.579	0.785
logLik	-817.826	-1066.239
AR(1)	0.137	0.231

Note. Depicted are estimates (standard error) of fixed effects and random effects as standard deviations, * $p < .05$. m2: $N_{\text{Level 2}} = 25$, $N_{\text{Level 1}} = 883$; m3: $N_{\text{Level 2}} = 25$, $N_{\text{Level 1}} = 882$.

Table 7*Results of Mixed Model Analyses*

	Well-being (m4)		Well-being (m5)
<i>Fixed effects</i>		<i>Fixed effects</i>	
Intercept	4.384 (0.119)	Intercept	4.427 (0.140)
Negative event	-0.679* (0.092)	Negative event	-0.611* (0.135)
Positive event	0.209* (0.079)	Positive event	0.409* (0.113)
Day	-0.006* (0.004)	Day	-0.009* (0.006)
SE _{p,within}	0.138* (0.051)		
<i>Random effects</i>		<i>Random effects</i>	
Intercept	0.428	Intercept	0.358
Day	0.017*	Day	0.017*
Residual	0.809	Residual	0.755
logLik	-940.384	logLik	-369.099
AR(1)	0.162	AR(1)	0.156

Note. Well-being depending on daily events, time, and parental (m4) respective teacher (m5) self-efficacy. Depicted are estimates (standard error) of fixed effects and random effects as standard deviations, * $p < .05$. Description of variables: SE_p = parental self-efficacy, SE_t = teacher self-efficacy, Negative/ positive event dummy-coded (0 = no, 1 = yes). m4: $N_{\text{Level } 2} = 24$, $N_{\text{Level } 1} = 756$; m5: $N_{\text{Level } 2} = 20$, $N_{\text{Level } 1} = 307$.

Qualitative reports of daily events

The statement whether a positive or negative event occurred, served as a control variable with a dichotomous response format (yes/no). In case of a yes-response, the event could be specified in a free answer format. Although these events were not the focus of the present study, qualitative reports provide insights and therefore some exemplary responses on positive and negative events are given in the following. Among negative events, patients reported, for example, not being able to be attentive, having difficult exercises and too much homework, receiving bad grades, having social conflicts with peers and teachers, experiencing bullying, and somatic symptoms such as abdominal pain or headache. Among positive events, patients reported, for example, less difficult tasks and less homework, receiving good grades, being able to participate in class, having positive social contacts with peers, and getting praised from teachers.

4.1.5 Discussion

The present study investigated between- and within-person processes of patient-parents-teacher triads during transition from psychiatric hospitalization to school. The results show that over 50 consecutive schooldays, patients' well-being and self-control decreased on average over time (H1a, H1b). Even though patients' academic self-efficacy did not decrease on average (H1c), patients experienced instability and fluctuation of their self-efficacy over time. There was no significant relationship between the individual specific trends over time and the extent of the same variables before the transition (H1aa, H1ba, H2ca). At the between-person level, patients with general higher self-control experienced general higher well-being (H2a). However, there was no significant between-person relationship between patients' well-being and patients' academic self-efficacy (H2b), parents' (H3c) or teachers' self-efficacy (H3d). Importantly at the within-person level, patients experienced higher well-being on days with higher self-control and academic self-efficacy (H3a, H3b). Further patients experienced higher well-being on days with higher parental self-efficacy (H4a), but not teacher self-efficacy (H4b).

The present results, especially the decrease of patients' well-being and self-control in the weeks following discharge, emphasize that reintegration can be very challenging for patients. Moreover, lower well-being increases the risk for psychopathological symptoms (Bartels et al., 2013; Lamers et al., 2015) and, in adults, decreases the chance for recovering (Iasiello et al., 2019). The present findings are therefore consistent with studies showing that the period immediately after discharge is associated with a heightened risk for rehospitalization (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010). It seems reasonable to assume that causes for the decrease of patients' well-being are comparable to the challenges patients have reported in other studies during reintegration, such as having to make-up schoolwork or experiences of exclusion (e.g., Clemens et al., 2010; McBride & Preyde, 2022; Preyde et al., 2018). Evidence

for these challenges can also be found in the present qualitative results regarding negative events at school. For example, in the present study, patients reported academic difficulties such as poor performance as well as social difficulties such as bullying and conflicts with peers during the transition period after discharge. Patients' self-control also declined over the course of the psychiatric hospital to school transition, as already shown in the context of school-to-school transitions (Ng-Knight et al., 2016). Transition-related stressors are again a likely explanation for the decline in patients' self-control, as an increase in stress over middle childhood prospectively predicts a decrease in self-control (Ong et al., 2019). Interestingly, patients' academic self-efficacy did not exhibit a decline over time. As most patients attended primary school, academic demands may be easier to meet, thereby perhaps not undermining academic self-efficacy as much. Nevertheless, it is very positive that patients' academic self-efficacy did not decline during transition and may form a resource that patients can draw on to meet the accompanying academic demands.

Beyond the average developments, patients differed meaningfully concerning the individual trend in well-being, self-control, and academic self-efficacy over time, being in accordance with individually different reports concerning school reentry (Preyde et al., 2018). A few patients in the present study even showed a positive development during reintegration, which can be seen in the individual specific effects of well-being showing positive slopes in Figure 3 in the results section. This makes it conceivable that there exist factors promoting a successful transition. Identifying factors promoting a successful transition by specifically looking at patients with positive transition developments could yield insights for promising future interventions to provide greater assistance to patients at risk for negative developments. For example, as concerns for emotions when considering returning to school, as well as psychological and emotional difficulties pre-discharge, come along with a less favorable post-discharge experience (Preyde et al., 2018), these factors should be considered in future studies.

One aim of the present study was to explain heterogeneity with pre-discharge factors to predict individual specific trends over time. However, patients' well-being, self-control and academic self-efficacy did not turn out to be relevant predictors. Our daily measurements show that these constructs are subject to considerable fluctuations. Hence, a single measurement at baseline being only an extract can be a reason for the missing effect, underlining the importance of repeated longitudinal measurements.

In the present study, it turned out that self-control and academic self-efficacy can be important strengths for patients to draw upon, as on days with higher levels of self-control and academic self-efficacy, patients experienced higher well-being. This relationship is existent beyond the influence of daily events. We cannot claim definitive answers about causality, but it seems plausible that on days with higher self-control and academic self-efficacy, patients are more capable to cope with academic, social, and emotional demands in the transition period. That is, patients may be more likely to make up the missed schoolwork (Schunk & Mullen, 2012), have positive interactions with others and a better psychological adjustment (Tangney et al., 2004). By that, adaption to post-discharge environments should be facilitated. This is in line with findings from school-to-school transitions, showing that the ability to control negative emotions and good school attendance can be protective factors against negative impacts of the transition (Jindal-Snape et al., 2020).

The present study further showed that on days with higher parental self-efficacy, patients experienced higher well-being. It is very likely that parents will be able to support the child more consistently and aid to buffer against the number of stressors the child is faced with on days with higher parental self-efficacy. Further, supporting, engaging and responsive parents are found to be a resource for positive school-to-school transitions (Jindal-Snape et al., 2020). As teacher self-efficacy (see Zee & Koomen, 2016 for a review) was assumed to be important for patients during transition, it is surprising to not be a significant predictor of

patients' well-being. However, as teachers' compliance rate was rather low, and a trend in the expected direction was evident, we cannot make a concluding statement and more research is needed on this matter.

Looking at the comparison between the within- and between-person level, we found that patients with generally higher self-control generally report higher well-being. Except for this effect, we did not find a significant relationship on the between-person level for well-being and academic, parental, and teacher self-efficacy. This contrasts with the positive within-person effects between well-being and academic and parental self-efficacy. Those results underline that aggregated data does not represent the individual, and effects on the group and individual levels are not implicitly related (Fisher et al., 2018). Hence, research being based on the group level informing about practical implications for treatment can be problematic, as between-person findings cannot be generalized to the individual (Piccirillo et al., 2019). By solely looking at between-person relationships, we would not conclude academic self-efficacy and parental self-efficacy to be important for the transition period. However, within-person processes reveal that those two are promising to support patients.

Implications

Implications of the present results include different ways patients can be supported in the transition period aiming not only high but also stable levels of well-being. This means, for instance, strengthening patients' self-control (see e.g., Augimeri et al., 2018; Pandey et al., 2018) and academic self-efficacy (see e.g., Margolis & McCabe, 2003; Walker, 2003) but also parents' self-efficacy (see e.g., Jones & Prinz, 2005; Mouton et al., 2018; Sofronoff & Farbotko, 2002; Wittkowski et al., 2016) through interventions during treatment and aftercare. Well-evaluated aftercare programs are needed to help patients, as well as their relevant attachment figures, to cope with stressors and occurring problems for a successful reintegration

and to stabilize their well-being. As the relationships between well-being and self-control or academic self-efficacy differ between patients, with a few also showing negative relationships, future studies should aim at gaining a deeper understanding by investigating possible moderators of those relationships. It is very likely that well-being is fueled by multiple sources, with the ones assessed in the present study being important ones among others. We aimed to control for daily events to find interrelations of well-being and other variables independent of external events. However, as daily events are significantly related to daily well-being (Nezlek & Plesko, 2003), specifying them may reveal important contributors of well-being. That is, good grades, receiving praise of the teacher and being able to participate in class came along with an increase of daily well-being. On the other hand, not being able to concentrate, numerous and complex exercises and receiving bad grades came along with a decrease of daily well-being. Hence, the ability to cope with academic situations seems to have a major impact on patients' well-being, as also evidenced by the positive within-person relationship between academic self-efficacy and well-being. Thus, attachment figures or mental health professionals talking with the patient about negative events and promoting positive ones seem helpful, emphasizing the importance of supportive accompaniment and aftercare during the transition from psychiatric hospitalization to school. Furthermore, future studies may expand the number of perspectives by including patients' peers, as patients are concerned about reactions of their peers to their return to school as well as effects of their absence on friendships (Clemens et al., 2010; Savina et al., 2014). In the light of the current COVID-19 pandemic, it can be additionally surmised, that the frequent transition between schooling contexts from home to school, could be associated with partially similar challenges such as concerns about friendships due to the social distancing, making up schoolwork or emotional re-adjustment at school.

Limitations

For the app-based daily measures on smartphones, established scales had to be shortened to minimize the study's burden on families. This resulted, however, in rather low reliability only for the self-control scale from daily assessment and underlines the need to develop short questionnaires, which are even more important for strained samples. For the assessment of self-efficacy in a daily manner, we decided to use both items for self-efficacy and self-efficacy related experiences, expecting experiences to fluctuate more from day to day. Even though not being established, this is warranted by the internal consistency of the resulting scale. Further, it is an advantage of ambulatory assessment to ask for situations of the present day, as the way individuals master single situations builds one of the most important sources for self-efficacy (Bandura, 1994; Chen & Usher, 2013; Joët et al., 2011; Wilson et al., 2020). However, the operational definition of this study, asking for past situations of the present day, therefore shows a discrepancy with the theoretical definition. This should be considered when interpreting the results.

Further, well-being was assessed as part of the standard diagnostic at discharge and thus approximately two weeks later compared to the other two baseline measures of self-control and self-efficacy. However, as none of the variables proved to be a relevant predictor of the individual specific trends over time, this temporal offset at baseline seems negligible.

Despite the satisfying compliance rates, which are comparable to other studies (see Heron et al., 2017; Wen et al., 2017 for reviews), not all children treated at the day hospital during the two-year recruitment period participated in the present study, which must be considered when making statements about the generalizability of the present results. For all participants, answering daily questions was rather time-consuming, which was probably a barrier to study participation. Reasons for the still satisfying compliance rates, particularly regarding the 50-day study length, may be the graduated reward, the feeling of being taken

seriously with one's situation through daily questioning, and the automatic repeated prompts, which increase compliance rates especially in clinical samples (Wen et al., 2017). However, teachers' compliance rates were comparatively much lower than those of patients and parents. This may be because rewards for teachers were not graduated, and daily questioning took part in the evening, falling in the end of work, as well as because teachers were not affected by the patients' transition to the same extent. The low compliance rates among teachers may be one reason that teacher self-efficacy was not a significant predictor of patients' well-being.

The statement whether a positive or negative event occurred, served as a control variable with a dichotomous response format. Furthermore, the level of distress caused by a negative event could be predictive of daily well-being. However, since we had to limit the number of daily questions so that the burden on patients did not become too high and since this was only a control variable, distress was not assessed additionally. In future studies, this aspect can possibly be considered further. Future studies can also further examine between- and within-person processes during reintegration using additional methods of analysis (e.g., diary analysis using hierarchical linear modeling or latent growth curve analysis), for which the present sample size was too small.

4.1.6 Conclusions

To the best of our knowledge, the current study was the first quantitative, intensive longitudinal study applying an ambulatory assessment design investigating the transition period of patients after psychiatric hospitalization to school, focusing on patient-parent-teacher triads. As successful transition to school is assumed to be crucial for post-discharge adjustment (Savina et al., 2014), we aimed to gain a better understanding by investigating patients' well-being on school days. We further pursued to identify variables across diagnosis being beneficial

for patients' well-being, allowing interventions to address those, and hence alleviate problems during the reintegration period.

The present results show that patients exhibited a decline in well-being and self-control during the weeks following discharge. Further, patients' well-being, self-control, and academic self-efficacy were subject to considerable fluctuation over time. Meaningful differences between patients on the within-person level underpin the importance of ambulatory assessment studies and multilevel modeling and advocate an individualized analysis of needs and strengths of patients and their environments. Flexible interventions tailored to individual needs are indicated, as a general solution fitting all may not exist (Tougas et al., 2019). On average, to positively influence the transition process and patient's well-being, it seems beneficial to support patients' self-control and academic self-efficacy, as well as self-efficacy of relevant attachment figures such as parents. The present study indicates with a multi-perspective view how complex and challenging the transitional period after a psychiatric hospitalization is and how important it is to offer accompaniment and support to all parties involved during this period.

4.1.7 *Declarations*

Ethics approval and consent to participate

The current study met the ethical standard of the Helsinki Declaration and was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University Tuebingen and the University Hospital Tuebingen (502/2015BO1). Data security was ensured by the security concept of the IT division of the University Hospital Tuebingen and the center for data processing of the University of Tuebingen, excluding unauthorized data access. All participants gave written informed consent for study participation. For participation of the patients, written informed consent was obtained from the patients themselves as well as from their parents.

Consent for publication

We report no data where individual persons can be identified. All data in this manuscript are fully anonymized.

Availability of data and materials

The datasets generated and analyzed during the current study are not publicly available due to the confidentiality of patient-related health data but are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This research was funded by the Department of School Psychology of the University Tuebingen, the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy of the University Hospital Tuebingen and the LEAD Graduate School & Research Network.

Authors' contributions

TJR and CG raised the research funding. All authors were involved in the design, planning, collection (mainly responsible by JS and LH), analysis and interpretation of data (mainly responsible by LW, MF and JK), or manuscript drafting. LW und MF wrote the first draft of this manuscript, which was critically revised by all authors. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors thank the student assistants, Laura Drüsedau, Lena Flik, Lea Hölz and Julia Kamischke, for their support. The authors thank Lucy Schulz, for recording the audiovisually presented items.

Author details

Marlene Finkbeiner^{1,6}, Lena-Marie Wahl^{1,6}, Jan Kühnhausen^{1,4,6}, Johanna Schmid^{1,4,6}, Leona Hellwig^{1,6}, Vera Brenner^{1,4,6}, Ute Dürrwächter^{1,4,6}, Annette Conzelmann^{1,4,5,6}, Augustin Kelava³, Tobias J. Renner^{1,4,6}, Caterina Gawrilow^{2,4,6}

¹Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, Tuebingen, Germany. ²Department of Psychology, University of Tuebingen, Tuebingen, Germany. ³Methods Center, University of Tuebingen, Tuebingen, Germany. ⁴LEAD Graduate School and Research Network, University of Tuebingen, Tuebingen, Germany. ⁵Department of Psychology (Clinical Psychology II), PFH - Private University of Applied Sciences, Goettingen, Germany. ⁶German Center for Mental Health (DZPG), Tuebingen, Germany.

4.1.8 Appendix

Appendix A – Daily Measures

Well-being

How were you overall today?

Self-control

Today, I have done something, I regretted later.(-)

I was lazy today.(-)

Today, I was able pulling myself together.

I had trouble concentrating today.(-)

Academic self-efficacy

Today, I was able to solve even complex tasks in class, when I made an effort.

Today, it was easy for me to comprehend things in class.

Today, at school I thought „ I can do it“.

Negative event

Did something happened today that you thought was bad at school?

If something like that happened today, what was it?

Positive event

Did something happened today that you thought was good at school?

If something like that happened today, what was it?

Parental self-efficacy

Today, I was able to guide my child also in problematic situations.

Today, I was able to come into good contact with my child, when I made effort to do so.

Today, I could not arrange much for the development of my child although I engaged much.

(-)

Teacher self-efficacy

Today, I was convinced that I can teach the child the subject material also in problematic situations.

Today, I was convinced that I can come into good contact with the child, when I make effort to do so.

Today, I knew that I can not arrange much, although I engage in the development of the child.(-)

Appendix B – Mixed models equations

Model 1:

Level 1 well-being_{ij} = β_{0i} + β_{1i} (negative event_{ij}) + β_{2i} (positive event_{ij}) + β_{3i} (day_{ij}) + β_{4i} (within self-control_{ij}) + β_{5i} (within academic self-efficacy_{ij}) + r_{ij}

Level 2 β_{0i} = γ_{00} + γ_{01} (between self-control_i) + γ_{02} (between academic self-efficacy_i) + μ_{0i}

$$\beta_{1i} = \gamma_{10}$$

$$\beta_{2i} = \gamma_{20}$$

$$\beta_{3i} = \gamma_{30} + \mu_{3i}$$

$$\beta_{4i} = \gamma_{40} + \mu_{4i}$$

$$\beta_{5i} = \gamma_{50} + \mu_{5i}$$

Model 2:

Level 1 self-control_{ij} = β_{0i} + β_{1i} (day_{ij}) + r_{ij}

Level 2 β_{0i} = γ_{00} + μ_{0i}

$$\beta_{1i} = \gamma_{10} + \mu_{1i}$$

Model 3:

Level 1 academic self-efficacy_{ij} = β_{0i} + β_{1i} (day_{ij}) + r_{ij}

Level 2 β_{0i} = γ_{00} + μ_{0i}

$$\beta_{1i} = \gamma_{10} + \mu_{1i}$$

Model 4:

Level 1 well-being_{ij} = β_{0i} + β_{1i} (negative event_{ij}) + β_{2i} (positive event_{ij}) + β_{3i} (day_{ij}) + β_{4i} (within parental self-efficacy_{ij}) + r_{ij}

Level 2 β_{0i} = γ_{00} + γ_{01} (between parental self-efficacy_i) + μ_{0i}

$$\beta_{1i} = \gamma_{10}$$

$$\beta_{2i} = \gamma_{20}$$

$$\beta_{3i} = \gamma_{30} + \mu_{3i}$$

$$\beta_{4i} = \gamma_{40} + \mu_{4i}$$

Model 5:

Level 1 well-being_{ij} = $\beta_{0i} + \beta_{1i}$ (negative event_{ij}) + β_{2i} (positive event_{ij}) + β_{3i} (day_{ij}) + β_{4i} (within teacher self-efficacy_{ij}) + r_{ij}

Level 2 $\beta_{0i} = \gamma_{00} + \gamma_{01}$ (between teacher self-efficacy_i) + μ_{0i}

$$\beta_{1i} = \gamma_{10}$$

$$\beta_{2i} = \gamma_{20}$$

$$\beta_{3i} = \gamma_{30} + \mu_{3i}$$

$$\beta_{4i} = \gamma_{40} + \mu_{4i}$$

Appendix C – Multilevel analyses

Well-being (m1)										Final model	
<i>Fixed effects</i>											
Intercept	4.249 (0.107)	4.336 (0.100)	4.220 (0.106)	4.360 (0.121)	4.353 (0.118)	4.317 (0.115)	4.357 (0.120)	4.413 (0.121)	4.396 (0.117)	4.397 (0.116)	4.398 (0.111)
Negative event		-0.569* (0.082)	-0.576* (0.082)	-0.579* (0.082)	-0.592* (0.081)	-0.531* (0.081)	-0.515* (0.080)	-0.483* (0.079)	-0.482* (0.077)	-0.474* (0.077)	-0.472* (0.077)
Positive event			0.254* (0.070)	0.232* (0.071)	0.242* (0.070)	0.215* (0.070)	0.198* (0.068)	0.148* (0.067)	0.144* (0.066)	0.149* (0.065)	0.139* (0.066)
Day				-0.006* (0.003)	-0.006* (0.004)	-0.004* (0.004)	-0.005* (0.004)	-0.007* (0.004)	-0.006* (0.004)	-0.007* (0.004)	-0.007* (0.004)
SC _{within}						0.235* (0.046)	0.218* (0.066)	0.157* (0.068)	0.168* (0.067)	0.178* (0.064)	0.178* (0.066)
SE _{within}								0.244* (0.035)	0.201* (0.058)	0.207* (0.057)	0.207* (0.057)
SC _{between}										0.602* (0.165)	0.459* (0.190)
SE _{between}											0.119 (0.108)
<i>Random effects</i>											
Intercept	0.496	0.459	0.464	0.463	0.466	0.450	0.485	0.495	0.479	0.476	0.441
Day					0.016*	0.016*	0.017*	0.016*	0.016*	0.016*	0.016*
SC _{within}							0.224*	0.237*	0.226*	0.211*	0.215*
SE _{within}									0.212*	0.206*	0.206*
Residual	0.869	0.845	0.835	0.831	0.792	0.780	0.767	0.743	0.723	0.724	0.724
logLik	-1112.071	-1088.764	-1082.294	-1079.575	-1065.530	-1052.843	-1044.452	-1020.633	-1010.256	-1005.494	-1005.154
AR(1)	0.281	0.272	0.257	0.251	0.164	0.163	0.152	0.144	0.123	0.122	0.125

Self-control (m2)		Final model	
<i>Fixed effects</i>			
Intercept	4.031 (0.080)	4.196 (0.091)	4.198 (0.101)
Day		-0.008* (0.002)	-0.008* (0.004)
<i>Random effects</i>			
Intercept	0.374	0.374	0.459
Day			0.018*
Residual	0.645	0.636	0.579
<i>logLik</i>	-856.179	-848.934	-817.826
AR(1)	0.308	0.286	0.137

Academic self-efficacy (m3)		Final model	
<i>Fixed effects</i>			
Intercept	3.756	3.689 (0.152)	3.674 (0.178)
Day		0.003 (0.002)	0.004 (0.004)
<i>Random effects</i>			
Intercept	0.687	0.686	0.833
Day			0.014*
Residual	0.810	0.809	0.785
<i>logLik</i>	-1072.906	-1072.145	-1066.239
AR(1)	0.277	0.275	0.231

Well-being (m4)	Final model							
<i>Fixed effects</i>								
Intercept	4.264 (0.109)	4.363 (0.101)	4.259 (0.108)	4.389 (0.123)	4.377 (0.119)	4.384 (0.119)	4.383 (0.118)	4.384 (0.120)
Negative event		-0.674* (0.093)	-0.683* (0.093)	-0.683* (0.093)	-0.686* (0.092)	-0.679* (0.092)	-0.658* (0.092)	-0.679* (0.092)
Positive event			0.216* (0.080)	0.120* (0.080)	0.217* (0.079)	0.209* (0.079)	0.206* (0.079)	0.209* (0.079)
Day				-0.006* (0.003)	-0.006* (0.004)	-0.006* (0.004)	-0.006* (0.004)	-0.006* (0.004)
SE _{p,within}						0.138* (0.051)	0.133* (0.068)	0.138* (0.051)
SE _{p,between}								0.063 (0.145)
<i>Random effects</i>								
Intercept	0.488	0.446	0.447	0.445	0.429	0.428	0.424	0.436
Day					0.017*	0.017*	0.017*	0.017*
SE _{p,within}							0.192	
Residual	0.890	0.862	0.855	0.852	0.813	0.809	0.801	0.808
<i>logLik</i>	-986.655	-961.238	-957.568	-955.524	-943.974	-940.384	-938.474	-940.305
AR(1)	0.267	0.265	0.255	0.250	0.168	0.162	0.160	0.162

Well-being (m5)	Final model							
<i>Fixed effects</i>								
Intercept	4.340 (0.127)	4.438 (0.119)	4.226 (0.130)	4.430 (0.158)	4.427 (0.140)	4.430 (0.140)	4.427 (0.140)	4.404 (0.134)
Negative event		-0.603* (0.140)	-0.643* (0.134)	-0.632* (0.136)	-0.611* (0.135)	-0.593* (0.135)	-0.611* (0.135)	-0.583* (0.136)
Positive event			0.461* (0.116)	0.440* (0.116)	0.409* (0.113)	0.391* (0.113)	0.409* (0.113)	0.419* (0.112)
Day				-0.009* (0.004)	-0.009* (0.006)	-0.009* (0.005)	-0.009* (0.005)	-0.008* (0.005)
SE _{t,within}						0.146 (0.096)		
SE _{t,between}								0.376 (0.215)
<i>Random effects</i>								
Intercept	0.481	0.437	0.441	0.448	0.358	0.359	0.358	0.301
Day					0.017*	0.016*	0.016*	0.015*
SE _{t,within}							0.001	
Residual	0.858	0.832	0.804	0.792	0.755	0.751	0.755	0.758
logLik	-394.903	-385.929	-378.273	-375.595	-369.099	-367.938	-369.099	-367.738
AR(1)	0.320	0.294	0.253	0.226	0.156	0.152	0.156	0.164

4.2 Manuskript 2: Pilotstudie zum Bedarf von Lehrkräften

Finkbeiner, M., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Kühnhausen, J., Gawrilow, C., & Renner, T. J. (2023). Pilotstudie zum Bedarf von Lehrkräften im Umgang mit Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt. *Einreichung in Vorbereitung.*

4.2.1 Zusammenfassung

Hintergrund. Eine effektive Zusammenarbeit zwischen der Familie, der Schule und der Klinik ist förderlich, um Kinder und Jugendliche bei der Reintegration nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt zurück in ihr reguläres schulisches Umfeld zu unterstützen. Die vorliegende Pilotstudie untersuchte hierzu, welchen Bedarf Lehrkräfte für den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern und den Austausch mit klinischem Fachpersonal bei der schulischen Reintegration angeben.

Methoden. Die Datenerhebung erfolgte anonym auf Papierfragebögen an allgemeinbildenden Schulen verschiedener Schularten. Insgesamt nahmen 265 Lehrkräfte aus 13 Schulen an der Befragung teil. Die Befragungsdaten wurden deskriptiv analysiert und die Ergebnisse ergänzend in einer Fokusgruppe mit sechs Schulleitungen vertiefend diskutiert.

Ergebnisse. Die Ergebnisse zeigen, dass eine deutliche Mehrheit der Lehrkräfte angab, beruflich mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in Kontakt zu kommen, Herausforderungen im Umgang zu erleben und mehr Kompetenzen in diesem Bereich erwerben zu wollen. Bei einer Rückkehr von Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt in die eigene Klasse wünschten sich fast alle Lehrkräfte Rücksprachemöglichkeiten mit klinischem Fachpersonal. In der Fokusgruppe mit Schulleitungen waren zentrale Diskussionsaspekte der Wunsch der Lehrkräfte nach mehr

Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten sowie mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit und Nachsorge.

Schlussfolgerung. Die Ergebnisse weisen auf einen hohen Bedarf der Lehrkräfte für Weiterbildungen und den Austausch mit klinischem Fachpersonal in Bezug auf den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern hin und liefern wichtige Aspekte für die Entwicklung und Ausgestaltung bedarfsangepasster Unterstützungsangebote in diesem Bereich.

Schlüsselwörter: Lehrkräfteausbildung, Lehrkräftefortbildung, psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler, schulische Reintegration

Pilot study of teachers' needs in dealing with students after a child and adolescent psychiatric hospitalization

Background. Effective collaboration between the family, the school, and the hospital is beneficial to support children and adolescents with reintegration back into their regular school environment after a psychiatric hospitalization. This pilot study examined the needs of teachers for the development of competencies in dealing with students with mental disorders and for consultations with clinical professionals regarding school reintegration.

Methods. Survey data collection was conducted anonymously on paper questionnaires at general education schools of various school types. A total of 265 teachers from 13 schools participated in the survey. The survey data were analyzed descriptively, and the results were discussed in a focus group with six school principals.

Results. It was found that a vast majority of teachers are confronted with students with mental disorders, experience challenges in dealing with them, and would like to acquire more competences in this area. Regarding students returning to their classrooms after treatment in a

child and adolescent psychiatric hospital, almost all teachers would like to have the opportunity to consult clinical professionals. In the focus group with school principals, central aspects of discussion were the desire of teachers for more knowledge on how to deal with mental health problems as well as more interdisciplinary collaboration and aftercare.

Discussion. The results indicate that there is a high and not yet met need among teachers for further training and exchange with clinical professionals in dealing with students with mental disorders and provide important aspects for the development and design of tailored support services for teachers in this area.

Key words: School reintegration, students with mental disorders, teacher education, teacher further training

4.2.2 Einleitung

Etwa 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und weltweit sind von psychischen Erkrankungen betroffen (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Kieling et al., 2011; Polanczyk et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2015). Psychische Erkrankungen „stellen Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind“ (Weltgesundheitsorganisation, 2019, S. 1). Angststörungen, hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sind Krankheitsbilder, die ab dem Schulalter gehäuft auftreten (Ravens-Sieberer et al., 2007; Steffen et al., 2019). Im Jugendalter nehmen überdies depressive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen und Störungen durch psychotrope Substanzen zu (Steffen et al., 2019). Psychische Erkrankungen gehen oftmals mit emotionalen, kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen einher, die dazu führen können, dass Betroffene ihr schulisches Potenzial nicht ausschöpfen

können (Esch et al., 2014). Es besteht die Gefahr eines Teufelskreises durch den wechselseitigen Einfluss psychischer Symptome und negativer Schulerfahrungen (Esch et al., 2014). Das Risiko für niedrigere Bildungsabschlüsse und Schulabbrüche ist bei psychischen Erkrankungen deutlich erhöht (Breslau et al., 2008; Kessler et al., 1995; Mojtabai et al., 2015; Schulte-Körne, 2016). Gleichzeitig hat die Schule als wichtigster außerfamiliärer Lebensbereich eine hohe Bedeutung für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern, da dort beispielsweise unterstützende Beziehungserfahrungen gemacht werden können (Plass et al., 2016).

Schulische Reintegration

Reichen ambulante kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlungsangebote zur Verbesserung der Symptomatik psychischer Erkrankungen nicht aus, kann eine teil- oder vollstationäre Behandlung in einer Klinik indiziert sein. Teil- und vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen dauern meist viele Wochen und Kinder und Jugendliche werden während dieser Zeit individuell in Kleingruppen in Klinikschulen beschult (Bakels, 2020). Nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik stehen Kinder und Jugendliche sowohl vor der Aufgabe, Behandlungserfolge aus dem klinischen Setting in ihren familiären und schulischen Alltag zu übertragen, als auch sich an diese Umgebungen mit den damit einhergehenden Anforderungen wieder anzupassen (Savina et al., 2014).

Für viele Kinder und Jugendliche ist insbesondere die schulische Reintegration herausfordernd (Ogilvie et al., 2019; Tougas et al., 2019). Zu den Herausforderungen gehören beispielsweise der Umgang mit häufig bestehenden Residualsymptomen, Ängste, die persönliche Abwesenheit zu erklären, Gefühle sozialer Isolation und die Bewältigung schulischer Nachholarbeiten (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017). In ungünstigen Verläufen führen die vielfältigen Herausforderungen während der ersten Zeit nach

der Entlassung zu einer erneuten Hospitalisierung. Studien berichten Raten von Rehospitalisierungen zwischen 14 und 38 % innerhalb von 12 Monaten nach der Entlassung (Arnold et al., 2003; Bartoli et al., 2020; Cheng et al., 2017; Fontanella, 2008; Gearing et al., 2009), wobei ein besonders hohes Risiko für eine Rehospitalisierung während der ersten drei Monate nach der Entlassung besteht (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010).

Vier Barrieren, welche den schulischen Reintegrationsprozess erschweren können, sind neben Erfahrungen und Wahrnehmungen des Kindes oder Jugendlichen sowie der Eltern im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung, dem Klinikaufenthalt und der schulischen Reintegration, auch die Einstellungen und Reaktionen im schulischen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen einschließlich der Lehrkräfte und Peers sowie und die begrenzte interdisziplinäre Zusammenarbeit (Savina et al., 2014). Lehrkräfte können demnach die schulische Reintegration unterstützen und zu deren Erfolg beitragen. Für eine wirksame und insbesondere nachhaltige Therapie sollten in die Zusammenarbeit mit der Familie die Lehrkräfte in die Erarbeitung und Umsetzung von individuellen Lösungsansätzen mit einbezogen werden, sofern die Eltern als Sorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche der Zusammenarbeit zwischen therapeutischem Fachpersonal und Lehrkräften zustimmen.

Lehrkräfte während der schulischen Reintegration

Lehrkräfte können zur Stabilisierung therapeutisch erzielter Behandlungserfolge im schulischen Kontext beitragen, indem sie beispielsweise durch klare Abläufe und Routinen ein Gefühl von Verlässlichkeit und Struktur geben, die Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern sowie eine gute Klassengemeinschaft fördern, Warnsignale für Rückfälle mit erkennen und Unterstützung anbieten (Johnson et al., 2011; Loades & Mastroyannopoulou, 2010; Savina et al., 2014). Eine höhere Unterstützung von Schülerinnen und Schülern durch

Lehrkräfte ist beispielsweise mit einer Reduktion depressiver Symptomatik der Schülerinnen und Schüler assoziiert (Joyce & Early, 2014; Undheim & Sund, 2005).

Damit Lehrkräfte in der Reintegrationsphase nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt gelingend Unterstützung geben können, benötigen sie Kenntnisse und Kompetenzen hinsichtlich der Erkrankungen und des Umgangs mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen. Ein aktuelles systematisches Review (Tougas et al., 2019) untersuchte Faktoren einer erfolgreichen schulischen Reintegration nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt. Drei der insgesamt 14 im Review identifizierten Studien, zwei aus den USA (Marks, 1987; Simon & Savina, 2010) und eine aus Kanada (McLeer et al., 1992), untersuchten die Perspektive von Lehrkräften auf die schulische Reintegration. Lehrkräfte äußerten Unsicherheiten im Umgang mit Schülerinnen und Schülern, die nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt zurückkehren (Marks, 1987) und nannten als häufigste Bedarfe in der Reintegrationsphase Informationen zur psychischen Erkrankung und den Austausch mit Klinikpersonal (Simon & Savina, 2010). Informationen über das Kind oder den Jugendlichen sowie über mögliche Konflikte und praktische Strategien zur Bewältigung können Lehrkräften bei ihrer Arbeit im Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen helfen (McLeer et al., 1992). Fast alle Lehrkräfte einer US-amerikanischen Studie berichteten zudem von Verhaltensauffälligkeiten der jeweiligen Kinder und Jugendlichen nach der Entlassung, wobei weniger als die Hälfte der Lehrkräfte angaben, vor der Rückkehr Kontakt mit Klinikpersonal zu haben, nach der Rückkehr nur noch etwa ein Drittel (Simon & Savina, 2010). Gerade nach einer Entlassung sind die betreuenden Lehrkräfte jedoch wieder mit residualen Symptomen und Belastungen des jeweiligen Kindes oder Jugendlichen im Schulalltag konfrontiert und könnten von der Unterstützung des sonderpädagogischen und therapeutischen Teams der Klinik profitieren. Das Erteilen des Unterrichts und das Bewältigen

damit einhergehender Herausforderungen obliegt den Lehrkräften, auch wenn zusätzlich die Schulsozialarbeit sowie Schulpsychologinnen und Schulpsychologen unterstützend wirken.

Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass sich Lehrkräfte grundsätzlich auf den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern vielfach nicht ausreichend vorbereitet fühlen (z. B. Atkins & Rodger, 2016; Reinke et al., 2011; Rothi et al., 2008; Sisask et al., 2014). Eine Studie zur Evaluation eines Schulungsprogramms über Depressionen und Suizid für Lehrkräfte zeigte, dass aus Sicht der teilnehmenden Lehrkräfte ihr Wissen, ihr Verständnis und ihre Fähigkeiten im Umgang mit depressiven oder suizidalen Schülerinnen und Schülern durch den Input von klinischem Fachpersonal verbessert werden konnten und zudem, dass fast alle Lehrkräfte die Inhalte auch mit Kolleginnen und Kollegen teilten (Kirchner et al., 2000). Neben Input von Fachpersonal des Gesundheitssystems kann auch der Austausch mit beruflichen Kolleginnen und Kollegen wichtig und gewinnbringend sein.

Vorliegende Studie

Für die schulische Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt ist es hilfreich, in die Zusammenarbeit zwischen der Familie und der Klinik, auch die Lehrkräfte der regulären Schulen einzubeziehen. Das Ziel der vorliegenden Pilotstudie war es, Aspekte aus der Perspektive von Lehrkräften zu gewinnen, die für die Entwicklung und Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten und die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule bei der schulischen Reintegration wichtig sind. Die vorliegende Studie der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter des Universitätsklinikums Tübingen untersuchte hierzu Daten von Lehrkräften ihrer unmittelbaren Umgebung. Lehrkräfte allgemeinbildender Schularten wurden in vier Fragenkomplexen zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zum Austausch mit klinischem Fachpersonal bei der Rückkehr von Schülerinnen und Schülern

nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt befragt. Ergänzend wurden die Befragungsergebnisse in einer Fokusgruppe mit Schulleitungen vertiefend diskutiert. Die vorliegende Studie untersuchte die folgenden vier Fragenkomplexe:

Forschungsfrage 1: Schulische Herausforderungen.

Erleben Lehrkräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern Herausforderungen und wenn ja, in welcher Qualität und Quantität?

Forschungsfrage 2: Zusammenarbeit im Kollegium.

Tauschen sich Lehrkräfte eines Schulkollegiums untereinander über den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern aus? Erleben Lehrkräfte, die sich austauschen, diesen Austausch als hilfreich und haben Lehrkräfte, die sich nicht austauschen, keinen entsprechenden Bedarf?

Forschungsfrage 3: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Nachsorge.

Welchen Rücksprachebedarf mit klinischem Fachpersonal haben Lehrkräfte nach der Rückkehr von Schülerinnen und Schülern aus einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt zurück an die Schule?

Forschungsfrage 4: Erwerb von Wissen und Handlungskompetenzen.

In welchen Bereichen würden Lehrkräfte gerne mehr Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern erwerben? Was sind Gründe dafür, keine weiteren diesbezüglichen Kompetenzen erwerben zu wollen?

4.2.3 *Method*

Design und Durchführung

Für die anonyme, schriftliche Befragung von Lehrkräften wurden im September 2019 die Schulleitungen aller allgemeinbildenden Schulen in Tübingen, Deutschland kontaktiert. Insgesamt wurden 27 Schulen per E-Mail kontaktiert, wovon 13 Schulen eine positive Rückmeldung und 14 Schulen keine Rückmeldung auf die Teilnahmemöglichkeit gaben. Im Falle der Teilnahme einer Schule an der Befragung wurden Papierfragebögen an die Kollegien der jeweiligen Schule verteilt. Die Teilnehmenden wurden über die Intention der Studie, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie das Datenschutzkonzept der Studie schriftlich aufgeklärt. Fragebögen konnten innerhalb von zwei Wochen ausgefüllt in verschlossenen Einwurfboxen abgegeben werden. Zusätzlich wurden Schulleitungen von 10 Schulen zu einer zweistündigen strukturierten Fokusgruppe (Konzeption siehe Schulz, 2012) eingeladen, um ergänzend zur Befragung von Lehrkräften die Ergebnisse und mögliche weitere Aspekte mit Schulleitungen aus deren übergeordneter schulischer Perspektive zu diskutieren. Die Rekrutierung der Schulleitungen für die Fokusgruppe erfolgte durch bestehende Kooperationen und Vernetzungen mit Schulen aus dem Regierungsbezirk Tübingen. Für die Studie liegen positive Voten des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (31-6499.20/1310) und der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen und des Universitätsklinikums Tübingen (641/2021A) vor.

Befragung und Fokusgruppe

Befragung. Für die Befragung von Lehrkräften wurden in Anlehnung an Simon und Savina (2010) zehn Items zur Erfassung des Umgangs von Lehrkräften mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zum Austausch mit klinischem Fachpersonal bei der schulischen Reintegration von Fachpersonal der Schulpsychologie der Universität

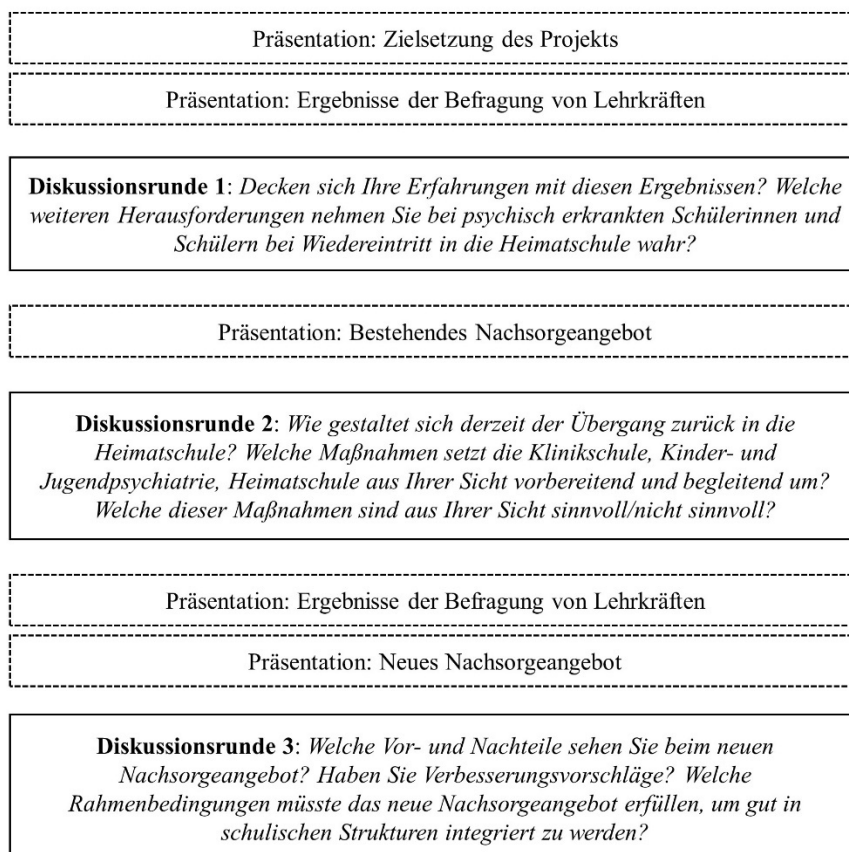
Tübingen und der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen entwickelt. Ein Überblick über die zehn Items befindet sich in Anhang D. Vier Items erfragten zu Beginn des Fragebogens nach der Anzahl an Berufsjahren, der unterrichteten Schulart sowie ob bereits beruflicher Kontakt mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern bestand und ob bereits Schülerinnen und Schüler unterrichtet wurden, nachdem diese aus einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt entlassen wurden. Zwei weitere, thematisch angepasste Items aus der Skala zur Lehrer-Selbstwirksamkeitserwartung (WIRKLEHR; Schwarzer & Schmitz, 1999) erfragten die Selbstwirksamkeitserwartung der Lehrkräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern. Daneben umfasste der Fragebogen vier Items zu den für die Forschungsfragen relevanten Bereichen: (1) schulische Herausforderungen, (2) Zusammenarbeit im Kollegium, (3) interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Nachsorge, (4) Erwerb von Wissen und Handlungskompetenzen. Die Bereiche für einen Erwerb von Wissen und Handlungskompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern waren an das Rahmenmodell professioneller Handlungskompetenz von Lehrkräften (Baumert & Kunter, 2006) angelehnt und wurden an die vorliegende Thematik angepasst. Die Bearbeitungsdauer des Fragebogens betrug fünf bis zehn Minuten.

Fokusgruppe. Zu Beginn der Fokusgruppe der vorliegenden Studie wurden die Ergebnisse der Befragung sowie ein bestehendes und ein neues Nachsorgeangebot nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung als Input präsentiert und in drei Diskussionsrunden mit überwiegend offenen und erzählgenerierenden, schriftlich präsentierten Impulsfragen an die Gruppe diskutiert (Abbildung 6). Dies ermöglichte einen direkten Einstieg in die Diskussionsrunden mit dem Ziel einer Bewertung und vertieften Diskussion der Ergebnisse sowie möglichen weiteren Aspekten mit Schulleitungen aus deren übergeordneter schulischer Perspektive. Die Beiträge der Schulleitungen erfolgten eigeninitiativ als Reaktion

auf die Impulsfragen der zwei Moderatorinnen (MF und JS), wobei alle Schulleitungen zu Wort kamen und sich mit Beiträgen beteiligten. Eine Protokollantin fertigte simultan ein schriftliches Protokoll an. Zusätzlich wurden alle diskutierten Aspekte von den Moderatorinnen während der Diskussionsrunden auf einer Flipchart für die Teilnehmenden sichtbar festgehalten. Eine zusätzliche Videoaufnahme erfolgte nicht, um die Ausführlichkeit der Antworten nicht durch das Wissen einer Aufnahme und dadurch ausgelöste Unsicherheiten und eine geringere Alltagsnähe zu beeinflussen (siehe auch Schulz, 2012).

Abbildung 6

Schematischer Ablauf der Fokusgruppe



Datenanalyse

Bei der Befragung der Lehrkräfte wurden keine Teilnehmenden von der Datenauswertung ausgeschlossen. Die Eingabe der Daten und deren Kontrolle erfolgte durch zwei unabhängige Personen, wobei fehlende oder uneindeutig beantwortete Items nicht berücksichtigt wurden (durchschnittliche Beantwortungsrate: 98.5 %, Range 95.8 % - 100.0 %). Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics (Version 26).

Die Auswertung der qualitativen Angaben im Rahmen der Fokusgruppe erfolgte mit der Software MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021) anhand des schriftlichen Protokolls unter Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte (siehe Ruddat, 2012). Ein Aspekt wurde als zentral beurteilt, wenn er sowohl mehrfach als auch in einer gewissen Ausführlichkeit diskutiert wurde (Ruddat, 2012).

Stichprobe

Insgesamt nahmen 265 berufstätige Lehrkräfte von 13 allgemeinbildenden Schulen an der schriftlichen Befragung teil. Professionsbezogene Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 8 dargestellt. Mehr als die Hälfte der Lehrkräfte gaben an, mehr als zehn Jahre Berufserfahrung zu besitzen (57.0 %) sowie am Gymnasium zu unterrichten (67.5 %). Eine deutliche Mehrheit der Lehrkräfte gab an, bereits beruflich mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in Kontakt gekommen zu sein (83.4 %) und von diesen wiederum gab eine deutliche Mehrheit an, bereits Schülerinnen und Schüler nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt unterrichtet zu haben (81.0 %). Eine Mehrheit der Lehrkräfte stimmte den beiden Aussagen zur Selbstwirksamkeitserwartung genau oder eher zu, sich sicher zu sein, auch mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in guten Kontakt zu kommen, wenn sie sich darum bemühten (86.1 %) sowie sich auf individuelle Probleme psychisch erkrankter Schülerinnen und Schüler gut einstellen zu können (71.0 %).

Tabelle 8

Professionsbezogene Merkmale der Stichprobe

		<i>N</i>	<i>n</i>	%
Berufsjahre als Lehrkraft	1-5 Jahre		57	21.5
	6-10 Jahre	265	57	21.5
	> 10 Jahre		151	57.0
Aktuell unterrichtete Schulart ^a	Grundschule		38	14.3
	Gemeinschaftsschule		42	15.8
	Sonderpäd. Bildung	265	17	6.4
	Werkrealschule/Hauptschule		2	0.8
	Realschule		2	0.8
	Gymnasium		179	67.5
Beruflicher Kontakt mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ^b	Ja	264	221	83.4
	Nein		43	16.2
Unterricht von Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt ^c	Ja	221	179	81.0
	Nein		37	16.7
Wie zutreffend sind für Sie folgende Aussagen:				
„Ich bin mir sicher, dass ich auch mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in guten Kontakt kommen kann, wenn ich mich darum bemühe“	Stimmt nicht		4	1.5
	Stimmt kaum		22	8.3
	Stimmt eher	254	147	55.5
	Stimmt genau		81	30.6
„Ich bin mir sicher, dass ich mich auf individuelle Probleme psychisch erkrankter Schülerinnen und Schüler gut einstellen kann“	Stimmt nicht		5	1.9
	Stimmt kaum		65	24.5
	Stimmt eher	258	155	58.5
	Stimmt genau		33	12.5

Anmerkung. ^aMehrfachnennungen möglich. ^bFilterfrage: Nur wenn dieses Item mit *Ja* beantwortet wurde, wurden die Filteritems vorgelegt.

^cFilteritem. Abweichungen bei *N* durch fehlende Angaben bzw. Filteritems.

4.2.4 Ergebnisse

Forschungsfrage 1: Schulische Herausforderungen. Eine deutliche Mehrheit der Lehrkräfte (95.9 %) gab an, Herausforderungen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu erleben (Tabelle 9). Problematische Verhaltensweisen im Unterricht wurden mit 81.4 % am häufigsten als Herausforderung genannt. Schulische Leistung, Kontaktaufnahme, Klassenklima und organisatorische Aufgaben wurden als Herausforderungen von mindestens einem Drittel der Lehrkräfte genannt. Nur 3.2 % der Lehrkräfte gaben kaum oder keine Herausforderungen an. Im Rahmen der offenen Antwortmöglichkeit wurden 22 „andere“ Herausforderungen genannt (siehe Anhang E), von denen sich 11 auf eine zu geringe Kooperation mit und Beratung durch Fachpersonal, vier

Antworten auf geringe zeitliche Kapazitäten, vier Antworten auf Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Erziehungsberechtigten und drei Antworten auf Besonderheiten von Schülerinnen und Schülern bezogen.

Tabelle 9

Herausforderungen von Lehrkräften im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ($N = 221$)

	<i>n</i>	%
Schulische Leistung	90	40.7
Problematische Verhaltensweisen im Unterricht	180	81.4
Kontaktaufnahme	82	37.1
Klassenklima	94	42.5
Organisatorische Aufgaben	125	56.6
Andere und zwar: ^a	22	10.0
Empfinde kaum bzw. keine Herausforderungen	7	3.2

Anmerkung. Filteritem. Mehrfachnennungen möglich. ^aOffenes Antwortformat.

Forschungsfrage 2: Zusammenarbeit im Kollegium. Eine deutliche Mehrheit der Lehrkräfte (91.4 %) gab an, sich mit anderen Lehrkräften über den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern auszutauschen (Tabelle 10). Es gaben 79.6 % an, diesen Austausch meist als hilfreich zu empfinden, 11.8 % als nicht hilfreich und 4.5 % wünschten sich einen entsprechenden Austausch. Nur eine Lehrkraft gab an, keinen Bedarf für einen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu haben.

Tabelle 10

Austausch von Lehrkräften untereinander über den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ($N = 221$)

	<i>n</i>	%
Ja, und meist hilfreich	176	79.6
Ja, aber meist wenig hilfreich	26	11.8
Nein, aber Bedarf	10	4.5
Nein, kein Bedarf	1	0.5

Anmerkung. Filteritem.

Forschungsfrage 3: Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Nachsorge. Im Falle der Rückkehr eines Schülers nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt in die eigene Klasse gaben 95.1 % der Lehrkräfte an, gerne Rücksprachemöglichkeiten mit Fachpersonal der Klinik zu nutzen (Tabelle 11). Dies galt gleichermaßen für Lehrkräfte mit unterschiedlicher Anzahl an Berufsjahren (93.0 % - 96.0 %), unterschiedlicher Schularten (92.5 % - 100.0 %) und unabhängig davon, ob beruflicher Kontakt mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern (94.6 % - 97.7 %) bestand (Range an Ja-Antworten in Klammern). Überwiegend wurde ein telefonischer (73.0 %) und nicht regelhafter Kontakt im konkreten Bedarfsfall (51.2 %) präferiert. Hinsichtlich des gewünschten Zeitumfangs zeigte sich eine Spanne von 10 bis 90 Minuten. Für einmalige und monatliche Rücksprachen wurde ein Zeitumfang von 30 Minuten, für zweiwöchentliche Rücksprachen von 15 Minuten und für wöchentliche Rücksprachen von 20 Minuten am häufigsten genannt. Bei den Gründen gegen Rücksprachen wurden vorwiegend zeitliche Gründe angegeben.

Tabelle 11

Rücksprachebedarf von Lehrkräften mit Fachpersonal der Klinik im Falle der Rückkehr eines Schülers nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt in die eigene Klasse ($N = 263$)

			<i>n</i>	%
Ja			252	95.1
	Häufigkeit und Dauer im Zeitraum bis 3 Monate nach Entlassung ^a	Rücksprache nur bei Bedarf Einmalig. Dauer von ^b min 1x/Monat. Dauer von ^b min 14-tägig. Dauer von ^b min 1x/Woche. Dauer von ^b min	129 50 45 43 22	51.2 19.8 17.9 17.1 8.7
	Präferierter Kommunikationsweg: ^a	Persönlicher Termin Videotelefonie Telefonisch E-Mail SMS App	140 14 184 93 2 5	55.6 5.6 73.0 36.9 0.8 2.0
Nein			11	4.2
	Entgegenstehende Gründe ^a	Keine zeitlichen Kapazitäten für eine Rücksprache Zu hoher Aufwand für einzelnen Schüler Eltern und/oder Schüler sind zu wenig engagiert an ihren Problemen zu arbeiten	7 3 2	63.6 27.3 18.2

Tabelle 11 (Fortsetzung)

	<i>n</i>	%
Vorbehalte gegen psychiatrisches Fachpersonal	0	0.0
Würde Rücksprache halten, wenn diese Zeitdauer in Arbeitszeitkontingent berücksichtigt wird	8	72.7
Benötige keine Rücksprache	0	0.0
Andere Gründe und zwar ^b	0	0.0

Anmerkung. ^aMehrfachnennungen möglich. ^bOffenes Antwortformat.

Forschungsfrage 4: Erwerb von Wissen und Handlungskompetenzen. Eine deutliche Mehrheit der Lehrkräfte (90.6 %) gab an, gerne weiteres Wissen und Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern erwerben zu wollen (Tabelle 12). Dies galt gleichermaßen für Lehrkräfte mit unterschiedlicher Anzahl an Berufsjahren (87.7 % - 91.4 %), unterschiedlicher Schularten (88.4 % - 100.0 %) und unabhängig davon, ob beruflicher Kontakt mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern (90.0 % - 93.0 %) bestand (Range an Ja-Antworten in Klammern). In allen sechs erfragten Bereichen gab mindestens ein Drittel der Lehrkräfte an, weitere Kompetenzen erwerben zu wollen. Der Bereich Wissen über den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht wurde mit 83.8 % am häufigsten genannt. Die Bereiche Wissen über psychische Erkrankungen, über den Wiedereingliederungsprozess nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt und über Ansprechpartner bei krisenhaften Zuspitzungen wurden jeweils von mehr als der Hälfte der Lehrkräfte genannt. Sechs unter „Andere“ genannte Antworten (siehe Anhang F) repräsentierten keine neuen Kompetenzbereiche. Als Gründe gegen einen Kompetenzerwerb gaben fünf Personen an, erst bei Bedarf für den konkreten Einzelfall Kompetenzen erwerben zu wollen, fünf Personen äußerten, die genannten Bereiche betreffen nicht das Aufgabenfeld einer Lehrkraft, eine Person gab geringe zeitliche Kapazitäten an und eine Person gab an, bereits über ausreichende Kompetenzen zu verfügen (siehe Anhang G).

Tabelle 12

Wunsch von Lehrkräften zu mehr Kompetenzerwerb im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ($N = 262$)

			<i>n</i>	%
Ja			240	90.6
	Bereiche ^a	<i>Fachwissen</i> : Wissen über psychische Erkrankungen	124	51.7
		<i>Pädagogisch-psychologisches Wissen</i> : Wissen zum Umgang, z. B. mit Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht	201	83.8
		<i>Organisationswissen</i> : Wissen über den Wiedereingliederungsprozess nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt, z. B. Ablauf, Erkennung von krisenhaften Zuspitzungen, Handlungsspielräume	136	56.7
		<i>Beratungswissen</i> : Wissen über Ansprechpartner bei krisenhaften Zuspitzungen, Beratung von Schülerinnen und Schülern und deren Eltern	150	62.5
		<i>Selbstregulation</i> : Stärkung eigener Ressourcen, Distanzierungsfähigkeit	79	32.9
		<i>Überzeugungen/Werthaltungen/Ziele</i> : Angemessene (Erwartungs-)Haltung bzgl. Leistungen und Sozialverhalten	83	34.6
		Andere und zwar: ^b	6	2.5
Nein			22	8.3
	Entgegenstehende Gründe ^b		12	54.5

Anmerkung. ^aMehrfachnennungen möglich. ^bOffenes Antwortformat (optional).

Zentrale Diskussionsaspekte aus der Fokusgruppe mit Schulleitungen. An der Fokusgruppe nahmen sechs amtierende Schulleitungen (drei Frauen und drei Männer) der Schularten Grundschule, Gemeinschaftsschule, Gymnasium sowie Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum teil. Die Diskussion im Rahmen der Fokusgruppe hatte einen überwiegend supplementären Charakter. Die Schulleitungen bestätigten die Ergebnisse aus der Befragung von Lehrkräften durch ihre Erfahrungswerte und benannten relevante Probleme und Aspekte beim Übergang nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt in den Schulalltag. Die Auswertung des Protokolls ergab drei zentrale Diskussionsaspekte, die in jeder der drei Diskussionsrunden von den Schulleitungen mehrfach und vertieft erörtert wurden:

- (1) mehr Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten,
- (2) wichtige interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie

(3) intensivere Nachsorge und Begleitung in der Reintegrationsphase.

Im Folgenden werden diese drei zentralen Diskussionsaspekte kurz erläutert und mit einigen prägnanten Zitaten der Teilnehmenden verdeutlicht.

(1) Mehr Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten

Schulleitungen beschrieben häufig aufkommende Gefühle von Überforderung und Hilflosigkeit bei Lehrkräften im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern und einen damit verbundenen Wunsch nach mehr Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten:

"Lehrkräfte geben bei Überforderung die Verantwortung aufgrund des nicht ausreichenden Fachwissens schnell ab. [...] Eine Überforderung besteht bei Lehrkräften häufig auch dann, wenn Eltern wenig oder nicht mitarbeiten und sich familiäre Probleme nicht verbessern, sodass in der Schule das Gefühl entsteht, diese Schwierigkeiten auffangen zu müssen." (Z. 19ff).

„Oft verhalten sich Schülerinnen und Schüler ... so problematisch, sodass nicht nur bei den Eltern, sondern auch [bei] der Schule eine Hilflosigkeit entsteht.“ (Z. 30f).

„Die reduzierte Beschulung in der Klinikschule löst bei Lehrkräften Ängste aus: Wie soll ich das Kind den gesamten Tag beschulen, wenn die Klinikschule es nur zwei Stunden geschafft hat?“ (Z. 42f)

„Wichtige Themen für die Lehrkräfte sind vor allem existenzielle Themen wie z. B. suizidales Verhalten oder hoch aggressives Verhalten. Eigen- und fremdgefährdendes Verhalten stellt eine besonders große Herausforderung für Lehrkräfte dar.“ (Z. 16ff)

(2) Wichtige interdisziplinäre Zusammenarbeit

Schulleitungen betonten die Wichtigkeit einer aktiven Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den in der Reintegrationsphase beteiligten Personen aus den verschiedenen Systemen, wie dem therapeutischem Fachpersonal der Klinik, den Lehrkräften der Klinikschule sowie der regelhaften Schule, den Eltern aus dem familiären Umfeld und

gegebenenfalls externen Hilfesystemen wie der Jugendhilfe. Sie plädierten für einen verstärkten Austausch und Informationsfluss zwischen den Beteiligten:

"Der Informationsfluss gestaltet sich sehr schwierig zwischen allen Beteiligten, ..." (Z. 28)

"Nach einer Entlassung entsteht häufig Frustration durch fehlende Arbeitsbündnisse." (Z. 44)

"[Die] Berichte der Klinikschule sind bereits sehr gut und ausreichend informativ, es fehlt mehr an therapeutischen Informationen. Zudem haben Lehrkräfte nicht im Blick, dass sie dieses Angebot [der Klinikschule, Rückfragen zu stellen] in Anspruch nehmen können."

(Z. 81ff)

(3) Intensivere Nachsorge und Begleitung in der Reintegrationsphase

Schulleitungen schilderten häufig wiederauftretende oder noch bestehende Verhaltensauffälligkeiten nach einer Entlassung trotz Behandlungserfolgen während des Klinikaufenthalts. Sie befürworteten eine intensivere Nachsorge und Begleitung während der Reintegrationsphase:

"Die Regelschule empfindet die Nachsorge als zu gering. Der Übergang zwischen einer intensiven Betreuung und einer geringen Nachsorge ist zu hart." (Z. 45f)

"Es kommt zudem vor, dass nach dem Nachsorgetermin wieder verstärkt Probleme auftreten. Eine Verlängerung der Nachsorge wäre wünschenswert." (Z. 71f)

„Ziele für eine intensivere Nachsorge wären hier eine feste Strukturierung für den Wiedereingliederungsprozess und eine gute Vernetzung.“ (Z. 47f)

4.2.5 Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte anonyme Befragungsdaten von Lehrkräften zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zum Austausch mit klinischem Fachpersonal bei der Rückkehr von Schülerinnen und Schülern nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt. In der Studie gab die überwiegende Mehrheit an Lehrkräften an, beruflich mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in Kontakt zu kommen und

hierbei Herausforderungen zu erleben (Forschungsfrage 1). Den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen nannten viele Lehrkräfte als genutzte und meist hilfreiche Strategie (Forschungsfrage 2). Gleichzeitig gaben fast alle Lehrkräfte den Wunsch an, im Falle der Rückkehr eines Schülers nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt in die eigene Klasse Rücksprachemöglichkeiten mit Fachpersonal der Klinik zu nutzen (Forschungsfrage 3) und mehr Kompetenzen in diesem Bereich erwerben zu wollen (Forschungsfrage 4). In der ergänzenden Fokusgruppe mit Schulleitungen waren zentrale Diskussionsaspekte der Wunsch der Lehrkräfte nach mehr Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten sowie mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit und Nachsorge.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Lehrkräfte deutliche Herausforderungen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern erleben, wobei problematische Verhaltensweisen im Unterricht und der Umgang mit diesen Situationen für Lehrkräfte im Vordergrund stehen. Vor dem Hintergrund empirischer Befunde, die Unterrichtsstörungen im Allgemeinen als einen der Hauptbelastungsfaktoren für Lehrkräfte identifizieren (z. B. Aloe et al., 2014; Klusmann et al., 2008), erscheint dieses Ergebnis plausibel. Zugleich ist gemäß den vorliegenden Ergebnissen der kollegiale Austausch untereinander für die meisten Lehrkräfte eine hilfreiche Lösungsstrategie bei der Bewältigung der Herausforderungen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern. Dennoch gab ein substantieller Anteil an Lehrkräften an, den kollegialen Austausch als nicht hilfreich zu erleben und fast alle Lehrkräfte wünschten sich, mehr Kompetenzen in diesem Bereich zu erwerben und die Möglichkeit zu Rücksprachen mit klinischem Fachpersonal. Ein Austausch der Lehrkräfte untereinander scheint daher im Regelfall hilfreich, aber nicht hinreichend, um ausreichend und fundiertes Wissen zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu erlangen.

Hierfür kann ein Austausch mit geschultem Fachpersonal hilfreich sein (Rothì et al., 2008; Simon & Savina, 2005, 2010).

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf einen hohen Bedarf von Lehrkräften am Erwerb von Kompetenzen und am Austausch mit klinischem Fachpersonal im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern hin und integrieren sich damit in bestehende Forschungsarbeiten (Marks, 1987; Reinke et al., 2011; Rothì et al., 2008; Shelemy et al., 2019; Simon & Savina, 2010; Sisask et al., 2014). Für eine effektive Unterstützung psychisch erkrankter Schülerinnen und Schüler ist eine Zusammenarbeit zwischen therapeutischem Fachpersonal und Bezugspersonen aus dem Umfeld wie Eltern und insbesondere auch Lehrkräften hilfreich (Feinstein et al., 2009). Bezugspersonen wie Eltern und Lehrkräfte sowie therapeutisches Fachpersonal interagieren regelmäßig mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, besitzen jeweils eine gewinnbringende Perspektive und können zur schulischen und psychosozialen Gesamtentwicklung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit für die schulische Reintegration wurde als zentraler Diskussionsaspekt auch im Fokusgruppengespräch bestätigt. Dieses Ergebnis bekräftigt auch Bedarfe für eine verbesserte Kommunikation zwischen schulischem und therapeutischem Fachpersonal im Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit psychischen Problemen (Rothì et al., 2008; Shelemy et al., 2019).

Bei den Gründen gegen Rücksprachen mit Fachpersonal oder den Herausforderungen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern wurden in den vorliegenden Ergebnissen mehrfach geringe zeitliche Kapazitäten angeführt. Ebenso zeigte sich, dass Rücksprachemöglichkeiten umso weniger präferiert wurden, je häufiger sie stattfinden sollten, was die Bedeutung des zeitlichen Aufwands unterstreicht. Den Zeitaufwand als Hemmschwelle für die Wahrnehmung und Nutzung von Unterstützungsangeboten zeigen auch Studien zu Fortbildungen von Lehrkräften und zu Anforderungen an Nachsorgeprogramme (z. B., Berner

& Schulte-Körne, 2019; Trout & Epstein, 2010). Weiterbildungs- und Unterstützungsangebote für Lehrkräfte zum Thema psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollten demnach neben einem hohen Praxisbezug auch zeitliche Ressourcen berücksichtigen (Rothl et al., 2008; Shelemy et al., 2019). Eine Übersichtsarbeit aus dem deutschsprachigen Raum zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext empfiehlt, Lehrkräfte aller Schularten zu psychischen Belastungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Kooperation mit Fachpersonal des Gesundheitssystems qualifiziert fortzubilden (Schulte-Körne, 2016).

Limitationen

Ein limitierender Faktor der vorliegenden Studie ist aufgrund der freiwilligen Studienteilnahme ein in der Stichprobe nicht auszuschließender Selektionseffekt. Es könnten insbesondere Lehrkräfte mit beruflichem Kontakt oder besonderem Interesse an der Thematik teilgenommen haben. Die Daten der vorliegenden Studie, nach denen die Mehrheit an Lehrkräften angab, beruflich mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in Kontakt zu kommen, passen jedoch zu anderen Studien (z. B. Reinke et al., 2011; Sisask et al., 2014) und zur Prävalenz von 10 bis 20 % an Kindern und Jugendlichen in Deutschland und weltweit, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Kieling et al., 2011; Polanczyk et al., 2015). Plausibler als der fehlende berufliche Kontakt mit der Thematik erscheint daher, dass die von Lehrkräften in der Befragung immer wieder genannten begrenzten zeitlichen Kapazitäten eine Barriere für die mit Zeitaufwand verbundene Studienteilnahme war. Dennoch gab trotz der von Schulleitungen angegebenen vielen Anfragen zu Schuljahresbeginn und der kurzen Rekrutierungsdauer etwa die Hälfte der kontaktierten Schulen eine positive Rückmeldung zur Teilnahme. Die Rücklaufquote der

Fragebögen lag basierend auf Angaben der Schulen zur Kollegiumsgröße bei etwa einem Drittel und ist damit vergleichbar zu anderen Studien (z. B. Berner & Schulte-Körne, 2019).

Ein zweiter limitierender Faktor ist das lokale Rekrutierungsgebiet sowie die eingeschränkte Stichprobenrepräsentativität, wodurch die Ergebnisse nur bedingt Generalisierungen auf den Bedarf aller Lehrkräfte in Baden-Württemberg beziehungsweise Deutschland zulassen. Gymnasiallehrkräfte waren mit etwa zwei Dritteln in der vorliegenden Stichprobe, im Vergleich zum baden-württembergischen und bundesweiten Anteil von etwa einem Viertel der Lehrkräfte an Gymnasien, überrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2020; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020). Mehrere große Gymnasien im Rekrutierungsgebiet führten dazu, dass insgesamt überwiegend Gymnasiallehrkräfte an der Studie teilnahmen. Die prozentuale Rücklaufquote an Gymnasien im Vergleich zu den anderen Schularten war jedoch nicht höher. Lehrkräfte von Grundschulen und sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentren waren in der vorliegenden Stichprobe unterrepräsentiert, Lehrkräfte von Realschulen und Werkrealschulen/Hauptschulen aufgrund der Charakteristika des Rekrutierungsgebiets kaum vertreten. Da in der vorliegenden Studie aber schulartübergreifend ein hoher Weiterbildungs- und Unterstützungsbedarf angegeben wurde, kann vermutet werden, dass der Bedarf auch bei Lehrkräften von in der vorliegenden Studie weniger vertretenen Schularten wie Realschulen, Werkrealschulen und Hauptschulen hoch ist. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf von Lehrkräften dort tendenziell noch höher ist, da Jugendliche dieser Schularten häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen (Waldhauer et al., 2018).

Ein dritter limitierender Faktor ist der explorative Charakter der vorliegenden Pilotstudie. Die Befragung lieferte ausschließlich deskriptive Ergebnisse zum subjektiven Bedarf von Lehrkräften für den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zum Austausch mit klinischem Fachpersonal bei

der schulischen Reintegration. Zukünftige Studien zur Erfassung von Wissen und Kompetenzen von Lehrkräften im Bereich psychischer Erkrankungen mit etablierten Messinstrumenten wären wünschenswert sowie zur Entwicklung und Ausgestaltung von Weiterbildungsangeboten und zu Faktoren im schulischen Umfeld, die sich protektiv auf die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern auswirken. Als schulische Faktoren, die auf die psychische Entwicklung von Schülerinnen und Schülern Einfluss nehmen, nennt eine Übersichtsarbeit insbesondere sozial-emotionale und physische Sicherheit durch Regeln und Normen, Schulverbundenheit, eine emotional unterstützende, engagierte und verantwortliche Lehrer-Schüler-Beziehung sowie eine kooperative Lernumgebung (Schulte-Körne, 2016).

Implikationen

Um dem hohen Weiterbildungs- und Unterstützungsbedarf im Hinblick auf den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern Rechnung zu tragen, ist es notwendig, Konzepte zu entwickeln, die diese Thematik in die theoretische und praktische Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften stärker einbinden (für eine Übersichtsarbeit siehe Ohrt et al., 2020). Neben der allgemeinen Schulung von Lehrkräften sollten auch fallbezogene ad hoc Unterstützungsangebote für Lehrkräfte bei konkretem Bedarf, wie zum Beispiel während der Reintegrationsphase, geschaffen werden. Es ist davon auszugehen, dass dabei erworbenes Wissen und Kompetenzen aber fallübergreifend hilfreich sein können. Eine fallbezogene Unterstützung bedeutet eine Weiterbildung der Lehrkräfte während des laufenden Schuljahres, was flexible, niedrigschwellige und zeitsparende Unterstützungsangebote möglichst ohne Wegezeiten, beispielsweise mittels digitaler Medien, umso wichtiger macht (siehe z. B. Ohrt et al., 2020; Pine, 2021). Ansatzpunkt könnten e-Learning-Angebote auf Lernplattformen sein, wie es beispielsweise im Projekt PSYCH.e an Lehramtsstudierende zur Vermittlung von Informationen über psychische Störungen im Schulalter sowie deren Ursachen und

Behandlungsmöglichkeiten angedacht ist (Berner & Schulte-Körne, 2019). Weiterbildungen verstärkt in den Schulalltag zu integrieren kann zudem helfen, damit diese nicht als zusätzliche berufliche Belastung, sondern als entlastende Lerngelegenheit zur Verringerung der beruflichen Beanspruchung erlebt werden (Richter et al., 2018; Rothì et al., 2008). Wichtig ist, dass Lehrkräfte in der Reintegrationsphase von klinischem Fachpersonal nicht allein gelassen werden und im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern keine therapeutische Arbeit übernehmen (Shelemy et al., 2019). Aktuelle Befunde zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der COVID-19 Pandemie (z. B. Ravens-Sieberer et al., 2020, 2021) und zur damit verbundenen deutlichen Zunahme stationärer Aufnahmen (z. B. Allgaier et al., 2022; Devoe et al., 2023) verdeutlichen einmal mehr die Relevanz von Weiterbildungs- und Unterstützungsangeboten an Lehrkräfte in diesem Bereich.

Unterstützungsangebote für Lehrkräfte im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sollten möglichst regulär eingerichtet sein, um Hemmschwellen für eine Zusammenarbeit und Kontaktaufnahme mit klinischem Fachpersonal bei Fragen und Unsicherheiten weiter zu senken. Ein Beispiel hierfür ist die erfolgreiche Einrichtung sogenannter Schulsprechstunden an sechs Schulen des Einzugsgebiets der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen in Kooperation mit der schulpsychologischen Beratungsstelle und der Klinikschule Tübingen. In den Schulsprechstunden können Lehrkräfte zweimal pro Schuljahr Fälle besprechen und sich bezüglich des weiteren Vorgehens beraten lassen. Solche Angebote sind außergewöhnlich und erfahren großen Zulauf, reichen aber bei Weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken. Im Rahmen der randomisiert-kontrollierten Studie DigiPuR der Abteilung wurde basierend auf den vorliegenden Ergebnissen ein professionsbezogenes Unterstützungsangebot ohne Wegezeiten für den Reintegrationsprozess in Form einer

interdisziplinären Kooperation von betroffenen Familien, Lehrkräften und therapeutischem Fachpersonal mittels digitaler Medien entwickelt (Finkbeiner et al., 2022). Zur nachhaltigen Stabilisierung von Therapieerfolgen und zur Entlastung und Unterstützung von Lehrkräften soll mittels Video- und Telefonkonferenzen unter anderem der Austausch zwischen therapeutischem Fachpersonal und Lehrkräften gefördert werden. Beispielsweise zur Besprechung schwieriger Schulsituationen, einer gemeinsamen Vorgehensweise für den Schulalltag, aber auch zur Beratung durch therapeutisches Fachpersonal sowie für fallbezogene Rückfragen. Bisher existieren wenige solcher Übergangsprogramme zur Unterstützung der schulischen Reintegration nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt (für eine Übersichtsarbeit siehe Tougas et al., 2022b). Deren Entwicklung und Evaluation ist eine wichtige Aufgabe zukünftiger Forschung (siehe auch Tougas et al., 2022a).

Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen einen hohen Bedarf von Lehrkräften am Erwerb von Kompetenzen und am Austausch mit klinischem Fachpersonal zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern bei deren Rückkehr nach einem Klinikaufenthalt. Für die überwiegende Mehrheit der Lehrkräfte stellten psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beruflich besondere Herausforderungen dar. Die Ergebnisse der Studie weisen auf die Notwendigkeit von entsprechenden Angeboten in der Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften hin. Hierbei ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Vertretern des Gesundheits- und Bildungssystems im Sinne einer positiven psychischen wie auch schulisch-sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen wesentlich. Die vorliegenden Ergebnisse liefern wichtige Aspekte für die Entwicklung und Ausgestaltung bedarfsangepasster Unterstützungsangebote in diesem Bereich.

9. Würden Sie gerne mehr Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern erwerben?

Ja

Nein

Wenn ja bei 9.: In welchen Bereichen würden Sie gerne mehr Wissen und Kompetenzen erwerben, um besser mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern nach einem Klinikaufenthalt umzugehen? (Mehrfachnennungen möglich)

Wenn nein bei 9.: Was sind Gründe hierfür?

- Fachwissen:** Wissen über psychische Erkrankungen
- Pädagogisch-psychologisches Wissen:** Wissen über den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern (z. B. mit Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht)
- Organisationswissen:** Wissen über den Wiedereingliederungsprozess von Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt, z. B. Ablauf; Erkennung von krisenhaften Zuspitzungen; Handlungsspielraum innerhalb schulischer Strukturen (z. B. rechtliche Rahmenbedingungen für Ausnahmeregelungen, Hilfestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten wie die Anpassung von Aufgabenstellungen)
- Beratungswissen:** Wissen über Ansprechpartner bei krisenhaften Zuspitzungen; Wissen wann Rücksprachen mit Eltern notwendig sind, Beratung von psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern
- Selbstregulation:** Stärkung eigener Ressourcen (z. B. positive Aktivitäten für sich selbst und Phasen zum Auftanken, Distanzierungsfähigkeit von den Problemen der Schülerinnen und Schüler)
- Überzeugungen / Werthaltungen / Ziele:** angemessene (Erwartungs-) Haltung (z. B. Anforderungen bezüglich Leistungen und Sozialverhalten der psychisch erkrankten Schülerinnen und Schüler)
- Andere und zwar: _____

10. Stellen Sie sich vor, Sie unterrichten als Klassenlehrkraft einen Schüler, der gerade nach einem 3-monatigen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt entlassen wurde und zurück in Ihre Klasse kommt. Würden Sie gerne grundsätzlich die Möglichkeit von Rücksprachen mit Fachpersonal (z. B. Psychotherapeut/in, Klinikschullehrkraft) zum Umgang mit diesem Schüler nutzen?

Ja

Nein

Wenn ja bei 10.: Wie häufig innerhalb der ersten 3 Monate nach Entlassung und in welchem für Sie möglichen Zeitumfang würden Sie gerne Rücksprache mit Fachpersonal zum Umgang mit diesem Schüler halten?

Wenn nein bei 10.: Welche Gründe sprechen für Sie dagegen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Rücksprache nur bei Bedarf
- Einmalig mit einer Dauer von _____ min
- 1x/Monat mit einer Dauer von _____ min
- 14-tägig mit einer Dauer von _____ min
- 1x/Woche mit einer Dauer von _____ min

- Keine zeitlichen Kapazitäten für eine Rücksprache
- Zu hoher Aufwand für einzelne/n Schüler/in
- Eltern und/oder Schüler/innen sind zu wenig engagiert an ihren Problemen zu arbeiten
- Vorbehalte gegen psychiatrisches Fachpersonal
- Würde Rücksprache halten, wenn diese Zeitdauer in Arbeitszeitkontingent berücksichtigt wird
- Benötige keine Rücksprache
- Andere Gründe und zwar: _____

Präferierte Kommunikationswege hierfür:

- Persönlicher Termin Videotelefonie
- Telefonisch E-Mail SMS App

Anhang E – Offene Antworten Herausforderungen

Tabelle 13

Thematisch gruppierte Antworten aus dem offenen Antwortformat zu Herausforderungen von Lehrkräften im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ($N = 22$)

Zu geringe Kooperation mit und Beratung durch Fachpersonal (n = 11)

- „Bekommen wenig Infos, werden alleine gelassen mit dem erkrankten Kind und 27 anderen meist nicht einfachen Schülerinnen und Schülern“*
- „Zu wenig Informationen über aktuelle Situation / Problematik“*
- „Zu wenig Kenntnisse über Krankheitsbilder und Umgang damit“*
- „Man würde gerne mehr unterstützen; es fehlt fachliche Beratung für Klassenlehrkraft“*
- „Bessere Informationspolitik“*
- „Information, dass diese Schülerinnen und Schüler kommen“*
- „Diagnostische Fragebögen, die teilweise in gleicher Form 2-3x ausgefüllt werden müssen; Gutachten. Hier erfolgt oft keine Übergabe zwischen behandelndem Arzt und Klinik (ambulante Therapie)“*
- „Kooperation mit Jugendhilfe teilweise schwierig“*
- „Ansprechpartner zu finden, die den Schülern helfen können“*
- „Wir wurden in der Ausbildung nicht darauf vorbereitet“*
- „Wunsch: 2-3 Nachtreffen (Beratung) mit Fachpersonal“*

Geringe zeitliche Kapazitäten (n = 4)

- „Teilweise vielfacher Zeitaufwand ohne Freistellung Vergütung“*
- „Zeitdruck, man wird den Schülerinnen und Schülern nicht gerecht“*
- „Zu wenig Zeit, um auf die individuellen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler einzugehen“*
- „Diese Schülerinnen und Schüler benötigen vor allem anfangs intensive persönliche Betreuung (sehr hoher Aufwand!), oft im Zeitumfang der Lehrkraft fast nicht möglich im laufenden Betrieb. Müsste bei Arbeitszeitkontingent berücksichtigt werden“*

Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Erziehungsberechtigten (n = 4)

- „Zusammenarbeit mit Erziehungsberechtigten“*
- „Eltern, die mit psychisch erkrankten Kindern nicht umgehen können“*
- „Rechtfertigung bei Problemen gegenüber anderen Eltern der Klasse / Schulgemeinde“*
- „Oft komme ich nur an das Kind "ran", aber nicht an die Eltern oder familiäre Situation“*

Besonderheiten von Schülerinnen und Schülern (n = 3)

- „Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler gerecht zu werden“*
 - „Auf und ab, Schwankungen“*
 - „Bindung von Aufmerksamkeit“*
-

Anhang F – Offene Antworten Wunsch Kompetenzerwerb**Tabelle 14**

Antworten aus dem offenen Antwortformat bei einem Wunsch für den Erwerb von mehr Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ($N = 6$)

„Nicht grundsätzlich, sondern person-/fallspezifisch und aktuell“

„Besser über die betroffene Person informiert sein bzw. überhaupt informiert sein“

„Dafür brauchen wir Zeit“

„Haltung gegenüber Schülerinnen und Schülern / sonderpädagogische Haltung in Regelschullehrkräfte implementieren“

„Lernverhalten / Methoden“

„Rechtliches“

Anhang G – Offene Antworten Gründe gegen Kompetenzerwerb

Tabelle 15

Thematisch gruppierte Antworten aus dem offenen Antwortformat zu Gründen gegen den Erwerb von mehr Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern ($N = 12$)

Kompetenzerwerb im konkreten Fall (n = 5)

„Nur bei aktuellem Bedarf, nicht als präventive Maßnahme“

„Bin als Beratungslehrkraft recht gut informiert bzw. kann Infos besorgen; Wichtig finde ich den Austausch mit der Klinik /Klinikschule im konkreten Einzelfall“

„Bei Bedarf ja“

„Man benötigt die Kompetenzen punktuell. Sehr unterschiedliche Probleme“

„Zu aktuellen Fällen konnte ich immer, wenn es nötig war, mich direkt an die Psychiatrie wenden und wurde dort gut beraten“

Kein Aufgabenbereich einer Lehrkraft (n = 5)

„Das ist nicht der Arbeitsbereich einer Lehrkraft, sondern der von ausgebildeten Fachpersonen. Ich kann, neben aller Empathie, nur Halbwissen erwerben. Das ist nicht ausreichend für ein vertieftes Arbeiten mit diesen Schülerinnen und Schülern“

„Lasse mich da lieber von Fachleuten beraten. Es gibt zu viele Lehrkräfte, die so tun als wären sie Therapeutinnen und Therapeuten“

„Ich bin kein Psychologe“

„Wenn die Rahmenbedingungen stimmen (Betrag, Familie; Jugendamt, Klinik, Therapie), muss ich nicht alles koordinieren“

„Ich bin der Meinung, dass man eine besondere Ausbildung braucht, nicht nur z. B. eine Fortbildung an einem Nachmittag. Bei 28 Schülerinnen und Schülern werde ich einem psychisch erkrankten Schüler nicht gerecht“

Zeitliche Kapazitäten (n = 1)

„Zeitliche Kapazität und der Wunsch, dass die Schülerinnen und Schüler lieber von Fachpersonal betreut werden als von Fachlehrkräften, die "lediglich" eine Fortbildung in Psychologie absolviert haben“

Bereits Kompetenzen vorhanden (n = 1)

„Ich habe selbst eine Therapieausbildung“

4.3 Manuskript 3: E-Mental-Health aftercare for children and adolescents

Finkbeiner, M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Wahl, L.-M., Kelava, A., Gawrilow, C. & Renner, T. J. (2022). E-Mental-Health aftercare for children and adolescents after partial or full inpatient psychiatric hospitalization: study protocol of the randomized controlled DigiPuR trial. *Trials*, 23(1), 713. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06508-1>

(Reproduced with permission from Springer Nature)

4.3.1 Abstract

Background. During reintegration to daily school life following psychiatric hospitalization, children and adolescents are confronted with various challenges and are at risk for rehospitalization. Tailored post-discharge services could support a successful readjustment and accompany the high-risk transition period after discharge. The study DigiPuR (“Digital gestützte Psychotherapie und Reintegration”, digitally supported psychotherapy and reintegration) aims to establish and to evaluate an innovative digital aftercare program to alleviate challenges during reintegration and improve cross-sectoral care.

Methods. DigiPuR is a randomized controlled trial comparing a digital aftercare service with regular aftercare (TAU) (planned $N = 150$, 25 children/adolescents, 25 parents and 25 teachers in each group). In the intervention group direct communication via secure and regular video calls until 8 weeks after discharge and a secure messenger system between the hospital, family and school, as well as, if needed, external support systems are established. A longitudinal pre-post-follow-up assessment at admission, discharge, and 8, 24, and 36 weeks after discharge takes place supplemented by a daily smartphone-based ambulatory assessment from a triadic perspective of patients, parents, and teachers. Primary outcomes include whether

participants in the intervention group have fewer readmissions and higher treatment satisfaction and health-related quality of life as well as lower symptom severity than participants in the control group.

Discussion. The present study is essential to address the cross-sectoral challenges associated with reintegration into daily (school) life following child and adolescent psychiatric hospitalization and to determine possible needed adaptations in partial or full inpatient settings. If applicability and efficacy of the aftercare service can be demonstrated, integration into regular care will be sought.

Keywords: Aftercare, Child and adolescent psychiatric hospitalization, E-Mental Health, Preventing rehospitalization, Randomized controlled trial, School reintegration

Trial registration: [ClinicalTrials.govNCT04986228](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04986228). Registered on August 2, 2021

4.3.2 Background

The prevalence of mental disorders among children and adolescents in Germany and worldwide is between 13 and 18% (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Polanczyk et al., 2015). For the treatment of mental disorders, in addition to outpatient services, there are partial and full inpatient services as more intensive types of treatment (Remschmidt & Belfer, 2005). In 2020, 53,436 patients received full inpatient treatment in child and adolescent psychiatry in Germany (Statistisches Bundesamt, 2021b). Correspondingly, utilization of the limited inpatient beds in the area of child and adolescent psychiatry is high, with about 89% of available beds in Germany in 2019 being in use (Statistisches Bundesamt, 2021a). Besides the two areas of general psychiatry and psychosomatics/psychotherapy, this figure is among the highest utilization rates in all departments in German hospitals (Statistisches Bundesamt, 2021a). Rehospitalization rates have been reported to range from 12 to 57% with percentages

tending to be higher for longer follow-up periods (Arnold et al., 2003; Blader, 2004; Cheng et al., 2017; Fontanella, 2008; Fontanella et al., 2010; Gearing et al., 2009; James et al., 2010), but most readmissions occurring within the first 3 months after discharge (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010).

After discharge following psychiatric hospitalization, children and adolescents are confronted with various challenges, emerging predominantly in the academic, social and emotional domain (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017; Tougas et al., 2019). Academically, children and adolescents need to make up missed school work, with some additionally transferring to a new class or school (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017). Socially, children and adolescents report fears of explaining their absence, concerns to lose friendships, and experiences of bullying and stigmatization (Clemens et al., 2010; McBride & Preyde, 2022; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017). Emotionally, despite substantial symptom reduction during inpatient treatment, intense negative or overwhelming emotions and residual symptoms often persist or reappear after discharge (Clemens et al., 2010; Preyde et al., 2018; Preyde et al., 2017; Savina et al., 2014; Simon & Savina, 2010). About 87% of children and adolescents require further assistance after discharge (Boege et al., 2020). A seamless transition to outpatient follow-up treatment is desirable, as transfer of therapeutically achieved treatment progress into daily situations usually succeeds only with targeted practice and accompaniment, due to the context dependence of symptomatic behavior (Corpus et al., 2014; Drugli & Larsson, 2006). In practice, however, long waiting times, in Germany averaging 5 weeks for an initial consultation and 18 weeks to begin outpatient psychotherapy (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018), often prevent a seamless transition between treatment-sectors. In case of a child or adolescent starting treatment with a previously unknown outpatient psychotherapist, a sustainable therapeutic relationship, as well as motivation for

further treatment, must be newly established, further complicating the transition between inpatient and outpatient care.

Important attachment figures, such as parents or teachers can help children and adolescents cope with transition-related challenges (Clemens et al., 2011) and it is important to involve them in inpatient psychiatric treatment (Sharfstein, 2009). Higher parental involvement is associated with a lower risk of the child being rehospitalized (Blader, 2004). Furthermore, worsening student-teacher relationships as well as increased bullying experiences after hospitalization are associated with higher levels of suicidal ideation in the immediate post-discharge period (Marraccini et al., 2021). However, for many attachment figures, a child's psychiatric hospitalization is also associated with strain and distress and they often report feelings of incompetence and uncertainties about how to suitably support the child (Blizzard et al., 2016; Simon & Savina, 2010; Tougas et al., 2019; Weller et al., 2015). Supporting attachment figures in the form of providing psychoeducation, strengthening resources, and developing competencies and coping strategies so that they can better understand the child's situation and adequately deal with it is required and helpful for a successful reintegration (Clemens et al., 2011; Tougas et al., 2019; Weller et al., 2015).

Sufficient and tailored post-discharge support services for patients and their attachment figures could support a successful readjustment and accompany the challenging transition period after discharge (Chen et al., 2022; Tougas et al., 2019). Ideally, case-leading therapists of inpatient treatment seamlessly accompany the reintegration phase for some more weeks after discharge and support readjustment to daily (school) life as well as transfer of treatment successes. The case-leading therapists know the case and all parties involved from the former treatment and can therefore offer support to all parties within the existing therapeutic relationship. This, however, requires sufficient monetary and time resources from all stakeholders.

E-Mental-Health services support people with mental strains through information and communication technologies (Lal & Adair, 2014) and offer enormous potential to improve health care (Domhardt et al., 2020; Hollis et al., 2017). Advantages include a wide reach for treatment services, lack of travel time with more flexible and tailored scheduling for appointments and low-threshold services (Bauer et al., 2005; Feijt et al., 2020). Moreover, the created distance, for example in therapy via videoconferencing, can lead to less dependence on the therapist and to greater disinhibition in statements as well as to additional information by seeing patients in their home environment, which can be helpful for treatment (Feijt et al., 2020). Demand and use for E-Mental Health services has once again considerably increased and taken on particular relevance since the beginning of the COVID-19 pandemic (Ellis et al., 2021; Feijt et al., 2020; Van Daele et al., 2020). Especially in the context of aftercare, E-Mental Health services can complement inpatient treatment and close the gap to outpatient treatment by relying on existing therapeutic relationships to seamlessly support the transition from psychiatric hospital to daily life in a low-threshold manner (Bauer et al., 2005; Bauer & Moessner, 2012). A recent review on discharge interventions from inpatient child and adolescent mental health care identified only two randomized-controlled trials in this area, none of which examined a digitally supported intervention (Chen et al., 2022). However, one feasibility study discussed in the review (Chen et al., 2022) showed a general interest in downloading a smartphone-based application for a digital safety plan at the time of discharge (Gregory et al., 2017). Studies on the efficacy of digital aftercare services for adults suggest beneficial impacts on patients' post-discharge development (Ebert et al., 2013; Hennemann et al., 2018; Kordy et al., 2006; Zwerenz et al., 2017, 2019).

The innovative aftercare program DigiPuR (“Digital gestützte Psychotherapie und Reintegration”, digitally supported psychotherapy and reintegration) aims to stabilize and ideally expand treatment successes after partial or full inpatient child and adolescent

psychiatric treatment, therefore reducing a worsening of symptoms and rehospitalizations. In the intervention group, direct communication via secure and regular video calls and a messenger system between the hospital, family and school, as well as, if needed, external support systems are established. Thereby, problems can be identified and addressed early from multiple perspectives and transitions into outpatient structures can be arranged where necessary. Taking the social environment of children and adolescents into consideration when examining emotional and behavioral problems, is consistent with the principle of multisystemic therapy (Henggeler, 2001). Efficacy of this digital aftercare in the intervention group is compared to an active control group with regular aftercare within a randomized controlled trial using a naturalistic parallel group study design. A longitudinal pre-post-follow-up assessment at admission, discharge, and 8, 24, and 36 weeks after discharge supplemented by a daily smartphone-based ambulatory assessment from a triadic perspective of patients, parents, and teachers allows for a close investigation of between-person differences and within-person processes in patients' daily lives. The supplemented ambulatory assessment moreover allows ecologically valid measurements in participants' daily lives, at the same time reducing retrospective bias (Trull & Ebner-Priemer, 2013). Answers from the ambulatory assessment are graphically processed for the therapists on a weekly basis during aftercare (Bauer & Moessner, 2012). The assessments are based on the comprehensive conceptual model of outcomes of mental health care for children and adolescents (Hoagwood et al., 1996). Accordingly, treatment success and service effectiveness are not only considered as symptom reduction on the individual level, but also related to interactions with the environment in different settings (e.g., home, school, community) (Hoagwood et al., 1996). The model proposes five outcome domains (symptoms, functioning, consumer perspectives, environments, systems) in which impact of interventions can be seen (Hoagwood et al., 1996). To address these domains, the assessments includes a multi-perspective view on the reintegration phase and instruments used

for assessment reflect the domains. The comprehensive assessment serves to examine the general applicability and acceptance as well as the efficacy of this new digital aftercare program for the development of structures specifically for aftercare. Implementing DigiPuR in clinical practice thereby requires a balancing of scientific comparability and practical feasibility in the conception of the design as well as in the scientific evaluation, focusing on aftercare which is flexible and tailored to the needs of the individual patients.

Hypotheses

DigiPuR examines whether the reintegration of children and adolescents after their stay in a psychiatric hospital can be facilitated by digitally supported, cross-contextual aftercare. Four hypotheses emerge for the primary outcomes. First, we hypothesize readmissions rates to be lower at the post and follow-up time points in the intervention group than in the control group (treatment-as-usual; TAU). Second, we hypothesize satisfaction with treatment to be higher at the post time point in the intervention group than in the control group. Third, we hypothesize health-related quality of life to develop better over time (pre-post follow-up) in the intervention group than in the control group. We do not necessarily expect the intervention group to improve in absolute values over time, as measures can decline after discharge, indicated by high rates of readmissions (Fontanella, 2008; James et al., 2010). Rather, we expect the intervention group to develop better over time than the control group, meaning that even a stabilization of values might be considered a success. Fourth, we hypothesize symptom severity to develop better over time (pre-post follow-up) in the intervention group than in the control group. In line with the last two hypotheses, a better development in the intervention group than in the control group is also expected for the secondary outcomes on stress, self-efficacy, and perceived competence, including ambulatory assessment on well-being, affect, sleep quality, school situation, and social relationships.

4.3.3 *Methods*

This manuscript includes information on all Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials (SPIRIT, checklist in Appendix H) (Chan et al., 2013).

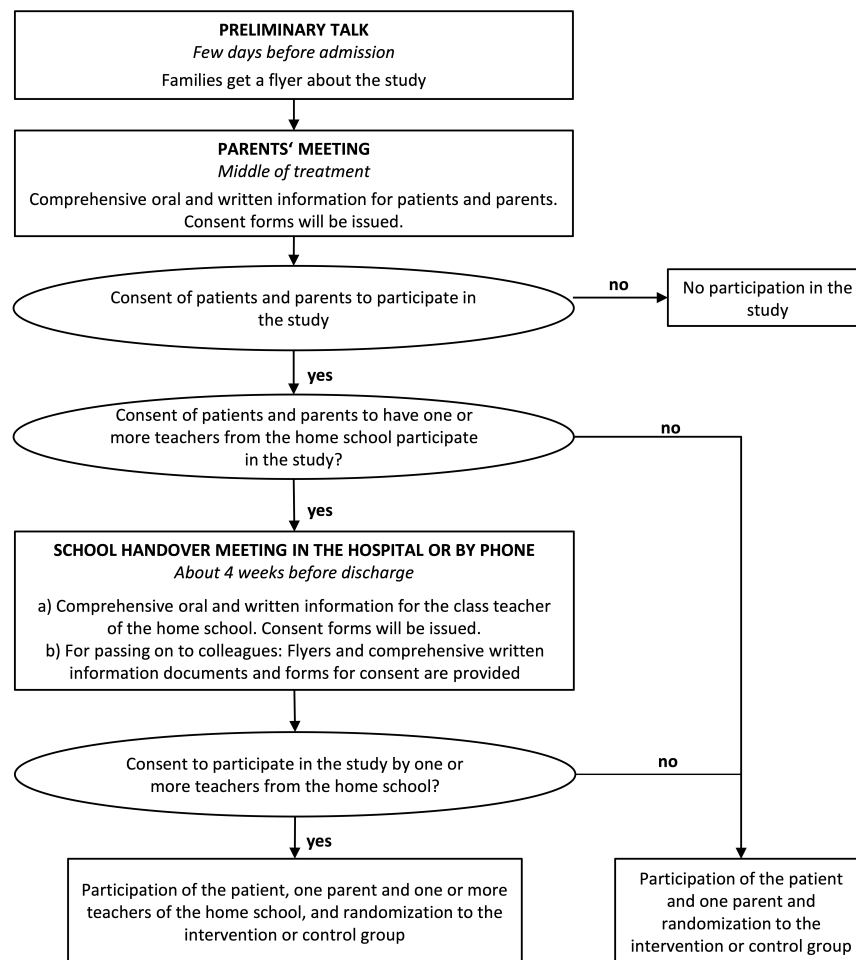
Participants and recruitment

Recruitment of participants takes place at the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy at the University Hospital of Tuebingen, Germany and is embedded in the regular routines of the hospital (see Figure 7). Potentially, all children and adolescents who are patients in the department's child therapy ward, adolescent therapy ward, day hospital for children, or day hospital for adolescents; a relevant primary attachment figure (a parent or caregiver from a residential group); and optionally teachers from the child's or adolescent's school are eligible to participate in the study. The children and adolescents are usually between 6 and 18 years old. We aim to investigate $N = 50$ triplets ($n = 25$ children/adolescents, $n = 25$ parents, and $n = 25$ teachers in each group). While sufficient German language skills are an inclusion criterion, the specific indication for partial or full inpatient treatment, type of diagnosis or time of discharge are not. Transition to regular outpatient treatment is also not an exclusion criterion, as DigiPuR aims to form a good transition to outpatient structures in coordination with all involved parties. The study exclusion criteria are kept minimal to allow as many patients as possible to access the aftercare program. DigiPuR study staff are in weekly communication with the therapists in the department's therapy wards and day hospitals to identify participants. In case of acute psychological strains during the study, the procedure is analogous to conventional psychotherapy with emergency presentation at the responsible hospital. If emergency care result in an inpatient stay of less than 2 weeks, participation in the study is continued (ambulatory assessment continues, intervention

components resume after discharge) and, in case of more than 2 weeks, discontinued. A pilot phase of the study was conducted in early 2021, followed by recruitment from March 2021 to June 2022.

Figure 7

Recruitment Process



Randomization and blinding

Participants are assigned to the intervention or control group after having given written informed consent to participate in the study. Children or adolescents, their parents, and their teachers are always assigned to the same group. A randomization list with equal proportions of both groups was generated with the software R (based on the function “sample”) (R Core Team,




2008) before the start of the study. Participants are successively assigned to one of the two groups according to the order of their recruitment (date of written informed consent) using the randomization list. Only after inclusion in the study, DigiPuR study staff look up the assignment in the randomization list and record the assignment in the coding list, which is kept locked in a cabinet and only accessible to the study management. They inform therapists about the group assignment by e-mail and participants during the technical briefing by a video or phone call or on site at the hospital. Blinding of participants, case-leading therapists, and conducting study staff is not possible due to the different nature of treatment in the two groups. Data evaluation, however, is blinded, as group allocation is coded without knowledge of the data analysts.

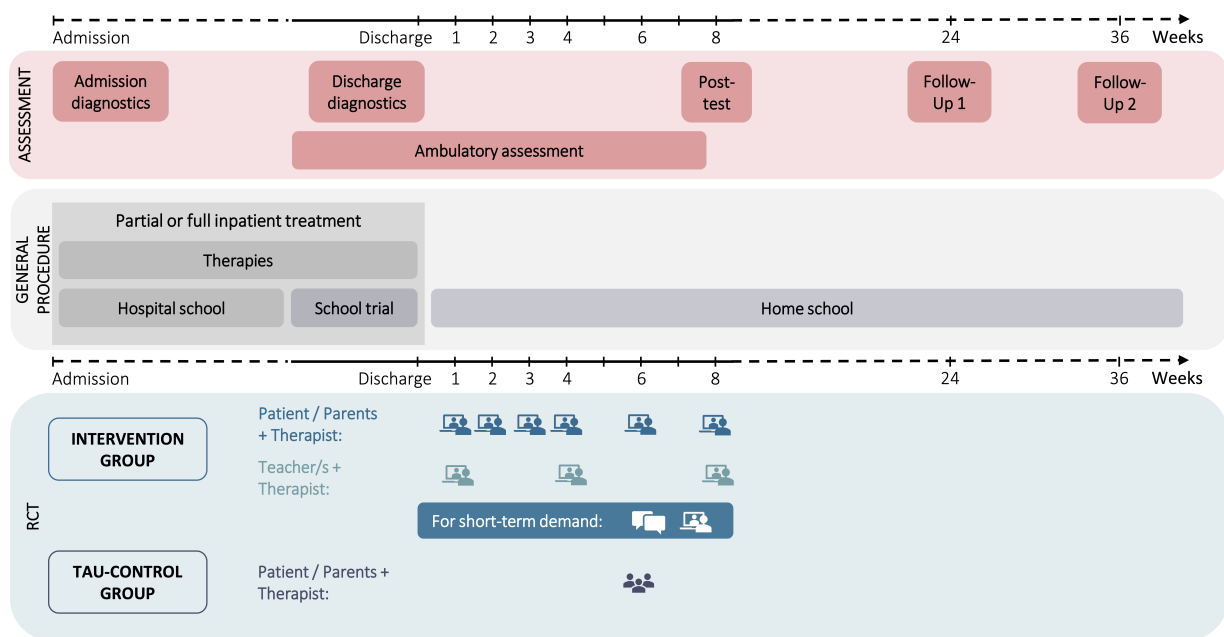
Interventions

In a naturalistic parallel group study design, DigiPuR compares a new digitally supported aftercare in the intervention group with TAU aftercare in the control group (see Figure 8). Aftercare is provided in both groups, with aftercare in the control group being the same as the procedure for non-participation (i.e., TAU). Case-leading therapists working in the partial or full inpatient sector conduct the aftercare in both groups but are otherwise not involved in planning and evaluating the study. Documentation of aftercare appointments in both groups is handled digitally by the case-leading therapists using predefined input fields on relevant aspects in the hospital's internal software programs. For both aftercare treatments following the partial or full inpatient stay, no additional risks are to be expected. There is no anticipated harm and no compensation for participating in the study. If there are any queries or complaints about the study or the data management, participants can contact the appropriate study-independent office by e-mail or telephone at any time using the contact details on the participant information form. DigiPuR study staff work in the research department and are at no

time involved in the therapeutic process, but are contact persons for questions regarding, for example, technical difficulties of participants or the case-leading therapists.

Figure 8

Time Schedule of the Study for Both Groups.  = Video/Phone Call.  = Aftercare Appointment at the Hospital.  = Messenger.



Intervention group

In the intervention group, children and adolescents take part in six video calls with the case-leading therapist of the previous partial or full inpatient hospital treatment. These video calls take place weekly during the first 4 weeks after discharge, then every 2 weeks until 8 weeks after discharge and last up to 50 min, depending on the individual needs of the patient as determined by the therapists. Participants take part in these six video calls from their homes. The case-leading therapist decides whether parents and, if required, responsible persons from external support systems such as youth services, outpatient psychotherapists, psychiatrists, and pediatricians also participate in the video calls. Content of the video calls depends on the case and is linked to previous partial or full inpatient behaviorally oriented psychotherapy with focus

on transfer of learned strategies into daily routines. A weekly goal is worked out with the child or adolescent in each video call and written down on a worksheet so that its achievement can be assessed retrospectively at the next session. The case-leading therapist deciding on duration, participants, and content allows the aftercare program to be sufficiently flexible and well adapted to the needs of the patients. Reducing the frequency of aftercare from weekly to biweekly video calls aims to gradually strengthen the patient's autonomy and allows support in the home environment with personal contact to the therapist, but without time-consuming and costly travel time.

The child's or adolescent's and parents' agreement provided, additionally one or more teachers from the child's or adolescent's school participate in up to three 30- to 45-min video or telephone calls, separate from the family's appointments, with the hospital's case-leading therapist in the period up to 8 weeks after discharge. The German handbook *Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld* (Mental disorders in the school environment) is intended to support teachers additionally by providing information and support beyond the three calls. We developed this handbook primarily for schools in the state of Baden-Wuerttemberg, Germany in response to the internally identified needs of teachers for more knowledge about mental disorders and how to deal with mentally ill students. It covers the following topics: (1) knowledge about mental disorders, (2) dealing with mental disorders in daily school life, (3) returning after a psychiatric hospitalization, (4) dealing with mental emergencies, (5) finding an appropriate attitude, (6) hints for talking to affected students, (7) taking care of yourself, and (8) school programs for health promotion (publication of the handbook is planned after the end of this study; for more information please contact the authors). The contents of the handbook are possible subjects of video or telephone calls with teachers, with different key aspects depending on the specific case.

All children or adolescents, parents, and teachers in the intervention group can send a

direct message via messenger function to the case-leading therapist via the app *movisensXS* (movisens GmbH, 2021), individualized by the authors as the PANDA-App (Psychiatrische Aufenthalte – Nachsorge Durch App, Psychiatric Stays – Aftercare Through App). Messages can refer to, for example, content issues or organizational matters, but do not contain personal data such as names or locations due to data security restrictions. The case-leading therapists receive these messages via their professional email address and can reply to messages in the browser after logging in to the Movisens platform. This messenger service must, however, not be used for emergency contacts, as those must be made via the regular emergency number of the responsible hospital.

Control group (TAU)

In the control group, children and adolescents and their parents are usually given a 50-min follow-up consultation with the case-leading therapist from the previous partial or full inpatient treatment in the hospital about 6 weeks after discharge. This corresponds to the usual aftercare treatment (TAU) in the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy at the University Hospital of Tuebingen, Germany.

Evaluation

Evaluation of DigiPuR includes a pre-post-follow-up assessment and an ambulatory assessment phase (see Figure 8). All assessments are carried out in the same manner for the intervention and the control group. Adherence of participants regarding the assessment data is continuously and timely monitored by checking the return of questionnaires and the documentation of aftercare appointments. In case of multiple missing data, study staff inquire by phone. There are weekly project meetings to discuss trial conduct and progress. Internal reports document and provide information on project progress on a quarterly basis. As the trial

is a low-risk intervention, there is no trial auditing.

Pre-Post-Follow-up Assessment

Admission and discharge assessment as part of the standard hospital assessment are carried out on paper questionnaires (in exceptions where necessary online) through trained staff during the partial or full inpatient hospital stay in the period from preliminary talk to admission until 1 week after admission and in the period from 1 week before discharge until discharge (pre). For the post, follow-up 1, and follow-up 2 assessment (8, 24, and 36 weeks after discharge) the participants receive an e-mail containing a link for an online survey on the SoSci Survey platform (Leiner, 2019), which they can respond to at home via the browser of their computer, tablet or smartphone within 1 week. At each time point of assessment, the survey lasts no longer than about 45 min.

Ambulatory Assessment

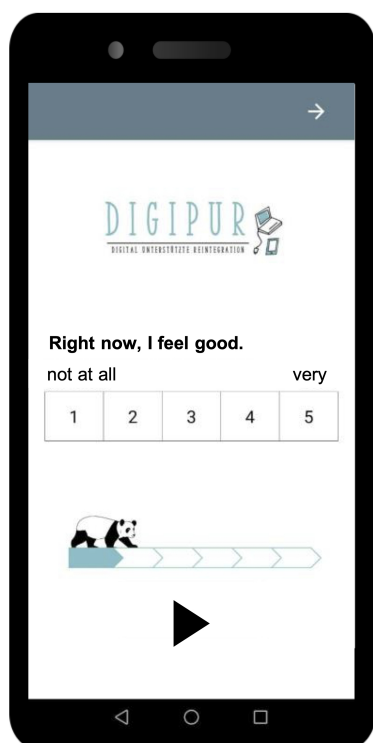
The ambulatory assessment consists of daily questions about well-being, affect, sleep quality, the school situation, and social relationships that children and adolescents (30 items), the participating parent or caregiver (17 items), and, if teachers participate, a teacher (10 items), answer on their personal or a study smartphone via the app *movisensXS* (movisens GmbH, 2021) (see Figure 9). The children's and adolescents' items are presented in written and audiovisual form, so that children who are not yet able to read confidently can have the items read aloud. Ambulatory assessment takes place every day between 5 and 9 o'clock in the evening from 2 weeks before discharge to 8 weeks after discharge and takes a maximum of 5 min per day. Teachers answer the items only on school days and have a larger time frame to respond to increase adherence by being more flexible. Children and adolescents, parents, and teachers are reminded of the daily survey by alarms and can postpone alarms three times. The

data collected in the ambulatory assessment is evaluated individually on a weekly basis by summarizing all answers and preparing them graphically (see Figure 10). The case-leading therapist can use this overview of the participant's answers during the last week(s) as a basis for the next regular video call.

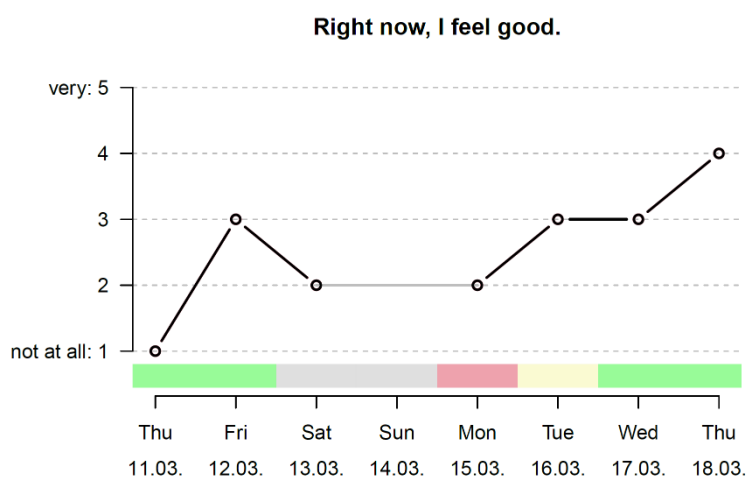
With the start of the ambulatory assessment, all participants receive a short technical briefing, in which the app *movisensXS* (movisens GmbH, 2021) is installed on the participant's Android smartphone or a study smartphone. When using their own smartphones, the participants can be reimbursed for data used for the daily surveys. After installation of the app *movisensXS* (movisens GmbH, 2021), all technical components of the study are briefly explained and tested: (1) the app *movisensXS* (movisens GmbH, 2021) with messenger function, (2) the video phone program VidyoConnect (Vidyo Inc., 2021), (3) the university hospital's own cloud service for the pseudonymized worksheets of the weekly goals and other therapy materials and (4) the online platform SoSci Survey (Leiner, 2019) for post and follow-up surveys. Despite the intuitive and simple handling of all components, all participants receive written, illustrated instructions. For further questions or in case of technical difficulties, the study contact details (e-mail address and telephone number) are also included in the instruction.

Figure 9

Display of the App with One Example Item from the Ambulatory Assessment and with the Identification Figure PANDA.

**Figure 10**

Sample Excerpt from the Weekly Graphical Evaluation of the Ambulatory Assessment Data for the Therapist. o Data Point. - Missing. Color Coding for School Attendance (Green = Yes, Yellow = Partial, Red = No, Gray = No School Day).



Instruments

The instruments used in DigiPuR (see Table 16) are chosen to cover the five domains (symptoms, functioning, consumer perspectives, environments, systems) of the comprehensive conceptual model of outcomes of mental health care for children and adolescents (Hoagwood et al., 1996). The instruments and scales used in the pre-post-follow-up assessment and the ambulatory assessment are briefly described in the following, sorted according to the five domains. Item formulations were adapted where necessary so that they are understandable and suitable for both children and adolescents. Items were only presented if their content was relevant to the respective group (e.g. items on satisfaction with the program for video calls only

when it was used). Primary outcomes are number of readmissions, satisfaction with treatment, health-related quality of life, and symptom severity; all others are secondary outcomes (see Table 16). As there is a great heterogeneity of diagnoses in the patient sample, the evaluation aims to assess the reintegration phase and the well-being of patients globally and across disorders. General constructs relevant to different disorders were selected and instruments were used for comparability across the age range.

Table 16

Overview of Assessed Outcomes, Assigned Domains, Instruments, and Raters at the Different Study Time Points

Outcome	Domain (Hoagwood et al., 1996)	Instrument or scale	Rater	Study period				
				Enrollment Admission	Allocation Ambulatory assessment (2 weeks before discharge until 8 weeks after)	Pre (Discharge)	Post (8 weeks after discharge)	Follow- up (24 and 36 weeks after discharge)
Symptom severity	Symptoms	DISYPS-III SCREEN (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)	CA, P*, T*	x		x	x	x
Stress vulnerability and coping strategies	Symptoms (part 1), functioning (part 2)	Adapted from SSKJ-3-8R (parts 1 and 2) (Lohaus et al., 2018)	CA	x		x	x	x
Self-efficacy	Functioning	WIRKSCHUL (Schwarzer & Jerusalem, 1999), WIRKSOZ (Schwarzer & Jerusalem, 1999), WIRKLEHR (Schwarzer & Jerusalem, 1999), WIRKELTERN (self-development)	CA, P, T	x		x	x	x
Health-related quality of life	Consumer perspectives, environment	KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006)	CA, P*	x		x	x	x
Occupational well-being	Environment	Emotional exhaustion, enthusiasm for teaching (Kunter et al., 2016)	T			x	x	x
Satisfaction with treatment	Consumer perspectives	Adapted from FBB (Mattejat & Remschmidt, 1999)	CA, P, T, TH				x	
Satisfaction with technical components	Consumer perspectives	SUS (Brooke, 1996), self-development	CA, P, T, TH				x	
Expectation of change	Consumer perspectives	Adapted from patient's expectation of change (Vollmann, 2010)	CA, P			x		
Parental stress	Consumer perspectives, environment	EBI (Tröster, 2010)	P	x		x	x	x
Parental strain	Consumer perspectives, environment	BSCL (Franke, 2017)	P	x				

Table 16 (continued)

Outcome	Domain (Hoagwood et al., 1996)	Instrument or scale	Rater	Admission	Ambulatory assessment (2 weeks before discharge until 8 weeks after)	Pre (Discharge)	Post (8 weeks after discharge)	Follow- up (24 and 36 weeks after discharge)
Competence self-concept in dealing with students	Environment	Competence self-concept in dealing with students (Kunz Heim et al., 2007)	T			x	x	x
Professional competence in dealing with mentally ill students	Environment	Self-development, Selection of different items from (Blömeke et al., 2010; Daniszewski, 2013; Hatcher, 2018; Kunter et al., 2016; Reinke et al., 2011; Schwarzer & Jerusalem, 1999)	T			x	x	x
Number readmissions, and general information	All domains	Hospital documentation, self-development	P, T, TH	x		x	x	x
General well-being	Symptoms	Self-development	CA, P, T, P*, T*		x			
Affect	Symptoms	Affect (Könen et al., 2016)	CA, P		x			
Sleep quality	Symptoms	Sleep quality (Könen et al., 2016)	CA		x			
School absenteeism	Functioning	Self-development	CA		x			
School day	Functioning	Academic success (Neubauer et al., 2020); adapted from KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006)	CA, T*		x			
Relationship with peers, parents and teachers	Consumer perspectives, environment	Peer relatedness (Schmidt et al., 2019), adapted from KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006)	CA, P*, T*		x			
Support from the hospital	Systems	Self-development	T		x			

Note. All items presented in German. CA children and adolescents, P parent, T teacher, TH therapist. *Assessed regarding the child or adolescent

DISYPS-III SCREEN (Diagnostic System for Mental Disorders according to ICD-10 and DSM-5 for Children and Adolescents - III Screening questionnaire). The DISYPS-III SCREEN (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017) contains five superordinate scales for overall symptomatology, internalizing and externalizing behaviors, contact behavior, and functional impairment and distress, as well as seven disorder-specific subscales. In the present study, overall symptomatology is utilized to evaluate the symptom severity from the

perspective of the patients (self-evaluation questionnaire SBB; 55 items), parents, and teachers (external evaluation questionnaire FBB; 55 items). In addition to the superordinate scales, the corresponding disorder-specific subscales are analyzed. The manual reports satisfying psychometric properties (internal consistency of the overall symptomatology: Cronbach's $\alpha = .91$ for SBB and $\alpha = .92$ for FBB, disorder-specific subscales between $\alpha = .49$ and $\alpha = .85$).

Questionnaire based on the SSKJ 3-8R (Questionnaire for the Survey of Stress and Stress Coping in Childhood and Adolescence – Revision). The SSKJ 3-8R (Lohaus et al., 2018) contains three parts: (1) stress vulnerability, (2) stress coping strategies, and (3) stress symptomatology and well-being. In the present study, a self-developed questionnaire based on items of the SSKJ 3-8R measures children and adolescents' (1) stress vulnerability with seven items on seven different situations and (2) stress coping strategies with 30 items on five scales. Deviating from the original version, the items on stress coping strategies are answered only in relation to one situation, which the children and adolescents choose beforehand from the previous stressful seven situations. The manual reports for the original version satisfying psychometric properties (internal consistencies between $\alpha = .67$ and $\alpha = .89$; retest reliabilities between $r_{tt} = .61$ and $r_{tt} = .82$).

Self-efficacy scales. Self-efficacy in dealing with social demands in children and adolescents is assessed via the scale WIRKSOZ (Schwarzer & Jerusalem, 1999) with eight items (internal consistency $\alpha = .60$). School-related self-efficacy of children and adolescents is assessed via the scale WIRKSCHUL (Schwarzer & Jerusalem, 1999) with seven items (Internal consistency ranges from $\alpha = .70$ to $\alpha = .73$). For the assessment of teachers' self-efficacy in relation to mentally ill students and in relation to the student to be reintegrated, 5 of the total 10 items of the Teacher Self-Efficacy scale, WIRKLEHR (Schwarzer & Jerusalem, 1999), were

selected for the present study and adapted thematically in each case. Internal consistency of the original WIRKLEHR scale ranges from $\alpha = .76$ to $\alpha = .81$. To assess parents' social self-efficacy in dealing with their child, the first 8 of the total of 10 items from the WIRKLEHR scale were thematically adapted and combined to form the WIRKELTERN scale.

KIDSCREEN-27. The KIDSCREEN-27 (The KIDSCREEN Group Europe, 2006) measures the health-related quality of life of children and adolescents with 27 items on five dimensions (physical well-being, psychological well-being, relationship with parents and autonomy, peers and social support, school environment). In the present study, health-related quality of life is assessed from the perspective of both the child or adolescent and the participating parent. The manual reports satisfying psychometric properties (internal consistency between $\alpha = .80$ and $\alpha = .84$; intraclass correlation coefficients for retest reliability between .61 and .74).

Emotional exhaustion and enthusiasm for teaching. The scales emotional exhaustion (4 items; internal consistency between $\alpha = .74$ and $\alpha = .82$) (Kunter et al., 2016) and enthusiasm for teaching (3 items, number 4, 5 and 6 selected; internal consistency between $\alpha = .69$ and $\alpha = .81$) (Kunter et al., 2016) are used in the present study to assess teachers' occupational well-being (see also Aldrup et al., 2018).

Questionnaire based on the FBB (questionnaire for the assessment of treatment). The FBB (Mattejat & Remschmidt, 1999) is a German questionnaire used for therapy evaluation and quality assurance of psychotherapeutic and psychiatric treatments of children, adolescents, and families in research and practice. In addition to overall satisfaction with the treatment, outcome quality (treatment success) and process quality (course of treatment) are

measured as subjective assessments of treatment. In the present study, four self-developed versions (patients: 20 items, parents: 21 items, therapists: 27 items, teachers: 14 items) adapted from items of the FBB are used, in which the word “treatment” was specified by “aftercare treatment”. In the patient version, item number 13 on video recordings was deleted because there are no video recordings in the present study. Item number 5 was added to the therapist version, asking about relationships in school in addition to relationships in the family. In addition, a version for teachers was designed from 14 items of the parent version of the FBB. The manual reports for the original versions satisfying psychometric properties (internal consistency between $\alpha = .63$ and $\alpha = .94$ for all raters; retest reliabilities for patients and parents ranged from $r_{tt} = .36$ to $r_{tt} = .79$).

SUS (System Usability Scale). Satisfaction with the technical components is assessed among children and adolescents (23 items), parents (23 items), teachers (22 items) and therapists (15 items; no items regarding the app). The 10 items of the widely used technology-independent questionnaire SUS (Brooke, 1996) were thematically adapted to the aftercare app and the program for the video calls, both used in the present study (e.g., “I thought the aftercare app was easy to use”). A study of the factor structure of the SUS reported an internal consistency of $\alpha = .92$ (Lewis & Sauro, 2009). Further self-developed items asked about things that did not work (all raters), preferences in aftercare (children and adolescents, parents, therapists), and the usefulness and inclusion of the weekly graphic evaluation (therapists).

Expectation of change. Patients’ and parents’ expectation of change regarding the aftercare is assessed as a covariate with 4 thematically adapted items (e.g., “I think that through DigiPuR I will cope better with my daily life”) from the scale *Patient’s expectation of change* of the questionnaire for measuring common factors in psychotherapy (FERT; factorial reliability

of the original scale with 8 items $\rho_c = .94$) (Vollmann, 2010).

EBI (Eltern-Belastungs-Inventar). The EBI (Tröster, 2010) is the German version of the Parenting Stress Index (Abidin, 1997) and measures parental stress with 48 items. In the present study, parental stress is assessed by means of the total scale and the twelve subscales. The manual reports satisfying psychometric properties (internal consistency of the total score $\alpha = .95$ and of the subscales between $\alpha = .61$ and $\alpha = .83$; retest reliability $r_{tt} = .87$ for total scale).

BSCL (Brief Symptom Checklist). The BSCL (Franke, 2017) contains 53 items to assess psychological strain in self-judgment on three global indices and nine scales. In the present study, the BSCL is used as a covariate to assess psychological strain in parents. The manual reports satisfying psychometric properties (internal consistency for the total score $\alpha = .97$ and for all scales $\alpha \geq .72$; retest reliability $r_{tt} = .87$ for the total score and $r_{tt} \geq .64$ for all scales).

Competence self-concept in dealing with students. Teachers' competence self-concept in dealing with students is assessed with four items (Kunz Heim et al., 2007). A recent study reported an internal consistency of $\alpha = .77$ (Kunz Heim et al., 2019).

Professional competence in dealing with mentally ill students. The professional competence of teachers in dealing with mentally ill students is exploratively examined. Orientated on the framework model of teachers' professional competence (Baumert & Kunter, 2006), seven competence facets relevant to the present study (professional, pedagogical-psychological, organizational, and counseling knowledge as well as motivational orientations,

self-regulation, and beliefs/values attitudes) were thematically adapted: knowledge about mental illness (5 items), knowledge about dealing with the mentally ill student (11 items), knowledge about mental crises (3 items), knowledge about counseling of affected persons (8 items), motivation and self-efficacy (13 items), self-regulation (8 items), and responsibility and relationship with mentally ill students (13 items). For this purpose, items of different studies from the field of Mental Health Literacy (Daniszewski, 2013; Hatcher, 2018; Reinke et al., 2011) and from teacher survey studies (Blömeke et al., 2010; Kunter et al., 2016; Schwarzer & Jerusalem, 1999) were selected, thematically adapted where necessary as well as own items were developed.

Hospital documentation on general information. General and professional information about participants is obtained from hospital documentation and anamnesis forms for families (e.g., diagnoses, medications, level of psychosocial functioning, duration of treatment) and is collected from teachers at study inclusion (e.g., years in the profession, type of school, teaching load, professional contact with students with mental illness). Further information for a health economic evaluation is obtained by analyzing controlling data (e.g., percentage of readmissions; travel times; contact via messenger) and the therapist's documentation (e.g., worksheets on weekly goals; missed appointments; cooperation with support systems; implementation of therapy suggestions).

Ambulatory assessment. Ambulatory assessment items contain information on children and adolescents' general well-being (1 item; self-development), affect (12 items; Könen et al., 2016), sleep quality (2 items; Könen et al., 2016), school absenteeism (2 items; self-development), school day (4 items; three items to perceived success at school, Neubauer et al., 2020 and one item adapted from the KIDSCREEN-27, The KIDSCREEN Group Europe,

2006), and relationship with peers (4 items; Schmidt et al., 2019), parents (4 items; adapted from Schmidt et al., 2019), and teachers (1 item; adapted from the KIDSCREEN-27, The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Parents make corresponding statements in the ambulatory assessment about their own general well-being (1 item; self-development) and affect (12 items; Könen et al., 2016), as well as about their child's general well-being (1 item; self-development) and their relationship with the child (3 items; adapted from Schmidt et al., 2019). Teachers make statements in the ambulatory assessment about the support they receive from the hospital (1 item; self-development) and about contact with the student being reintegrated (filter question). If there was contact with the student, teachers make statements about their general well-being, their well-being in their role as a teacher, and the well-being of the student (1 item each; self-development) as well as about the teacher-student relationship (1 item; adapted from the KIDSCREEN-27, The KIDSCREEN Group Europe, 2006) and the school day (4 items; three items adapted from Neubauer et al., 2020 to perceived success of the child at school and one item adapted from the KIDSCREEN-27, The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Additional comments or observations about the day can be indicated by parents and teachers in an open response format at the end of each assessment.

Statistics

Calculation of the sample size

It is planned to include a total of $N = 50$ triplets (total sample approximately 150 persons) with 50 children and adolescents ($n = 25$ per group), one attachment figure (parent or caregiver) each and, if possible, at least one associated teacher each. Estimation of sample size is based on recently published randomized controlled trials, in which the efficacy of digital treatment for mentally ill children and adolescents is compared with control conditions (Chang et al., 2019; Conaughton et al., 2017; Lenhard et al., 2017) and on the anticipated number of

discharges of the department during the course of the study (average treatment duration of 3 months with approximately 10 children per ward).

Statistical analyses

All analyses are conducted using R software (R Core Team, 2008). All outcome variables measured pre-post-follow-up will be analyzed with separate mixed ANOVAs. Preprocessing of the data and calculation of individual values will be done according to the respective manual. Predictors will be group (intervention vs. control) and time point, as well as their interaction. Treatment success would be demonstrated by a significant interaction effect of group and time point, being shown, through adequate post hoc test, to be due to different time-effects in the two groups. We do not necessarily expect the intervention group to improve in absolute values over time, as measures can decline after discharge. Rather, we expect the intervention group to develop better over time than the control group, meaning that even a stabilization of values might be considered a success. This better development in the intervention group than in the control group should be evident in the information provided by patients themselves, as well as by parents and teachers.

The successful reintegration into daily (school) life is conceptualized besides the pre-post-follow-up assessment by the data collected in the ambulatory assessment. All ambulatory assessment data will be analyzed with multi-level models (Raudenbush & Bryk, 2002). We expect the reports from patients, parents, and teachers in the intervention group to show a significantly more positive trend over time in terms of their general well-being, affect, sleep quality, school absenteeism, situation in class, and the relationship with parents, peers, and teachers, than those in the control group. Statistically, these effects are shown by a significant interaction of the within-person time trends of these reports with group membership, being due to participants in the intervention group developing better (or less bad) than participants in the

control group. Variables will be adequately centered, and appropriate fixed and random effects will be included in the models.

Few missing data are expected due to ongoing monitoring. Missing data from single items of the standardized questionnaires will be handled appropriately according to the instructions in the manual. In case of complete questionnaires missing for a participant, this participant will be excluded from all ANOVAs containing this questionnaire. As multi-level models can handle missing data quite well, if they are at least missing at random, no data will be excluded from those analyses. However, appropriate variables (e.g., age, symptom severity) will be used to investigate if the missingness structure can be explained by them, rendering it to be not at random. In that case, those variables will be included in the according models to account for this non-randomness.

Due to the confidentiality of patient health data, data sets cannot be made publicly available. Access is only granted to study management who supervise data management and have a duty of confidentiality.

Data security and storage

Procedure for data management was approved by the data protection officer and the IT security officer of the University Hospital Tuebingen, Germany. The collection and storage of all data is pseudonymized and stored for 10 years. All questionnaires are labeled with an anonymous personal code of the participant. Data can only be assigned to individuals based on a coding list, which is continually updated by hand, kept locked, and only accessible to study management. The coding list will be destroyed at the end of the study.

Pre assessment. All information used in paper form for the study at admission and discharge will be kept in the participating child's or adolescent's medical record and is

additionally entered pseudonymously into a spreadsheet file, so that the information can only be assigned to the other data by the personal code.

Post and follow-up assessment. Data collected with SoSci Survey (Leiner, 2019) at post and follow-up is protected by SSL encryption (HTTPS) Extended Validation (EV) both when filling in the questionnaire and when retrieving the collected data. Data is hosted on an ISO27001-certified server in Germany. The provider protects against data loss and access by third parties by means of a firewall.

Ambulatory assessment. Data from the ambulatory assessment will be encrypted, ensuring that the collected data cannot be accessed by unauthorized persons even if the device is lost. All data connections (i.e., both the communication between the smartphone and the server and the communication between the server and the researcher's browser) are encrypted using 256-bit SSL encryption. Furthermore, participants are instructed not to indicate personal data that could be used to identify the children and adolescents, parents, teachers, or other persons (e.g., names, locations, etc.), neither when answering the questions nor in the messages in the app *movisensXS* (movisens GmbH, 2021).

Video calls. The program VidyConnect (Vidy Inc., 2021) for the video calls in the intervention group is a standard software certified by the university hospital. No data is recorded during use. Participants are instructed not to produce and distribute any audio or visual material of the sessions.

Cloud. The firewall-protected cloud of the university hospital is used for the exchange of files with participants. It meets particularly high security requirements and is approved for

the storage of anonymized or pseudonymized patient data. Participants receive a link with a password to their own folder in which the therapist can store worksheets (e.g., documentation of weekly goals) and information in PDF format. There is never a name or other identifiable information on the materials. Access to the folder in the cloud is restricted to the therapist and the respective participant.

Storage locations and dissemination. At the end of the study, all participant data is deleted from the servers used by *movisensXS* (movisens GmbH, 2021) and SoSci Survey (Leiner, 2019) as well as the cloud of the university hospital. From this point on, the pseudonymized data of the participants are stored in the form of a spreadsheet file exclusively on the drive of the university hospital, to which only authorized staff have access, and evaluated with the help of statistical analysis software. Paper-pencil data are entered twice, compared with the help of an R-script (R Core Team, 2008) and checked for errors. Evaluation data from the online surveys are summarized into a data set by means of an R-script (R Core Team, 2008) without reference to specific individuals. Participants do not receive individual feedback on their data. Instead, the anonymized results will be published in scientific journals and presented at conferences and in the hospital. The study is monocentric and has no data monitoring committee as it is a low-risk intervention.

4.3.4 Discussion

DigiPuR is a longitudinal randomized controlled trial comparing regular aftercare (TAU) in the control group with a novel, digital aftercare service in the intervention group. In the intervention group, regular video calls take place with all parties involved during the reintegration phase until 8 weeks after discharge. In addition, patients, parents, and teachers have a direct communication channel to the therapist via a secure messenger system. This is

intended to stabilize treatment successes after discharge and, if necessary, to accompany the transition to outpatient services. This paper describes the naturalistic parallel group study design of DigiPuR and its evaluation. Besides pre-post-follow-up surveys, an ambulatory assessment provides ecologically valid daily data on the reintegration phase from the triadic perspective of patients, parents, and teachers. Psychological strains and exacerbations should thus be recognized at an early stage, addressed and hence readmissions reduced.

Limiting factors that should be considered in the interpretation of the results include that questionnaires in the evaluation are used across the age range of both children and adolescents. This was necessary to ensure sufficient comparability but implied adapting item formulations to a wide age range with possible limitations regarding psychometric properties of questionnaires used. Second, due to the different nature of treatment in the two groups, blinding of participants, therapists, and study staff is not possible. Data analysis, however, is blinded, as group allocation is coded without knowledge of the data analysts. Third, the time required for aftercare appointments and the assessments may be a barrier to study participation and is likely to be weighed against the personal benefits of increased support during the reintegration phase. However, the decision for study enrollment takes place before randomized group assignment, so any potential bias should not affect group comparisons.

Results will show whether DigiPuR can increase participants' health-related quality of life and reduce a worsening of symptoms as well as rehospitalizations. It is expected that the digitally supported, seamless, and regular aftercare appointments involving family and school attachment figures in the intervention group will contribute to a successful reintegration. DigiPuR is designed to improve cross-sectoral child and adolescent psychiatric health care, but in doing so, also to provide further training in this area for teachers in the educational system. Expanding the spectrum of traditional services by establishing digital media as contemporary, widespread, and practicable tools in daily clinical practice can improve child and adolescent

psychiatric care because a wider spectrum offers more treatment options in general, as well as more possibilities to adapt treatment to the characteristics and needs of individual patients (Bauer et al., 2005; Moessner & Bauer, 2017). The COVID-19 pandemic, as an unforeseen crisis that came along with considerable mental stress for many children and adolescents (Orgilés et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2020, 2021; United Nations, 2020), may simultaneously act as an accelerator in establishing E-Mental-Health in health care (Wind et al., 2020). In this regard, the expansion of digital infrastructure that occurred in the wake of the COVID-19 pandemic and the associated broader use of digital media can be expected to have a beneficial impact on DigiPuR. Barriers for using digital media can be expected to decrease further, willingness to communicate without being tied to a specific location will increase, and technical skills will improve. E-Mental-Health is expected to advance mental health care by being accessible, available, attractive, and cost-effective (Mohr et al., 2017) and should go along with collaborative research from science and practice in naturalistic settings (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2021). In case of efficacy and successful implementation of DigiPuR in clinical daily processes, an integration of DigiPuR into regular care is possible and planned.

4.3.5 *Declarations*

Trial status

The trial is ongoing (10-29-2021, version 1, start of recruitment: March 2021, estimated end of recruitment: June 2022)

Acknowledgements

We would like to thank our student assistants for their support: Tanja Weiß, Alina Neubert, Mario Eich, Celina Mäncher, Lena Kleinschroth, and Ida Hinderer.

Authors' contributions

TJR, CG, and JS raised the research funding from the Ministry of Social Affairs and Integration Baden-Wuerttemberg, Germany. All authors designed and prepared (mainly responsible by JS and MF) as well as implemented, coordinated, and conducted (mainly responsible by JK and MF) the trial. MF wrote the first draft of this manuscript, which was critically revised by all co-authors. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This trial is funded by the Ministry of Social Affairs and Integration Baden-Wuerttemberg, Germany (53-5400.1-005/09), which supports promising projects from outpatient and inpatient care, cross-sector care, nursing, and personalized medicine as part of the strategy for digitalization in medicine and nursing. The Ministry, however, is not involved in planning, implementation, data evaluation, and publication of the study. The infrastructure for conducting the study is provided by the Department of Child and Adolescence Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy at the University Hospital Tuebingen, Germany.

Availability of data and materials

Data cannot be made available due to confidentiality of patient health data. However, the statistical code and all study materials will be available from the corresponding author on reasonable request, and any questions about the procedure are welcome. Contact for more information on the study: digipur@med.uni-tuebingen.de or 004970712962535.

Ethics approval and consent to participate

The study is approved (August 2020) by the Ethics Committee of the Medical Faculty

of the Eberhard Karls University and the University Hospital Tuebingen (020/2020BO1; Gartenstraße 47, 72074 Tuebingen, Germany) and is consistent with the current version of the Declaration of Helsinki. Due to the participation of teachers in DigiPuR, the study was additionally approved (August 2020) by the Ministry of Education, Youth and Sports of Baden-Wuerttemberg, Germany (31-6499.20/1332/1). All participants are informed in advance by trained study staff, both verbally and in writing, about intention, procedure, and the data protection concept of the study as well as possible publications of anonymized research results. They are informed that they can discontinue their participation in the study at any time and arrange for their data to be deleted without incurring any disadvantages. In addition, participants can obtain information on the project homepage, where the flyer is available for download and a film presents audiovisual information on the study. For organizational purposes, a study telephone number and a study-related e-mail account have been set up at the Center for Data Processing at the University of Tuebingen, Germany, to which all study staff have access. Participants are only included in the study with written consent of the child or adolescent and their legal guardians. Participation in the study by a caregiver from a residential group and/or teachers always requires the written consent of the child or adolescent and his or her legal guardians. If, contrary to expectations, there are changes or deviations from the planned course of the study, these will be communicated to the Ethics Committee in an amendment and reviewed accordingly.

Consent for publication

Included in the participant information and consent form.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

Marlene Finkbeiner¹, Jan Kühnhausen¹, Johanna Schmid¹, Annette Conzelmann^{1,2}, Ute Dürrwächter¹, Lena-Marie Wahl¹, Augustin Kelava³, Caterina Gawrilow⁴, Tobias J. Renner¹

¹Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy, University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, Osianderstrasse 14-16, 72076 Tuebingen, Germany. ²PFH - Private University of Applied Sciences, Department of Psychology (Clinical Psychology II), Weender Landstrasse 3-7, 37073 Goettingen, Germany. ³Methods Center, University of Tuebingen, Hausserstrasse 11, 72076 Tuebingen, Germany. ⁴Department of Psychology, University of Tuebingen, Schleichstrasse 4, 72076 Tuebingen, Germany.

4.3.6 Appendix

Appendix – SPIRIT checklist

SPIRIT 2013 Checklist: Recommended items to address in a clinical trial protocol and related documents*

Section/item	Item No	Description	According page number
Administrative information			
Title	1	Descriptive title identifying the study design, population, interventions, and, if applicable, trial acronym	1
Trial registration	2a	Trial identifier and registry name. If not yet registered, name of intended registry	2
	2b	All items from the World Health Organization Trial Registration Data Set	Please refer to Item 2a and registration in the Clinical Trials register: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04986228
Protocol version	3	Date and version identifier	29
Funding	4	Sources and types of financial, material, and other support	30
Roles and responsibilities	5a	Names, affiliations, and roles of protocol contributors	1, 30, 32
	5b	Name and contact information for the trial sponsor	32 The sponsor are the institutions of the authors (University Hospital of Tuebingen and University of Tuebingen)
	5c	Role of study sponsor and funders, if any, in study design; collection, management, analysis, and interpretation of data; writing of the report; and the decision to submit the report for publication, including whether they will have ultimate authority over any of these activities	30, 32
	5d	Composition, roles, and responsibilities of the coordinating centre, steering committee, endpoint adjudication committee, data management team, and other individuals or groups overseeing the trial, if applicable (see Item 21a for data monitoring committee)	7-8, 14, 27, 30, 32

Introduction

Background and rationale	6a	Description of research question and justification for undertaking the trial, including summary of relevant studies (published and unpublished) examining benefits and harms for each intervention	3-6
	6b	Explanation for choice of comparators	10-14
Objectives	7	Specific objectives or hypotheses	7
Trial design	8	Description of trial design including type of trial (eg, parallel group, crossover, factorial, single group), allocation ratio, and framework (eg, superiority, equivalence, noninferiority, exploratory)	10

Methods: Participants, interventions, and outcomes

Study setting	9	Description of study settings (eg, community clinic, academic hospital) and list of countries where data will be collected. Reference to where list of study sites can be obtained	7-8
Eligibility criteria	10	Inclusion and exclusion criteria for participants. If applicable, eligibility criteria for study centres and individuals who will perform the interventions (eg, surgeons, psychotherapists)	7-8
Interventions	11a	Interventions for each group with sufficient detail to allow replication, including how and when they will be administered	10-14
	11b	Criteria for discontinuing or modifying allocated interventions for a given trial participant (eg, drug dose change in response to harms, participant request, or improving/worsening disease)	8, 31
	11c	Strategies to improve adherence to intervention protocols, and any procedures for monitoring adherence (eg, drug tablet return, laboratory tests)	13-14
	11d	Relevant concomitant care and interventions that are permitted or prohibited during the trial	8
Outcomes	12	Primary, secondary, and other outcomes, including the specific measurement variable (eg, systolic blood pressure), analysis metric (eg, change from baseline, final value, time to event), method of aggregation (eg, median, proportion), and time point for each outcome. Explanation of the clinical relevance of chosen efficacy and harm outcomes is strongly recommended	16-23
Participant timeline	13	Time schedule of enrolment, interventions (including any run-ins and washouts), assessments, and visits for participants. A schematic diagram is highly recommended (see Figure)	11

Sample size	14	Estimated number of participants needed to achieve study objectives and how it was determined, including clinical and statistical assumptions supporting any sample size calculations	24
Recruitment	15	Strategies for achieving adequate participant enrolment to reach target sample size	7-9

Methods: Assignment of interventions (for controlled trials)

Allocation:

Sequence generation	16a	Method of generating the allocation sequence (eg, computer-generated random numbers), and list of any factors for stratification. To reduce predictability of a random sequence, details of any planned restriction (eg, blocking) should be provided in a separate document that is unavailable to those who enrol participants or assign interventions	9-10
Allocation concealment mechanism	16b	Mechanism of implementing the allocation sequence (eg, central telephone; sequentially numbered, opaque, sealed envelopes), describing any steps to conceal the sequence until interventions are assigned	9-10
Implementation	16c	Who will generate the allocation sequence, who will enrol participants, and who will assign participants to interventions	9-10
Blinding (masking)	17a	Who will be blinded after assignment to interventions (eg, trial participants, care providers, outcome assessors, data analysts), and how	10
	17b	If blinded, circumstances under which unblinding is permissible, and procedure for revealing a participant's allocated intervention during the trial	Not applicable (no blinding of participants, therapists, and conducting study staff. For data analyses, there is no unblinding procedure)

Methods: Data collection, management, and analysis

Data collection methods	18a	Plans for assessment and collection of outcome, baseline, and other trial data, including any related processes to promote data quality (eg, duplicate measurements, training of assessors) and a description of study instruments (eg, questionnaires, laboratory tests) along with their reliability and validity, if known. Reference to where data collection forms can be found, if not in the protocol	13-27
	18b	Plans to promote participant retention and complete follow-up, including list of any outcome data to be collected for participants who discontinue or deviate from intervention protocols	13-14, 25

Data management	19	Plans for data entry, coding, security, and storage, including any related processes to promote data quality (eg, double data entry; range checks for data values). Reference to where details of data management procedures can be found, if not in the protocol	25-27
Statistical methods	20a	Statistical methods for analysing primary and secondary outcomes. Reference to where other details of the statistical analysis plan can be found, if not in the protocol	24-25
	20b	Methods for any additional analyses (eg, subgroup and adjusted analyses)	24-25
	20c	Definition of analysis population relating to protocol non-adherence (eg, as randomised analysis), and any statistical methods to handle missing data (eg, multiple imputation)	24-25
Methods: Monitoring			
Data monitoring	21a	Composition of data monitoring committee (DMC); summary of its role and reporting structure; statement of whether it is independent from the sponsor and competing interests; and reference to where further details about its charter can be found, if not in the protocol. Alternatively, an explanation of why a DMC is not needed	27 (no DMC, because low-risk intervention, no multicenter study)
	21b	Description of any interim analyses and stopping guidelines, including who will have access to these interim results and make the final decision to terminate the trial	Not applicable (no interim analyses and stopping guidelines)
Harms	22	Plans for collecting, assessing, reporting, and managing solicited and spontaneously reported adverse events and other unintended effects of trial interventions or trial conduct	10
Auditing	23	Frequency and procedures for auditing trial conduct, if any, and whether the process will be independent from investigators and the sponsor	14 Only by study staff
Ethics and dissemination			
Research ethics approval	24	Plans for seeking research ethics committee/institutional review board (REC/IRB) approval	31-32
Protocol amendments	25	Plans for communicating important protocol modifications (eg, changes to eligibility criteria, outcomes, analyses) to relevant parties (eg, investigators, REC/IRBs, trial participants, trial registries, journals, regulators)	32
Consent or assent	26a	Who will obtain informed consent or assent from potential trial participants or authorised surrogates, and how (see Item 32)	31

	26b	Additional consent provisions for collection and use of participant data and biological specimens in ancillary studies, if applicable	Not applicable (no additional consent provisions, no biological specimens, no ancillary studies)
Confidentiality	27	How personal information about potential and enrolled participants will be collected, shared, and maintained in order to protect confidentiality before, during, and after the trial	25-27
Declaration of interests	28	Financial and other competing interests for principal investigators for the overall trial and each study site	32
Access to data	29	Statement of who will have access to the final trial dataset, and disclosure of contractual agreements that limit such access for investigators	25
Ancillary and post-trial care	30	Provisions, if any, for ancillary and post-trial care, and for compensation to those who suffer harm from trial participation	10 There is no anticipated harm and compensation for trial participation
Dissemination policy	31a	Plans for investigators and sponsor to communicate trial results to participants, healthcare professionals, the public, and other relevant groups (eg, via publication, reporting in results databases, or other data sharing arrangements), including any publication restrictions	27
	31b	Authorship eligibility guidelines and any intended use of professional writers	30
	31c	Plans, if any, for granting public access to the full protocol, participant-level dataset, and statistical code	27, 31
Appendices			
Informed consent materials	32	Model consent form and other related documentation given to participants and authorised surrogates	Attached
Biological specimens	33	Plans for collection, laboratory evaluation, and storage of biological specimens for genetic or molecular analysis in the current trial and for future use in ancillary studies, if applicable	Not applicable (no collection of biological specimens)

*It is strongly recommended that this checklist be read in conjunction with the SPIRIT 2013 Explanation & Elaboration for important clarification on the items. Amendments to the protocol should be tracked and dated. The SPIRIT checklist is copyrighted by the SPIRIT Group under the Creative Commons "Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported" license.

5 DISKUSSION

Der Übergang nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalten zurück in den Alltag ist eine vulnerable Phase mit besonderen Herausforderungen und Risiken, die eine Anpassungsleistung betroffener Kinder und Jugendlicher erfordert. Das Ziel der vorliegenden Dissertation war es, diese Reintegrationsphase aus der Sicht von Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräften zu untersuchen (Manuskripte 1 und 2), um darauf aufbauend das Forschungsprojekt DigiPuR zur Intensivierung der Nachsorge zu konzipieren und in den klinischen Versorgungsalltag zu integrieren (Manuskript 3).

Die Ergebnisse aus den Manuskripten der Dissertation zeigen aus verschiedenen Perspektiven, dass die Reintegrationsphase sehr herausfordernd ist und unterstreichen die Bedeutung einer Nachsorge als finale Behandlungsphase, um Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen aus ihrem Umfeld während dieser Zeit zu unterstützen und Schwierigkeiten bei der Reintegration frühzeitig zu erkennen und aufzufangen. Das Forschungsprojekt DigiPuR mit dem Ziel, Behandlungserfolge zu stabilisieren und Wiederaufnahmen zu reduzieren leistet im Bereich der Entwicklung und Evaluation von hinreichenden Nachsorgeangeboten einen Beitrag, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

DigiPuR wurde erfolgreich abgeschlossen. Die Ergebnisse aus DigiPuR sind jedoch nicht Teil der vorliegenden Dissertation und werden anderweitig berichtet. Die Ergebnisse aus den Manuskripten der vorliegenden Dissertation werden in Unterkapitel 5.1 noch einmal kurz zusammengefasst. In den Unterkapiteln 5.2 und 5.3 wird DigiPuR im Vergleich mit anderen Ansätzen diskutiert und die bisherigen Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung konkreter erläutert. Anschließend werden in den Unterkapiteln 5.4 und 5.5 Limitationen beschrieben und Ansätze für zukünftige Forschung und Versorgung zur Weiterentwicklung von Nachsorgeangeboten vorgeschlagen.

5.1 Zusammenfassung und Ergebnisse der Arbeiten

In Manuskript 1 wurde die schulische Reintegration aus der Sicht von 25 teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, 24 Eltern und 20 Lehrkräften an 50 aufeinanderfolgenden Schultagen beginnend zwei Wochen vor der Entlassung unter Zuhilfenahme von ambulantem Assessment mit einer App-Befragung untersucht. Die Ergebnisse dieser intensiven Längsschnittstudie zeigen, dass das Wohlbefinden und die Selbstkontrolle der Patientinnen und Patienten in den Wochen nach der Entlassung durchschnittlich abnahmen, wobei sich die individuellen Zeitverläufe zwischen den Personen unterschieden. Außerdem gaben Patientinnen und Patienten ein höheres Wohlbefinden an Tagen mit höherer Selbstkontrolle und schulischer Selbstwirksamkeit sowie mit höherer elterlicher Selbstwirksamkeit an.

Manuskript 2 enthält die Ergebnisse einer Befragung von 265 Lehrkräften zum Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie zur Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule bei der Reintegration. Diese Befragung wurde zur Absicherung und Konkretisierung des Unterstützungsangebots für Lehrkräfte im Rahmen von DigiPuR durchgeführt, da die Beantwortungsrate der Lehrkräfte in Manuskript 1 im Vergleich zu den Kindern und Jugendlichen sowie den Eltern niedriger war. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen schulartübergreifend einen hohen Wunsch von Lehrkräften nach dem Erwerb von mehr Wissen und Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie nach Austausch mit klinischem Fachpersonal bei der Reintegration. In einer ergänzenden Fokusgruppe mit sechs Schulleitungen waren der Wunsch der Lehrkräfte nach mehr Wissen zum Umgang mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten sowie nach mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit und Nachsorge während der Reintegrationsphase zentrale Diskussionsaspekte.

Auf der Grundlage der Ergebnisse, die in den Manuskripten 1 und 2 zusammengefasst sind, wurde unter Förderung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg das Forschungsprojekt DigiPuR zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und der Nachsorge während der Reintegrationsphase aufgebaut und umgesetzt. Manuskript 3 beschreibt das Studienprotokoll der randomisiert-kontrollierten Studie des Projekts. Verglichen wird ein digitales Nachsorgeangebot bestehend aus regelmäßigen Videotelefonaten und einem Messenger-System in der Interventionsgruppe mit der regulären Nachsorge (TAU) in der Kontrollgruppe. Die Videotelefonate fanden zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten der vorherigen stationären Behandlung mit den Patientinnen und Patienten, ihren Eltern und Lehrkräften statt. Die längsschnittliche Evaluation umfasst ein Prä-Post-Follow-up-Assessment bis letztmalig neun Monate nach der Entlassung sowie ein kurzes tägliches ambulantes Assessment per App bis acht Wochen nach der Entlassung. Die primären Fragestellungen beziehen sich darauf, ob Teilnehmende der Interventionsgruppe eine geringere Symptomschwere, weniger Rehospitalisierungen sowie eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit aufweisen als Teilnehmende der Kontrollgruppe.

Die vierte im Rahmen der Dissertation entstandene Arbeit ist als Teil des psychoedukativen Studienmaterials in DigiPuR ein Handbuch für Lehrkräfte zum Thema „Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld“, das in der Interventionsgruppe begleitend eingesetzt und in der Kontrollgruppe nachträglich mit Studienende ausgehändigt wurde. Es enthält in acht Kapiteln Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen, zu Handlungsmöglichkeiten im Schulalltag, zur Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule, zum Umgang mit psychischen Krisen, zur Vermittlung von Wertschätzung, zu Informationen für Gespräche mit Betroffenen, zur eigenen Psychohygiene sowie zu Schulprogrammen zur Gesundheitsförderung.

5.2 DigiPuR im Vergleich mit anderen Ansätzen

Die Manuskripte 1 und 2 bilden Vorstudien zur Unterstützung der Konzeptionierung von DigiPuR. Ihre Ergebnisse, insbesondere die Abnahme des Wohlbefindens von Patientinnen und Patienten in den Wochen nach der Entlassung sowie der Wunsch von Lehrkräften nach Rücksprachen mit klinischem Fachpersonal bei der Reintegration zeigen aus verschiedenen Perspektiven, dass die Reintegrationsphase nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufhalten für Beteiligte sehr herausfordernd ist. Sie unterstreichen die Wichtigkeit, Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen aus ihrem Umfeld während der Reintegrationsphase zu begleiten und zu unterstützen.

Die Ergebnisse aus Manuskript 1 sind mit Studien konsistent, die zeigen, dass in den Monaten nach der Entlassung ein erhöhtes Risiko für eine Rehospitalisierung besteht (Blader, 2004; Fontanella, 2008; James et al., 2010). Denn ein geringes Wohlbefinden erhöht das Risiko für psychopathologische Symptome (Bartels et al., 2013; Lamers et al., 2015). Über die durchschnittliche Abnahme des Wohlbefindens hinaus unterschieden sich Patientinnen und Patienten deutlich in Bezug auf die individuelle Entwicklung im Zeitverlauf, weshalb eine bedarfsangepasste Nachsorge notwendig ist. Mit dem bei der Entlassung erfassten Wohlbefinden konnte zudem kein Zusammenhang zu individuellen Entwicklungen des Wohlbefindens im Zeitverlauf festgestellt werden. Das bei der Entlassung erfasste Wohlbefinden war daher kein relevanter Prädiktor für die weitere Entwicklung. Dieses Ergebnis kann durch äußere Einflüsse während der Reintegrationsphase erklärt werden, die stark auf die individuelle Entwicklung einwirken. Dies spricht für eine regelhafte Nachsorge, um den Verlauf der Reintegration zu begleiten und bei Bedarf einer ungünstigen Entwicklung entgegenwirken zu können.

Der in Manuskript 2 festgestellte hohe Bedarf von Lehrkräften an mehr Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern sowie an

Rücksprachemöglichkeiten mit klinischem Fachpersonal bei der Reintegration ist ebenfalls mit anderen Studienergebnissen konsistent. Auch dort berichteten Lehrkräfte, dass sie sich auf den Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern nicht ausreichend vorbereitet fühlen (Reinke et al., 2011; Sisask et al., 2014) und sich mehr Wissen und Fähigkeiten wünschen, um mit Schülerinnen und Schülern umzugehen, die nach einem Klinikaufenthalt in die eigene Klasse zurückkehren (Simon & Savina, 2010). Die Befunde zeigen, dass Lehrkräfte in die Reintegration einbezogen und unterstützt werden sollten, damit sie als wichtige Bezugspersonen zur Stabilisierung der Behandlungserfolge im schulischen Kontext beitragen können.

Manuskript 3 beschreibt das im Rahmen des Forschungsprojekts DigiPuR entwickelte Nachsorgeangebot zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten, Eltern und Lehrkräften während der Reintegrationsphase. Das Nachsorgeangebot wurde unter Berücksichtigung der fünf zentralen in Unterkapitel 3.2 beschriebenen Anforderungen an eine intensivierete Nachsorge konzipiert: sektorenübergreifend, systemübergreifend, niedrigschwellig, bedarfsangepasst und evidenzbasiert. Im Folgenden wird die Umsetzung dieser Anforderungen in DigiPuR dargestellt. Gleichzeitig werden die Anforderungen mit zwei aktuellen Übersichtsarbeiten (Chen et al., 2022; Tougas et al., 2022b) verglichen, da diese ebenfalls Kernkomponenten nachsorgeähnlicher Entlassinterventionen bzw. Übergangsprogramme identifizierten. Chen et al. (2022) benannten insgesamt sechs Kernkomponenten von Entlassinterventionen: Risikobewertung, individualisierte Versorgung, Entlassvorbereitung, Einbezug des Umfelds, Psychoedukation und Unterstützung nach der Entlassung. Tougas et al. (2022b) machten fünf Kernkomponenten von Übergangsprogrammen zur schulischen Reintegration aus: Einbezug eines multidisziplinären Teams, Implementierung einer Multikomponenten-Intervention, Entwicklung eines Reintegrationsplans, schrittweiser Übergang, regelmäßige Kontakte zur Unterstützung.

Die erste übergeordnete Anforderung einer sektorenübergreifenden Versorgung bedarf einer besonderen Betrachtung, weshalb auf diesen Aspekt ausführlich in Unterkapitel 5.5 eingegangen wird. Der zweiten Anforderung einer systemübergreifenden Nachsorge wird in DigiPuR durch die Einbeziehung von Eltern und Lehrkräften als wichtigsten erwachsenen Bezugspersonen aus dem Umfeld Rechnung getragen. Bei Bedarf werden auch ambulante Hilfen außerhalb der Klinik in die Nachsorge einbezogen. Auch in anderen Übersichtsarbeiten werden diese Akteurinnen und Akteure aus den Systemen Familie und Schule sowie deren interdisziplinäre Zusammenarbeit untereinander und mit der Klinik als zentral angesehen (Savina et al., 2014; Tougas et al., 2019). Chen et al. (2022) sprechen in diesem Zusammenhang vom Einbezug von Hilfen aus dem Umfeld (community linkage) als einer von sechs Kernkomponenten von Entlassinterventionen. Tougas et al. (2022b) identifizieren den Einbezug von Eltern und schulischem Fachpersonal durch eine Multikomponenten-Intervention ebenfalls als eine von fünf Kernkomponenten von Übergangsprogrammen zur schulischen Reintegration.

Für eine solche systemübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Akteurinnen und Akteuren finden in der Interventionsgruppe in DigiPuR regelmäßige Nachsorgetermine statt. Die Nachsorgetermine zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten mit den Familien besitzen anfänglich eine wöchentliche, dann zweiwöchentliche Frequenz. Durchgeführt werden die Termine durch die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten der vorherigen stationären Behandlung, die im Rahmen der Klinik in ein multidisziplinäres Team eingebettet sind. Zudem finden in den beiden letzten Wochen vor der Entlassung in der Regel sogenannte Schulversuche statt, sodass die Kinder und Jugendlichen ihre alte oder zukünftige Schule von der Klinik aus besuchen. Zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten und den Lehrkräften erfolgen regelhaft drei Termine. Zusätzlich erhalten Lehrkräfte das Handbuch „Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld“ als psychoedukatives Begleitmaterial (Anhang A).

Psychoedukation sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für ihre Eltern und Unterstützung nach der Entlassung zur Stabilisierung von Erfolgen und Reduktion von Wiederaufnahmen, beispielsweise durch persönliche oder telefonische Kontakte, identifizieren Chen et al. (2022) als zwei Kernkomponenten von Entlassinterventionen. Regelmäßige Kontakte zur Unterstützung zwischen allen Beteiligten sowie ein schrittweiser Übergang werden auch von Tougas et al. (2022b) als zwei Kernkomponenten von Übergangsprogrammen zur schulischen Reintegration identifiziert. Die Autorinnen beschreiben als weitere Kernkomponente den Einbezug eines multidisziplinären Teams, sodass die Intervention in den meisten Übergangsprogrammen von mindestens zwei Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen durchgeführt wird, die in Kontakt mit dem Behandlungsteam stehen, beispielsweise einer Lehrkraft und einem Sozialarbeiter. Während bei den Übergangsprogrammen zur schulischen Reintegration von Tougas et al. (2022b) die Steuerung der Intervention auch im schulischen Bereich liegen kann, liegt sie in DigiPuR immer bei der Klinik.

Die dritte Anforderung einer niedrighschwelligigen Nachsorge wird in DigiPuR durch ein weitreichendes E-Mental-Health-Angebot ohne Wegezeiten erreicht. Für das Funktionieren eines systemübergreifenden Ansatzes ist es eine besondere Voraussetzung, dass die Kontakte der verschiedenen Beteiligten niedrighschwellig stattfinden. Dies erleichtert eine gemeinsame Terminfindung und ermöglicht eine effizientere Nutzung von Ressourcen. Niedrighschwelligkeit ist keine bei Chen et al. (2022) und Tougas et al. (2022b) beschriebene Kernkomponente. Diese sollte jedoch Relevanz erhalten, denn es ist fraglich, ob ein systemübergreifender Ansatz ohne diese Anforderung erfolghversprechend sein kann. Die Nachsorgekontakte der Interventionsgruppe in DigiPuR finden daher digital mittels Videotelefonaten statt. Dies ist ein wichtiger Punkt für die praktische Umsetzung entsprechender Nachsorgeangebote, insbesondere wenn eine intensivierete Nachsorge mit

häufigeren bedarfsangepassten Terminen notwendig erscheint. Neben den Videotelefonaten wird in der Nachsorge eine App eingesetzt, in welcher die Beteiligten täglich einige Fragen zu ihrem Befinden beantworten können und eine direkte Kontaktmöglichkeit zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten besitzen. Kinder und Jugendliche besitzen meist eine hohe Affinität und einen intuitiven Zugang zu digitalen Medien, sodass eine App zur niedrighschwelligigen Kommunikation gut eingesetzt werden kann.

Die vierte wichtige Anforderung an eine intensivierete Nachsorge ist deren Bedarfsanpassung. Eine Bedarfsanpassung der Nachsorge ist wichtig, da die Reintegration ein hochindividueller Prozess ist, wie auch die Ergebnisse aus Manuskript 1 zeigen. Die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten besitzen durch die vorangegangene stationäre Behandlung bereits die Fallexpertise und können die Reintegrationsphase daher nahtlos und bedarfsangepasst im Rahmen des digitalen Nachsorgeangebots begleiten und unterstützen. Patientinnen und Patienten sind zu diesem Zeitpunkt für die Nachsorge als finaler Behandlungsphase möglicherweise auch motivierter als gegenüber einer neuen ambulanten Therapie, die unter Umständen zudem noch mit einem Therapeutenwechsel einhergeht. Die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten der Interventionsgruppe legen in DigiPuR die Dauer der Nachsorgetermine fest und erarbeiten individuelle wöchentliche Ziele mit den Patientinnen und Patienten, die an die vorherigen stationären Behandlungserfolge anknüpfen und einen Transfer der erlernten Strategien in den Alltag fördern. Individualisierbare Übersichtsblätter zum Ablauf der Nachsorge veranschaulichen für Familien den zeitlichen Rahmen mit den Terminen in DigiPuR.

Chen et al. (2022) erörtern eine individualisierte Versorgung ebenfalls als eine Kernkomponente von Entlassinterventionen, beispielsweise durch personalisierte Zielsetzungen. Auch bei zwei weiteren von den Autorinnen und Autoren identifizierten Kernkomponenten, Risikobewertung und Entlassvorbereitung, geht es darum, bereits zu

Beginn einer Intervention bzw. im Rahmen der Entlassplanung für den individuellen Fall Konflikte, Probleme sowie Unterstützungsbedarfe für die Behandlung und die Zeit nach der Entlassung festzustellen. Tougas et al. (2022b) identifizieren die Entwicklung eines Reintegrationsplans als Kernkomponente von Übergangsprogrammen zur schulischen Reintegration. Die Autorinnen beschreiben in einem weiteren aktuellen Artikel (Tougas et al., 2022a) einen neunstufigen Ansatz für eine erfolgreiche schulische Reintegration, in dem die kontinuierliche Identifizierung von individuellen Bedarfen in Bezug auf die schulische Reintegration sowie die Entwicklung und Umsetzung eines schulischen Reintegrationsplans im Vordergrund stehen. Der Reintegrationsplan umfasst die zusammengefassten Bedarfe sowie Einzelheiten zur Rückkehr in den Unterricht, Interventionen mit den jeweils verantwortlichen Personen, Zeitangaben, Mechanismen zur Überprüfung und zur Anpassung des Plans und Kontaktinformationen (für eine Beispielvorlage siehe Savina et al., 2014). Die neun Stufen sollen als Orientierung für die Zusammenarbeit zwischen der Schule und therapeutischem Fachpersonal dienen. Es ist sinnvoll, dass ein solch strukturierter Rahmen zur Unterstützung der Reintegration existiert, der an individuelle Bedarfe von Patientinnen und Patienten angepasst werden kann. Zukünftige Studien müssen die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit dieses auf die Schule fokussierten Ansatzes evaluieren.

Als fünfte und letzte Anforderung sollten Unterstützungsangebote zur Reintegration evidenzbasiert sein. Dem Standard, dass eine Intervention durch mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie oder zwei quasi-experimentelle Studien evaluiert sein sollte, entsprach keine der im Review von Tougas et al. (2022b) identifizierten Übergangsprogramme zur schulischen Reintegration. Chen et al. (2022) fand in seinem Review zu Entlassinterventionen in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zwei randomisiert-kontrollierte Studien (Boege et al., 2015; Ougrin et al., 2018), wobei in beiden Studien eine stationsäquivalente Behandlung mit regulärer stationärer Behandlung (TAU) verglichen

wurde. Chen et al. (2022) und Tougas et al. (2022b) stimmen überein, dass Unterstützungsangebote im Hinblick auf ihre Wirksamkeit ausreichend evaluiert sein sollten. DigiPuR ist als randomisiert-kontrollierte Studie angelegt mit einer randomisierten Zuteilung entweder zur Interventionsgruppe mit dem digitalen Nachsorgeangebot oder zur Kontrollgruppe mit der regulären Nachsorge (TAU). Eine randomisierte Zuteilung soll vermeiden, dass sich Störvariablen wie beispielsweise die Erkrankungsschwere auf einen Gruppenvergleich auswirken. Ansonsten kann es vorkommen, dass schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten verstärkt Nachsorge erhalten und gleichzeitig aufgrund der höheren Erkrankungsschwere häufiger wiederaufgenommen werden, was in der Folge die Ergebnisse zur Wirksamkeit verzerrt.

Zusammenfassend ergibt der in diesem Unterkapitel gezogene Vergleich zwischen den für die Konzeption von DigiPuR zentralen Anforderungen an eine intensivierete Nachsorge und den sechs von Chen et al. (2022) sowie den fünf von Tougas et al. (2022b) identifizierten Kernkomponenten ähnliche Themenfelder wie den Einbezug wichtiger Bezugspersonen aus dem Umfeld, regelmäßige Kontakte zur Unterstützung und die Anpassung von Maßnahmen an den situativen Bedarf der Betroffenen. Die Maßnahmen verbindet gleichzeitig das gemeinsame, übergeordnete Ziel, Behandlungserfolge nach der Entlassung zu stabilisieren.

In DigiPuR nimmt die Klinik eine zentrale Funktion ein, um eine sektorenübergreifende Versorgung sicherzustellen. Sie kann die durch lange Wartezeiten bestehende Versorgungslücke schließen, therapeutische Kontinuität gewährleisten und Patientinnen und Patienten mit der Nachsorge als wichtiger letzter Behandlungsphase für die herausfordernde Zeit der Reintegration motivieren. Im Verlauf der Nachsorge kann der Bedarf für eine weitere ambulante Therapie überprüft und gegebenenfalls ein guter Übergang dorthin gestaltet werden. Darüber hinaus wird in DigiPuR über ein digitales Angebot die wichtige Anforderung einer niedrigschwelligen Nachsorge erreicht. Dies ermöglicht eine effizientere Nutzung von

Ressourcen und ist zentral, da viele Personen aus unterschiedlichen Systemen in die Reintegration involviert sind.

Das Handbuch „Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld“ für Lehrkräfte unterstützt die systemübergreifende Nachsorge. Das Handbuch greift Themen aus dem Schnittstellenbereich zwischen dem Gesundheits- und Bildungssystem auf. Es soll Lehrkräfte im Bildungssystem in ihrem pädagogischen Handeln stärken und unterstützen, indem es für den Schulalltag relevantes Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen vermittelt und Handlungsmöglichkeiten für Problemsituationen aufzeigt. Gleichzeitig sollen damit auch die Therapeutinnen und Therapeuten im Gesundheitssystem entlastet werden, indem auf Themen des Handbuchs verwiesen werden kann. In den drei regelhaften Terminen zwischen den Lehrkräften und den Therapeutinnen und Therapeuten in der Interventionsgruppe in DigiPuR können so beispielsweise der konkrete Umgang mit schwierigen Schulsituationen und Lösungen für den individuellen Fall erarbeitet werden, wodurch eine effektive Unterstützung möglich ist.

Zuletzt ist wesentlich, dass DigiPuR im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie wissenschaftlich evaluiert wird. Durch die im Rahmen solcher Studien gewonnenen Daten können aussagekräftige Ergebnisse in Bezug auf die Wirksamkeit gewonnen und der Nutzen der Maßnahmen zufriedenstellend überprüft werden.

5.3 Praktische Umsetzung und bisherige Erfahrungen

Das Projekt DigiPuR wurde auf allen vier Therapiestationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen erfolgreich implementiert und umgesetzt. Die Klinik versorgte während der Projektphase Patientinnen und Patienten im teilstationären Bereich in der Tagesklinik für Kinder und der Tagesklinik für Jugendliche sowie im vollstationären Bereich auf der Kindertherapiestation und der Jugendlichentherapiestation.

Grundsätzlich konnten alle Patientinnen und Patienten in den Tageskliniken oder auf den Therapiestationen an DigiPuR teilnehmen. Das Nachsorgeangebot stand damit der gesamten Population von in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten mit Ausnahme der Patientinnen und Patienten der Kriseninterventionsstation (Akutbereich) offen. Die Rekrutierung fand von März 2021 bis Juni 2022 statt.

In jeder Tagesklinik bzw. auf jeder Therapiestation fand wöchentlich eine kurze Besprechung mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten statt. Dieser regelmäßige Austausch ermöglichte es, die zeitliche Planung des Behandlungsverlaufs aller Patientinnen und Patienten inklusive der Neuaufnahmen und Entlassungen im Blick zu behalten und die Nachsorge im Rahmen von DigiPuR zu koordinieren. Im Rahmen der wöchentlichen Rücksprachen wurden die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten über die im Rahmen der Studie erfolgten Aufklärungsgespräche und Technikeinführungen mit den Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern bzw. dem sorgeberechtigten Jugendamt und gegebenenfalls Bezugspersonen aus Wohngruppen und Lehrkräften aus der Schule des Kindes oder Jugendlichen informiert. Durch diese enge Verzahnung zwischen den klinischen Abläufen und den Studienabläufen konnte DigiPuR im Klinikalltag verankert und in bestehende klinische Versorgungsstrukturen eingebettet werden. Das Projektteam stand den fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten für Fragen zur Studie zur Verfügung, war jedoch zu keinem Zeitpunkt in den therapeutischen Prozess und Behandlungsentscheidungen involviert. Umgekehrt waren die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten, die im teil- und vollstationären Bereich arbeiteten und die Nachsorge durchführten nicht in die Durchführung der Studienevaluation involviert. Die Machbarkeit einer intensivierten Nachsorge wurde mit DigiPuR durch die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung im klinischen Versorgungsalltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen nachgewiesen.

Im Rahmen der Umsetzung von DigiPuR zeigte sich eine hohe Teilnahme- und Kooperationsbereitschaft der Kinder, Jugendlichen, Eltern, Lehrkräfte sowie des Fachpersonals aus Wohngruppen und Jugendämtern. So entschieden sich über 80 % der Familien und Lehrkräfte nach einer Aufklärung für eine Teilnahme und lediglich 3 % der Familien beendeten auf eigenen Wunsch ihre Teilnahme, keine davon nach Beginn der Nachsorge. Insgesamt konnten $N = 61$ Kinder und Jugendliche rekrutiert werden und damit deutlich mehr als das angestrebte Ziel von $N = 50$. Zusammen mit den teilnehmenden Elternteilen und Lehrkräften bestand die Gesamtstichprobe aus $N = 145$ Personen. Die bisherigen Rückmeldungen zu DigiPuR der betroffenen Familien und Teilnehmenden am Projekt sind überwiegend positiv. Sie bezogen sich vor allem auf die Wichtigkeit und den dringenden Bedarf des Projekts. Weiter betonten sie die von Betroffenen erlebte Entlastung, während der Reintegrationsphase eine vertraute Ansprechperson zu haben und durch diese begleitet und unterstützt zu werden.

Bisherige Erfahrungen mit DigiPuR wurden inzwischen vorab anhand eines Fallbeispiels veröffentlicht (Finkbeiner et al., 2023). Der Fall skizziert den teilstationären Behandlungsverlauf eines 13-jährigen Patienten sowie den Verlauf der Nachsorge in der Interventionsgruppe im Rahmen von DigiPuR. Die dreimonatige tagesklinische Behandlung fand aufgrund massiver sozialer Konflikte und mehrfachem Schulausschluss statt, wobei trotz einer Reihe von Behandlungserfolgen bis zur Entlassung insbesondere in Konfliktsituationen eine anhaltende Unterstützung erforderlich war. In den Wochen nach der Entlassung traten im schulischen Kontext verstärkt Ängste, Vermeidungsverhalten und Konflikte mit Mitschülerinnen und Mitschülern auf. Das Aufrechterhalten des Schulbesuchs und die soziale Integration in die durch einen Schulwechsel neue Klasse waren daher Schwerpunkte der intensivierten Nachsorge in DigiPuR. Im Verlauf der Nachsorge gelang es dem Patienten auf die im Rahmen der tagesklinischen Behandlung erlernten Strategien zurückzugreifen und

wieder regelhaft am Unterricht teilzunehmen. Parallel dazu wurden in den Videotelefonaten auch mit den Eltern und der Klassenlehrkraft als wichtigen Bezugspersonen Möglichkeiten zur Unterstützung erarbeitet. Die nach der Entlassung auftretenden Konflikte und das Vermeidungsverhalten in der Schule konnten durch die intensivierete Nachsorge in DigiPuR frühzeitig ohne krisenhafte Zuspitzung oder Wiederaufnahme aufgefangen und eine positive Weiterentwicklung erreicht werden. Aus Sicht der Familie gelang es durch DigiPuR maßgeblich, die Behandlungserfolge im Alltag zu stabilisieren. Der Fall verdeutlicht, welche Bedeutung die Nachsorge als finale Behandlungsphase haben kann.

Die bisherigen positiven Beurteilungen von Betroffenen und die hohen Teilnahmeraten sprechen für ein großes Bedürfnis nach Begleitung und Unterstützung während der Reintegrationsphase und die klinische Relevanz von Nachsorgeangeboten wie DigiPuR. Bei Vorträgen und Kongressen erfuhr DigiPuR auch bei klinischem und pädagogischem Fachpersonal aus dem Gesundheits- und Bildungssystem großes Interesse. Auf dem XXXVII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) in Magdeburg wurde das Projekt von der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (Stiftung-KJPP) mit dem mit 10.000 € dotierten Förderpreis 2022 ausgezeichnet.

5.4 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Manuskripte sind folgende Aspekte zu berücksichtigen, die Einfluss auf die Gültigkeit der Ergebnisse nehmen können. Diese Aspekte beziehen sich auf die Stichproben, die Messinstrumente sowie die Verblindung von Studienbeteiligten. Die Aspekte werden im Folgenden näher erläutert und ihr Einfluss kann möglicherweise in zukünftigen Studien reduziert werden.

Stichproben

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte am Universitätsklinikum Tübingen (Manuskripte 1 und 3) bzw. an Schulen aus dem Regierungsbezirk Tübingen (Manuskript 2). Zukünftige Studien sollten prüfen, inwieweit sich vergleichbare Ergebnisse auch in anderen Regionen zeigen und als überregional repräsentativ angesehen werden können. Die Rekrutierung in Manuskript 1 erfolgte ausschließlich in der Tagesklinik für Kinder. Auch im Jugendlichenbereich und im vollstationären Bereich sollte daher untersucht werden, wie sich das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in diesen Bereichen in den Wochen nach der Entlassung entwickelt. Da Kinder und Jugendliche im vollstationären Bereich während der Zeit der Behandlung noch stärker aus ihren sozialen Bezügen genommen sind, kann vermutet werden, dass die Reintegration in diesem Bereich noch herausfordernder ist. Das in Manuskript 3 beschriebene Nachsorgeprojekt DigiPuR wurde sowohl im teilstationären als auch im vollstationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen implementiert und umgesetzt. Aufgrund der Charakteristika des Rekrutierungsgebiets in Manuskript 2 mit mehreren großen Gymnasien waren Gymnasiallehrkräfte mit etwa zwei Dritteln im Vergleich zum baden-württembergischen und bundesweiten Anteil von etwa einem Viertel der Lehrkräfte an Gymnasien überrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2020; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020). Da jedoch schulartübergreifend ein hoher Weiterbildungs- und Unterstützungsbedarf angegeben wurde, kann vermutet werden, dass der Bedarf auch bei Lehrkräften von weniger vertretenen Schularten wie Realschulen, Werkrealschulen oder Hauptschulen hoch ist. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf von Lehrkräften dort tendenziell noch höher ist, da Jugendliche dieser Schularten häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen (Waldhauer et al., 2018).

Zudem kann durch die freiwillige Studienteilnahme ein möglicher Selektionseffekt in den Stichproben nicht ausgeschlossen werden, was die Aussagekraft der Ergebnisse in Bezug

auf die Grundgesamtheit einschränkt. Da psychosozial stark belastete Familien eher schwierig für eine Studienteilnahme zu gewinnen sind (Eickhorst et al., 2015) und die Manuskripte 1 und 2 Befragungsstudien ohne ein Unterstützungsangebot wie in Manuskript 3 waren, kann dies bedeuten, dass in Manuskript 1 und 2 beispielsweise tendenziell diejenigen Familien bzw. Lehrkräfte teilnahmen, die weniger belastet waren bzw. bisher bereits verstärkt mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern zu tun hatten. Für diesen Fall wäre in Bezug auf die Ergebnisse in Manuskript 1 jedoch nicht anzunehmen, dass in stärker belasteten Familien das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in den Wochen nach der Entlassung durchschnittlich weniger abnimmt. Die Ergebnisse in Manuskript 2 zeigen, dass eine Mehrheit an Lehrkräften angab, beruflich mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern in Kontakt zu kommen. Gegen einen möglichen Selektionseffekt spricht jedoch, dass dieses Ergebnis zur Prävalenz von 10 bis 20 % an Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen passt (Barkmann & Schulte-Markwort, 2012; Kieling et al., 2011; Polanczyk et al., 2015) und auch Ergebnissen anderer Studien entspricht (Reinke et al., 2011; Sisask et al., 2014). Plausibler als der fehlende berufliche Kontakt erscheinen daher die von den Lehrkräften in der Befragung immer wieder genannten begrenzten zeitlichen Kapazitäten als Hemmschwelle für die Studienteilnahme, welche auch in Unterstützungsangeboten berücksichtigt werden sollten (Rothì et al., 2008; Shelemy et al., 2019). Im Rahmen von DigiPuR (Manuskript 3) entschied sich eine deutliche Mehrheit von über 80 % an Kindern und Jugendlichen, Eltern und Lehrkräften nach einer Aufklärung für eine Teilnahme, was an dieser Stelle eher gegen einen möglichen Selektionseffekt spricht. Darüber hinaus erfolgte die Entscheidung zur Studienteilnahme vor der randomisierten Gruppenzuteilung, sodass sich ein möglicher Selektionseffekt nicht auf einen Gruppenvergleich auswirken kann.

Bei der Rekrutierung klinischer Stichproben während der Reintegrationsphase nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalten ist deren Größe zum einen durch die

Anzahl an Entlassungen während der Rekrutierungsdauer begrenzt. Zum anderen empfinden Familien während des stationären Klinikaufenthalts und der Reintegrationsphase meist ein hohes Maß an Belastung (Blizzard et al., 2016), was eine Barriere zur Teilnahme an einer mit Zeitaufwand verbundenen Studie sein kann. Die Größe der Stichproben in den Manuskripten 1 – 3, insbesondere in Manuskript 1 mit 25 Patientinnen und Patienten, war begrenzt. In Manuskript 1 lieferten jedoch zufriedenstellende Complianceraten im Rahmen des ambulanten Assessments ausreichend Daten für aussagekräftige Ergebnisse und statistische Power auf der within-person-Ebene. Die Rücklaufquote der Fragebögen in Manuskript 2 war mit etwa einem Drittel vergleichbar mit anderen Studien (z. B. Berner & Schulte-Körne, 2019). Die Schätzung der Stichprobengröße in Manuskript 3 basierte auf kürzlich veröffentlichten, randomisiert-kontrollierten Studien, in denen die Wirksamkeit einer digitalen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen mit Kontrollbedingungen verglichen wurde (Chang et al., 2019; Conaughton et al., 2017; Lenhard et al., 2017) sowie auf der zu erwartenden Anzahl an Entlassungen im Rekrutierungszeitraum. Die Rekrutierung in Manuskript 3 erfolgte auf allen Therapiestationen, was die Stichprobe vergrößerte. Insgesamt konnten mehr als das Ziel von $N = 50$ Patientinnen und Patienten rekrutiert werden, dennoch wären größere Stichproben wünschenswert. Dies könnte beispielsweise im Rahmen längerer Rekrutierungszeiträume oder multizentrischer Studien erreicht werden.

Messinstrumente

Für die in den Manuskripten der vorliegenden Dissertation beschriebenen Studien wurden geeignete Skalen und Messinstrumente ausgewählt und wo nötig angepasst sowie partiell einzelne Items entwickelt. In Manuskript 1 mussten für die app-basierten täglichen Messungen zur Selbstkontrolle, schulischen Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeit von Eltern und Lehrkräften etablierte Skalen gekürzt werden, um die Belastung für Teilnehmende

durch die Studie zu reduzieren. Dies führte nur bei der Skala zur Selbstkontrolle zu einer eher geringen Reliabilität.

In Manuskript 2 wurde für die Absicherung und Konkretisierung des Unterstützungsangebots für Lehrkräfte in DigiPuR in Anlehnung an Simon und Savina (2010) ein Fragebogen mit zehn Items entwickelt. Der Fragebogen wurde so konzipiert, dass er kurz und einfach auszufüllen war, was zu einer hohen Beantwortungsrate bei den Items führte, lieferte jedoch ausschließlich deskriptive Ergebnisse zum subjektiven Bedarf und spezifische Aspekte für die Ausgestaltung des Unterstützungsangebots. Zukünftige Studien wären wünschenswert, die geeignete Messinstrumente etablieren, um beispielsweise Wissen und Kompetenzen von Lehrkräften im Bereich psychischer Erkrankungen zu erfassen und um Faktoren im schulischen Umfeld zu untersuchen, die sich protektiv auf die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern auswirken (für eine Übersichtsarbeit siehe z. B. Schulte-Körne, 2016).

In Manuskript 3 wurden zur Evaluation im Rahmen von DigiPuR überwiegend standardisierte Fragebögen verwendet. Diese Messinstrumente wurden aus Gründen der Vergleichbarkeit über die Altersspanne von Kindern und Jugendlichen hinweg eingesetzt. Dies machte jedoch an einzelnen Stellen eine Anpassung der Itemformulierungen erforderlich mit möglichen Einschränkungen in Bezug auf die psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Fragebögen.

Verblindung von Studienbeteiligten

Die Verblindung von Studienbeteiligten ist grundsätzlich sinnvoll, damit ihr Wissen über die Gruppenzuordnung keinen Einfluss auf die Interventionsergebnisse nehmen kann. In DigiPuR (Manuskript 3) war eine Verblindung der Studienteilnehmenden, der Therapeutinnen und Therapeuten sowie des Studienpersonals aufgrund der unterschiedlichen Interventionen in

den beiden Gruppen nicht möglich. Durch die mündliche und schriftliche Aufklärung der Teilnehmenden über die beiden Interventionen und damit auch über die in beiden Gruppen unterschiedliche Anzahl an Terminen war es nicht möglich, die Teilnehmenden zu verblinden; ebenso wenig wie die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten, die diese Termine durchführten. Dies könnte bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe sowie den zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten zu einer höheren Motivation im Vergleich zur Kontrollgruppe geführt haben. In der mündlichen und schriftlichen Aufklärung und somit vor einer möglichen Einwilligung und Gruppenzuordnung wurden daher Vor- und Nachteile beider Gruppen, wie zum Beispiel der geringere Zeitaufwand in der Kontrollgruppe, offen dargelegt sowie darauf hingewiesen, dass zum aktuellen Zeitpunkt unklar ist, ob eine der beiden Gruppen wirksamer als die andere ist. In der Kontrollgruppe erhielten die Teilnehmenden die reguläre Nachsorge (TAU) mit in der Regel einem Nachsorgetermin, wobei eine neu begonnene ambulante Therapie kein Ausschlusskriterium war. Das Angebot entsprach damit der Nachsorgebehandlung, wenn keine Studienteilnahme erfolgte. Ein Vergleich der Interventionsgruppe mit einer Wartelistenkontrollgruppe, bei der die Teilnehmenden der Kontrollgruppe die Intervention nach der Wartezeit zu einem späteren Zeitpunkt bekommen, war aufgrund der besonders herausfordernden und risikoreichen Phase nach der Entlassung nicht denkbar. Eine Behandlung während dieser Phase vorzuenthalten, war aus ethischen Gründen nicht vertretbar. Insgesamt sind die in diesem Unterkapitel beschriebenen Limitationen bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Manuskripte zu berücksichtigen und können die Gültigkeit der Ergebnisse beeinflussen. Dennoch können aus den Ergebnissen wertvolle Schlussfolgerungen und Ansätze für zukünftige Forschung und Versorgung zur Weiterentwicklung von Nachsorgeangeboten gezogen werden. Im folgenden Unterkapitel 5.5 „Ausblick“ werden Herausforderungen für die Entwicklung und Evaluation

von Nachsorgeangeboten beschrieben sowie Ansätze zur Weiterentwicklung zukünftiger Angebote vorgeschlagen.

5.5 Ausblick

Eine grundsätzliche Herausforderung bei der Entwicklung und Evaluation eines breiten Nachsorgeangebots für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit verschiedenen und häufig komorbiden Diagnosen ist es, eine Balance im Spannungsfeld zwischen standardisierten Studienabläufen und individualisierten Therapien im Versorgungsalltag zu finden. So war in der Interventionsgruppe in DigiPuR zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit beispielsweise eine feste Anzahl an Nachsorgeterminen im Studiendesign vorgesehen. Um das Nachsorgeangebot dennoch an individuelle Bedarfe anpassen zu können, entschieden die fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten über die Dauer der Nachsorgetermine sowie deren Teilnehmende und Inhalte. In beiden Gruppen wurde in Einzelfällen bei therapeutischer Notwendigkeit von der geplanten Anzahl an Nachsorgeterminen abgewichen. Beispielsweise erhielten einzelne Patientinnen und Patienten in der Kontrollgruppe mehr als einen regulären Nachsorgetermin. Im Durchschnitt bekamen die Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen aber nahezu die vorgesehene Anzahl an Nachsorgeterminen. Ein weiteres Beispiel sind standardisierte Fragebögen zur Evaluation. Diese sollten aus Sicht der Forschenden für möglichst viele Patientinnen und Patienten störungsübergreifend beantwortbar sein und mehrere Fragestellungen adressieren. Auf der anderen Seite möchten Patientinnen und Patienten möglichst spezifisch und zeitsparend Rückmeldungen geben. Daher muss immer eine sorgfältige Abwägung zwischen wissenschaftlicher Vergleichbarkeit und klinischer Praxis getroffen werden.

Ein Ansatzpunkt, um dem Spannungsfeld zwischen Standardisierung und Individualisierung entgegenzuwirken, könnten auch gestufte Versorgungsmodelle sein wie

beispielsweise das ebenfalls in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen angesiedelte Modellprogramm TIBAS (Neumann et al., 2021; Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Tübingen, 2023). TIBAS ist eine therapeutische Intensivbehandlung für Patientinnen und Patienten im ambulanten Setting insbesondere nach einem stationären Klinikaufenthalt. Ein Case Manager erstellt mit den Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls den Eltern einen individuellen Therapieplan und fungiert als fester Ansprechpartner für alle Beteiligten. Je nach Erkrankungsschwere erfolgt in fünf Stufen die Behandlung mit unterschiedlicher Intensität, die von einem Termin pro Woche bis zu täglichen Kontakten oder auch aufsuchender Hilfe reichen kann. TIBAS ist damit im Gegensatz zu DigiPuR eine stationsäquivalente Behandlung mit dem Ziel, stationäre Klinikaufenthalte zu verkürzen. DigiPuR unterstützt als Nachsorgeangebot die spätestens mit der Entlassung beginnende, herausfordernde Reintegrationsphase und untersucht diese zusätzlich mit Hilfe von ambulantem Assessment aus der Perspektive der verschiedenen Akteurinnen und Akteure.

Ein weiterer Punkt, der bei der Entwicklung intensivierter Nachsorgeangebote zu beachten ist, ist die Sicherstellung von zeitlichen Kapazitäten bei den fallführenden stationären Therapeutinnen und Therapeuten. Die Einhaltung des zeitlichen Rahmens für die Nachsorge in DigiPuR war aufgrund von Ferien-, Urlaubs- und Krankheitszeiten aller Beteiligten sowie aufgrund beschränkter zeitlicher Kapazitäten bei den Therapeutinnen und Therapeuten in einigen Fällen schwierig. Die Randomisierung führte teilweise dazu, dass einige Therapeutinnen und Therapeuten parallel mehrere Patientinnen und Patienten der zeitintensiveren Interventionsgruppe betreuten. Im Rahmen zukünftiger Studien wäre daher beispielsweise eine ausbalancierte Randomisierung auch in Bezug auf die Therapeutinnen und Therapeuten denkbar, sodass der zeitliche Mehraufwand im Vergleich zur üblichen Nachsorge für diese möglichst gleichmäßig verteilt wird. Grundsätzlich gefährden fehlende zeitliche Kapazitäten bzw. größere Unterbrechungen der Nachsorge trotz Bedarfs ihren Erfolg.

Auch der zeitliche Aufwand für die Studienteilnehmenden im Rahmen der Evaluation sollte in zukünftigen Studien so gering wie möglich gehalten werden. Erfahrungsgemäß führen lange Befragungen zu einem deutlich geringeren Rücklauf. Standardisierte Fragebögen zu relevanten Zielvariablen sollten daher nicht nur für die verschiedenen Altersstufen und Diagnosen passend sein, sondern auch in Bezug auf ihren zeitlichen Umfang. Auch für den Einsatz im Rahmen von ambulantem Assessment ist die Entwicklung kurzer aussagekräftiger Skalen und Fragebögen in zukünftigen Studien wichtig.

DigiPuR hat als Nachsorgeangebot das Ziel, die Behandlung abzuschließen, indem die Reintegration nach der Entlassung begleitet und unterstützt wird und die stationär erzielten Therapieerfolge im ambulanten Setting gesichert werden. Zudem erfüllt DigiPuR eine Brückenfunktion in weitere ambulante Hilfesysteme außerhalb der Klinik wie niedergelassenes therapeutisches Fachpersonal oder dem Jugendamt. Bei einem günstigen Verlauf der stationären Behandlung und Nachsorge ist möglicherweise eine anschließende ambulante Therapie nicht mehr erforderlich. Zielgruppe von DigiPuR waren Kinder und Jugendliche in den Tageskliniken und auf den Therapiestationen, die dort in der Regel für mehrere Monate behandelt wurden. In Abhängigkeit der zukünftigen Ergebnisse kann bei der Weiterentwicklung von DigiPuR oder zukünftigen Nachsorgeangeboten eine Erweiterung dieser Zielgruppe oder auch eine Fokussierung auf bestimmte Subgruppen sinnvoll sein. In den Tageskliniken und auf den Therapiestationen findet über viele Wochen hinweg Therapie statt, in denen längerfristig an Zielen gearbeitet wird. Die dabei erzielten Therapieerfolge sollen während der anschließenden herausfordernden Reintegrationsphase in der Nachsorge gefestigt werden. Um diese Aufgabe möglichst effizient zu erfüllen, wäre möglicherweise eine stärkere Fokussierung auf Patientinnen und Patienten denkbar, bei denen eine hohe Chance besteht, dass das Nachsorgeangebot ohne weitere Anschlusstherapie ausreichend ist oder bei denen aus Sicht der fallführenden Therapeutinnen und Therapeuten die Brückenfunktion in weitere

ambulante Hilfesysteme besonders wichtig ist. In einer deutschen Studie wurden beispielsweise nur diejenigen erwachsenen Patientinnen und Patienten in ein digitales Nachsorgeangebot eingeschlossen, die eine deutliche Besserung ihrer depressiven Symptomatik erzielt hatten, um ebenjene Therapieerfolge zu sichern (Schmädeke & Bischoff, 2015).

Ebenso wäre eine Erweiterung der Zielgruppe in den Akutbereich denkbar. Die sogenannte Kriseninterventionsstation ist in Tübingen eine geschützte Station für Kinder und Jugendliche bei bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung. In der Regel verbringen die Kinder und Jugendlichen nur wenige Tage auf der Kriseninterventionsstation, wobei ihre Stabilisierung im Vordergrund steht. Ein Nachsorgekonzept in diesem Bereich müsste die kürzere Klinikaufenthaltsdauer inhaltlich und in den Studienabläufen berücksichtigen. Möglicherweise wären die Themen Eigen- und Fremdgefährdung in der Nachsorge dabei vorrangiger als das der Reintegration (siehe z. B. Fontanella et al., 2020; Simmons et al., 2022).

Für die Entwicklung von Nachsorgeangeboten insbesondere auch in Regionen, in denen lange Zugangswege zu Kliniken bestehen, können digitale Lösungsansätze die Effizienz und Reichweite der Versorgung verbessern (Math et al., 2021). Sie ermöglichen eine standortunabhängige Versorgung und effiziente Nutzung von Ressourcen beispielsweise mit häufigen kurzen Nachsorgekontakten ohne Wegezeiten und mit flexibler Termingestaltung. Die Nachfrage und Nutzung digitaler Versorgungsangebote haben sich in den letzten Jahren zunehmend durch die COVID-19-Pandemie etabliert. Dabei sollen digitale Versorgungsangebote die bestehenden Angebote nicht ersetzen, sondern das Spektrum an Behandlungsformaten für eine möglichst effiziente, passgenaue und weitreichende Versorgung erweitern. Insbesondere in der Nachsorge können Vorteile digitaler Formate zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden. Vermutlich kommen zukünftig auch weitere Technologien wie passive Datenerhebung zur Ermittlung von individuellen Risikofaktoren, Trainings in

virtuellen Realitäten oder Unterstützung von Betroffenen durch Chatbots zum Einsatz (siehe z. B. Torous et al., 2021).

Die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung von DigiPuR im klinischen Versorgungsalltag zeigte die Machbarkeit einer intensivierten Nachsorge. Die zukünftigen Ergebnisse der begleitenden randomisiert-kontrollierten Studie werden Aufschluss darüber geben, ob Teilnehmende der Interventionsgruppe weniger Wiederaufnahmen, eine geringere Symptomschwere sowie eine höhere Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit aufweisen als Teilnehmende der Kontrollgruppe. Basierend auf diesen Ergebnissen erscheint es sinnvoll, in weiteren Studien auch die Wirksamkeit und Bedeutung einzelner Nachsorgeelemente wie der Nachsorgekontakte oder der Nachsorge-App genauer zu untersuchen. Zudem sollte die Wirksamkeit der Nachsorgeangebote multizentrisch und in mehreren Studien überprüft werden. Am Ende müssen im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung die Zusatzkosten für die intensivierte Nachsorge den dadurch eingesparten Kosten wie zum Beispiel reduzierten Rehospitalisierungsraten oder Anschlusstherapien gegenübergestellt werden. Diese Kostendifferenz muss gegebenenfalls gegenüber einem möglichen Nutzen intensivierter Nachsorgeangebote für die psychische Gesundheit und Lebensqualität von erkrankten Kindern und Jugendlichen abgewogen werden.

Nachsorge ist in der kinder- und jugendpsychiatrischen Routineversorgung aktuell weder strukturell noch finanziell adäquat verankert. DigiPuR ist ein Vorschlag, wie die Nachsorge in der Routineversorgung strukturell gestärkt werden könnte. Gleichzeitig verfolgt das Projekt das Ziel, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern. Dies bedeutet, nach der Entlassung ein nahtloses Nachsorgeangebot zu schaffen, das durch ambulante Nachsorgeleistungen der stationären Therapeutinnen und Therapeuten Durchlässigkeit herstellt und bei Bedarf die Vernetzung und den Übergang zu ambulanten Hilfen außerhalb der Klinik in die Wege leitet und begleitet. DigiPuR strebt damit zur Verbesserung der

sektorenübergreifenden Versorgung eine vernetzte, durchlässige und nahtlose Versorgung ohne Brüche zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor an. Die Klinik kann durch die im Rahmen der stationären Behandlung gewonnene Fallexpertise den herausfordernden Übergang in den Alltag effizient begleiten, therapeutische Kontinuität gewährleisten und als weiterer Stabilitätsanker während der Reintegrationsphase wirken. Durch dieses Nachsorgeangebot können die in Abschnitt 3.2.1 beschriebenen Schwierigkeiten wie beispielsweise die langen Wartezeiten auf ambulante Therapieplätze, fehlende Motivation für eine anschließende ambulante Therapie nach einem längeren Klinikaufenthalt und die erforderliche Zeit für den Neuaufbau einer therapeutischen Beziehung überwunden werden.

Im Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen existieren für den psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich keine gesonderten Abrechnungsziffern für ambulante Nachsorgeleistungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023a, 2023b), weshalb diese Leistungen nur im Rahmen der Wiederaufnahme einer bereits begonnenen ambulanten Therapie oder dem Beginn einer neuen ambulanten Therapie erbracht werden können. Besser wäre es, Nachsorgeleistungen gesondert zu vergüten, um sie in ihrer Bedeutung als letzte wichtige Behandlungsphase am Ende einer längeren stationären Therapie anzuerkennen und von einer Folgetherapie abzugrenzen. Gleichzeitig wäre auch eine höhere Vergütung für diese ambulanten Leistungen an Kliniken wünschenswert, um die Durchlässigkeit und ihre Vorteile zu fördern, da es momentan angesichts der meist nicht kostendeckenden Vergütung für Kliniken wenig attraktiv ist, ambulante Leistungen auszuweiten, auch wenn dies therapeutisch sinnvoll und mit Blick auf die gesamten Behandlungskosten möglicherweise sogar günstiger wäre.

Eine hinreichende Nachsorge kann auch nicht durch das in Abschnitt 3.2.1 beschriebene, gesetzlich geforderte Entlassmanagement ersetzt werden, da das Entlassmanagement durch Maßnahmen vor der Entlassung nur den Übergang in die Nachsorge

regelt, diese selbst aber nicht zum Inhalt hat. Darüber hinaus können während der stationären Behandlung zwar einzelne Alltagssituationen geübt werden, der tatsächliche Alltag kann jedoch nur bedingt simuliert werden (Boege & Fegert, 2021). Die Reintegration erfordert die Alltagsbewältigung von Betroffenen und den Umgang mit dem Klinikaufenthalt sowie der Erkrankung bzw. der in der Regel noch vorhandenen Residualsymptomatik außerhalb des stationären Settings der Klinik. Ist diese Anpassungsleistung nach dem Klinikaufenthalt geschafft, enden Reintegration und Nachsorge. Nachsorge nach psychiatrischen Klinikaufenthalten sollte unmittelbar mit der Entlassung aus der Klinik beginnen und sich inhaltlich und zeitlich auf die Reintegrationsphase beziehen. Der Geltungsbereich des Rahmenvertrags Entlassmanagement beschränkt sich außerdem bisher auf Leistungen und Leistungserbringer aus dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und XI (Soziale Pflegeversicherung) und umfasst somit keine Vernetzung beispielsweise mit Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) oder der Schule trotz des komplexen nachstationären Hilfebedarfs, der oft auch in diesen Bereichen besteht (Boege et al., 2020).

Idealerweise würde das Entlassmanagement im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zukünftig um ein Nachsorgemanagement ergänzt, das während der Reintegrationsphase nach der Entlassung eine sektorenübergreifende Versorgung und möglichst effiziente Umsetzung einer intensivierten Nachsorge sowie den Übergang und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Systemen sicherstellt. Hierzu könnte beispielsweise gehören, Familien bei der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen wie der Suche nach einer ambulanten Weiterbehandlung zu unterstützen, bei Bedarf notwendige Kontaktdaten und Schweigepflichtentbindungen für eine systemübergreifende Zusammenarbeit einzuholen oder im Vorfeld möglicherweise bestehende Hürden für eine Nachsorge über Videotelefonate zu beseitigen. Neben der Bereitstellung von Nachsorge-Tools wie einem Videokonferenzsystem, einem Online-Training oder einer auf Basis von Modulen

konfigurierbaren App für die Betroffenen und wichtige Bezugspersonen könnte das Nachsorgemanagement auch deren technische Betreuung und die Aufbereitung der gewonnenen Daten übernehmen. Therapeutinnen und Therapeuten würden so in der Durchführung der Nachsorge entlastet und durch Daten zum Befinden der Patientinnen und Patienten unterstützt, die in den Nachsorgeterminen genutzt werden können.

Ein solches Nachsorgemanagement an Kliniken mit hinreichenden Strukturen würde das Ziel, die stationär erzielten Behandlungserfolge im ambulanten Bereich zu stabilisieren und Rehospitalisierungen zu reduzieren, noch besser unterstützen. Primäre Aufgaben eines solchen zukünftigen Nachsorgemanagements wären die Koordination und Begleitung eines standardmäßigen, intensivierten, ambulanten Nachsorgeangebots sowie die verstärkte Vernetzung der Beteiligten und verschiedenen ambulanten Hilfesysteme. In einem so verstandenen, am Krankheitsverlauf und den Patientinnen und Patienten orientierten Modell einer sektorenübergreifenden Versorgung (Gruhl, 2021) würde die Gesamtkoordinierung der stationären Behandlung inklusive der Nachsorge der Klinik mit einem noch zu etablierenden Nachsorgemanagement übertragen. Eine bessere Koordination und Organisation der Nachsorge war auch in einer aktuellen deutschen Studie zum Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der am häufigsten genannte Wunsch von Eltern auf die Frage „Was hätte besser laufen können?“ (Boege et al., 2021, S. 255). Auch die Autorinnen und Autoren empfehlen dort einen „Case-Koordinator“, der als systemübergreifender Ansprechpartner auch nach der Entlassung im Anschluss an den stationären Klinikaufenthalt noch für die Familie bestehen bleibt (Boege et al., 2021, S. 256). Bis zur Etablierung solcher Strukturen und Prozesse lägen die Aufgaben des Nachsorgemanagements jedoch momentan auch in der Entwicklung und Evaluation eines geeigneten Nachsorgeangebots und damit an der Schnittstelle zwischen Versorgung und Forschung.

6 FAZIT

Die vorliegende Dissertation und die darin enthaltenen Arbeiten zeigen aus verschiedenen Perspektiven, dass die Reintegration nach kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufhalten zurück in den familiären und schulischen Alltag für Betroffene sehr herausfordernd ist. So zeigen die Ergebnisse einer intensiven Längsschnittstudie (Manuskript 1), dass das Wohlbefinden und die Selbstkontrolle der Patientinnen und Patienten in den Wochen nach der Entlassung durchschnittlich abnahmen, wobei sich die individuellen Zeitverläufe zwischen den Personen unterschieden. Die Ergebnisse einer Befragung von Lehrkräften (Manuskript 2) zeigen aus schulischer Perspektive einen großen Wunsch nach mehr Zusammenarbeit mit klinischem Fachpersonal bei der schulischen Reintegration sowie nach Unterstützungsangeboten im Umgang mit psychisch erkrankten Schülerinnen und Schülern.

In dem in dieser Dissertation beschriebenen Forschungsprojekt DigiPuR wurde die intensivierete Nachsorge als Ansatz zur Unterstützung der Reintegration gewählt und untersucht. Nachsorge dient dazu, die Verschlechterung einer Erkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen und ihr entgegenzuwirken sowie den bisherigen Therapieerfolg zu sichern. Sie besitzt insbesondere bei schweren Erkrankungen und langen Klinikaufhalten hohe Relevanz, um ein Wiederauftreten der Erkrankung oder Komplikationen zu vermeiden. Im Bereich der psychischen Erkrankungen ist die Reintegrationsphase ein sinnvoller Zeitrahmen für die Nachsorge, um die Rückkehr eines Kindes oder Jugendlichen in seine familiären und schulischen Routinen zu begleiten.

Das Forschungsprojekt DigiPuR ist ein Vorschlag, wie die Nachsorge in der kinder- und jugendpsychiatrischen Routineversorgung strukturell gestärkt werden könnte. Die Klinik nimmt dabei eine zentrale Funktion ein, um eine sektorenübergreifende Versorgung in der Nachsorge sicherzustellen. Sie kann die durch lange Wartezeiten bestehende Versorgungslücke

schließen, therapeutische Kontinuität gewährleisten und Patientinnen und Patienten mit der Nachsorge als wichtiger letzter Behandlungsphase für die herausfordernde Zeit der Reintegration motivieren. Im Verlauf der Nachsorge kann der Bedarf für eine weitere ambulante Therapie überprüft und gegebenenfalls ein guter Übergang dorthin gestaltet werden.

DigiPuR wurde auf der Grundlage der Ergebnisse, die in den Manuskripten 1 und 2 zusammengefasst sind, und der fünf als besonders relevant erachteten Anforderungen sektorenübergreifend, systemübergreifend, niedrigschwellig, bedarfsangepasst und evidenzbasiert konzipiert (Manuskript 3). Ergänzend wurde als Studienmaterial das Handbuch „Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld“ für Lehrkräfte erarbeitet und in der Interventionsgruppe genutzt (Anhang A). Die Kombination in DigiPuR aus einem transdiagnostischen Nachsorgeangebot, dem Einsatz digitaler Medien und das triadische Zusammenwirken der Systeme Familie, Schule und Klinik ist ein neuer Ansatz, um den vielfältigen Herausforderungen im Zusammenhang mit der Reintegrationsphase gerecht zu werden. Die erfolgreiche Implementierung und Umsetzung des Forschungsprojekts DigiPuR im klinischen Versorgungsalltag hat die Machbarkeit eines solch komplexen Lösungsansatzes gezeigt. Neue Versorgungsangebote und Behandlungsformate für Kinder und Jugendliche wie DigiPuR sollen dem einleitend beschriebenen Leitgedanken der WHO dienen, die psychische Gesundheit als wichtigen Teil der Gesundheit jedes Einzelnen zu stärken. Die Ergebnisse aus der randomisiert-kontrollierten Studie des Forschungsprojekts DigiPuR können dazu einen Beitrag leisten und dazu genutzt werden, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

LITERATUR

- Abdel-Khalek, A. M. (2006). Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality, 34*(2), 139-150. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.2.139>
- Abidin, R. R. (1997). *Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system*. Scarecrow Education.
- Affuso, G., Bacchini, D., & Miranda, M. C. (2017). The contribution of school-related parental monitoring, self-determination, and self-efficacy to academic achievement. *Journal of Educational Research, 110*(5), 565-574. <https://doi.org/10.1080/00220671.2016.1149795>
- Albanese, A. M., Russo, G. R., & Geller, P. A. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development, 45*(3), 333-363. <https://doi.org/10.1111/cch.12661>
- Aldrup, K., Klusmann, U., Lüdtke, O., Göllner, R., & Trautwein, U. (2018). Student misbehavior and teacher well-being: Testing the mediating role of the teacher-student relationship. *Learning and Instruction, 58*, 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2018.05.006>
- Allgaier, K., Schneider, P. S., Buck, S., Reusch, P. A., Hagmann, D., Barth, G. M., & Renner, T. J. (2022). Kinder- und Jugendpsychiatrische Notfälle während der zweiten Welle der SARSCoV2-19-Pandemie: Befunde aus dem Universitätsklinikum Tübingen. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 50*(4), 275-285. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000858>
- Aloe, A. M., Shisler, S. M., Norris, B. D., Nickerson, A. B., & Rinker, T. W. (2014). A multivariate meta-analysis of student misbehavior and teacher burnout. *Educational Research Review, 12*, 30-44. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2014.05.003>

- Arnold, E. M., Goldston, D. B., Ruggiero, A., Reboussin, B. A., Daniel, S. S., & Hickman, E. A. (2003). Rates and predictors of rehospitalization among formerly hospitalized adolescents. *Psychiatric Services, 54*(7), 994-998.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.7.994>
- Atkins, M.-A., & Rodger, S. (2016). Pre-service teacher education for mental health and inclusion in schools. *Exceptionality Education International, 26*(2), 93-118.
<https://doi.org/10.5206/eei.v26i2.7742>
- Auffarth, I., Busse, R., Dietrich, D., & Emrich, H. (2008). Length of psychiatric inpatient stay: Comparison of mental health care outlining a case mix from a hospital in Germany and the United States of America. *German Journal of Psychiatry, 11*(2), 40-44.
- Augimeri, L. K., Walsh, M., Donato, A., Blackman, A., & Piquero, A. R. (2018). SNAP (Stop Now And Plan): Helping children improve their self-control and externalizing behavior problems. *Journal of Criminal Justice, 56*, 43-49.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.08.010>
- Bachmann, C. J., Plener, P. L., Mechels, M., & Lempp, T. (2023). Wie kann auch zukünftig eine gute stationäre Versorgung im Fachgebiet Kinder-und Jugendpsychiatrie gewährleistet werden? Ein Diskussionsbeitrag aus deutscher Perspektive. *Neuropsychiatrie, 37*(1), 39-46. <https://doi.org/10.1007/s40211-023-00458-z>
- Bakels, E. (2020). Klinikschulen der Kinder-und Jugendpsychiatrien. In E. Bakels (Hrsg.), *Klinikschulen der Kinder-und Jugendpsychiatrien: Eine rekonstruktive Studie zum professionellen Habitus von Kliniklehrkräften* (S. 9-65). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-28836-5_2
- Baker, J. A., Grant, S., & Morlock, L. (2008). The teacher-student relationship as a developmental context for children with internalizing or externalizing behavior

- problems. *School Psychology Quarterly*, 23(1), 3-15. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.1.3>
- Baker, J. M. (2020). *Examining student transitions from alternative placements back into the classroom: A mixed methods study* [Electronic Theses and Dissertations, Texas Tech University]. <https://hdl.handle.net/2346/86560>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Hrsg.), *Encyclopedia of human behavior (Vol. 4)* (S. 71–81). Academic Press.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Hrsg.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (S. 307-337). Information Age Publishing.
- Barker, D., Jairam, R., Rocca, A., Goddard, L., & Matthey, S. (2010). Why do adolescents return to an acute psychiatric unit? *Australasian Psychiatry*, 18(6), 551-555. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.501380>
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(3), 194-203. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102467>
- Bartels, M., Cacioppo, J. T., van Beijsterveldt, T. C., & Boomsma, D. I. (2013). Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. *Behavior Genetics*, 43(3), 177-190. <https://doi.org/10.1007/s10519-013-9589-7>
- Bartoli, F., Cavaleri, D., Moretti, F., Bachi, B., Calabrese, A., Callovini, T., Cioni, R. M., Riboldi, I., Nacinovich, R., & Crocamo, C. (2020). Pre-discharge predictors of 1-year rehospitalization in adolescents and young adults with severe mental disorders: A retrospective cohort study. *Medicina*, 56(11), 613. <https://doi.org/10.3390/medicina56110613>

- Bauer, S., Golkaramnay, V., & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, *50*(1), 7-15.
<https://doi.org/10.1007/s00278-004-0403-0>
- Bauer, S., & Moessner, M. (2012). Technology-enhanced monitoring in psychotherapy and e-mental health. *Journal of Mental Health*, *21*(4), 355-363.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.667886>
- Bauer, S., Okon, E., Meermann, R., & Kordy, H. (2012). Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: Efficacy of an intervention delivered via text messaging. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 700-706.
<https://doi.org/10.1037/a0028030>
- Baumert, J., & Kunter, M. (2006). Stichwort: Professionelle Kompetenz von Lehrkräften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, *9*(4), 469-520. <https://doi.org/10.1007/s11618-006-0165-2>
- Berner, S., & Schulte-Körne, G. (2019). Vorbereitung auf ein inklusives Schulsystem: Was Lehrkräfte über psychische Belastungen und Störungen bei Schulkindern wissen sollten. In C. Donie, F. Foerster, M. Obermayr, A. Deckwerth, G. Kammermeyer, G. Lenske, M. Leuchter, & A. Wildemann (Hrsg.), *Grundschulpädagogik zwischen Wissenschaft und Transfer* (S. 277-283). Springer VS.
- Bertrams, A., & Dickhäuser, O. (2009). Messung dispositioneller Selbstkontroll-Kapazität: Eine deutsche Adaptation der Kurzform der Self-Control Scale (SCS-K-D). *Diagnostica*, *55*(1), 2-10. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.1.2>
- Best, K. M., Hauser, S. T., Gralinski-Bakker, J. H., Allen, J. P., & Crowell, J. (2004). Adolescent psychiatric hospitalization and mortality, distress levels, and educational attainment: Follow-up after 11 and 20 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *158*(8), 749-752.

- Black, A. C., Harel, O., & Matthews, G. (2012). Techniques for analyzing intensive longitudinal data with missing values. In M. R. Mehl & T. S. Conner (Hrsg.), *Handbook of research method for studying daily life* (S. 339-356). The Guilford Press.
- Black, N., Burke, L., Forrest, C. B., Ravens-Sieberer, U., Ahmed, S., Valderas, J., Bartlett, S. J., & Alonso, J. (2016). Patient-reported outcomes: Pathways to better health, better services, and better societies. *Quality of Life Research*, 25(5), 1103-1112. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1168-3>
- Blader, J. C. (2004). Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric rehospitalization within one year of discharge. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 440-451. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00010>
- Blizzard, A. M., Weiss, C. L., Wideman, R., & Stephan, S. H. (2016). Caregiver perspectives during the post inpatient hospital transition: A mixed methods approach. *Child Youth Care Forum*, 45(5), 759-780. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9358-x>
- Blömeke, S., Kaiser, G., & Lehmann, R. (2010). *TEDS-M 2008. Professionelle Kompetenz und Lerngelegenheiten angehender Primarstufenlehrkräfte im internationalen Vergleich*. Waxmann.
- Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R., & Fegert, J. M. (2015). Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *European Psychiatry*, 30(5), 583-589. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>
- Boege, I., DeKeijzer, D., Fegert, J. M., & Schulze, U. (2020). Schnittstellenkoordination von systemübergreifenden Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen

- Beeinträchtigungen. *Kindheit und Entwicklung*, 29(3), 138-146.
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000311>
- Boege, I., & Fegert, J. M. (2021). Debate: Quantity of impatient beds and quality of child psychiatric and psychotherapeutic care provision – a German perspective. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(2), 169-170. <https://doi.org/10.1111/camh.12468>
- Boege, I., Williams, B., Schulze, U., & Fegert, J. (2021). Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Nervenarzt*, 92(3), 252-258. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00974-1>
- Brenner, V. (2020). *Reintegration nach Behandlung in der Tagesklinik für Kinder: umfeldbezogene Prädiktoren für eine erfolgreiche tagesklinische Behandlung* [Doctoral dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen].
<http://dx.doi.org/10.15496/publikation-52245>
- Breslau, J., Lane, M., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 42(9), 708-716. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.016>
- Brinkmeyer, M. Y., Eyberg, S. M., Nguyen, M. L., & Adams, R. W. (2004). Family engagement, consumer satisfaction and treatment outcome in the new era of child and adolescent in-patient psychiatric care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(4), 553-566. <https://doi.org/10.1177/1359104504046159>
- Brooke, J. (1996). SUS - a quick and dirty usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, B. A. Weerdmeester, & I. L. McClelland (Hrsg.), *Usability evaluation in industry* (S. 189-194). Taylor & Francis.
- Bruhns, A., Baumeister, A., Demeroutis, G., Jahn, H., Willenborg, B., Shaffy, A., Moritz, S., & Bucker, L. (2022). A mobile-based aftercare intervention to increase self-esteem in

- inpatients diagnosed with depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 33(6), 783-802. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2157226>
- Bullinger, M., & Quitmann, J. (2014). Quality of life as patient-reported outcomes: Principles of assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 137-145.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.2/mbullinger>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016). *Leitlinien*. Abgerufen am 23.05.2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leitlinien.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz*. Abgerufen am 27.03.2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018*. Abgerufen am 19.11.2023 von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Carlisle, C. E., Mamdani, M., Schachar, R., & To, T. (2012). Aftercare, emergency department visits, and readmission in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(3), 283-293.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.003>
- Cataldo, F., Chang, S., Mendoza, A., & Buchanan, G. (2021). A perspective on client-psychotherapist relationships in videoconferencing psychotherapy: Literature review. *JMIR Mental Health*, 8(2), e19004. <https://doi.org/10.2196/19004>
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., & Hansson, K. (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals: Follow-up of the children from the Lundby Study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk

- factors. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 244, 1-11.
<https://doi.org/10.1007/BF02279805>
- Chan, A.-W., Tetzlaff, J. M., Gøtzsche, P. C., Altman, D. G., Mann, H., Berlin, J. A., Dickersin, K., Hróbjartsson, A., Schulz, K. F., Parulekar, W. R., Krleža-Jerić, K., Laupacis, A., & Moher, D. (2013). SPIRIT 2013 explanation and elaboration: Guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*, 346, e7586.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>
- Chang, S. W., Kuckertz, J. M., Bose, D., Carmona, A. R., Piacentini, J., & Amir, N. (2019). Efficacy of attention bias training for child anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 198-208.
<https://doi.org/10.1007/s10578-018-0832-6>
- Chen, A., Dinyarian, C., Inglis, F., Chiasson, C., & Cleverley, K. (2022). Discharge interventions from inpatient child and adolescent mental health care: A scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 857–878.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00787-020-01634-0>
- Chen, J. A., & Usher, E. L. (2013). Profiles of the sources of science self-efficacy. *Learning and Individual Differences*, 24, 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2012.11.002>
- Cheng, C., Chan, C. W., Gula, C. A., & Parker, M. D. (2017). Effects of outpatient aftercare on psychiatric rehospitalization among children and emerging adults in Alberta, Canada. *Psychiatric Services*, 68(7), 696-703.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600211>
- Cheung, F., & Lucas, R. E. (2014). Assessing the validity of single-item life satisfaction measures: Results from three large samples. *Quality of Life Research*, 23(10), 2809-2818. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0726-4>

- Chisholm, B. (1951). *Outline for a study group on world health and the survival of the human race: Material drawn from articles and speeches*. World Health Organization.
Abgerufen am 15.06.2023 von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330666>
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(7), 694-702.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044>
- Clemens, E. V., Welfare, L. E., & Williams, A. M. (2010). Tough transitions: Mental health care professionals' perception of the psychiatric hospital to school transition. *Residential Treatment for Children & Youth*, *27*(4), 243-263.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2010.520631>
- Clemens, E. V., Welfare, L. E., & Williams, A. M. (2011). Elements of successful school reentry after psychiatric hospitalization. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, *55*(4), 202-213.
<https://doi.org/10.1080/1045988X.2010.532521>
- Clemens, V., von Hirschhausen, E., & Fegert, J. M. (2022). Report of the intergovernmental panel on climate change: Implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe — a scoping review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *31*, 701-713. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01615-3>
- Conaughton, R. J., Donovan, C. L., & March, S. (2017). Efficacy of an internet-based CBT program for children with comorbid high functioning autism spectrum disorder and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *218*, 260-268.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.032>

- Corpus, N., Schepker, R., Fegert, J. M., & Boege, I. (2014). Eltern und Patienten als Subjekt der Behandlung. *Psychotherapeut*, *59*(5), 378-384. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1076-y>
- Crisp, R. (2014). Well-Being. In E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2014 Edition)*.
<http://plato.stanford.edu/archives/win2014/entries/well-being/>
- Curran, P. J., & Bauer, D. J. (2011). The disaggregation of within-person and between-person effects in longitudinal models of change. *Annual Review of Psychology*, *62*, 583-619. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100356>
- Daniel, S. S., Goldston, D. B., Harris, A. E., Kelley, A. E., & Palmes, G. K. (2004). Review of literature on aftercare services among children and adolescents. *Psychiatric Services*, *55*(8), 901-912. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.8.901>
- Daniszewski, T. D. (2013). Teachers' mental health literacy and capacity towards student mental health. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*, 1165.
<https://ir.lib.uwo.ca/etd/1165>
- De Ridder, D. T., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., & Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, *16*(1), 76-99. <https://doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie. (2021). *Langversion der interdisziplinären evidenz-und konsensbasierten S3-Leitlinie für Diagnostik und Therapie von Zwangsstörungen im Kindes-und Jugendalter (Version 5.0)*. Abgerufen am 06.02.2023 von https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0071_S3_Zwangsstoerungen_Kindes-_und_Jugendalter_2021-06.pdf

- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, & Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie. (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (Version 2.2)*. Abgerufen am 06.02.2023 von https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0261_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Deutsches Ärzteblatt. (2021). „Aktuell haben wir eine Warteliste von bis zu einem Jahr“. Abgerufen am 13.05.2023 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127638/Aktuell-haben-wir-eine-Warteliste-von-bis-zu-einem-Jahr>
- Devoe, D. J., Han, A., Anderson, A., Katzman, D. K., Patten, S. B., Soumbasis, A., Flanagan, J., Paslakis, G., Vyver, E., Marcoux, G., & Dimitropoulos, G. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 5-25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
- Domhardt, M., Steubl, L., & Baumeister, H. (2020). Internet-and mobile-based interventions for mental and somatic conditions in children and adolescents. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(1), 33-46. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000625>
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche - III (DISYPS-III)*. Hogrefe.
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4–8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to day-care and school settings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(7), 392-399. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0546-3>

- Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., & Berking, M. (2013). A transdiagnostic internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 246-256.
<https://doi.org/10.1159/000345967>
- Ebner-Priemer, U. W., & Trull, T. J. (2009). Ambulatory Assessment. *European Psychologist*, *14*(2), 109-119. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.2.109>
- Edgcomb, J. B., Sorter, M., Lorberg, B., & Zima, B. T. (2020). Psychiatric readmission of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*, *71*(3), 269-279. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900234>
- Eickhorst, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Neumann, A., Schreier, A., Renner, I., & Sann, A. (2015). Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland – KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern: Studiendesign und Analysepotential. *Soziale Passagen*, *2*(7), 381-387.
<https://doi.org/10.1007/s12592-015-0212-z>
- Eid, M., Courvoisier, D. S., & Lischetzke, T. (2012). Structural equation modeling of ambulatory assessment data. In M. R. Mehl & T. S. Conner (Hrsg.), *Handbook of research methods for studying daily life* (S. 384–406). The Guilford Press.
- Ellis, L. A., Meulenbroeks, I., Churruca, K., Pomare, C., Hatem, S., Harrison, R., Zurynski, Y., & Braithwaite, J. (2021). The application of e-mental health in response to COVID-19: Scoping review and bibliometric analysis. *JMIR Mental Health*, *8*(12), e32948. <https://doi.org/10.2196/32948>
- Eme, R. (2017). Developmental psychopathology: A primer for clinical pediatrics. *World Journal of Psychiatry*, *7*(3), 159-162. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.159>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Englert, C., Bertrams, A., & Dickhäuser, O. (2011). Dispositional self-control capacity and trait anxiety as relates to coping styles. *Psychology*, 2(6), 598-604. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.26092>
- Esch, P., Bocquet, V., Pull, C., Couffignal, S., Lehnert, T., Graas, M., Fond-Harmant, L., & Anseau, M. (2014). The downward spiral of mental disorders and educational attainment: A systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 14, 237. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0237-4>
- Fegert, J. M., Kölch, M., & Krüger, U. (2017). *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*. Abgerufen am 13.05.2023 von https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J., & IJsselsteijn, W. (2020). Mental health care goes online: Practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(12), 860-864. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>
- Feinstein, N. R., Fielding, K., Udvari-Solner, A., & Joshi, S. V. (2009). The supporting alliance in child and adolescent treatment: Enhancing collaboration among therapists, parents, and teachers. *American Journal of Psychotherapy*, 63(4), 319-344. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.4.319>
- Fernández-Álvarez, J., & Fernández-Álvarez, H. (2021). Videoconferencing psychotherapy during the pandemic: Exceptional times with enduring effects? *Frontiers in Psychology*, 12, 589536. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.589536>

- Finkbeiner, M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Wahl, L.-M., Kelava, A., Gawrilow, C., & Renner, T. J. (2022). E-Mental-Health aftercare for children and adolescents after partial or full inpatient psychiatric hospitalization: Study protocol of the randomized controlled DigiPuR trial. *Trials*, *23*, 713. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06508-1>
- Finkbeiner, M., Mayr-Wohriska, J., & Kühnhausen, J. (2023). Das Nachsorgeprojekt DigiPuR: Erfahrungsbericht anhand einer Fallvorstellung. *forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, *33*(1), 58-68.
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(27), E6106-E6115. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Fontanella, C. A. (2008). The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(2), 187-198. <https://doi.org/10.1037/a0012557>
- Fontanella, C. A., Pottick, K. J., Warner, L. A., & Campo, J. V. (2010). Effects of medication management and discharge planning on early readmission of psychiatrically hospitalized adolescents. *Social Work in Mental Health*, *8*(2), 117-133. <https://doi.org/10.1080/15332980902958149>
- Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open*, *3*(8), e2012887. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887>
- Foster, E. M. (1999). Do aftercare services reduce inpatient psychiatric readmissions? *Health Services Research*, *34*(3), 715-736.

Franke, G. H. (2017). *Brief-Symptom-Checklist (BSCL)*. Hogrefe.

Gearing, R. E., Mian, I., Sholonsky, A., Barber, J., Nicholas, D., Lewis, R., Solomon, L.,

Williams, C., Lightbody, S., Steele, M., Davidson, B., Manchanda, R., Josphe, L.,

Handelman, K., & Ickowicz, A. (2009). Developing a risk-model of time to first-

relapse for children and adolescents with a psychotic disorder. *The Journal of*

Nervous and Mental Disease, 197(1), 6-14.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819251d8>

Geldhof, G. J., Preacher, K. J., & Zyphur, M. J. (2014). Reliability estimation in a multilevel

confirmatory factor analysis framework. *Psychological methods*, 19(1), 72-91.

<https://doi.org/10.1037/a0032138>

Giallo, R., Kienhuis, M., Treyvaud, K., & Matthews, J. (2008). A psychometric evaluation of

the parent self-efficacy in managing the transition to school scale. *Aust J Educ Dev*

Psychol, 8, 36-48.

Giel, K. E., Martus, P., Schag, K., Herpertz, S., Hofmann, T., Schneider, A., Teufel, M.,

Voderholzer, U., von Wietersheim, J., Wild, B., Zeeck, A., Bethge, W., Schmidt, U.,

Zipfel, S., & Junne, F. (2021). Specialized post-inpatient psychotherapy for sustained

recovery in anorexia nervosa via videoconference – study protocol of the randomized

controlled SUSTAIN trial. *Journal of Eating Disorders*, 9, 61.

<https://doi.org/10.1186/s40337-021-00416-6>

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, & Deutsche

Krankenhausgesellschaft. (2018). *Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim*

Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9

SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). Abgerufen am 28.05.2023 von

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/

[amb_stat_ers/entlassmanagement/](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/entlassmanagement/)

KH_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_Lesefassung_i_d_F_2._AendVb_12.12.2018.pdf

- Goldston, D. B., Reboussin, B. A., Kancler, C., Daniel, S. S., Frazier, P. H., Harris, A. E., Kelley, A. E., & Reboussin, D. M. (2003). Rates and predictors of aftercare services among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 49-56.
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000024898.60748.A7>
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe.
- Green, J., Jacobs, B., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C., & Briskman, J. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1259-1267.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01802.x>
- Gregory, J. M., Sukhera, J., & Taylor-Gates, M. (2017). Integrating smartphone technology at the time of discharge from a child and adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(1), 45-50.
- Gruhl, M. (2021). *Sektorenübergreifende Versorgung – eine Einordnung*. Abgerufen am 15.04.2023 von <https://observer-gesundheit.de/sektorenuuebergreifende-versorgung-eine-einordnung/>
- Gutkin, T. B. (2012). Ecological psychology: Replacing the medical model paradigm for school-based psychological and psychoeducational services. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 22(1-2), 1-20.
<https://doi.org/10.1080/10474412.2011.649652>
- Hagmann, D., Allgaier, K., Wolf, J., Chiumento, O., Bürkle, L., Conzelmann, A., & Renner, T. J. (2022). Entwicklung der Charakteristika von Notaufnahmen in der Kinder-und

- Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(4), 286–297. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000859>
- Hajovsky, D. B., Chesnut, S. R., & Jensen, K. M. (2020). The role of teachers' self-efficacy beliefs in the development of teacher-student relationships. *Journal of School Psychology*, 82, 141-158. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.09.001>
- Harding, S., Morris, R., Gunnell, D., Ford, T., Hollingworth, W., Tilling, K., Evans, R., Bell, S., Grey, J., Brockman, R., Campbell, R., Araya, R., Murphy, S., & Kidger, J. (2019). Is teachers' mental health and wellbeing associated with students' mental health and wellbeing? *Journal of Affective Disorders*, 242, 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.080>
- Hatcher, A. K. (2018). Measuring mental health literacy in education. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*, 5313. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/5313>
- Henggeler, S. W. (2001). Multisystemic therapy. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(3), 75-85.
- Hennemann, S., Farnsteiner, S., & Sander, L. (2018). Internet-and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. *Internet Interventions*, 14, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.09.001>
- Heron, K. E., Everhart, R. S., McHale, S. M., & Smyth, J. M. (2017). Using mobile-technology-based ecological momentary assessment (EMA) methods with youth: A systematic review and recommendations. *Journal of pediatric psychology*, 42(10), 1087-1107. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx078>
- Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., & Eckardt, S. (2022). The youngest are hit hardest: The influence of the COVID-19 pandemic on the hospitalization rate for children,

- adolescents, and young adults with anorexia nervosa in a large German representative sample. *European Psychiatry*, 65(1), e84. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2345>
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T., & Burns, B. J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1055-1063.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00017>
- Hohm, E., Laucht, M., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D., & Banaschewski, T. (2017). Resilienz und Ressourcen im Verlauf der Entwicklung: Von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 26(4), 230–239.
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000236>
- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2017). Annual research review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 474-503.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Hollmann, K., Hohnecker, C., Haigis, A., Alt, A., Kühnhausen, J., Pascher, A., Wörz, U., App, R., Lautenbacher, H., & Renner, T. (2022). Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 989550.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.989550>
- Honicke, T., & Broadbent, J. (2016). The influence of academic self-efficacy on academic performance: A systematic review. *Educational Research Review*, 17, 63-84.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2015.11.002>

- Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. L., & Cochrane, E. M. (2019). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorders, 251*, 227-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.065>
- James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 37*(5), 433-445. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0263-6>
- Jerusalem, M., & Satow, L. (1999). Schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (WIRKSCHUL). In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. (S. 15-16). Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin.
- Jindal-Snape, D., Hannah, E. F., Cantali, D., Barlow, W., & MacGillivray, S. (2020). Systematic literature review of primary–secondary transitions: International research. *Review of Education, 8*(2), 526-566. <https://doi.org/10.1002/rev3.3197>
- Joët, G., Usher, E. L., & Bressoux, P. (2011). Sources of self-efficacy: An investigation of elementary school students in France. *Journal of Educational Psychology, 103*(3), 649-663. <https://doi.org/10.1037/a0024048>
- Johnson, C., Eva, A. L., Johnson, L., & Walker, B. (2011). Don't turn away: Empowering teachers to support students' mental health. *The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas, 84*(1), 9-14. <https://doi.org/10.1080/00098655.2010.484441>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *The British Journal of Psychiatry, 202*, s5-s10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>

- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review, 25*(3), 341-363.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Jorgensen, T. D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A. M., & Rosseel, Y. (2021). *semTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-4.* .
<https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Joyce, H. D., & Early, T. J. (2014). The impact of school connectedness and teacher support on depressive symptoms in adolescents: A multilevel analysis. *Children and Youth Services Review, 39*, 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.02.005>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023a). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 4. Quartal 2023. Arztgruppen-EBM. Kinder- und Jugendpsychiater.* Abgerufen am 19.11.2023 von https://www.kbv.de/media/sp/EBM_KJPP_20231001_V1.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023b). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 4. Quartal 2023. Arztgruppen-EBM. Psychotherapeut, ärztl./psycholog.* Abgerufen am 19.11.2023 von https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Psychotherapeut_20231001_V1.pdf
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry, 152*(7), 1026-1032.
- Keyes, C. L. (2010). The next steps in the promotion and protection of positive mental health. *Canadian Journal of Nursing Research, 42*(3), 17-28.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet, 378*(9801), 1515-1525.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)

- Kinoshita, S., Cortright, K., Crawford, A., Mizuno, Y., Yoshida, K., Hilty, D., Guinart, D., Torous, J., Correll, C. U., Castle, D. J., Rocha, D., Yang, Y., Xiang, Y.-t., Kølbaek, P., Dines, D., ElShami, M., Jain, P., Kallivayalil, R., Solmi, M., Favaro, A., Veronese, N., Seedat, S., Shin, S., Salazar de Pablo, G., Chang, C.-H., Su, K.-P., Karas, H., Kane, J. M., Yellowlees, P., & Kishimoto, T. (2022). Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions' approaches to an evolving healthcare landscape. *Psychological Medicine*, *52*(13), 2606-2613.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720004584>
- Kirchner, J. E., Yoder, M. C., Kramer, T. L., Lindsey, M. S., & Thrush, C. R. (2000). Development of an educational program to increase school personnel's awareness about child and adolescent depression. *Education*, *121*(2), 235-246.
- Kivelitz, L., Kriston, L., Christalle, E., Schulz, H., Watzke, B., Härter, M., Götzmann, L., Bailer, H., Zahn, S., & Melchior, H. (2017). Effectiveness of telephone-based aftercare case management for adult patients with unipolar depression compared to usual care: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *12*(10), e0186967.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186967>
- Klassen, R. M., & Tze, V. M. (2014). Teachers' self-efficacy, personality, and teaching effectiveness: A meta-analysis. *Educational Research Review*, *12*, 59-76.
<https://doi.org/10.1016/j.edurev.2014.06.001>
- Klusmann, U., Kunter, M., Trautwein, U., Lüdtke, O., & Baumert, J. (2008). Engagement and emotional exhaustion in teachers: Does the school context make a difference? *Applied Psychology: An International Review*, *57*(s1), 127-151.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00358.x>

- Könen, T., Dirk, J., Leonhardt, A., & Schmiedek, F. (2016). The interplay between sleep behavior and affect in elementary school children's daily life. *Journal of Experimental Child Psychology*, 150, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2016.04.003>
- Kordy, H., Golkaramnay, V., Wolf, M., Haug, S., & Bauer, S. (2006). Internetchatgruppen in Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 51(2), 144-153. <https://doi.org/10.1007/s00278-005-0458-6>
- Kultusministerkonferenz. (1998). *Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler: Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998*. Abgerufen am 21.03.2023 von https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_03_20-Empfehlung-Foerderschwerpunkt-krank-Schueler.pdf
- Kunter, M., Baumert, J., Leutner, D., Terhart, E., Seidel, T., Dicke, T., Holzberger, D., Kunina-, Habenicht, O., Linninger, C., Lohse-Bossenz, H., Schulze-, F, S., & Stürmer, K. (2016). *Dokumentation der Erhebungsinstrumente der Projektphasen des BilWiss-Forschungsprogramms von 2009 bis 2016*. Goethe-Universität Frankfurt. https://www.iqb.hu-berlin.de/fdz/studies/BilWiss/BilWiss_Skalenha.pdf
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A., Hänggi, Y., Safi, N., & Cina, A. (2019). Training zum Umgang mit Unterrichtsstörungen: Effekte auf die Gesundheit von Lehrkräften. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 22(4), 925-944. <https://doi.org/10.1007/s11618-019-00900-5>
- Kunz Heim, D., Trachsler, E., Rindlisbacher, S., & Nido, M. (2007). *Schulen als Lernumgebungen für Lehrerinnen und Lehrer: Zusammenhänge zwischen Schulkontext, persönlichen Merkmalen und dem Weiterlernen von Lehrpersonen*. Pädagogische Hochschule Thurgau.

- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-mental health: A rapid review of the literature. *Psychiatric Services, 65*(1), 24-32. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300009>
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Glas, C. A., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology, 10*(6), 553-560. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156>
- Leiner, D. J. (2019). *SoSci Survey (Version 3.2.19) [Computer software]*. <https://www.soscisurvey.de>
- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J., Hillborg, M., Brander, G., Ljungström, M., & Ljótsson, B. (2017). Therapist-guided, internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(1), 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.09.515>
- Lewis, J. R., & Sauro, J. (2009). The factor structure of the system usability scale. In M. Kurosu (Hrsg.), *Human Centered Design, HCII 2009, Lecture Notes in Computer Science 5619* (S. 94-103). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-02806-9_12
- Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry, 18*(3), 325-336. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- Loades, M. E., & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(3), 150-156. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x>

- Lofgran, B. B., Smith, L. K., & Whiting, E. F. (2015). Science self-efficacy and school transitions: Elementary school to middle school, middle school to high school. *School Science and Mathematics, 115*(7), 366-376. <https://doi.org/10.1111/ssm.12139>
- Lohaus, A., Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., & Klein-Heßling, J. (2018). *Fragebogen zur Erhebung von Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter – Revision (SSKJ 3-8 R)*. Hogrefe.
- Love, A. M., Findley, J. A., Ruble, L. A., & McGrew, J. H. (2020). Teacher self-efficacy for teaching students with autism spectrum disorder: Associations with stress, teacher engagement, and student IEP outcomes following COMPASS consultation. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 35*(1), 47-54.
<https://doi.org/10.1177/1088357619836767>
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). Estimating the reliability of single-item life satisfaction measures: Results from four national panel studies. *Soc Indic Res, 105*(3), 323-331. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9783-z>
- Margolis, H., & McCabe, P. P. (2003). Self-efficacy: A key to improving the motivation of struggling learners. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth, 47*(4), 162-169. <https://doi.org/10.1080/10459880309603362>
- Marks, J. A. (1987). Services for children returning to school after brief psychiatric hospitalization. *Social Work in Education, 9*(3), 169-179.
<https://doi.org/10.1093/cs/9.3.169>
- Marraccini, M. E., Resnikoff, A. W., Brick, L. A., Brier, Z. M., & Nugent, N. R. (2021). Adolescent perceptions of school before and after psychiatric hospitalization: Predicting suicidal ideation. *School Psychology, 37*(2), 119–132.
<https://doi.org/10.1037/spq0000487>

- Math, S. B., Nagendrappa, S., Mukku, S. S. R., Harshitha, N. R., Venu, M. A., Manjunatha, N., Kumar, C. N., Sivakumar, P. T., & Thirthalli, J. (2021). Video consultations from an Indian academic hospital: First 3 years of experience from telepsychiatric after-care clinic. *National Medical Journal of India*, *34*(5), 261-265.
https://doi.org/10.25259/NMJI_189_20
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Hogrefe.
- McBride, S., & Preyde, M. (2022). Loneliness and social isolation in a sample of youth hospitalized for psychiatric illness. *Child and adolescent social work journal*, *39*, 157–166. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00723-y>
- McLeer, S., Pain, K., & Johnson, S. (1992). *Do teachers' behavioral expectations effect the transition from a psychiatric program to community schools?* [Research report], 1-22. Edmonton Alberta Canada.
- Moessner, M., & Bauer, S. (2017). E-Mental-Health und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, *62*(3), 251-266. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0198-4>
- Mohr, D. C., Riper, H., & Schueller, S. M. (2017). A solution-focused research approach to achieve an implementable revolution in digital mental health. *JAMA Psychiatry*, *75*(2), 113-114. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3838>
- Mojtabai, R., Stuart, E. A., Hwang, I., Eaton, W. W., Sampson, N., & Kessler, R. C. (2015). Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(10), 1577-1591. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1083-5>
- Mouton, B., Loop, L., Stiévenart, M., & Roskam, I. (2018). Confident parents for easier children: A parental self-efficacy program to improve young children's behavior. *Education Sciences*, *8*(3), 134. <https://doi.org/10.3390/educsci8030134>

- movisens GmbH. (2015). *movisensXS Library v4065*. movisens GmbH.
- movisens GmbH. (2021). *movisensXS Library v4856*. movisens GmbH.
- Neubauer, A., Schmidt, A., Schmiedek, F., & Dirk, J. (2020). Dynamic reciprocal relations of achievement goal orientations with daily experiences of success and failure: An ambulatory assessment study. *Learning and Instruction, 81*, 101617.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/uypex>
- Neumann, A., Hense, H., Baum, F., Kliemt, R., Seifert, M., Harst, L., Kubat, D., Maicher, B., Schrey, C., Schmitt, J., Pfennig, A., Weinhold, I., Swart, E., & Soltmann, B. (2021). Evaluation of a flexible and integrative psychiatric care model in a department of child and adolescent psychiatry in Tübingen, Germany: Study protocol (EVA_TIBAS). *BMC Health Services Research, 21*, 1262.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07226-1>
- Neumayr, C., Voderholzer, U., Tregarthen, J., & Schlegl, S. (2019). Improving aftercare with technology for anorexia nervosa after intensive inpatient treatment: A pilot randomized controlled trial with a therapist-guided smartphone app. *International Journal of Eating Disorders, 52*(10), 1191-1201. <https://doi.org/10.1002/eat.23152>
- Nezlek, J. B. (2012). Multilevel modeling analyses of diary-style data. In M. R. Mehl & T. S. Conner (Hrsg.), *Handbook of research methods for studying daily life* (S. 357-383). The Guilford Press.
- Nezlek, J. B., & Plesko, R. M. (2003). Affect-and self-based models of relationships between daily events and daily well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(5), 584-596. <https://doi.org/10.1177/0146167203029005004>
- Ng-Knight, T., Shelton, K. H., Riglin, L., McManus, I. C., Frederickson, N., & Rice, F. (2016). A longitudinal study of self-control at the transition to secondary school:

- Considering the role of pubertal status and parenting. *Journal of Adolescence*, *50*, 44-55. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.04.006>
- Ogilvie, S., Head, S., Parekh, S., Heintzman, J., & Preyde, M. (2019). Association of school engagement, academic difficulties and school avoidance with psychological difficulties among adolescents admitted to a psychiatric inpatient unit. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *36*(4), 419-427. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0570-4>
- Ohr, J. H., Deaton, J. D., Linich, K., Guest, J. D., Wymer, B., & Sandonato, B. (2020). Teacher training in K–12 student mental health: A systematic review. *Psychology in the Schools*, *57*(5), 833-846. <https://doi.org/10.1002/pits.22356>
- Ong, X. L., Hong, R. Y., Tsai, F. F., & Tan, S. H. (2019). Becoming more or less mature? The decline of self-control in middle childhood. *Journal of Personality*, *87*(4), 799-812. <https://doi.org/10.1111/jopy.12434>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, *11*, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- Ougrin, D., Corrigan, R., Poole, J., Zundel, T., Sarhane, M., Slater, V., Stahl, D., Reavey, P., Byford, S., Heslin, M., Ivens, J., Crommelin, M., Abdulla, Z., Hayes, D., Middleton, K., Nnadi, B., & Taylor, E. (2018). Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: A randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, *5*(6), 477-485. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30129-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30129-9)
- Pandey, A., Hale, D., Das, S., Goddings, A.-L., Blakemore, S.-J., & Viner, R. M. (2018). Effectiveness of universal self-regulation–based interventions in children and

- adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 172(6), 566-575. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0232>
- Piccirillo, M. L., Beck, E. D., & Rodebaugh, T. L. (2019). A clinician's primer for idiographic research: Considerations and recommendations. *Behavior Therapy*, 50(5), 938-951. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.02.002>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B., & Watson, J. D. (2021). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in US mental health care delivery. *American Psychologist*, 76(1), 14-25. <https://doi.org/10.1037/amp0000722>
- Pine, R. (2021). Teachers' and health professionals' attitudes towards adolescent mental health and digital mental health interventions. *Advances in Mental Health*, 19(3), 295-305. <https://doi.org/10.1080/18387357.2020.1814160>
- Pinheiro, J., Bates, D., DebRoy, S., Sarkar, D., & R Core Team. (2020). *nlme: Linear and nonlinear mixed effects models. R package version 3.1-151*. <https://CRAN.R-project.org/package=nlme>
- Plass, A., Haller, A.-C., Habermann, K., Barkmann, C., Petermann, F., Schipper, M., Wiegand-Grefe, S., Hölling, H., Ravens-Sieberer, U., & Klasen, F. (2016). Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1), 41-49. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000187>
- Plener, P. L., Groschwitz, R. C., Franke, C., Fegert, J. M., & Freyberger, H. J. (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 181-186. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000238>
- Plötner, M., Moldt, K., In-Albon, T., & Schmitz, J. (2022). Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und

- Jugendlichen. *Psychotherapie*, 67(6), 469-477. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00604-y>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Preyde, M., Parekh, S., & Heintzman, J. (2018). Youths' experiences of school re-integration following psychiatric hospitalization. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 22-32.
- Preyde, M., Parekh, S., Warne, A., & Heintzman, J. (2017). School reintegration and perceived needs: The perspectives of child and adolescent patients during psychiatric hospitalization. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(6), 517-526. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0490-8>
- Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., & Ruggiero, K. J. (2014). mHealth: A mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 427-436. <https://doi.org/10.1002/cpp.1855>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet* 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- R Core Team. (2008). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing (version 4.0.3)*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

- Rauch, W. A., Gawrilow, C., Schermelleh-Engel, K., & Schmitt, K. (2014). Dispositionelle Selbstkontrollkapazität bei Kindern. Erprobung einer Fremdbeurteilerversion der SCS-K-D. *Diagnostica*, *60*(2), 61-72. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000099>
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. Sage Publications, Inc.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: First psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, *7*(5), 399-407. <https://doi.org/10.1023/A:1008853819715>
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2000). *KINDL^R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen – Revidierte Form. Manual*. Abgerufen am 17.04.2023 von <https://www.kindl.org/deutsch/frageb%C3%B6gen/durchf%C3%BChrung-manual/>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., & Löffler, C. (2020). Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic — results of the COPSYP study. *Deutsches Ärzteblatt International*, *117*(48), 828-829. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0828>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., & Hölling, H. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie—Ergebnisse der COPSYP-Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *64*(12), 1512-1521. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

- Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Herpertz-Dahlmann, B., Barkmann, C., Schön, G., Hölling, H., & Schulte-Markwort, M. (2015). The longitudinal BELLA study: Design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(6), 651-663. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0638-4>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50*(5), 871-878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Reavey, P., Poole, J., Corrigan, R., Zundel, T., Byford, S., Sarhane, M., Taylor, E., Ivens, J., & Ougrin, D. (2017). The ward as emotional ecology: Adolescent experiences of managing mental health and distress in psychiatric inpatient settings. *Health & Place, 46*, 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.05.008>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., & Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly, 26*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1037/a0022714>
- Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: A review. *World Psychiatry, 4*(3), 147-153.
- Revet, A., Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Kehoe, L. A., Gradl-Dietsch, G., & Klauser, P. (2023). Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*, 249-256. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01851-1>

- Riad, A., Drobov, A., Krobot, M., Antalová, N., Alkasaby, M. A., Peřina, A., & Kořčík, M. (2022). Mental health burden of the Russian–Ukrainian war 2022 (RUW-22): Anxiety and depression levels among young adults in central Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(14), 8418. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148418>
- Richter, E., Richter, D., & Marx, A. (2018). Was hindert Lehrkräfte an Fortbildungen teilzunehmen? Eine empirische Untersuchung der Teilnahmebarrieren von Lehrkräften der Sekundarstufe I in Deutschland. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, *21*(5), 1021-1043. <https://doi.org/10.1007/s11618-018-0820-4>
- Romansky, J. B., Lyons, J. S., Lehner, R. K., & West, C. M. (2003). Factors related to psychiatric hospital readmission among children and adolescents in state custody. *Psychiatric Services*, *54*(3), 356-362. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.3.356>
- Roorda, D. L., Koomen, H. M., Spilt, J. L., & Oort, F. J. (2011). The influence of affective teacher–student relationships on students’ school engagement and achievement: A meta-analytic approach. *Review of Educational Research*, *81*(4), 493-529. <https://doi.org/10.3102/0034654311421793>
- Roth, D. M., Leavey, G., & Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils’ mental health. *Teaching and Teacher Education*, *24*(5), 1217-1231. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2007.09.011>
- Ruddat, M. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 195-206). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_10

- Russell, M. A., & Gajos, J. M. (2020). Annual research review: Ecological momentary assessment studies in child psychology and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(3), 376-394. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13204>
- Savina, E., Simon, J., & Lester, M. (2014). School reintegration following psychiatric hospitalization: An ecological perspective. *Child Youth Care Forum*, *43*(6), 729-746. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9263-0>
- Schlack, R., Neuperd, L., Junker, S., Eicher, S., Hölling, H., Thom, J., Ravens-Sieberer, U., & Beyer, A.-K. (2023). Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. *Journal of Health Monitoring*(S1), 1-74. <https://doi.org/10.25646/10760>
- Schleider, J. L., Dobias, M. L., Sung, J. Y., & Mullarkey, M. C. (2020). Future directions in single-session youth mental health interventions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *49*(2), 264-278. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1683852>
- Schmädeke, S., & Bischoff, C. (2015). Wirkungen smartphonegestützter psychosomatischer Rehabilitationsnachsorge (eATROS) bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie*, *25*(4), 277-286. <https://doi.org/10.1159/000441856>
- Schmidt, A., Dirk, J., & Schmiedek, F. (2019). The importance of peer relatedness at school for affective well-being in children: Between- and within-person associations. *Social Development*, *28*(4), 873-892. <https://doi.org/10.1111/sode.12379>
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, *113*(11), 183-190. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0183>

- Schulz, M. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack, & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung* (S. 9-22). Springer VS.
- Schunk, D. H., & Mullen, C. A. (2012). Self-efficacy as an engaged learner. In S. L. Christenson, A. L. Reschly, & C. Wylie (Hrsg.), *Handbook of research on student engagement* (S. 219-235). Springer.
- Schwartz, J. E., & Stone, A. A. (1998). Strategies for analyzing ecological momentary assessment data. *Health Psychology, 17*(1), 6-16. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.1.6>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin.
- Schwarzer, R., & Schmitz, G. S. (1999). Skala zur Lehrer-Selbstwirksamkeitserwartung (WIRKLEHR). In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen* (S. 60-61). Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin.
- Sharfstein, S. S. (2009). Goals of inpatient treatment for psychiatric disorders. *Annual Review of Medicine, 60*, 393-403. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.60.042607.080257>
- Shelemy, L., Harvey, K., & Waite, P. (2019). Supporting students' mental health in schools: What do teachers want and need? *Emotional and Behavioural Difficulties, 24*(1), 100-116. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582742>

- Simmons, S., Noble, C., Arquette, K., & Thompson, A. D. (2022). Bridging the Gap: Impact of dedicated post-discharge services on readmission rates and emergency department visits for psychiatrically hospitalized youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(4), 1257-1265. <https://doi.org/10.1177/13591045221125634>
- Simon, J. B., & Savina, E. A. (2005). Facilitating hospital to school transitions: Practices of hospital-based therapists. *Residential Treatment for Children & Youth*, 22(4), 49-66. https://doi.org/10.1300/J007v22n04_04
- Simon, J. B., & Savina, E. A. (2010). Transitioning children from psychiatric hospitals to schools: The role of the special educator. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(1), 41-54. <https://doi.org/10.1080/08865710903508084>
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>
- Sisask, M., Värnik, P., Värnik, A., Apter, A., Balazs, J., Balint, M., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., & Cosman, D. (2014). Teacher satisfaction with school and psychological well-being affects their readiness to help children with mental health problems. *Health Education Journal*, 73(4), 382-393. <https://doi.org/10.1177/0017896913485742>
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of Educational Psychology*, 99(3), 611-625. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.99.3.611>
- Sofronoff, K., & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with asperger syndrome. *Autism*, 6(3), 271-286. <https://doi.org/10.1177/1362361302006003005>

- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. C., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2019). *Fachserie / 12 / 6 / 1 / 1 Grunddaten der Krankenhäuser*. Wiesbaden, Deutschland: Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 15.05.2023 von https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000124
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Schuljahr 2019/2020 (Fachserie 11 Reihe 1)*. Abgerufen am 09.09.2023 von https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00133256
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2019*. Abgerufen am 09.03.2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.html>
- Statistisches Bundesamt. (2021b). *Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)*. Abgerufen am 09.03.2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/pauschalierendes-entgeltsystem-psychiatrie-psychosomatik.html?nn=210520>
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Grunddaten der Krankenhäuser 2021*. Abgerufen am 20.03.2023 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser>

r/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-
krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt. (2023). *Psychische Erkrankungen waren 2021 die häufigste Ursache für Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen*. Abgerufen am 15.10.2023 von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_N042_231.html

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2020). *Allgemeinbildende Schulen: Lehrkräfte nach Beschäftigungsverhältnis*. Abgerufen am 01.09.2021 von <https://www.statistik-bw.de/BildungKultur/SchulenAllgem/ablehrer.jsp>

Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2019). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) Versorgungsatlas-Bericht Nr 18/07 Berlin*. <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>

Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 14*(4), e110. <https://doi.org/10.2196/jmir.2084>

Süddeutsche Zeitung. (2023). *Kinder- und Jugendpsychiatrien am Limit*. Abgerufen am 13.05.2023 von <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheit-tuebingen-kinder-und-jugendpsychiatrien-am-limit-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-230314-99-950325>

Südwestrundfunk. (2022). *Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche: Viel zu wenige Therapieplätze in BW*. Abgerufen am 13.05.2023 von

<https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/situation-kinder-jugendpsychiatrie-nach-ueber-zwei-jahren-corona-pandemie-100.html>

Suldo, S., Thalji, A., & Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual factor model. *The Journal of Positive Psychology, 6*(1), 17-30.

<https://doi.org/10.1080/17439760.2010.536774>

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*(2), 271-324.

The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN-27 Questionnaire - Quality of life questionnaire for children and adolescents*. Pabst Science Publishers.

Tisdale, J. M. (2014). *Psychiatric hospitalization to school transitions: Examining professional perceptions of effectiveness and fidelity* [Open Access Dissertations. Paper 279, University of Rhode Island]. https://digitalcommons.uri.edu/oa_diss/279

Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2021). The growing field of digital psychiatry: Current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry, 20*(3), 318-335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>

Tougas, A.-M., Houle, A.-A., Leduc, K., Frenette-Bergeron, É., & Marcil, K. (2022a). Framework for successful school reintegration after psychiatric hospitalization: A systematic synthesis of expert recommendations. *Psychology in the Schools, 1*-21. <https://doi.org/10.1002/pits.22791>

Tougas, A.-M., Houle, A.-A., Leduc, K., Frenette-Bergeron, É., & Marcil, K. (2022b). School reintegration following psychiatric hospitalization: A review of available

- transition programs. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 75-92.
- Tougas, A.-M., Rassy, J., Frenette-Bergeron, É., & Marcil, K. (2019). "Lost in transition": A systematic mixed studies review of problems and needs associated with school reintegration after psychiatric hospitalization. *School Ment Health*, 11(4), 629-649. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09323-3>
- Trask, E. V., Fawley-King, K., Garland, A. F., & Aarons, G. A. (2016). Do aftercare mental health services reduce risk of psychiatric rehospitalization for children? *Psychological Services*, 13(2), 127-132. <https://doi.org/10.1037/ser0000043>
- Tremain, H., McEnery, C., Fletcher, K., & Murray, G. (2020). The therapeutic alliance in digital mental health interventions for serious mental illnesses: Narrative review. *JMIR Mental Health*, 7(8), e17204. <https://doi.org/10.2196/17204>
- Tröster, H. (2010). *Eltern-Belastungs-Inventar (EBI): Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin*. Hogrefe.
- Trout, A. L., & Epstein, M. H. (2010). Developing aftercare: Phase I: Consumer feedback. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 445-451. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.10.024>
- Trull, T. J., & Ebner-Priemer, U. (2013). Ambulatory Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 151-176. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185510>
- Undheim, A. M., & Sund, A. M. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(8), 446-453. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0496-1>
- United Nations. (2020). *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*.
Abgerufen am 30.08.2021 von

https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Tübingen. (2023). *TIBAS*. Abgerufen am 07.06.2023 von

<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulanz/tibas>

Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2020).

Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160-173.

<https://doi.org/10.1037/int0000218>

VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022 [computer software]*. VERBI Software.

maxqda.com

Vidyo Inc. (2021). *VidyoConnect™, version 20.4.0*. . <https://www.vidyo.com/video-conferencing-solutions/product/desktop-video-calling>

Vollmann, K. (2010). *Construction and evaluation of a questionnaire for measuring common factors in psychotherapy (FERT)* [dissertation, University Tuebingen]. Tuebingen, Germany. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-47705>].

Waldhauer, J., Kuntz, B., & Lampert, T. (2018). Unterschiede in der subjektiven und psychischen Gesundheit und im Gesundheitsverhalten bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen an weiterführenden Schulen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(4), 374-384.

<https://doi.org/10.1007/s00103-018-2704-4>

Walker, B. J. (2003). The cultivation of student self-efficacy in reading and writing. *Reading & Writing Quarterly*, 19(2), 173-187. <https://doi.org/10.1080/10573560308217>

- Wang, L. P., Hamaker, E., & Bergeman, C. S. (2012). Investigating inter-individual differences in short-term intra-individual variability. *Psychological Methods, 17*(4), 567-581. <https://doi.org/10.1037/a0029317>
- Weijers, D., & Jarden, A. (2017). Wellbeing policy: An overview. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Hrsg.), *Wellbeing, recovery and mental health* (S. 35-45). Cambridge University Press.
- Weller, B. E., Faulkner, M., Doyle, O., Daniel, S. S., & Goldston, D. B. (2015). Impact of patients' psychiatric hospitalization on caregivers: A systematic review. *Psychiatric Services, 66*(5), 527-535. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400135>
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. Abgerufen am 11.08.2022 von https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- Wen, C. K. F., Schneider, S., Stone, A. A., & Spruijt-Metz, D. (2017). Compliance with mobile ecological momentary assessment protocols in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research, 19*(4), e132. <https://doi.org/10.2196/jmir.6641>
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care, 11*(16), 1-9. <https://doi.org/10.5334/ijic.653>
- Wilson, C., Marks Woolfson, L., & Durkin, K. (2020). School environment and mastery experience as predictors of teachers' self-efficacy beliefs towards inclusive teaching. *International Journal of Inclusive Education, 24*(2), 218-234. <https://doi.org/10.1080/13603116.2018.1455901>

- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The ‘black swan’ for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100317>
- Wittkowski, A., Dowling, H., & Smith, D. M. (2016). Does engaging in a group-based intervention increase parental self-efficacy in parents of preschool children? A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3173-3191. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0464-z>
- Wolpert, M., Ford, T., Trustam, E., Law, D., Deighton, J., Flannery, H., & Fugard, R. J. (2012). Patient-reported outcomes in child and adolescent mental health services (CAMHS): Use of idiographic and standardized measures. *Journal of Mental Health*, 21(2), 165-173. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.664304>
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/V>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. World Health Organization. Abgerufen am 20.11.2023 von <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- Yampolskaya, S., Mowery, D., & Dollard, N. (2013). Predictors for readmission into children’s inpatient mental health treatment. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 781-786. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9592-8>
- Zee, M., & Koomen, H. M. (2016). Teacher self-efficacy and its effects on classroom processes, student academic adjustment, and teacher well-being: A synthesis of 40

years of research. *Review of Educational Research*, 86(4), 981-1015.

<https://doi.org/10.3102/0034654315626801>

Zwerenz, R., Baumgarten, C., Becker, J., Tibubos, A., Siepmann, M., Knickenberg, R. J., & Beutel, M. E. (2019). Improving the course of depressive symptoms after inpatient psychotherapy using adjunct web-based self-help: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(10), e13655.

<https://doi.org/10.2196/13655>

Zwerenz, R., Becker, J., Knickenberg, R. J., Siepmann, M., Hagen, K., & Beutel, M. E.

(2017). Online self-help as an add-on to inpatient psychotherapy: Efficacy of a new blended treatment approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(6), 341-350.

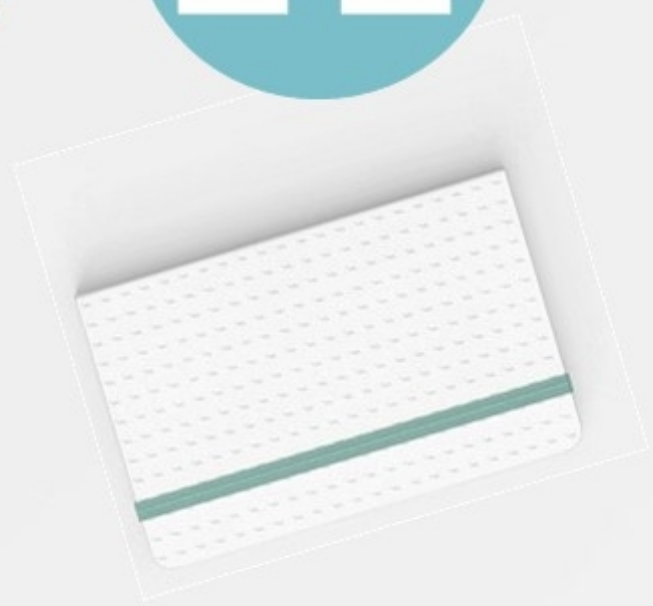
<https://doi.org/10.1159/000481177>

ANHANG**A Studienmaterial: Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld**



PSYCHISCHE
ERKRANKUNGEN
IM SCHULISCHEN UMFELD

HANDREICHUNG FÜR LEHRKRÄFTE



Vorwort

Liebe Lehrkräfte,

es freut uns, dass Sie sich für diese Handreichung interessieren. Die Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen hat in Kooperation mit dem Arbeitsbereich Schulpsychologie der Universität Tübingen diese Handreichung **für Schulen in Baden-Württemberg** entwickelt. Beachten Sie daher bitte, dass beispielsweise Kontaktinformationen zu Anlaufstellen einen **regionalen Bezug zum Bundesland Baden-Württemberg** besitzen.

Etwa **17 %** aller Kinder und Jugendlichen sind gemäß den Angaben ihrer Eltern im Rahmen der für Deutschland repräsentativen KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts psychisch auffällig¹. Psychische Auffälligkeiten sind demnach nicht selten und Lehrkräfte werden damit im Schulalltag konfrontiert. Um bestehendes Wissen sowie Fortbildungsangebote zu ergänzen und um Unsicherheiten im Umgang mit psychisch auffälligen Schülerinnen und Schülern abzubauen, soll diese Handreichung **fundierte und für den Schulalltag relevante Informationen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen im schulischen Umfeld** liefern. Sie soll Wissen über psychische Erkrankungen vermitteln und Handlungsmöglichkeiten für Problemsituationen aufzeigen, um Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen abzubauen und **Lehrkräfte in ihrem pädagogischen Handeln zu stärken**.

Die folgende Seite liefert einen inhaltlichen Überblick über die acht Kapitel dieser Handreichung. Die Kapitel erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen als **Grundlage und Einstieg** in die jeweilige Thematik dienen. Gleichzeitig ist es nicht das Ziel, dass Sie als Lehrkräfte zusätzliche therapeutische Aufgaben übernehmen sollen. Vielmehr ist es uns ein Anliegen, Ihnen als wichtigen Bezugspersonen für Schülerinnen und Schüler **Wissen, Hilfestellungen und Anregungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen** bereitzustellen. Wir hoffen, Sie mit dieser Handreichung unterstützen zu können und freuen uns über Rückmeldungen und Anregungen.

¹ Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 37-45.
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077>

Bilder auf der Titelseite von theglassdesk, rob791 und Fotownetrza über Pixabay. Piktogramme in der Handreichung von Microsoft.

Kurzbeschreibungen der Kapitel

1 Wissen über psychische Erkrankungen

Das Kapitel führt allgemeine Informationen zu Entstehung und Häufigkeit von psychischen Erkrankungen auf. Dargestellt werden schulisch relevante psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und ihre jeweiligen Merkmale.

2 Umgang mit psychischen Erkrankungen im Schulalltag

Dieses Kapitel soll zeigen, wie wichtig Lehrkräfte als schulische Bezugspersonen insbesondere für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sein können. Es werden Handlungsmöglichkeiten für den Umgang und förderliche Rahmenbedingungen innerhalb schulischer Strukturen aufgezeigt.

3 Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule

Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, wie die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule im Rahmen einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ablaufen kann.

4 Umgang mit psychischen Krisen

In diesem Kapitel werden Warnsignale psychischer Krisen beschrieben und Handlungsempfehlungen für den Umgang damit gegeben.

5 Wertschätzung vermitteln

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Abbau von Stigmatisierung, dem Aufbau vertrauensvoller Lehrer-Schüler-Beziehungen und einer angemessenen Haltung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

6 Tipps und Informationen für Gespräche mit Betroffenen

Für Gespräche mit betroffenen Schülerinnen und Schülern werden in diesem Kapitel Kommunikationsstrategien dargelegt. Zusätzlich werden Anlaufstellen bei psychischen Erkrankungen kurz vorgestellt, damit Betroffenen im Bedarfsfall mögliche Wege zu Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden können.

7 Auf sich selbst achten

Der vertrauensvolle Umgang mit den eigenen Ressourcen ist berufsübergreifend wichtig, im zeitintensiven beruflichen Alltag aber oft schwierig umzusetzen. Dieses Kapitel liefert Anleitungen dazu, eigene Ressourcen zu stärken und eine notwendige, professionelle Distanz zu wahren.

8 Schulprogramme zur Gesundheitsförderung

Dieses letzte Kapitel präsentiert eine Auswahl an präventiven Schulprogrammen zum Thema Gesundheitsförderung, die Lehrkräfte nutzen können, um psychische Gesundheit im Schulalltag zu thematisieren und zu fördern.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	237
Kurzbeschreibungen der Kapitel.....	238
1 Wissen über psychische Erkrankungen.....	240
1.1 Was sind psychische Erkrankungen und wie äußern sie sich?.....	240
1.2 Wie entstehen psychische Erkrankungen?.....	240
1.3 Wie häufig kommen psychische Erkrankungen vor?.....	241
1.4 Welche psychischen Erkrankungen sind im Schulalter relevant?.....	242
2 Umgang mit psychischen Erkrankungen im Schulalltag.....	247
2.1 Warum Sie als Lehrkraft wichtig sind und Einfluss haben.....	247
2.2 Was Sie als Lehrkraft allgemein tun können.....	247
2.3 Was Sie als Lehrkraft bei bestimmten Problemen tun können.....	251
2.4 Welche Rahmenbedingungen Sie unterstützen können.....	264
3 Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule.....	268
4 Umgang mit psychischen Krisen.....	270
4.1 Welche Warnsignale psychischer Krisen gibt es?.....	270
4.2 Was tun in akuten psychischen Krisen?.....	271
5 Wertschätzung vermitteln.....	275
5.1 Vorurteile entkräften – Stigmata entgegenwirken.....	275
5.2 Eine Beziehung aufbauen.....	275
5.3 Eine angemessene Haltung finden.....	276
6 Tipps und Informationen für Gespräche mit Betroffenen.....	277
6.1 Gesprächsführung.....	277
6.2 Anlaufstellen bei psychischen Problemen.....	280
7 Auf sich selbst achten.....	285
7.1 Sich abgrenzen.....	285
7.2 Eigene Ressourcen stärken.....	286
8 Schulprogramme zur Gesundheitsförderung.....	288
Anhang mit Vorlagen und Arbeitsblättern.....	290
Literaturverzeichnis.....	307

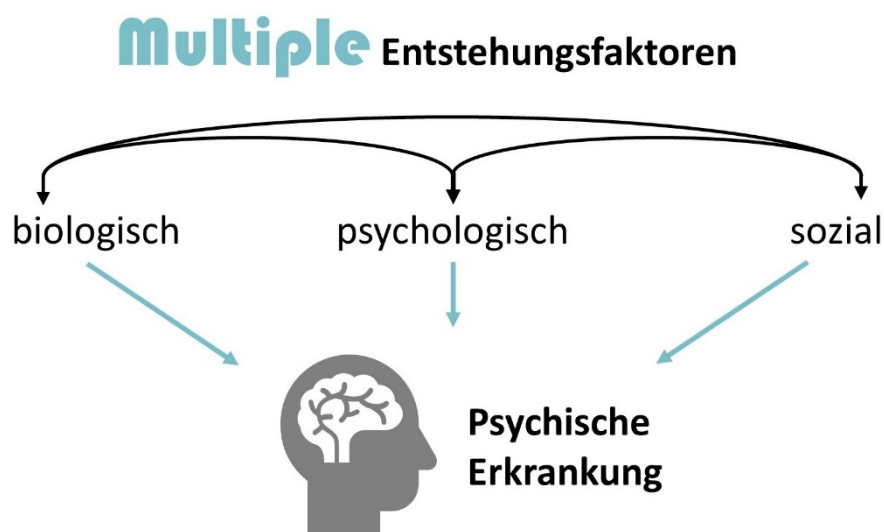
1 Wissen über psychische Erkrankungen

1.1 Was sind psychische Erkrankungen und wie äußern sie sich?

Psychische Erkrankungen sind gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) **Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit, wobei meist belastende Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen** bestehen. Psychische Erkrankungen verändern, wie eine Person sich und andere wahrnimmt, sich fühlt oder verhält, wobei die meisten Menschen viele Symptome psychischer Erkrankungen aus alltäglichen Wahrnehmungen und Empfindungen kennen. Im Rahmen einer psychischen Erkrankung treten diese Symptome aber **über eine längere Zeit in starkem Ausmaß oder hoher Häufigkeit** auf und sind nur **sehr eingeschränkt durch Willenskraft beeinflussbar**. Bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen weichen die Erlebens- und Verhaltensweisen unter Berücksichtigung des Entwicklungsalters meist stark von denen Gleichaltriger ab und verursachen oftmals einen Leidensdruck bei Betroffenen oder gehen mit Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen einher. Das Zusammensein mit anderen oder die Bewältigung von Alltagstätigkeiten kann deutlich erschwert sein. Als amtliche Klassifikation für Diagnosen körperlicher, wie psychischer Erkrankungen in der deutschen Gesundheitsversorgung dient die mehrfach überarbeitete internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD, engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der WHO.

1.2 Wie entstehen psychische Erkrankungen?

Psychische Erkrankungen haben im Allgemeinen vielfältige Ursachen. In der Regel wirken bei der Entstehung **mehrere Faktoren** zusammen, die wechselseitig interagieren können. Dabei können sowohl biologische (z. B. genetische Veranlagung, Rauchen oder Alkoholkonsum während der Schwangerschaft), psychologische (z. B. unsichere Bindungserfahrungen, belastende oder traumatische Lebensereignisse wie Mobbing, Missbrauchserfahrungen oder der Verlust von Bezugspersonen) als auch soziale (z. B. kulturelle Schönheitsideale) Faktoren von Bedeutung sein. Bei



der Entstehung einer psychischen Erkrankung ist daher in der Regel sowohl eine gewisse **Disposition** für eine Erkrankung als auch **Stress** in Form ungünstiger Umweltreize vorhanden (Diathese-Stress-Modell). Kindheit und Adoleszenz gelten als besondere und auch labile Entwicklungsphasen, da sie mit **vielen Veränderungen und Herausforderungen** einhergehen. Kinder und Jugendliche sind auf der Suche nach ihrer eigenen Identität, müssen lernen, mit Veränderungen des eigenen Körpers umzugehen und sollen zunehmend Verantwortung übernehmen. Des Weiteren stehen sie vor der Aufgabe, ein eigenes Norm- und Wertesystem zu entwickeln, einen Freundeskreis aufzubauen sowie Prüfungs- und Leistungssituationen zu bewältigen. Auch biologische Faktoren wie die Reifung des Gehirns bergen im Zusammenspiel mit ungünstigen Lebensbedingungen das Risiko einer psychischen Erkrankung. Kindheit und Adoleszenz sind somit besonders sensible Phasen in der Entwicklung eines Menschen. Eine anschauliche Illustration davon, wie die verschiedenen Faktoren Gesundheit beeinflussen, findet sich im folgenden Video der Stiftung Gesundheitswissen zum biopsychosozialen Modell:

- www.stiftung-gesundheitswissen.de/mediathek/videos/kompetenz-gesundheit/was-ist-das-biopsychosoziale-modell

Kostenlose Unterrichtsmaterialien zur Gesundheitsbildung für Unterrichts- oder Vertretungsstunden sowie Projekttag stehen beispielsweise im Rahmen des Projekts „Pausenlos gesund“ der Stiftung Gesundheitswissen zur Verfügung:

- www.stiftung-gesundheitswissen.de/schulprojekt_pausenlosgesund

Neben diesen Materialien bietet die Stiftung auch eine E-Learning Plattform an und vermittelt „Schulsprechstunden“ durch Ärztinnen und Ärzte.

1.3 Wie häufig kommen psychische Erkrankungen vor?

Metaanalysen zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Deutschland und weltweit zeigen, dass etwa **10-20%** der Kinder und Jugendlichen betroffen sind. Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind demnach keine Seltenheit. Während bei Kleinkindern Entwicklungsstörungen beispielweise der Sprache vorherrschen, nehmen ab dem Schulalter Ängste sowie Aufmerksamkeits- und dissoziale Probleme zu. Im Jugendalter nehmen darüber hinaus Depressionen, Essstörungen, somatoforme Störungen und Störungen durch Substanzkonsum zu. Die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht bereits vor dem 15. Lebensjahr. Gemäß der für Deutschland repräsentativen BELLA-Studie des Robert Koch-Instituts wird nur ein geringer Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen für psychische Auffälligkeiten fachlich betreut. Wie Daten der bundesweiten COPSY-Studie zeigen, führte die COVID-19 Pandemie zudem zu einer deutlichen Steigerung der psychischen Belastung für Kinder und Jugendliche.



Etwa **10-20 %** der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und weltweit sind von psychischen Erkrankungen betroffen



Nur ein **geringer Anteil** an Kindern und Jugendlichen mit Anzeichen für psychische Auffälligkeiten wird **fachlich betreut**

50%

aller psychischen Erkrankungen treten **vor dem 15. Lebensjahr** auf



Jedes Jahr nehmen sich etwa **500** Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland das Leben

Quellen: Barkmann & Schulte-Markwort (2012), Kieling et al. (2011), Klasen et al. (2017), Polanczyk et al. (2015), Ravens-Sieberer et al. (2022), Statistisches Bundesamt (2022), Steffen et al. (2019)

1.4 Welche psychischen Erkrankungen sind im Schulalter relevant?

Folgend werden alphabetisch sortiert einige **schulisch relevante** psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen basierend auf der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (10. Revision, ICD-10) vorgestellt. Darüber hinaus gibt es **weitere** psychische Erkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter aber seltener oder im Schulkontext weniger präsent sind und daher nachfolgend nicht aufgeführt werden. Wichtig ist, sich zu vergegenwärtigen, dass es sich bei den genannten Merkmalen und Verhaltensweisen in der Regel um **Bewältigungsversuche** handelt, um mit intensiven Gefühlen und Problemlagen umzugehen. Auch gilt es zu beachten, dass die dahinterstehenden Diagnosen **künstliche**, von Menschen eingeteilte **Kategorien** darstellen, um bestimmte gemeinsame Merkmale einzuordnen und daraus Behandlungsmöglichkeiten abzuleiten. Einheitliche Diagnosen mit Ein- und Ausschlusskriterien **erleichtern** die klinisch-therapeutische und wissenschaftliche **Kommunikation** mit Fachpersonal und Kostenträgern. Viele psychische Erkrankungen sind abgesehen von diesem Zweck jedoch vorrangig als **Kontinuen** zu betrachten und **nicht als feststehende Kategorien** mit eindeutigen Grenzen zwischen „krank“ und „gesund“. Eine klinische Diagnose muss immer durch entsprechende Fachkräfte gestellt werden und ist nicht mit einem Bedarf für eine Behandlung gleichzusetzen. Im konkreten Einzelfall sollte stets der **Mensch als Ganzes** zusammen mit seinen **Stärken und Ressourcen** im Vordergrund stehen.

**ADHS
(AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/
HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG)**

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine Erkrankung mit typischerweise drei Kernsymptomen, die in mehreren Lebensbereichen über längere Zeit auftreten: Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind in der Regel leicht ablenkbar, können Aufgaben nur schwer zu Ende führen und sind motorisch unruhig, sodass sie sich viel bewegen und zappelig wirken. Hinzukommend neigen sie zu impulsivem Verhalten wie beispielsweise dem häufigen Herausplatzen mit Antworten im Unterricht.

ANGSTSTÖRUNGEN

Angststörungen sind Erkrankungen, bei denen übermäßige Angst oder Furcht verspürt wird, die zu Beeinträchtigungen und vermeidendem Verhalten im alltäglichen Leben führt. Es existieren unterschiedliche Arten von Angststörungen. Bei Angststörungen im sozialen Bereich fürchten sich Kinder und Jugendliche vor sozialen Situationen, insbesondere mit fremden Personen. Sie fühlen sich unwohl und machen sich viele Gedanken darüber, ob sie von anderen bewertet werden oder ob sie sich blamieren könnten. Andere Angstformen betreffen zum Beispiel spezielle Tiere, Situationen oder Verlustängste um wichtige Bezugspersonen. Mit Angststörungen sind meist auch somatische Symptome wie beispielsweise Kopf- oder Bauchschmerzen verbunden.

AUSSCHIEDUNGSSTÖRUNGEN

Bei den nichtorganischen Ausscheidungsstörungen unterscheidet man zwischen der Enuresis und der Enkopresis. Die Enuresis ist das wiederholte, für das Lebensalter untypische und meist unwillkürliche Einnässen am Tag oder in der Nacht ohne organische Ursache. Die Enkopresis bezeichnet das wiederholte willkürliche oder unwillkürliche Einkoten. Beide Arten können sowohl primär (Symptomatik besteht seit Geburt) als auch sekundär (Symptomatik tritt nach bereits erworbener Blasen- bzw. Darmkontrolle auf) bestehen und gehen oftmals mit starken Schamgefühlen einher.

AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN

Autismus-Spektrum-Störungen sind tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die vor allem in sozialen Interaktionen, der Kommunikation und der Wahrnehmung von Situationen und Umweltreizen deutlich werden. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigen oft repetitive Verhaltensweisen und besitzen teilweise Interesse für spezielle Themengebiete. Sie können sich mitunter schwerer in andere Personen hineinversetzen und sich schwerer mit ihren Handlungen an übliche soziale Regeln anpassen. Manche autistischen Kinder und Jugendliche brauchen daher besondere Kommunikations- und Strukturierungshilfen sowie eine besondere Lernumgebung. Dennoch hat nicht jede Person mit Autismus-Spektrum-Störungen einen gleich hohen Unterstützungsbedarf und sinnvolle Unterstützungsformen können in Art und Intensität sehr stark variieren.

COMPUTERSPIELSUCHT

Eine Computerspielsucht ist charakterisiert durch einen Kontrollverlust über das eigene Mediennutzungsverhalten und immer längeres Spielen trotz negativer Konsequenzen. Das Spiel wird zum beherrschenden Interesse. Schule, Freunde, Alltagstätigkeiten und Verpflichtungen werden vernachlässigt, Beziehungen und Berufschancen riskiert. Oftmals kommt es zu Schlafmangel, Unpünktlichkeit, Täuschen und Lügen sowie innerfamiliären Konflikten. Das Computerspiel wird zum Fluchort, in dem negative Gefühle vergessen werden können. Die reinen Spielzeiten sind dabei weniger relevant als die psychosoziale Gesamtsituation.

DEPRESSIONEN

Depressionen sind Erkrankungen, bei denen sich Betroffene über eine längere Zeit in einer gedrückten, niedergeschlagenen und antriebslosen Stimmung befinden. Häufig ziehen sich betroffene Kinder und Jugendliche sozial zurück und leiden unter Interessenverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen und Appetitverlust. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind in der Regel stark beeinträchtigt, sodass Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit auftreten. Je nach Anzahl und Schwere der Symptome unterscheidet man leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden.

ESSSTÖRUNGEN

Essstörungen sind Erkrankungen mit Suchtcharakter, bei denen das Essverhalten beeinträchtigt ist. Betroffene beschäftigen sich gedanklich übermäßig viel mit den Themen Essen, Figur und Gewicht und können ihr Körperschema nicht mehr realistisch wahrnehmen. Durch die resultierende Mangelernährung entstehen oftmals langfristige körperliche Folgeschäden. Die Anorexia nervosa (Magersucht) ist gekennzeichnet durch eine rasche selbst herbeigeführte Gewichtsabnahme oder im Kindesalter auch fehlende Gewichtszunahme (mindestens 15 % unter dem für Alter und Körpergröße erwarteten Gewicht, Body Mass Index, ab 16. Lebensjahr: $\text{Gewicht in kg}/(\text{Größe in m})^2$) sowie durch Maßnahmen, die der extremen Angst vor einer Gewichtszunahme entgegenwirken (z. B. Vermeidung hochkalorischer Lebensmittel, übermäßiges Sporttreiben). Die Anorexia nervosa mit der häufig lebensbedrohlichen Unterernährung besitzt eine der höchsten Mortalitätsraten aller psychischen Erkrankungen. Die Bulimia nervosa ist durch unkontrollierte Essanfälle mit anschließenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie beispielsweise selbstinduziertem Erbrechen oder Abführen charakterisiert.

REAKTIONEN AUF SCHWERE BELASTUNGEN UND ANPASSUNGSSTÖRUNGEN

Bei der Binge-Eating-Störung bestehen unkontrollierte Essanfänge ohne gewichtsreduzierende Maßnahmen, sodass Betroffene eher zu Übergewicht tendieren.

Anpassungsstörungen sind akute Belastungsreaktionen, die in Folge einer schweren oder kontinuierlichen Belastung oder Lebensveränderung (z. B. Trauerfall, Trennungserlebnisse, Fluchterfahrungen) auftreten können. Sie beeinträchtigen die soziale Funktionsfähigkeit, wobei sich die Symptomatik in sehr unterschiedlicher Weise äußern kann. Oftmals werden Symptome wie eine depressive Verstimmung, Ängste, Sorgen oder eine Überforderung im alltäglichen Leben genannt. Insbesondere bei Jugendlichen können auch Symptome einer Störung des Sozialverhaltens auftreten.

SOMATOFORME STÖRUNGEN

Bei somatoformen Störungen bestehen wiederholt und meist mehrere oder wechselnde körperliche Symptome (z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Atembeschwerden) bei denen durch medizinische Untersuchungen keine körperliche Ursache festgestellt werden konnte, welche die Art und das Ausmaß der Beschwerden ausreichend erklärt. Bei den Betroffenen besteht ein hoher Leidensdruck, eine ständige Beschäftigung mit den Symptomen und in der Folge meist eine nachhaltige Beeinträchtigung in der Alltagsbewältigung. Die fehlenden Ergebnisse der in der Regel zahlreichen ärztlichen Konsultationen können von den Betroffenen oft nur schwer, bzw. nur für kurze Zeit akzeptiert werden.

SPRACHSTÖRUNGEN (ELEKTIVER MUTISMUS, POLTERN, STOTTERN)

Mutismus, Stottern und Poltern sind Störungen, die in Zusammenhang mit dem Sprechen stehen. Beim elektiven Mutismus sprechen betroffene Kinder und Jugendliche emotional bedingt nur selektiv in bestimmten sozialen Situationen (z. B. zuhause, jedoch nicht in der Schule), ohne dass dafür organische Ursachen oder Sprachdefizite vorliegen. Beim Stottern wird der Sprachfluss durch wiederholte oder gedehnte Laute, Silben oder Wörter unterbrochen, wohingegen das Poltern durch eine hohe Sprechgeschwindigkeit mit Abbrüchen des Sprachflusses ohne Wiederholungen und Zögern gekennzeichnet ist, und Betroffene undeutlich, ruckartig und unrythmisch Sprechen.

STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS

Störungen des Sozialverhaltens sind durch wiederholt und anhaltend stark aggressives und dissoziales Verhalten geprägt. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen verletzen die Grundrechte anderer oder haben große Schwierigkeiten sich an soziale Regeln und Normen zu halten. Beispielsweise missachten sie Regeln, zerstören fremdes Eigentum, verhalten sich aggressiv oder grausam gegenüber anderen Menschen und Tieren, betrügen, stehlen, schwänzen die Schule oder laufen von zu Hause weg.

STÖRUNGEN DURCH SUBSTANZKONSUM

Störungen durch Substanzkonsum sind charakterisiert durch den Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (z. B. Alkohol, Opioide, Cannabinoide). Dabei werden verschiedene Zustandsbilder (z. B. akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom) unterschieden. Bei einer akuten Intoxikation (akuter Rausch) können beispielsweise Störungen der Bewusstseinslage, der kognitiven Fähigkeiten oder der Wahrnehmung auftreten. Ein schädlicher Substanzgebrauch verursacht in der Regel neben körperlichen auch psychische Gesundheitsschäden. Ein Abhängigkeitssyndrom äußert sich unter anderem durch ein starkes Verlangen, eine verminderte Kontrolle über den Konsum, eine Toleranzentwicklung und gegebenenfalls Entzugserscheinungen sowie einen anhaltenden Gebrauch trotz negativer Folgen.

TICSTÖRUNGEN

Tics sind unwillkürliche, nicht zweckgebundene Bewegungen oder Lautproduktionen, die in motorische Tics (z. B. Blinzeln, Schulterzucken, Grimassieren) und vokale Tics (z. B. Räuspern, Schnüffeln, Zischen) unterschieden werden. Tics treten viele Male am Tag auf, können vorübergehend sein oder chronisch andauern und durch Belastungen verstärkt werden. Eine Form der Ticstörung ist das Tourette-Syndrom, bei der die vokalen Tics meist aus explosiven Vokalisationen und obszönen Wortphrasen bestehen.

ZWANGSSTÖRUNGEN

Wiederkehrende Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken sind die Hauptsymptome der Zwangsstörung. Zwangsgedanken sind sich wiederholende und als quälend erlebte Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die sich gegen den eigenen Willen aufdrängen und Anspannung, Ängste (z. B. Furcht, andere zu verletzen) oder andere unangenehme Gefühle auslösen. Zwangshandlungen sind bewusst ausgeführte, oft ritualisierte und teilweise als unsinnig erlebte Handlungen, um ein stark unangenehmes

Gefühl zu beenden (z. B. Kontroll- oder Waschwänge). Betroffene tun dies häufig als vorbeugende Maßnahme zur Verhinderung eines objektiv unwahrscheinlichen, aber unheilvollen Ereignisses. Es wird immer wieder bei beiden Symptomen versucht, Widerstand zu leisten, der aber in der Regel erfolglos bleibt, da das Unterdrücken von Handlungen die unangenehmen Gefühle deutlich verstärkt und sich dieser Zustand für die Betroffenen unaushaltbar anfühlt.

2 Umgang mit psychischen Erkrankungen im Schulalltag

2.1 Warum Sie als Lehrkraft wichtig sind und Einfluss haben

Die Schule ist in aller Regel der **wichtigste außerfamiliäre Lebensbereich** für Kinder und Jugendliche. Viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen erleben jedoch enorme schulische, soziale und emotionale Herausforderungen im Schulalltag insbesondere im Rahmen der Rückkehr nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt. Zu den Herausforderungen gehören beispielsweise das Bewältigen schulischer Nachholarbeiten, der Verlust von Freundschaften, Gefühle sozialer Isolation, Ängste, die persönliche Abwesenheit erklären zu müssen, Mobbing Erfahrungen und Stigmatisierung sowie der Umgang mit häufig bestehenden Restsymptomen. **Lehrkräfte** können dabei **wichtige schulische Bezugspersonen** sein, die Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützen. Beispielsweise vermitteln transparente Regeln, Abläufe und Routinen Verlässlichkeit und Sicherheit (siehe auch Kapitel 2.4 sowie das Merkblatt „Vier Tipps für das Aufstellen von Regeln“ im Anhang). Lehrkräfte können die Klassengemeinschaft und die Selbstwirksamkeit ihrer Schülerinnen und Schülern stärken und fördern (siehe auch Kapitel 2.2 sowie das Merkblatt „Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes“ im Anhang). Überdies können sie Warnsignale für psychische Krisen mit erkennen und Unterstützung anbieten (siehe auch Kapitel 4). Auch wenn es nicht immer nach außen sichtbar ist, blicken Schülerinnen und Schüler zu ihren Lehrkräften auf. Eine **wertschätzende Atmosphäre** und **vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehungen** können daher bereits viele Schwierigkeiten reduzieren (siehe auch Kapitel 5).

2.2 Was Sie als Lehrkraft allgemein tun können

Im Folgenden werden zehn Handlungsempfehlungen für Lehrkräfte vorgestellt, die für Schülerinnen und Schüler allgemein und unabhängig von ihren spezifischen psychischen Schwierigkeiten hilfreich sein können:



1. Wertschätzende Atmosphäre und vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehung



2. Sensibel beobachten und wahrnehmen



3. Stärken betonen, loben und ermutigen



4. Grenzen setzen durch Regeln und Aufforderungen



5. Ins Gespräch kommen



6. Fördermaßnahmen ergreifen



7. Unterstützungsangebote kennen und dazu ermutigen



8. Stärkung des Klassenverbands



9. Entspannungsübungen im Unterricht



10. Als Kollegium einen gemeinsamen Weg finden

(1) Wertschätzende Atmosphäre und vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehungen



Vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehungen, ein respektvolles Miteinander und eine wertschätzende und wohlwollende Atmosphäre sind für alle Schülerinnen und Schüler unterstützende Faktoren. Erleben Schülerinnen und Schüler Krisen und eine schwierige Zeit, sind diese Faktoren besonders wichtig. Die Gewissheit für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen, dass Lehrkräfte als Ansprechpersonen zur Verfügung stehen und mit ihren Schwierigkeiten vertraulich, verantwortungsvoll und ernst umgehen sowie bei Bedarf gemeinsam nach Lösungswegen suchen, vermittelt ein Gefühl von Sicherheit. Möglichkeiten, um eine vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehung zu schaffen werden in Kapitel 5.2 näher beschrieben.

(2) Sensibel beobachten und wahrnehmen



Die Grundlage dafür, Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen im Schulalltag zu unterstützen und adäquate Maßnahmen zu ergreifen, besteht in der sensiblen Wahrnehmung und Beobachtung von Problemsituationen. In einem Gespräch mit dem jeweiligen Kind oder Jugendlichen können Beobachtungen oder Sorgen dann behutsam angesprochen werden (siehe hierzu auch Kapitel 6.1). Auch für das Erkennen anhaltender Stimmungsverschlechterungen oder psychischer Krisen beispielsweise nach der Rückkehr aus einem Klinikaufenthalt ist es hilfreich, umsichtig auf kritische Aussagen oder Verhaltensweisen zu achten (siehe hierzu auch Kapitel 4.1).

(3) Stärken betonen, loben und ermutigen



Positive Rückmeldungen wie Lob oder die Betonung von Stärken sowie die Ermutigung nach negativen Erfahrungen fördern ein gesundes Selbstwertgefühl. Dadurch erhöht sich in der Regel auch die Frustrationstoleranz. Das gilt für alle Schülerinnen und Schüler, insbesondere aber für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, da diese in der Regel häufiger negative Erfahrungen erleben. Ein Schultag oder eine Unterrichts- oder Vertretungsstunde kann daher auch

einmal dafür genutzt werden, dass jede und jeder ein Hobby oder eine Stärke von sich vorstellen darf. Eine weitere Möglichkeit ist, dass jedes Kind oder jeder Jugendliche aus der Klasse für alle anderen eine Stärke oder positive Eigenschaft auf einen kleinen Zettel schreibt, sodass am Ende jede und jeder ein Stärkenblatt aus seinenzetteln bekleben kann. Wichtig ist hierbei, dass ausschließlich Stärken und positive Eigenschaften aufgeschrieben werden und jede Person lediglich eine Sache für eine weitere Person aufschreibt, damit am Ende auf jedem Blatt etwa gleich viele Stärken stehen. Im Merkblatt „Vier Tipps für das Aufstellen von Regeln“ wird im Anhang genauer erläutert, wie in Bezug auf das Einhalten von Regeln positive und negative Rückmeldungen gegeben werden können.

(4) Grenzen setzen durch Regeln und Aufforderungen



Kinder und Jugendliche brauchen Grenzen, an denen sie sich orientieren können. Für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen ist diese Orientierung durch Regeln und Aufforderungen besonders wichtig, vor allem wenn sie sich nur schwer selbst strukturieren können und viel Struktur von außen benötigen. Auch wenn dies anfangs mit einem hohen Aufwand verbunden sein kann, lohnt sich dies aber vor allem mittel- und langfristig. Um Verhaltensweisen und Gewohnheiten zu verändern, sind ausreichend Zeit und Geduld unerlässlich. Das Merkblatt „Vier Tipps für das Aufstellen von Regeln“ und eine Beispielvorlage „Regeln im Klassenraum“ befinden sich im Anhang.

(5) Ins Gespräch kommen



Steht der Verdacht einer psychischen Erkrankung im Raum oder wurde über einen längeren Zeitraum eine psychische Auffälligkeit beobachtet, ist es in aller Regel sinnvoll, in ruhiger und vertraulicher Atmosphäre ins Gespräch zu kommen. Wichtig ist es, weder Kritik noch Vorwürfe zu äußern und keinesfalls eine Diagnose zu stellen. Besser ist, sich offen und aufgeschlossen nach dem Wohlbefinden des Schülers oder der Schülerin zu erkundigen und eine unterstützende Haltung zu signalisieren. Gegebenenfalls kann es auch sinnvoll sein, mit den Eltern über etwaige Sorgen ins Gespräch zu kommen und zusammenzuarbeiten. Dies sollte, wenn möglich, aber nicht ohne das Wissen der Schülerin oder des Schülers erfolgen. In Kapitel 6.1 werden Kommunikationsstrategien für Gespräche mit betroffenen Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern beschrieben.

(6) Fördermaßnahmen ergreifen



Für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen ist es manchmal sinnvoll, individuelle Lernangebote anzubieten. Solche Fördermaßnahmen sind besonders dann relevant, wenn aktuell durch die Erkrankung bedingt ein hohes Maß an Überforderung oder ein Mangel an Erfolgserlebnissen bestehen. Je nach bestehenden Schwierigkeiten sind ein besonderer Sitzplatz, Bewegungs-, Entspannungs- oder Rückzugsmöglichkeiten, differenziertere, kleiner strukturierte oder geringere (Haus-)Aufgabenpakete, Aufgaben mit mehr Zeit oder ohne Zeitdruck, Aufgaben in Freiarbeitsphasen, kreative oder Zusatzaufgaben denkbar. Hilfreich ist es manchmal auch, den von manchen Schülerinnen und Schülern in Zusammenhang mit der Schule empfundenen Druck zu reduzieren und zu betonen, dass ihre Gesundheit bedeutsam und im Zweifelsfall wichtiger als die schulische Leistung ist. Ob und wenn ja von welchen Fördermaßnahmen eine Schülerin oder ein Schüler profitiert, kann durch die Beobachtung aus Unterrichtssituationen herausgefunden und im

Gespräch mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern und gegebenenfalls den Eltern erfragt werden. Grundsätzlich muss dabei zwischen Fördermaßnahmen unterschieden werden, bei denen das Anforderungsprofil verändert wird (Notenschutz-Maßnahmen) oder nicht (Nachteilsausgleich, siehe Kapitel 2.4). Denkbare Fördermaßnahmen sind in der Verwaltungsvorschrift „Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg aufgelistet und können mittels Beschluss in einer Klassenkonferenz ergriffen werden.

(7) Unterstützungsangebote kennen und dazu ermutigen



Schulinterne und externe Unterstützungsangebote zu kennen, eröffnet Handlungsspielräume und beugt Gefühlen von Hilflosigkeit vor. Daher empfiehlt es sich über die Angebote von Beratungslehrkräften, der Schulsozialarbeit, von Beratungsstellen sowie psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen Bescheid zu wissen. So können im Bedarfsfall psychisch belasteten Schülerinnen und Schülern bzw. deren Eltern Angebote und Möglichkeiten aufgezeigt werden. Lehrkräften kommt als schulischen Bezugspersonen eine besondere Bedeutung dabei zu, ihre Schülerinnen und Schüler zu ermutigen, Unterstützungsangebote möglichst frühzeitig wahrzunehmen. Anlaufstellen für psychische Probleme sind in Kapitel 6.2 aufgeführt.

(8) Stärkung des Klassenverbands



Manche Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen sind oder fühlen sich nicht gut in die Klassengemeinschaft integriert oder werden schlimmstenfalls sogar aktiv aus ihr ausgegrenzt. Ein Gefühl von Zusammenhalt und Unterstützung durch die Klassengemeinschaft wirkt dagegen sehr entlastend und förderlich. Es bietet sich daher an, die Klassengemeinschaft durch Spiele oder Aktivitäten zu stärken, um das Gemeinschaftsgefühl, die Teamfähigkeit und Sozialkompetenzen zu fördern und alle Schülerinnen und Schüler ausreichend in den Klassenverband zu integrieren. Die Möglichkeiten reichen von kurzen gemeinsamen Spielen im Unterricht oder der Pause über Klassenfeste, Projektstage oder Ausflüge. Beliebt sind bei Schülerinnen und Schülern meist auch Spiele, bei denen sie als Klassenteam gemeinsam gegen die Lehrkraft Punkte sammeln und gewinnen können. Anfänglich eignen sich leistungsfreie oder kooperative Spiele mit Teamaufgaben (z. B. Flüsterpost) allerdings besser als leistungsbezogene Spiele. „Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes“ finden sich im Anhang. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, mit professionell ausgebildeten Erlebnispädagoginnen und Erlebnispädagogen das sensible Konstrukt Klassenverband nachhaltig und längerfristig anzugehen. Verschiedene Angebote zum Thema „Schule im Wald“ macht zum Beispiel der Waldseilgarten Herrenberg im Schönbuch:

- https://cdn.website-editor.net/c30bc855b7e14dd9b09171fba8678074/files/uploaded/WSGHerrenberg_Schule.pdf

(9) Entspannungsübungen im Unterricht



Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen kämpfen häufig auch im schulischen Umfeld mit ihren Schwierigkeiten, beispielsweise mit Ängsten oder ihrer Konzentrationsfähigkeit. Um etwa nach einer anstrengenden Unterrichtseinheit für neue Konzentration und Ruhe im Klassenzimmer zu sorgen oder vor einer Klassenarbeit Prüfungsängste zu reduzieren, kann es hilfreich sein, mit der Klasse eine kurze Lockerungs- oder

Entspannungsübung durchzuführen. Eine Möglichkeit für eine Entspannungsübung ist beispielsweise, dass die Schülerinnen und Schüler ihre Arme auf den Tisch legen und den Kopf darauf ablegen dürfen. Anschließend wird das Fenster im Klassenzimmer geöffnet und die Schülerinnen und Schüler können ein bis zwei Minuten achtsam lauschen, welche Geräusche sie von draußen wahrnehmen können. Weitere Entspannungsübungen und Bewegungspausen für den Schulalltag gibt es zum Beispiel unter folgenden Links:

- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1957848240/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/rueckenwind/Schulpsychologische%20Beratung/Einsatz%20von%20Entspannungstechniken%20im%20Unterricht.pdf
- https://www.km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/lis-in-bw/Schulsport/WSB/Bewegungspausen_n.pdf

(10) Als Kollegium einen gemeinsamen Weg finden



Gelingt es mit Kolleginnen und Kollegen eine gemeinsame Vorgehensweise zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit psychischen Erkrankungen zu entwickeln und Absprachen zu treffen, kann dies die eigenen Handlungsmöglichkeiten erweitern und zusätzliche Handlungssicherheit geben. Zudem besitzen Beratungslehrkräfte und Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter an Schulen Expertise im Umgang mit schwierigen Schulsituationen. Gleichzeitig kann es lohnend sein, sich zum Beispiel in Fallbesprechungsgruppen oder Supervisionen zusätzlich Unterstützung und Input einzuholen. Fallbesprechungsgruppen (siehe auch Kapitel 2.4) und Supervisionen entlasten durch die Erfahrung, mit einem Problem nicht allein zu sein. Sie führen zu neuen Perspektiven und Lösungsansätzen sowie dazu, einen Fall zu reflektieren und tiefergehend zu verstehen. Fallbesprechungsgruppen und Supervisionen werden von Schulpsychologischen Beratungsstellen aber auch im Rahmen des Gesundheitsmanagements für Lehrkräfte angeboten. Sie ermöglichen eine freiwillige, vertrauliche und kostenlose Beratung bei Problemen im Schulalltag (siehe auch Kapitel 6.2). Im Falle einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung einer Schülerin oder eines Schülers kann nach erfolgter Schweigepflichtentbindung auch Rücksprache mit Fachpersonal gehalten werden.

2.3 Was Sie als Lehrkraft bei bestimmten Problemen tun können

Im Schulalltag für Lehrkräfte sichtbar sind problematische Verhaltensweisen, nicht psychiatrische Krankheitsbilder. Nachfolgend werden deshalb solche Auffälligkeiten vorgestellt, deren Ursache unterschiedliche psychische Erkrankungen sein können:

- Missbrauch und Abhängigkeiten von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen
- Aufmerksamkeitsschwierigkeiten
- Autistische Verhaltensweisen
- Einnässen
- Essstörungen
- Gewalt und destruktive Aggression
- Problematische Mediennutzung

- Mobbing
- Schulabsentismus
- Schulische Ängste wie Trennungs-, Leistungs- und soziale Ängste
- Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität
- Sozialer Rückzug

Für diese Themen werden Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die Lehrkräfte zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nutzen können. Am Ende jedes Abschnitts stehen **weiterführende Links und Literaturhinweise**, die Informationen und Hilfen für Betroffene, Angehörige und Lehrkräfte bereitstellen. Grundsätzlich ist ein **vertraulicher Umgang** mit den von den Schülerinnen und Schülern mitgeteilten Schwierigkeiten, insbesondere auch gegenüber Mitschülerinnen und Mitschülern besonders wichtig. Es empfiehlt sich daher, als Unterstützungsleistung gedachte Handlungen **mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern vorab abzusprechen**. Unterstützung sollte als Angebot formuliert werden, um der betroffenen Person die Wahl und Möglichkeit zu überlassen, darauf zurückzugreifen. Eine Schülerin oder ein Schüler sollte dabei **niemals verurteilt, bloßgestellt oder abgewertet** werden. Es gilt zu bedenken, dass die betroffene Person in bestimmten Situationen ihr Verhalten aufgrund einer psychischen Erkrankung gegebenenfalls nur eingeschränkt durch Willenskraft beeinflussen kann. Umso wichtiger ist es, betroffene Personen in den vorhandenen **Stärken zu unterstützen**.

Weiterführende Links und Literatur

Buch mit bewegenden Texten von Jugendlichen und Angehörigen über das Leben mit einer psychischen Erkrankung und den Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- Gomeringer, B., Sänger, J., Sünkel, U., Barth, G. M., & Leutner, M. (2020). Vögel im Kopf: Geschichten aus dem Leben seelisch erkrankter Jugendlicher. Stuttgart: Hirzel.

Broschüre „Wahnsinnskinder? Informationen für Eltern zum Umgang mit psychisch auffälligen Kindern“ des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und des BKK Bundesverbands:

- www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/Themenportal/PDF/wahnsinnskinder_eltern.pdf

Missbrauch und Abhängigkeiten von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen

Der Umgang mit Alkohol, Tabak und illegalen Drogen ist vor allem in Hinblick auf Störungen durch Substanzkonsum relevant. In der Schule können die **Themen Alkohol und Drogen im Unterricht** explizit behandelt werden. Konsum und Besitz sollten durch die **Schulordnung** auf dem Schulgelände verboten sein. Schulische Tabakprävention mit einem 80-minütigen interaktiven Stationenplan und kleinen Experimenten im Klassenraum vor Ort führen beispielsweise ehrenamtliche Medizinstudierende der **Aufklärung gegen Tabak e.V.** durch. Empfehlenswert sind in diesem Zusammenhang auch die beiden **Apps „Smokerstop“** und **„Smokerface“**. Der **Informationsdienst zur Suchtprävention** des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg stellt zudem für Lehrkräfte die Handreichungen „Rauchfreie Schule“, „Schulische Suchtvorbeugung in Baden-Württemberg“ und „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“ zur Verfügung. Daneben gibt es für weiterführende Schulen das **Präventionsprogramm „Aktive Teens“**. Schwerpunkte des Programms sind Tabak- und Alkoholprävention, Persönlichkeitsentwicklung und soziales Lernen mit einer Handreichung für Lehrkräfte und den drei Themenheften „Qualmfrei“, „Alkohol“ und „Vom Umgang miteinander“.



Weiterführende Links und Literatur

Schulische Präventionsarbeit der Aufklärung gegen Tabak e.V.:

- <https://gegentabak.de/schulpraevention/>

Handreichungen des Informationsdienstes zur Suchtprävention:

- <http://praevention-in-der-schule-bw.de/.Lde/Startseite/Medien/Informationsdienste>

Präventionsprogramm „Aktive Teens“:

- <https://praevention.kultus-bw.de/.Lde/Startseite/Unterstuetzungssystem/Aktive+Teens++Medien>

Kostenlose Informations- und Unterrichtsmaterialien zum Thema Suchtprävention:

- <https://shop.bzga.de/alle-kategorien/suchtvorbeugung>
- www.dhs.de/infomaterial
- www.kmdd.de/angebote/kmddschooll

Websites mit Informationen, Selbst- und Wissenstests sowie Beratungsangeboten zu Alkohol und illegalen Drogen:

- www.drugcom.de
- www.kenn-dein-limit.de
- www.null-alkohol-voll-power.de

Aufmerksamkeitsschwierigkeiten

Für Schülerinnen und Schüler mit Aufmerksamkeitsschwierigkeiten wie beispielsweise im Fall einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind **klare Strukturen** besonders wichtig. Folgendes kann hilfreich sein:

- Eine **ruhige Lernumgebung mit möglichst wenig Ablenkung**. Das kann zum Beispiel ein Sitzplatz vorne im Klassenzimmer (möglichst nicht am Fenster) sein, um Ablenkungen zu reduzieren und die Schülerin oder den Schüler ausreichend im Blick behalten zu können.
- Strukturierungshilfen wie **Rituale und Klassenregeln** sowie **klare Anweisungen** und **direkte Ansprachen**, die **angekündigt, eingefordert und kontrolliert** werden. Es kann hilfreich sein, Hausaufgaben mit überschaubaren Aufgabenpaketen immer bereits zu Beginn der Unterrichtsstunde in das Hausaufgabenheft aufschreiben zu lassen, wenn das Aufmerksamkeitsvermögen noch am größten ist. Ebenso wichtig und hilfreich kann eine regelmäßige Hausaufgabenkontrolle sein.
- Ein **Rückmeldesystem** wie beispielsweise ein Belohnungsplan, der auch die Anstrengungsbereitschaft und nicht nur das Endergebnis honoriert. Eine Beispielvorgabe für einen **Belohnungsplan**, den auch Eltern nutzen können, befindet sich im Anhang.

- Die **Förderung individueller Interessensgebiete** und das **Widerspiegeln von Kenntnissen und Erfolgen**. Dies kann zu einer deutlichen Motivationssteigerung beitragen.
- **Souveränes Reagieren** auf impulsive Unmutsäußerungen, ohne solche persönlich aufzufassen. Bei Bedarf kann die Situation auch zeitversetzt besprochen werden, nachdem das Erregungsniveau sich wieder abgesenkt hat.
- **Bewegungspausen** im Unterricht. Ein Beispiel hierfür ist das Spiel „Pferderennen“ im Anhang auf dem Arbeitsblatt „Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes“.



Zudem gibt es an allen Staatlichen Schulämtern Baden-Württembergs **ADHS-Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner**. Diese liefern Informationen und Beratungsangebote an Eltern und Lehrkräfte beispielsweise zum pädagogischen Umgang in der Familie oder im Unterricht und bieten regionale Fortbildungen an.

Weiterführende Links und Literatur

Informationsportal „zentrales adhs-netz“ des Universitätsklinikums Köln zum Thema ADHS für Pädagoginnen und Pädagogen:

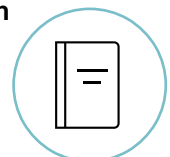
- www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/uebersicht/

ADHS-Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

- www.bzga.de/infomaterialien/kinder-und-jugendgesundheit/adhswas-bedeutet-das/

Autistische Verhaltensweisen

Kinder und Jugendliche mit autistischen Verhaltensweisen zeigen Auffälligkeiten in sozialen Interaktionen, in der Kommunikation und Wahrnehmung sowie durch sich wiederholende Verhaltensweisen oder ein Festhalten an Ritualen. Es fällt ihnen häufig schwerer, sich in andere Personen hineinzusetzen und sich mit ihren Handlungen an übliche soziale Regeln anzupassen. Die Gestaltung sozialer Interaktionen läuft oft weniger „intuitiv“ ab, was den Schulalltag für die Schülerinnen und Schüler sehr anstrengend gestalten kann und oft Potential für Missverständnisse und Konflikte bietet. Bei Schülerinnen und Schülern mit autistischen Verhaltensweisen oder Autismus-Spektrum-Störungen ist daher die **Förderung von Kommunikationsfähigkeit und sozialer Einbindung** besonders sinnvoll. Meist sind auch **feste zeitliche und inhaltliche Strukturen und Rituale, eindeutig formulierte Arbeitsanweisungen, Visualisierungen** und die **Reduzierung von Reizen und Lärm** bei der Unterrichtsgestaltung lernförderlich. Mit den jeweiligen Schülerinnen und Schülern sowie Eltern empfiehlt sich immer ein **enger Austausch**, da Unterstützungsangebote an den individuellen Hilfebedarf angepasst sein sollten und manchmal unkonventioneller Lösungen bedürfen. Ein **Nachteilsausgleich** oder eine **Schulbegleitung** sind weitere Möglichkeiten Kinder und Jugendliche mit autistischen Verhaltensweisen zu unterstützen. Ferner kann es nützlich sein, bei schulinternen, aber auch regionalen, thematisch passenden **Fortbildungen** teilzunehmen, denn die grundsätzliche Bereitschaft aller Beteiligten, sich auf die Besonderheiten – Bedürfnisse, Schwierigkeiten aber auch Stärken – des Kindes oder Jugendlichen mit autistischen Verhaltensweisen einzustellen, ist eine Grundvoraussetzung für ihre schulische Integration. Die „**Handreichung zur schulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Verhaltensweisen**“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg beinhaltet Informationen zum pädagogischen Auftrag aller Schularten, zu Sichtweisen, Förderung



und Hilfsystemen rund um das Thema Autismus. Zusätzlich kann die oder der **Autismus-Beauftragte** des jeweiligen Staatlichen Schulamtes zur Klärung schulischer Fragen wie Unterrichtsgestaltung, Fördermaßnahmen oder Leistungsbewertung miteinbezogen werden.

Weiterführende Links und Literatur

Literaturliste zu Autismus-Spektrum-Störungen auf dem Landesbildungsserver Baden-Württemberg:

- www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/autismus/literatur

Handreichung zur schulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Verhaltensweisen des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg:

- www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/autismus/anlagen/Autismus-Handreichung.pdf

Einnässen

Hat ein Kind beispielsweise aufgrund einer Enuresis auf einer Klassenfahrt eingenässt, ist **umsichtiges Handeln** erforderlich. Dies bedeutet zu versuchen, die betroffene Person **vor Beleidigungen und Mobbing** zu **schützen**. Im Zweierkontakt kann **Sicherheit** zum Ausdruck gebracht werden, beispielsweise indem vermittelt wird, dass **Einnässen vorkommen kann** und Lehrkräfte **vertraulich** damit umgehen. Die **Eltern** sollten über den Vorfall **informiert** werden. Die Schülerin oder der Schüler kann als erstes **mit frischer Kleidung zum Duschen geschickt** werden. Gegebenenfalls kann anschließend ohne die Anwesenheit von Mitschülerinnen und Mitschülern **gemeinsam das Bett frisch bezogen** und das Zimmer **gelüftet** werden. Eingenässte Kleidung sollte, wenn möglich, **gewaschen** werden. Es empfiehlt sich, zusammen nach **weiterer, eingenässter Kleidung** zu sehen, denn aus Scham kann es zur Verschweigung vorangegangener Vorfälle gekommen sein. Zur weiteren Vorbeugung kann auf einer Klassenfahrt ein **Handtuch oder Plastiküberzug** für die Matratze nützlich sein. Haben Mitschülerinnen und Mitschüler den Vorfall mitbekommen, kann die Lehrkraft in Absprache mit der betroffenen Person zusätzlich ein **klärendes Gespräch** mit diesen führen.



Weiterführende Links und Literatur

Ratgeber für Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte mit Informationen zum Thema Einnässen, zu Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten sowie zum Umgang mit der Problematik in Familie und Schule:

- Von Gontard, A., & Lehmkuhl, G. (2012). Ratgeber Einnässen: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.

Essstörungen

Bei einer vermuteten Essstörung empfiehlt es sich, **Beobachtungen mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen**, sich **Unterstützung von Fachkräften** wie Beratungslehrkräften oder bei Beratungsstellen einzuholen und ein **vertrauliches Gespräch mit Betroffenen und eventuell auch den Eltern** zu suchen. Wahrgenommene Veränderungen und Beobachtungen, die Anlass zur Sorge geben, wie zum Beispiel eine gedrückte Stimmungslage, rückzügliches Verhalten oder perfektionistische

Leistungsansprüche, können in diesem Gespräch sensibel mitgeteilt werden. Wichtig ist dabei, das **Gewicht oder Essverhalten nicht ins Zentrum** des Gesprächs zu rücken und nicht den Versuch zu unternehmen eine Diagnose festzustellen. Vielmehr können auf Unterstützungsmöglichkeiten wie ein **gemeinsames Gespräch mit den Eltern und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten** hingewiesen werden (siehe weiterführende Links, Anlaufstellen in Kapitel 6.2). Betroffene Schülerinnen und Schüler können motiviert werden, angebotene Hilfe anzunehmen. Gleichzeitig gilt es zu bedenken, dass unter Umständen schulische **Anforderungen an den Gesundheitszustand betroffener Schülerinnen und Schüler angepasst** werden sollten, beispielsweise durch den Ausschluss von sportlichen Aktivitäten im Rahmen des Unterrichts im Falle von kritischem Untergewicht. Hieraus ergibt sich für die betroffenen Schülerinnen und Schüler, sowie deren Eltern meist auch das erste Mal die klare Notwendigkeit eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen, um den Ausschluss von sportlichen Aktivitäten wieder aufheben zu können. Die Handreichung „Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein“ der Stiftung „Sport in der Schule“ Baden-Württemberg empfiehlt bei akuter Erkrankung und einem **Body-Mass-Index (BMI) unter der dritten Perzentile eine Teilnahme am Sportunterricht abzulehnen**. Im Falle einer teil- oder vollstationären Behandlung kann es Betroffenen helfen, wenn sie selbst entscheiden können, ob sie nach einem Klinikaufenthalt über ihre Abwesenheit und Erkrankung sprechen möchten oder nicht. Gleichzeitig sollte immer versucht werden, betroffene Schülerinnen und Schüler nach ihrer Rückkehr wieder **gut in die Klassengemeinschaft zu integrieren**.



Weiterführende Links und Literatur

Flyer des Bundesministeriums für Gesundheit mit Informationen zu Essstörungen für Lehrkräfte:

- www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Flyer_Poster_etc/Flyer_Esstörungen_Multiplikatoren_2018.pdf

Websites mit Informationen zu Essstörungen, einem Quick-Check und einem Body-Mass-Index-Rechner:

- www.bzga-essstoerungen.de
- www.bundesfachverbandessstoerungen.de

Handreichung „Essstörungen“ des Informationsdienstes zur Suchtprävention:

- <http://praevention-in-der-schule-bw.de/.Lde/Startseite/Medien/Informationsdienste>

Handreichung „Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein“ der Stiftung „Sport in der Schule“ Baden-Württemberg:

- <https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/unterricht/faecher/sport/sport-unterrichtsmaterial/fachthemen>

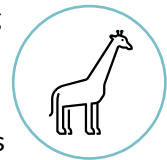
Gewalt und destruktive Aggression

Gewalt und destruktive Aggression treten häufig in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens auf. Vorfälle von Gewalt, bei denen einer Person psychische oder physische Verletzungen zugefügt werden oder durch die Schäden an Gegenständen entstehen, haben ihre Ursachen häufig in komplexen Ursachen- und Bedingungsgefügen. Diese werden durch verschiedene Faktoren wie beispielsweise innerfamiliäre Gewalterfahrungen, soziale Benachteiligungen, Perspektiv- oder Orientierungslosigkeit, Leistungsdruck, Versagensängste oder fehlende unterstützende Bindungen begünstigt. Im Umgang mit

Schülerinnen und Schülern mit entsprechenden Auffälligkeiten kann während eines Konflikts, der außer Kontrolle zu geraten droht, zur Deeskalation wie folgt vorgegangen werden:

- Das Wichtigste ist, möglichst früh zu **intervenieren**. Denn je früher interveniert und Streit geschlichtet wird, desto wahrscheinlicher kann eine Eskalation verhindert werden. Dies kann beispielsweise bedeuten, **gefährliche oder bedrohliche Gegenstände grundsätzlich nicht zu dulden** und gegebenenfalls ein **Einzelgespräch** zu führen, indem mögliche Konsequenzen und Vorgehensweisen klar kommuniziert werden. Ebenso kann es bedeuten, **Hinweisen** oder Wahrnehmungen von gewalttätigen Tendenzen möglichst **frühzeitig nachzugehen**.
- Tritt jedoch eine Eskalation ein ist es wichtig, trotz möglicherweise aufkommender unangenehmer Gefühle hinzusehen, sich einzumischen, konsequent zu handeln und Vorfälle nicht zu ignorieren oder in ihrer Bedeutung herunterzustufen. **Gewalttätiges Verhalten sollte unmittelbar unterbunden werden**, um (weiteren) Schaden zu verhindern. Es empfiehlt sich, durch eine **bestimmte und ausreichende laute Aufforderung** einzugreifen: „*Was ist hier los? Gewalt tolerieren wir hier nicht*“. Pädagogisches Verständnis hat in einer kritischen Situation wie bei Gewaltvorfällen in der Regel keinen Raum.
- Sollte ein Einschreiten im Konfliktfall notwendig werden, empfiehlt es sich nach außen eine **möglichst gelassene Körperhaltung** zu wahren und **distanziert und sachlich** zu bleiben. Regelverletzendes Verhalten sollte möglichst nicht persönlich aufgefasst werden, damit sich Konflikte nicht von der Inhalts- auf die Beziehungsebene verschieben.
- Werden Aufforderungen verweigert und bestehen anhaltende Spannungen, kann das Bestehen auf die Regeleinhaltung **ruhig und ohne Grundsatzdiskussionen wiederholt** werden. Es kann durch **Verweis auf die unmissverständlichen Schul- bzw. Klassenregeln zum gewaltfreien Umgang** deutlich an die bestehenden Grenzen erinnert werden. Zudem kann auch eine persönliche Bewertung der Situation oder des Verhaltens – nicht der Person – kommuniziert werden, z. B. „*Ich toleriere ein solches Verhalten nicht*“. Die **beteiligten Schülerinnen und Schüler** sollten **räumlich getrennt** werden, um alle Personen in der Situation vor Androhungen oder weiterer Gewalt zu schützen.
- Wichtig ist weiterhin, dass gewalttätiges Verhalten Konsequenzen nach sich zieht. Den betreffenden Personen kann deutlich gemacht werden, dass sie und ihr Handeln ernst genommen werden und sie die **Verantwortung dafür** übernehmen müssen: „*Was jemand sagt und tut, nehme ich ernst. Das ist kein Scherz oder Spaß und hat entsprechende Konsequenzen*“. Dennoch sollte eine **Bloßstellung** durch zu viel Druck **vermieden** werden, um keinen erneut eskalierenden Widerstand zu riskieren. Ist eine Situation emotional sehr aufgeheizt, kann es sinnvoll sein, das Vorkommnis erst nach einer Auszeit zu besprechen. **Konsequenzen eines regelverletzenden Verhaltens** müssen **umsetzbar** sein z. B. Ausschluss aus dem Unterricht. Optimalerweise existieren vorab festgelegte Konsequenzen für regelverletzendes Verhalten. Erfordert hingegen eine Situation aufgrund fehlender Regelungen spontan eine Sanktionierung kann von der Täterin oder dem Täter ein Vorschlag für die Wiedergutmachung eingefordert werden. Um sich als Lehrkraft selbst Zeit zu verschaffen, kann die Täterin oder der Täter auch zunächst zur Selbstreflexion über die Tat angehalten werden. Ist es nicht möglich, Konsequenzen direkt umzusetzen, können diese **zumindest angekündigt** und notfalls deren Inhalt offengelassen werden: „*Das hat Konsequenzen*“.
- Um einem Wiederaufflammen der Gewalt vorzubeugen, kann gegebenenfalls die Übereinkunft zum Grundsatz des gewaltfreien Umgangs explizit eingefordert werden: „*Ist das jetzt klar?*“

Bei schwerwiegenden Vorfällen sollten **Schulleitung oder Polizei** hinzugezogen werden. Vorfälle sollten zudem z. B. im Klassenbuch **dokumentiert** und die **Eltern** sowie gegebenenfalls alle betroffenen Lehrkräfte darüber **informiert** werden. Je nach Intensität und Hintergrund des Konflikts können für deren weitere Aufarbeitung und Lösung **Streitschlichterteams** oder **weitere Unterstützungsangebote** wie die Schulsozialarbeit oder schulpsychologische Beratungsstellen für Anti-Gewalt-Maßnahmen oder Soziale-Kompetenz-Trainings eingeschaltet und beteiligte Schülerinnen und Schüler in die Konfliktlösung involviert werden. Idealerweise erlangen Lehrkräfte **Handlungssicherheit** in solch herausfordernden Situationen zunächst im geschützten Rahmen von Fortbildungen mit Übungen und Rollenspielen und haben im Rahmen dessen auch die Möglichkeit sich auf ein **einheitliches Vorgehen** zu verständigen. Ansprechpersonen für Fortbildungen sind beispielsweise **Jugendsachbearbeiterinnen und Jugendsachbearbeiter der Polizei**. Generell gilt, dass die Förderung eines gesunden Selbstwertgefühls, von Verantwortungsbewusstsein und dem Bewusstsein für Regeln eines wertschätzenden Miteinanders zur Gewaltprävention beiträgt. Eine Möglichkeit, um verbal aggressives Verhalten in der Schule zu reduzieren und die Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit zu verbessern, ist besonders bei jüngeren Kindern die „**Giraffensprache**“ nach Rosenberg (Anleitung im Anhang auf dem Arbeitsblatt „Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes“). Zum Umgang mit Gewalt an Schulen sei zudem auf die beiden Handreichungen „**Aktiv gegen Gewalt**“ und „**Aktiv für soziales Lernen**“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg verwiesen. Jede Schule besitzt darüber hinaus einen **schulspezifischen Krisenplan**, der entsprechend der „Gemeinsamen Verwaltungsvorschrift des Kultusministeriums, des Innenministeriums und des Umweltministeriums über das Verhalten an Schulen bei Gewaltvorfällen und Schadensereignissen“ erstellt werden muss.



Weiterführende Links und Literatur

Handreichung „Umgang mit aggressivem und gewaltbereitem Verhalten“ (Schmidt, 2021):

- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1288759379/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/rueckenwind/Schulpsychologische%20Beratung/Umgang%20mit%20aggressivem%20und%20gewaltbereitem%20Verhalten.pdf

Handreichung „Aktiv gegen Gewalt“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, des Innenministeriums Baden-Württemberg und des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg:

- <http://praevention-in-der-schule-bw.de/.Lde/Startseite/Medien/Aktiv+gegen+Gewalt>

Handreichung „Aktiv für soziales Lernen“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg:

- https://km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1347280343/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/KM-Homepage/Publikationen%202015.%202016%20und%202017/Aktiv_fr_soziales_Lernen_komplett.pdf

Problematische Mediennutzung

Schülerinnen und Schüler mit einer Computerspielsucht zeigen eine problematische Mediennutzung und haben häufig Defizite in der Medienkompetenz. Daher ist es hier besonders wichtig, einen **verantwortungsvollen und kompetenten Umgang mit**



Medien zu erlernen und zu stärken. Die Vermittlung entsprechender Fähigkeiten kann auch in der Schule thematisch aufgegriffen werden. Für die Vermittlung und den Austausch über Vorteile und Gefahren des Internets sowie von Medien und Mediennutzung gibt es eine Reihe unabhängiger und prämiierter Plattformen mit Informationen und Unterrichtsmaterialien. Viele der Materialien können kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden. Ideen wie ein **Surfschein** als Führerschein für das Internet, **Klassenchat-Regeln**, ein **Kartenspiel mit „Real-Life-Challenges“** und ein **Mediennutzungsvertrag zwischen Eltern und ihren Kindern** ermöglichen auf diesen Plattformen ein spielerisches und interaktives Erlernen von Medienkompetenzen. Ergänzend bietet die Landesanstalt für Kommunikation Baden-Württemberg (LFK) an, sich als Schule um die Teilnahme am **Projekt „Internet-ABC-Schule“** zu bewerben und dadurch Unterstützung bei der Projektumsetzung und Schulungsmaßnahmen durch Medientrainerinnen und Medientrainer zu erhalten.

Weiterführende Links und Literatur

Websites mit Informationen und Unterrichtsmaterialien zum Thema Internet und Medienkompetenz:

- www.internet-abc.de
- www.klicksafe.de
- www.mediennutzungsvertrag.de
- www.schau-hin.info

Websites mit Hilfen sowie kostenlosen und anonymen Beratungsangeboten für Betroffene und Angehörige:

- www.computersuchthilfe.info
- www.ins-netz-gehen.de
- www.juuuport.de

Handreichung „Neue Medien“ des Informationsdienstes zur Suchtprävention:

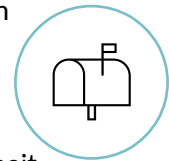
- <http://praevention-in-der-schule-bw.de/.Lde/Startseite/Medien/Informationsdienste>

Mobbing

Für die Reintegration nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt ist die Akzeptanz durch die Mitschülerinnen und Mitschüler von großer Bedeutung. Gleichzeitig sind Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen oftmals besonders gefährdet, diskriminiert oder gemobbt zu werden. Daher ist eine **Sensibilisierung zu dieser Thematik sehr wichtig**. Von Mobbing spricht man, wenn wiederholt und über einen längeren Zeitraum Personen absichtlich physisch oder psychisch schikaniert werden. Es betrifft in Deutschland gemäß der PISA-Studie etwa 16 Prozent aller Schülerinnen und Schüler. Mobbing kann sich **direkt verbal** (z. B. durch Abwertung oder Einschüchterung) oder **körperlich** (z. B. durch Gewalt oder Beschädigungen) als auch **indirekt** (z. B. durch Ausgrenzung, Bloßstellen oder Gerüchte) äußern und ist ein Risikofaktor für Suizidalität. Die **Folgen für Betroffene sind meist gravierend**: Ständige Angst und Stress, Gefühle von Unzulänglichkeit und geringem Selbstwert, Aggressivität, Misstrauen, Wut, Unruhe, Schlaflosigkeit, Fehlzeiten sowie psychosomatische und/oder psychische Beschwerden. Die Folgen sind meist derart gravierend, da Mobbing einen Konflikt mit ungleichen Machtverhältnissen darstellt, der die Menschenwürde und das Grundrecht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf Leben und körperliche Unversehrtheit verletzt. Daher sollte Mobbing

nicht übersehen und **keinesfalls verharmlost** werden. Um Mobbing zu beenden, benötigen Betroffene häufig die Unterstützung anderer. Zudem erschwert Mobbing die Ausbildung einer guten Klassengemeinschaft, da unter Umständen ständig die latente Angst vorherrscht, selbst zum Opfer zu werden. **Mobbing schadet somit der gesamten Klasse und verhindert eine geschützte und entspannte Lernatmosphäre.** Schnell, klar und reflektiert einzugreifen ist daher wichtig. Folgendes kann beispielsweise getan werden:

- An Betroffene sollte zunächst unbedingt vermittelt werden, dass sie keine Schuld trifft und sie sich nicht schämen müssen, sondern **absolut in Ordnung sind, so wie sie sind.** Es sollte dazu ermutigt werden, sich, **wann immer nötig, Hilfe bei Erwachsenen** zu holen. Gut ist auch zu besprechen, dass Hilfe holen kein Petzen ist.
- Unmittelbar und konkret kann es Betroffenen helfen, sich in Mobbing-situationen innerlich **bestärkende Sätze**, wie z. B. „*Ich bin gut so wie ich bin*“ zu sagen oder ein **Mobbing- und Erfolgstagebuch** zu führen. Im Mobbingtagebuch können Datum und Vorkommnisse aufgeschrieben werden. Im Erfolgstagebuch werden positive oder mutmachende Situationen und Reaktionen der Gegenwehr festgehalten. Das Mobbingtagebuch kann Betroffenen helfen, ein klareres Bild zu erlangen und Situationen leichter zu schildern, da Mobbing meist sukzessiv beginnt und erst in der Gesamtheit der Taten deutlich wird. Außerdem kann es helfen, weniger darüber zu grübeln.
- Gut ist es auch in der Klasse deutlich zu machen, was Mobbing ist und was in Notsituationen zu tun ist (**Notfallplan**). In diesem Zusammenhang kann auch eine **E-Mail-Adresse** oder ein **„Kummerkasten“** für Notsituationen etabliert werden.
- Die zwingend ernstzunehmende und nicht als Scherz oder Spiel zu verharmlosende **Problematik kann bewusst gemacht** („*Etwas stimmt hier nicht*“) und Betroffenheit erzeugt werden („*Jemand braucht Hilfe*“) – möglichst ohne Schuldzuweisungen. Mobber können ihr Problem erkennen, ein Opfer zu brauchen, das Umfeld seine Mitverantwortung. Das Ziel ist es, dass Unbeteiligte bereit sind, aktiv Verantwortung zu übernehmen und mit geeigneten Maßnahmen zu helfen.
- Hilfreich können auch **abgestimmte Gespräche** oder **Anti-Mobbing-Maßnahmen** in der Schule sein, wie beispielsweise das Olweus-Mobbing-Präventions-Programm, der No-Blame-Approach oder eine Mediation. Lösungsansätze sollten sich hier immer am individuellen Fall und den unterschiedlichen Gründen für das Mobbing orientieren.
- Ebenso ist es hilfreich, die **Kommunikation und das soziale Klima** in der Klassengemeinschaft zu **verbessern.** Mittels **Fragebögen** kann ein Eindruck aus Sicht der Schülerinnen und Schülern zum Klassenklima und zu möglichem Mobbing gewonnen werden.



Grundsätzlich gilt, dass in einer wertschätzenden Atmosphäre mit einem freundlichen und respektvollen Umgangston sowie klaren Verhaltensregeln Mobbing weniger wahrscheinlich ist. Setzen sich Lehrkräfte konsequent dafür ein, leisten sie einen enormen Beitrag.

Weiterführende Links und Literatur

Interaktive Tafelbilder und Arbeitsblätter der Bundeszentrale für Politische Bildung zum Thema Mobbing:

- www.hanisauland.de/node/116321
- www.bpb.de/shop/lernen/themenblaetter/157343/mobbing-in-der-schule

Arbeitsblätter für den Unterricht zum Thema Mobbing und Fragebogen zur Erfassung des Klassenklimas:

- www.mobbing-schluss-damit.de/schule/die-arbeitsboegen

Websites mit Informationen zum Thema Mobbing für Betroffene, Angehörige und Lehrkräfte:

- www.bpb.de/lernen/grafstat/mobbing
- www.polizeifürdich.de/deine-themen/gewalt/mobbing/
- www.elternratgeber-internet.de/schwerpunkte/cyber-mobbing
- www.geo.de/wissen/21820-rtkl-ausgrenzung-und-gewalt-mobbing-der-schule-was-eltern-und-lehrer-tun-koennen

Schulabsentismus

Sich wiederholender Schulabsentismus kann mit psychischen Erkrankungen zusammenhängen, beispielsweise aufgrund zugrundeliegender Ängste, verweigerter Anstrengungsbereitschaft oder Dissozialität. Viele Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen besitzen die Tendenz, sich sozial zurückzuziehen und den Schulbesuch zu vermeiden oder zu verweigern. Doch ist insbesondere die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs eine wichtige Voraussetzung für Schülerinnen und Schüler, gut integriert zu werden, besonders auch nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt. Es ist daher sinnvoll, die Thematik Schulabsentismus nicht zu ignorieren, sondern zu versuchen in einem Zweiergespräch mit der Schülerin oder dem Schüler möglichst ohne Leistungsanforderungen **Interesse dafür zu zeigen, was für den Absentismus ursächlich ist und welche Erfordernisse für einen regelmäßigen Schulbesuch notwendig sind**. Eine zunächst **niedrig festgelegte**, flexibel und individuell auf die Bedürfnisse der Schülerin und des Schülers angepasste **Schwelle** für regelmäßige Anwesenheit kann helfen, Schulabsentismus zu beenden, notfalls mit vorübergehend auch nur stundenweisen Schulbesuchen. Häufig sind **Montage und erste Schultage nach den Ferien** besonders herausfordernd und **ermutigende oder positive Rückmeldungen** wirken an diesen Tagen besonders erleichternd für Betroffene. Hilfreich ist es zudem, die **Anwesenheit in der Schule zu verstärken** oder zu belohnen und die Rückkehr nach Fehlzeiten positiv zu gestalten. Ein **Nachteilsausgleich** kann zusätzlich unterstützend wirken, damit die Schülerin oder der Schüler den verpassten Lernstoff nachholen kann, ohne dass sich schulische Ängste und Ablehnung durch schlechte Leistungen direkt erneut verstärken. Dabei kann immer wieder betont werden, dass sowohl den Lehrkräften als auch den Mitschülerinnen und Mitschülern **viel daran liegt, dass die Schülerin oder der Schüler den Unterricht besucht**. Handlungsstrategien wie gegebenenfalls auch ein **Hausbesuch**, um die Zeit der Schulabwesenheit zu stören, können in einer **Klassenkonferenz** diskutiert werden. Die nachfolgende Tabelle stellt schematisch dar, welche Handlungsschritte von wem in Abhängigkeit des Ausmaßes an Schulabsentismus ergriffen werden können:



	Handlungsschritte	Verantwortung und Kooperation
Basis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulpflicht begründen und Entschuldigungspraxis für Fehlzeiten erläutern ▪ Erfassung und Auswertung von Fehlzeiten 	Klassenlehrkraft
Erste Auffälligkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit der Schülerin oder dem Schüler sowie den Eltern und innerhalb der Schule Fehlzeiten und Entschuldigungen besprechen 	Klassenlehrkraft oder Lehrkraft mit Bezug zur/zum Betroffenen
Anhaltende Auffälligkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Elterngespräch Vereinbarungen treffen und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen ▪ In der Klassenkonferenz gemeinsam Handlungsstrategien beschließen 	Schulleitung, Klassenlehrkraft Ggf. Kooperation mit: Beratungslehrkraft, Schulsozialarbeit, Kinderarzt, Beratungsstellen
Weitere Auffälligkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elterngespräch in „offiziellerem“ Rahmen mit Betonung der Konsequenzen bei weiteren Auffälligkeiten und bei Ablehnung von Unterstützungsmöglichkeiten 	Schulleitung und Klassenlehrkraft Ggf. Kooperation mit: Schulaufsicht, Gesundheitsamt, Kliniken, therapeutischem Fachpersonal, Jugendamt, Polizei
Vollständiger Schulabsentismus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationen zusammentragen, um weitere Maßnahmen entsprechend der Schulbesuchsverordnung und dem Schulgesetz einzuleiten 	Schulleitung, Jugendamt Ggf. Kooperation mit bereits involvierten externen Hilfssystemen

Adaptiert nach Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2015). *Schulabsentismus - Eine Handlungshilfe für Schulen.*

Insbesondere wenn die Schule die Problematik nicht zeitnah lösen kann, können mit der betroffenen Schülerin oder dem betroffenen Schüler und den Eltern **professionelle Unterstützungsmöglichkeiten** (siehe auch Kapitel 6.2) besprochen und Vereinbarungen zum Schulbesuch getroffen werden. Jugendliche können sich hier ernst genommen fühlen, wenn man sie für getroffene Vereinbarungen als „Vertragspartner“ ansieht. Vor allem die Eltern stehen neben der Schule für die Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen in der Verantwortung und können aufgefordert und unterstützt werden, diese Verantwortung wahrzunehmen. In seltenen Fällen kommt es dazu, dass Eltern ein klärendes Gespräch oder zielführende Absprachen ganz ablehnen. Im Extremfall muss dann bewertet werden, ob eine **Kindeswohlgefährdung** vorliegt (siehe auch Kapitel 6.1 und „Checkliste Kinderschutz“ im Anhang).

Weiterführende Links und Literatur

Flyer des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg zum Thema Schulabsentismus:

- www.km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-mannheim/pdf/2015-07-22_Schulabsentismus_Schulen_KM%20.pdf

Handreichung „Schulabsentismus: Wenn Kinder und Jugendliche der Schule fernbleiben“ (Wolber, Kreuz-Summ, Baudis & Theurer, 2021)

- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E578531937/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/rueckenwind/Schulpsychologische%20Beratung/Schulabsentismus%20-%20Wenn%20Kinder%20und%20Juge....pdf

Beiträge zum Thema Schulabsentismus:

- www.familienhandbuch.de/kita/schule/probleme/NullBockaufSchule.php
- www.familienhandbuch.de/kita/schule/probleme/MeinKindschwaenzl.php

Schulische Ängste wie Trennungs-, Leistungs- und soziale Ängste

Eine Ursache für erhöhte Fehlzeiten in der Schule, für ein Gefühl fehlender Einbindung in die Klassengemeinschaft oder für vermehrte schulische Konflikte können Angststörungen sein. Häufig treten die Ängste hier in Verbindung mit Bewertungen, Prüfungen, Überforderung, Mobbing, schwierigen Lehrer-Schüler-Beziehungen oder der Trennung von Bezugspersonen auf. Wenn möglich sollten **Auslöser für Ängste ausfindig gemacht und angegangen** werden. Besteht der Verdacht auf Überforderung kann diesem beispielsweise durch eine Intelligenzdiagnostik und die Prüfung von Leistungsdefiziten in bestimmten Teilbereichen nachgegangen werden. Besteht eine deutliche Überforderung, kann auch die Teilnahme an Lern- und Förderkursen, eine Klassenwiederholung oder ein Schulartwechsel in Erwägung gezogen werden. Im Falle von Ängsten aufgrund von Mobbing sollten entsprechende Anti-Mobbing- oder Anti-Gewalt-Maßnahmen durchgeführt werden (siehe hierzu Abschnitt Mobbing in diesem Kapitel). Durch **Entspannungsübungen im Unterricht** (siehe Kapitel 2.2), die Vermittlung von **Lernstrategien** zur Prüfungsvorbereitung oder mit **gezielten Informationen** zur Notengebung und zum relevanten Unterrichtsstoff für Klassenarbeiten können zum Beispiel Ängste vor Prüfungen verringert werden. Unabhängig von den Auslösern der Ängste sind die **Vermittlung von Vertrauen, Transparenz und Sicherheit** sowie die **Rückmeldung von Stärken und Erfolgen** zur Steigerung des Selbstvertrauens und der **Beziehungsaufbau** zwischen Lehrkraft und betroffener Schülerin oder Schüler in diesem Fall enorm wichtig (siehe auch Kapitel 5.2). In jedem Fall empfiehlt sich zudem eine **enge Kooperation mit den Eltern**, gegebenenfalls **individuelle Absprachen** und das in Betracht ziehen von weiteren **inner- und außerschulischen Hilfsangeboten**, besonders wenn die betroffene Person die Schule nur noch eingeschränkt besuchen kann.



Weiterführende Links und Literatur

Handreichung „Umgang mit Ängsten“ (Stallmann, 2021)

- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E1680911326/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/rueckenwind/Schulpsychologische%20Beratung/Umgang%20mit%20Aengsten.pdf

Handreichung „Umgang mit Prüfungsängsten“ (Gschwender, 2021)

- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-79075905/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/rueckenwind/Schulpsychologische%20Beratung/Umgang%20mit%20Pruefungsaengsten.pdf

Website zum Thema Angst des Vereins Irrsinnig menschlich e.V.:

- www.irrsinnig-menschlich.de/hilfe/angst/

Arbeitsblätter zum Thema Stress und Angst der vom Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation geförderten Jugendseite „feel-ok“:

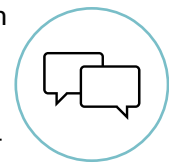
- www.feelok.de/de_DE/schule/themen/stress/stress.cfm

Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität

Das Vorgehen im Falle von selbstverletzendem Verhalten oder Suizidalität von Schülerinnen und Schülern ist an dieser Stelle vollständigheitshalber genannt, jedoch ein schwerwiegenderer Bereich als die bisher beschriebenen, weshalb Handlungsmöglichkeiten hierzu im separaten **Kapitel 4.2 „Was tun in akuten psychischen Krisen?“** beschrieben sind. Weiterführende Links und Literaturhinweise zu dieser Thematik sind am Ende von Kapitel 4.2 aufgelistet.

Sozialer Rückzug

Zieht sich eine Schülerin oder ein Schüler über einen längeren Zeitraum sozial zurück, kann eine psychische Erkrankung wie zum Beispiel eine Depression dahinterstehen. In diesem Fall kann es angebracht und hilfreich sein, der Schülerin oder dem Schüler ein **Gespräch** anzubieten (siehe hierzu auch Kapitel 6.1) mit dem Ziel das **Vertrauen der Schülerin oder des Schülers in die eigenen Fähigkeiten zu stärken**. Hierzu können beispielsweise Freiarbeitsphasen mit Entscheidungsspielräumen, Aufgaben ohne Zeitdruck, Sonder- oder gestalterische Aufgaben genutzt werden. Grundsätzlich gilt es, **Stärken zu betonen** und auch **kleine Erfolge anzuerkennen und zu verstärken**. Es ist sinnvoll, auch die **Einbindung** der betroffenen Schülerin bzw. des betroffenen Schülers in die Klassengemeinschaft zu stärken, zum Beispiel durch Arbeiten in Kleingruppen, ein gemeinsames Klassenprojekt oder ein Spiel zur Stärkung des Klassenverbandes (siehe auch Arbeitsblatt „Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes“ im Anhang).



Weiterführende Links und Literatur

Factsheet zum Thema Depression für Lehrkräfte des Diskussionsforums Depression e.V.:

- https://downloads.fideo.de/factsheet_schule.pdf

Informationen zum Thema Depression auf der Website der Stiftung Deutsche Depressionshilfe:

- <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter>

2.4 Welche Rahmenbedingungen Sie unterstützen können

Die folgenden Abschnitte geben Beispiele für förderliche Rahmenbedingungen innerhalb schulischer Strukturen, die helfen können, eine geeignete Lernatmosphäre zu gestalten und Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen beim Lernen in der Schule zu unterstützen:

Schul- und Klassenregeln

Schul- und Klassenregeln legen fest, welches Verhalten im schulischen Miteinander erwünscht ist. Wie unter 2.2 beschrieben, ist diese Orientierung für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen besonders wichtig, insbesondere, wenn sie sich nur schwer selbst strukturieren können und viel Struktur von außen benötigen. Das Merkblatt „Vier Tipps für das Aufstellen von Regeln“ und eine Beispielvorgabe „Regeln im Klassenraum“ befinden sich im Anhang. Da Regeln nur greifen, wenn ein Konsens dafür besteht und konsequent für die entsprechende Einhaltung gesorgt wird, sollten diese im Schulhaus oder Klassenzimmer für jeden gut sichtbar angebracht werden.

Anordnung der Tische und Sitzordnung im Klassenzimmer

Empfehlenswert sind eine Anordnung der Tische und eine Sitzordnung im Klassenzimmer, bei der möglichst alle Schülerinnen und Schüler im Blick behalten werden können und die eine schnelle und unkomplizierte Umstellung zwischen frontalem Unterrichten und Gruppenarbeitsphasen ermöglicht. Es kann für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen unterstützend sein, möglichst in der Nähe der Lehrkraft zu sitzen, damit diese sie bei Bedarf gezielt unterstützen und unmittelbar Rückmeldung geben kann. Da die Bedürfnisse jeder Schülerin und jedes Schülers jedoch individuell sind, empfiehlt es sich mit betroffenen Schülerinnen und Schülern ins Gespräch darüber zu kommen, welche Maßnahmen als unterstützend erlebt würden. In manchen Fällen lohnt es sich auch, Schülerinnen und Schüler mit Modell- oder Vorbildfunktion als Sitznachbarn zu wählen. Während Stillarbeitsphasen kann es zudem hilfreich sein, Schülerinnen und Schülern Möglichkeiten anzubieten, Ablenkung zu reduzieren, beispielsweise durch einen separaten Sitzplatz oder Hilfsmittel wie Kopfhörer, Ohrstöpsel oder einen Sichtschutz.

Transparenz und Ankündigung von Veränderungen

Sicherheit und Entlastung entstehen besonders für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen auch durch Transparenz und die Ankündigung von Veränderungen. Es empfiehlt sich daher, Veränderungen im Schulalltag (z. B. durch die Sitzordnung, Vertretungsstunden oder Schulfahrten) anzukündigen, zu erklären, gegebenenfalls bestärkende Handlungsanweisungen zu geben und Unterstützung anzubieten.

Strukturierung des Klassenzimmers sowie von Tages- und Arbeitsabläufen

Die Strukturierung des Klassenzimmers sowie von Tages- und Arbeitsabläufen erleichtert konzentriertes und zielgerichtetes Lernen enorm, insbesondere auch für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen. Beispielsweise reduzieren geschlossene Schränke mit kleinen Bildern und Beschriftungen zum Schrankinhalt die Ablenkung im Klassenzimmer im Vergleich zu offenen Schränken. Ablagefächer und Farbsysteme erleichtern einen Überblick und die Zuordnung zu verschiedenen Fächern. Ablauf-, Tages- und Wochenpläne gliedern Aufgaben in überschaubare Zeiträume. Rituale mit akustischen oder visuellen Signalen legen einen klaren Start oder ein klares Ende fest. Visualisierungen und Zeitgeber wie eine Sand-, Stopp- oder Wanduhr verdeutlichen, welches die aktuelle Arbeitsphase ist und wie viel Zeit hierfür noch verbleibt. Checklisten helfen, um Aufgaben sorgfältig durchzuführen und auf vermeidbare Fehler hin zu überprüfen. Unterrichtsmaterialien und Instruktionen auf Wesentliches zu reduzieren und übersichtlich zu gestalten, fokussiert die Aufmerksamkeit. Daher sind kurze, einzelne und bewältigbare Arbeitsaufträge, in denen Wichtiges fett oder unterstrichen hervorgehoben ist, besser als mehrere Arbeitsaufträge auf einmal. Arbeitsblätter können hierfür gegebenenfalls einfach durchgeschnitten werden. Ferner sollten Schülerinnen und

Schüler wissen, was sie tun sollen, wenn sie mit einer Aufgabe fertig sind oder Hilfe benötigen. Musik, ein Wettlauf gegen die Zeit oder kleine Belohnungen für die Gruppe oder Kleingruppen motivieren, wenn der Arbeitsplatz am Ende der Unterrichtsstunde aufgeräumt werden muss.

Kollegiale Fallbesprechungsgruppen

Die Etablierung einer regelmäßigen Fallbesprechungsgruppe kann entlastend, hilfreich und motivierend sein, um schwierige Fälle oder Unterrichtssituationen im Zusammenhang mit Schülerinnen und Schülern mit psychischen Erkrankungen lösungsorientiert zu reflektieren. Der strukturierte Austausch mit vertrauten Kolleginnen und Kollegen im Rahmen einer solchen Gruppe bündelt Kompetenzen und Erfahrungen, kann neue Perspektiven eröffnen, Lösungsansätze generieren, schulische Strukturen weiterentwickeln und gegenseitiges Verständnis sowie die gemeinsame Arbeit als Team fördern. Zudem können Kolleginnen und Kollegen im Fall von Krisensituationen konkreter Unterstützung leisten, da sie bereits Kenntnisse über den Fall besitzen. Regelmäßige Fallbesprechungen ermöglichen dabei, Fälle im Verlauf weiterzuverfolgen und erarbeitete Lösungsansätze auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen sowie die Hemmschwelle, Fälle einzubringen oder sich der Gruppe zu öffnen, abzubauen. Ein Leitfaden zur Strukturierung sowie mögliche Fragen, die in Vorbereitung auf eine Fallbesprechung hilfreich sein können, finden sich beispielsweise in folgendem Buch:

- <https://www.schule-bw.de/themen-und-impulse/uebergreifende-foerderangebote/materialsammlung/materialsammlung.pdf#page=41>

Beobachtungsbögen zur Selbstreflexion

Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen haben oftmals das Gefühl, anderen zur Last zu fallen und die Wahrnehmung, für andere nicht wichtig zu sein. Daher können ein Rückmeldesystem und die damit verbundene Haltung „Meiner Lehrkraft liegt etwas an mir“ hilfreich sein. Eine Möglichkeit Feedback zu geben sind Beobachtungsbögen, auf denen die Schülerinnen und Schüler ihr eigenes Verhalten beurteilen können. In einem Beobachtungsbogen kann zu verschiedenen Bereichen (z. B. Anwesenheit, Mitarbeit, Regeleinhaltung, Umgang mit Lehrkräften und mit Mitschülerinnen und Mitschülern) eine aktuelle Einschätzung (z. B. sehr gut: ++, gut: +, mal so mal so: o, nicht so gut: -) und Veränderung (z. B. besser: ↑, gleich: =, schlechter: ↓) festgehalten werden. In kurzen, regelmäßigen (z. B. wöchentlichen oder monatlichen) Rückmeldegesprächen zwischen der Lehrkraft und der Schülerin oder dem Schüler kann diese Einschätzung dann zur Verstärkung von erwünschtem Verhalten und Rückmeldung von Erfolgen, gegebenenfalls aber auch zur Besprechung und Reflexion von unerwünschtem (z. B. aggressivem) Verhalten genutzt werden. Wichtig ist dabei, im Gespräch eine wertschätzende Haltung einzunehmen und klar zwischen der Person und ihren möglicherweise problematischen Verhaltensweisen zu unterscheiden. Eine Beispielvorgabe für einen Beobachtungsbogen befindet sich im Anhang.

Nachteilsausgleich

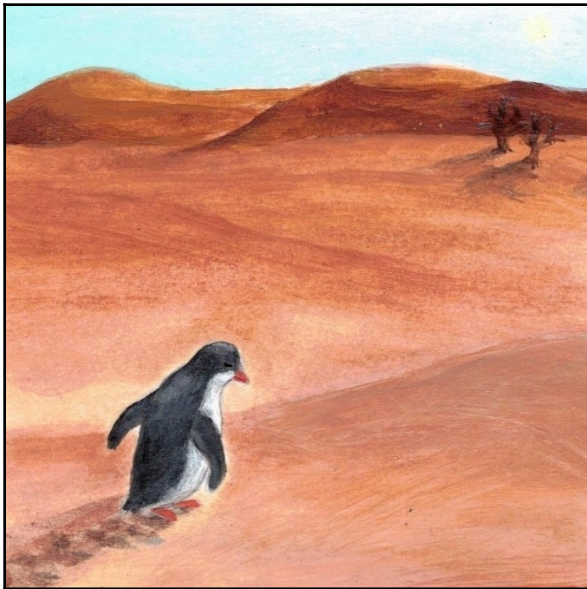
Ein Nachteilsausgleich ermöglicht unter Beibehaltung des Anforderungsprofils Hilfen, damit Schülerinnen und Schüler mit besonderem Förderbedarf die Möglichkeit haben, den Anforderungen zu entsprechen. Es liegt die Annahme zugrunde, dass die betroffenen Schülerinnen und Schüler dem Anforderungsprofil zwar grundsätzlich entsprechen, jedoch die Anforderungen, beispielsweise aufgrund einer Erkrankung, aktuell nicht ohne Hilfen erfüllen können. Im Falle von deutlichen

Konzentrationschwierigkeiten, wie sie zum Beispiel im Rahmen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder einer Depression auftreten können, kann es sich beispielsweise anbieten, bei Aufgaben oder Prüfungen einen reizarmen Sitzplatz oder mehr Arbeitszeit zu ermöglichen. Ein Nachteilsausgleich ermöglicht verschiedene Hilfen im Unterricht sowie bei Leistungsüberprüfungen einschließlich im Abitur. Die Hilfen sind immer in Rücksprache mit betroffenen Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern auf den Einzelfall anzupassen. Grundsätzlich unterschieden werden technische Hilfen (z. B. Nutzung eines Laptops), schulorganisatorische Maßnahmen (z. B. mehr Arbeitszeit, Klassenarbeit in separatem Raum, Rückzugsmöglichkeiten durch Verlassen des Raums, passender Sitzplatz, Pausen im Klassenzimmer oder in der Schulbibliothek) und didaktisch-methodische Maßnahmen (z. B. reduzierter Umfang bei (Haus-)Aufgaben, zurückhaltende oder andere Gewichtung von Leistungen in schriftlicher, mündlicher und praktischer Form, Einzel- statt Gruppenarbeit, Checkliste zu speziellen Arten von Aufgaben). Die Entscheidung für oder gegen einen Nachteilsausgleich liegt bei der Klassenkonferenz und ist für alle Lehrkräfte bindend. Der Nachteilsausgleich wird nicht im Zeugnis vermerkt. Für seine Gewährung ist eine Diagnose oder ein Attest nicht zwingend notwendig. Die rechtlichen Grundlagen zum Nachteilsausgleich finden sich in der Verwaltungsvorschrift „Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.

Weiterführende Links zu möglichen Maßnahmen im Rahmen des Nachteilsausgleichs:

- https://rp.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/RP-Internet/Tuebingen/Abteilung_7/Fordern_und_Foerdern/DocumentLibraries/Documents/Nachteilsausgleich.pdf
- http://schulamt-tuebingen.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-830296229/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-tuebingen/Unterst%C3%BCtzung-Beratung/Lese-Rechtschreibschw%C3%A4che/Ma%C3%9Fnahmen%20des%20Nachteilsausgleichs%20allgemein.pdf

Um alle Schülerinnen und Schüler möglichst gerecht zu behandeln, bedarf es unter anderem der Berücksichtigung ihrer jeweiligen Möglichkeiten sowie individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen und der Anpassung von Anforderungen daran im Rahmen schulischer Handlungsspielräume. Das umfasst die Berücksichtigung von körperlichen Einschränkungen wie beispielsweise angeborene Fehlbildungen oder Seh- und Hörminderungen ebenso wie die Berücksichtigung von Erkrankungen, wie beispielsweise durch Krebs oder eine schwere Depression. Der nachfolgende Cartoon verbildlicht eine Geschichte von Eckart von Hirschhausen, in der er von seinem vorschnellen, absprechenden Urteil über einen Pinguin erzählt, nachdem er diesen eine Zeit lang an Land beobachtet hatte und davon, wie die Beobachtung des Pinguins im Wasser seine Einschätzung vollständig umkehrte. Die Geschichte und der Cartoon verdeutlichen die Wichtigkeit des Umfelds für ein Lebewesen in Bezug darauf, ob seine Fähigkeiten und Stärken überhaupt zur Geltung kommen können. Die Schule kann insbesondere auch Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen die Chance bieten, ihre Individualität sowie ihre unterschiedlichen Fähigkeiten und Begabungen – ihr Element – zu entdecken, mit dem Wissen und dem Recht, nicht jederzeit und überall in gleichem Maße gut sein zu müssen, sondern vielfältig und verschieden sein zu dürfen.



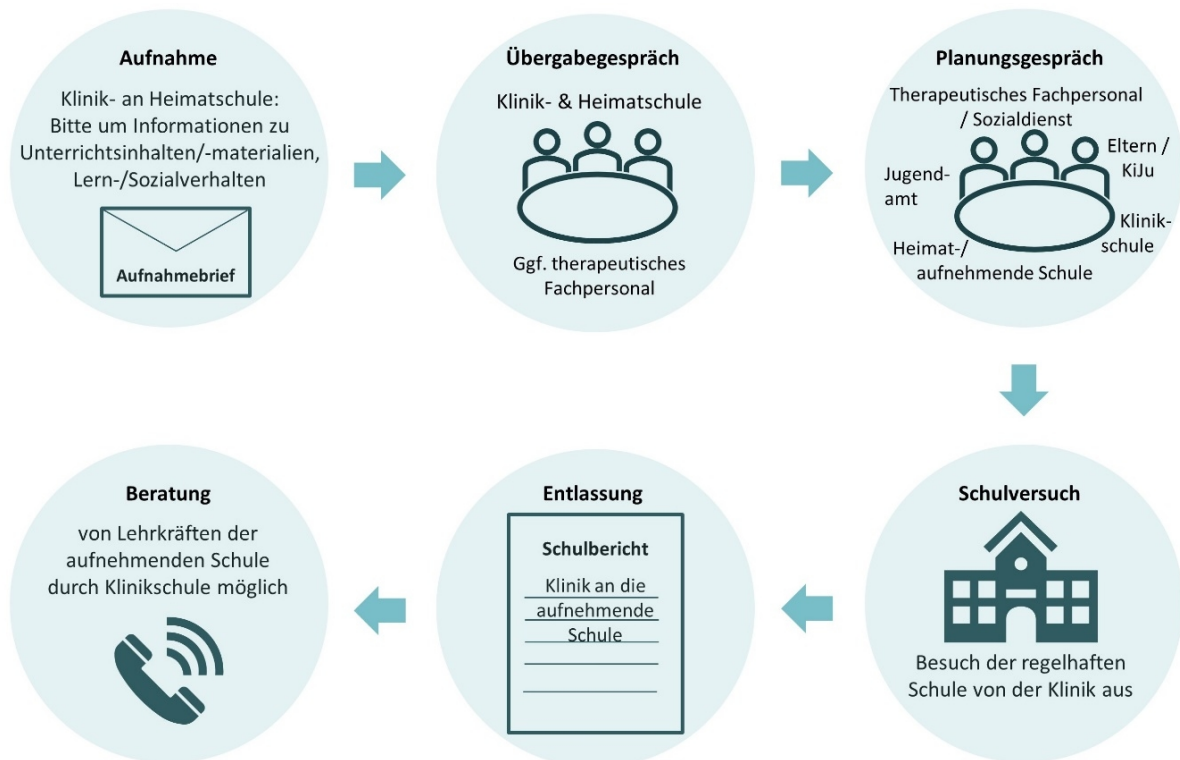
Eine Fehlkonstruktion?



... im eigenen Element!

3 Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule

Wie die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung abläuft, kann sich je nach Schulamt und Klinik unterscheiden. Im Folgenden ist beispielhaft das Vorgehen im Bereich des Staatlichen Schulamtes Tübingen beschrieben und zur Veranschaulichung schematisch dargestellt:



Auf Therapiestationen und in Tageskliniken von Kinder- und Jugendpsychiatrien können nur eine begrenzte Anzahl von Kindern und Jugendlichen gleichzeitig behandelt werden. Aufgrund der begrenzten Zahl an Behandlungsplätzen und dem gleichzeitig deutlich höheren Bedarf bestehen meist **Wartezeiten und Wartelisten** für teil- oder vollstationäre Therapieplätze. Zur Überbrückung der Zeit bis zur stationären Aufnahme können gegebenenfalls **niederschwellige Termine** in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrien oder bei niedergelassenem Fachpersonal vereinbart werden sowie weitere unterstützende Maßnahmen wie beispielsweise Schulbegleitungen (weitere Unterstützungsangebote und Anlaufstellen siehe Kapitel 6.2).

Mit dem Behandlungsbeginn und der stationären Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie schickt die Klinikschule als Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche in längerer Krankenhausbehandlung der Schule, die vor dem Klinikaufenthalt besucht wurde (Heimatschule), einen **Aufnahmebrief** und bittet um Mitteilung von Unterrichtsmaterialien und -inhalten sowie Informationen zum Lern- und Sozialverhalten. Im Anschluss erfolgt in der Regel ein **Schulübergabegespräch**, in dem sich die Klassenlehrkraft des Kindes oder Jugendlichen, eine Lehrkraft der Klinikschule und bei Bedarf auch ein Mitglied des Behandlungsteams miteinander vor Ort oder im Rahmen einer Telefon- oder Videokonferenz über die Patientin oder den Patienten austauschen. In der Klinikschule werden Schülerinnen und Schüler aller Schularten in Kleingruppen unterrichtet, wobei die Beschulung die Bildungspläne der Heimatschulen, die medizinischen Behandlungspläne sowie emotionale und soziale Auswirkungen der Erkrankung berücksichtigt.

Im Laufe des Klinikaufenthalts und möglichst frühzeitig vor der Entlassung findet vor Ort oder im Rahmen einer Telefon- oder Videokonferenz ein **Planungsgespräch** mit allen Beteiligten statt. In diesem Gespräch geht es um die Entwicklung schulischer Perspektiven, um schulischen Förderbedarf sowie um die Klärung weiterer unterstützender Maßnahmen durch das Jugendamt, wie beispielsweise die Beantragung einer Tagesgruppe. Darüber hinaus wird mit der Heimatschule erörtert, wie die Reintegration der Schülerin oder des Schülers umgesetzt werden kann und welcher Unterstützungsbedarf im Sinne der Umsetzung des Nachteilsausgleichs im individuellen Fall sinnvoll und notwendig erscheint. Ebenso kann mit dem Kind oder Jugendlichen sowie den Eltern besprochen werden, ob die Lehrkraft vorab mit der Klasse über die Rückkehr des Kindes oder Jugendlichen sprechen soll oder nicht und wenn ja, welche Informationen mitgeteilt werden dürfen und welche nicht. Manche Kinder und Jugendlichen möchten nach ihrer Rückkehr selbst von ihrem Klinikaufenthalt berichten und können auf Wunsch durch die Lehrkraft unterstützt werden. Andere möchten nicht, dass darüber mit der Klasse gesprochen wird. Alle Handlungen sollten mit dem Einverständnis der Betroffenen erfolgen. Ebenso sollte beachtet werden, dass (abgesehen von Gefährdungslagen, siehe Kapitel 4) im Vertrauen berichtete Informationen nur mit dem Einverständnis des Kindes oder Jugendlichen und nur notwendige Informationen an Kolleginnen und Kollegen weitergegeben werden. Die Zeit nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung ist für viele Kinder und Jugendliche auch mit Sorgen, beispielsweise hinsichtlich der Reaktionen aus dem Umfeld, verbunden. Sie stehen vor der Aufgabe, erlernte Strategien und Behandlungserfolge in den familiären und schulischen Alltag zu übertragen sowie sich an diesen und die damit einhergehenden Anforderungen wieder anzupassen. Vor der Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet daher meist ein **Besuch der regelhaften Schule von der Klinik aus statt (Schulversuch)**. Zuvor werden hierfür die Möglichkeiten zur Gestaltung sowie der konkrete Ablauf des ersten Schultages mit den Kindern und Jugendlichen, den Eltern und den Lehrkräften besprochen und festgelegt. Häufig findet am ersten Schultag des Schulversuchs eine Begleitung durch die Lehrkraft der Klinikschule oder ein Mitglied des Behandlungsteams statt. Grundsätzlich sollten bei Kindern und Jugendlichen nach einem längeren

stationären psychiatrischen Klinikaufenthalt besonders im ersten halben Jahr nach der Rückkehr Unterstützungsmöglichkeiten wie z. B. ein **Nachteilsausgleich** erwogen werden.

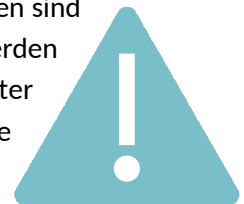
Noch vor der Entlassung werden der gegebenenfalls festgestellte (**sonderpädagogische**) **Förderbedarf** und die Schule, die nach dem Klinikaufenthalt besucht wird (**aufnehmende Schule**), **dem Schulamt** übermittelt. Im Zuge der Entlassung der Schülerin oder des Schülers erhält die aufnehmende Schule einen **Schulbericht der Klinikschule** mit Informationen zur Beschulung in der Klinikschule, zu Leistungsstand und Unterrichtsinhalten sowie zum sozial-emotionalen Verhalten, Lern- und Arbeitsverhalten und zum sonderpädagogischen Förderbedarf. Zusätzlich wird im Falle eines **Schulwechsels** die Heimatschule informiert. Sollte bei Entlassung noch keine Schule feststehen, geht der Bericht an das zuständige Schulamt bzw. Regierungspräsidium. Darüber hinaus **steht die Klinikschule**, das Einverständnis der betroffenen Familie vorausgesetzt (schriftliche Einholung vor Kontaktaufnahme mit der Klinikschule empfehlenswert), **den Lehrkräften der aufnehmenden Schule für Beratung und Rückfragen im Reintegrationsprozess zur Verfügung** (Kontaktdaten im Schulbericht).

Kommt es im Laufe der Behandlung zu einem **Therapieabbruch**, wird die bisherige Heimatschule als zuständige Schule durch die Klinikschule informiert. Sollte die Schülerin oder der Schüler nicht zum Unterricht erscheinen oder eine Beschulung an der Heimatschule nicht möglich sein, liegt es im Verantwortungsbereich der Heimatschule, die notwendigen Schritte in die Wege zu leiten (zum Vorgehen bei Schulabsentismus siehe Kapitel 2.4).

4 Umgang mit psychischen Krisen

4.1 Welche Warnsignale psychischer Krisen gibt es?

Insbesondere in den ersten drei Monaten nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt besteht für Schülerinnen und Schüler ein erhöhtes Risiko für eine krisenhafte Zuspitzung und erneute Rehospitalisierung. Daher ist es während dieser Zeit besonders wichtig, psychischen Krisen möglichst frühzeitig entgegenzuwirken. Bei einer krisenhaften oder notfallmäßigen Vorstellung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie wird abgeklärt, ob eine **Gefährdung der eigenen Unversehrtheit oder der Unversehrtheit anderer Personen (Eigen- oder Fremdgefährdung)** vorliegt. Psychische Krisen sind oftmals getriggert durch eine Verkettung negativer Ereignisse oder Konflikte, die vom Betroffenen als sehr belastend wahrgenommen werden. Denken, Fühlen und Handeln der Betroffenen sind dann stark eingeengt, sodass Lösungswege aus der Belastung heraus nicht gesehen werden können oder unerreichbar erscheinen. Das Erkennen von Warnsignalen akuter psychischer Krisen von Personen aus dem Umfeld Betroffener ist essenziell, wenn eine Gefährdungslage besteht. Folgende **Warnsignale** sind Anzeichen für psychische Krisen:



Aufmerksamkeitssuchendes, selbstverletzendes oder suizidales Verhalten

- Gedanken, Drohungen oder Pläne, sich selbst oder anderen etwas anzutun (z. B. Zugangssuche nach Waffen, Medikamenten oder anderen Mitteln)
- Handlungen mit suizidaler Absicht (z. B. Sammeln von Tabletten, Abschiedsvorbereitungen)
- Äußerungen oder Zeichnungen über Tod, Sterben oder Suizid (z. B. nicht mehr leben zu wollen)
- Kein glaubhaftes Distanzieren von Suizidalität bei konkreten Nachfragen

- Hoffnungslosigkeit oder Gefühle des Gefangenseins, ohne einen Ausweg zu sehen
- Selbstverletzungen (z. B. wiederholtes Auftreten von unerklärlichen Verbrennungen, Schrammen, Schnitten, Narbengewebe)

Dissoziales Verhalten

- Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch
- Unkontrollierbare Wut oder Rachsucht
- Rücksichtsloses oder risikoreiches Verhalten
- Schulabsentismus
- Leistungsabfall

Rückzügliches Verhalten

- Rückzug aus Freundeskreisen und Freizeitaktivitäten
- Antriebslosigkeit, Erschöpfung und anhaltende Niedergeschlagenheit
- Starke Sorgen und Ängste
- Geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Häufige körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen)

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da individuell auch andere Warnsignale bestehen können. Zudem muss bedacht werden, dass die genannten Anzeichen auch in **anderen Ursachen** als einer psychischen Krise begründet sein können. Trotzdem ist wichtig, diese Warnsignale **ernst zu nehmen**. Es empfiehlt sich genau zu beobachten, ob eine Schülerin oder ein Schüler **Aufmerksamkeit oder Hilfe sucht**, stark **unter Druck** steht, sich **stark verändert**, **merklich zurückzieht** oder über längere Zeit **sehr niedergeschlagen und hoffnungslos** wirkt. Ist dies der Fall, sollte man nicht davor zurückschrecken, **sensibel und wertfrei nachzufragen** und lieber einmal zu häufig als zu selten das Gespräch suchen.

4.2 Was tun in akuten psychischen Krisen?

Die **Notfallnummern der regional zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrien** (Notfallkontaktnummern mit **24-stündiger Erreichbarkeit** auf den jeweiligen Webseiten) sollten nur bei einem Notfall wie einer akuten Gefährdungslage gewählt werden. Dennoch ist klar, dass die Dringlichkeit und die Gefährdungslage betroffener Kinder und Jugendlicher für Eltern und Lehrkräfte oft schwer einschätzbar sind. Daher ist ein **Anruf im Zweifelsfall immer richtig**. Ebenso kann eine Vermittlung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie über die Nummern von **Polizei (110) oder Rettungsdienst (112)** erfolgen. Weitere Anlaufstellen bei psychischen Problemen sind in Kapitel 6.2 aufgeführt. Im Falle einer akuten psychischen Krise oder einer starken emotionalen Überforderung einer Schülerin oder eines Schülers im schulischen Kontext (z. B. geäußerte Suizidalität oder Selbstverletzungen) können Lehrkräfte gegebenenfalls nach dem Einschalten von Polizei, Rettungsdienst oder Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie Folgendes tun (Druckvorlage „Erste Schritte in akuten psychischen Krisen“ im Anhang):



1. Vermitteln Sie nach außen hin möglichst **Ruhe**.



2. Separieren Sie Betroffene von Mitschülerinnen und Mitschülern der Klasse, um einen **Schutzraum** zu bieten und Nachahmungseffekte zu vermeiden. Versuchen Sie Gerüchte und Mutmaßungen Dritter über die Situation zu unterbinden. Holen Sie sich gegebenenfalls **Unterstützung** durch eine weitere Lehrkraft oder die Schulleitung dazu.



3. Leisten Sie gegebenenfalls **erste Hilfe**, z. B. indem Sie mögliche Wunden von Selbstverletzungen oder durch Gewalttaten versorgen oder versorgen lassen und rufen Sie falls nötig den **Rettungsdienst** oder die **Polizei**.



4. Akzeptieren Sie die Not, Panik oder Verzweiflung Ihrer Schülerin oder Ihres Schülers, möglichst ohne Bewertungen der Situation vorzunehmen und bieten Sie **Kontakt** an: „**Was könnte Dir jetzt als Erstes helfen?**“ Denken Sie daran, dass das Verhalten Ihrer Schülerin oder Ihres Schülers ein Bewältigungsversuch ist, um mit intensiven Gefühlen umzugehen. Empfindet Ihre Schülerin oder Ihr Schüler weiterhin zum Beispiel einen starken Druck zur Selbstverletzung, bieten Sie falls möglich eine alternative, nicht schädigende Handlungsmöglichkeit an, z. B. Eisbeutel kneten. **Erfragen Sie mögliche Suizidgedanken oder -pläne** (siehe Abschnitt „Was tun bei einem Verdacht auf Suizidgefährdung?“).



5. Setzen Sie die Schülerin oder den Schüler nicht unter Druck, sondern nehmen Sie die geäußerten Gefühle ernst und vermeiden Sie Beschämung. Sagen Sie Ihrer Schülerin oder Ihrem Schüler, dass Sie sich unmittelbar sehr große **Sorgen** machen und daher die Eltern als **Erziehungsberechtigte informieren** müssen und verpflichtet sind, alles zu tun, um die Unversehrtheit von Personen zu schützen. Geben Sie **Hoffnung** (Krise als vorübergehender Zustand, Angebot zur Kontaktvermittlung zu therapeutischem Fachpersonal), machen Sie jedoch möglichst keine nicht einhaltbaren Versprechungen.



6. Schicken Sie Betroffene nicht allein nach Hause, sondern **bleiben Sie dabei**, bis Sie einen Übergang in einen geschützten Rahmen wie die Obhut der Eltern oder die Aufnahme in eine Kinderklinik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie sichergestellt haben. Falls die Eltern nicht erreichbar sind, sollten Sie oder eine andere erwachsene Vertrauensperson mit in die Klinik fahren.



7. **Dokumentieren** Sie kurz den Vorfall und Ihre Handlungsschritte.

Was passiert bei einer Krisenvorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?



In einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr ein Notdienst besetzt, der im Falle einer Krisenvorstellung zuständig ist. Bei einer solchen notfallmäßigen Vorstellung eines Kindes oder Jugendlichen führt das dortige Fachpersonal mit den Betroffenen ein **Gespräch**, in dem die **Hintergründe der Krise sorgfältig erfragt und eine Einschätzung** bezüglich einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung getroffen werden. Besteht ein Anhalt für eine **akute Eigen- oder Fremdgefährdung**, wird die betroffene

Person für einen oder mehrere Tage, häufig auf eine sogenannte **Kriseninterventionsstation**, stationär aufgenommen. Hierdurch wird zunächst ein geschützter Rahmen gewährleistet und weitere Behandlungsschritte (z. B. eine Anschlussbehandlung auf einer Therapiestation) können geplant werden. Eltern können als Sorgeberechtigte eine stationäre Aufnahme jedoch grundsätzlich verweigern oder eine Entlassung gegen ärztlichen Rat einfordern. Liegt gemäß der fachlichen Einschätzung trotz psychischer Belastungssituation keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vor, kehrt die betroffene Person nach dem Gespräch zurück nach Hause. Mit ihr und den Eltern wurden dann ein **Notfallprozedere** für den Falle einer erneuten Krisensituation und gegebenenfalls weitere Empfehlungen (z. B. für eine ambulante oder stationäre Psychotherapie) festgelegt. Meist bekommen Familien zusätzlich einen zeitnahen ambulanten „**Ankertermin**“ in der zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie, um die Situation erneut zu evaluieren.

Was tun bei einem Verdacht auf Suizidgefährdung?

Nachfolgend wird beschrieben, was Lehrkräfte tun können, wenn eine Schülerin oder ein Schüler äußert, nicht mehr leben oder sich das Leben nehmen zu wollen. Bestehen solche oder anderweitige Anzeichen (z. B. hoher Leidensdruck oder extreme Verzweiflung) sollten entsprechende Äußerungen oder Hinweise **immer ernst genommen** werden. Wichtig ist daher, im Verdachtsfall das **Gespräch zu suchen**. Man sollte nicht davor zurückschrecken, direkt und möglichst offen formuliert nachzufragen, ob manchmal Gedanken bestehen, nicht mehr leben zu wollen. **Das offene und direkte Ansprechen wirkt entlastend und nicht suizidanstoßend**. Es kann beispielsweise erfragt werden, wie häufig und wie stark diese Gedanken auf einer Skala von 0 bis maximal 10 sind, welche möglichen Auslöser es für die Suizidgedanken gibt und wie das Kind oder der Jugendliche bereits versucht hat, seine Probleme zu lösen. Allgemeine oder vorschnelle Lösungsvorschläge oder Bewertungen des Verhaltens sollten jedoch vermieden werden. Ernsthafte Besorgnis um die Schülerin oder den Schüler kann geäußert werden. Weiter kann gefragt werden, ob bereits konkrete Pläne bestehen, sich das Leben zu nehmen. Je exakter Pläne gefasst wurden, desto höher ist in der Regel die Gefahr für Suizidalität. Das Kind oder der Jugendliche kann motiviert werden, sich professionelle Hilfe zu suchen, wobei die meist bestehende Ambivalenz, Hilfe gleichermaßen abzulehnen und zu suchen, thematisiert werden kann. Mögliche direkte Fragen bei einem Verdacht auf Suizidgefährdung sind beispielsweise:

- *Hast Du momentan oder ab und zu das Gefühl, nicht mehr leben zu wollen? Dass es besser wäre, tot zu sein? Kommen solche Gedanken häufiger?*
- *Hast Du daran denken müssen, auch wenn Du es eigentlich gar nicht wolltest? Konntest du diese Gedanken wegschieben?*
- *Hast Du konkrete Ideen, wenn Du davon sprichst, Dir etwas antun zu wollen? Hast Du dafür schon etwas vorbereitet?*
- *Hast Du jemandem schon einmal von deinen Gedanken erzählt? Gibt es jemanden in deiner Familie oder Freundeskreis, mit dem Du ganz frei über deine Sorgen und Schwierigkeiten sprechen kannst?*
- *Hast Du bereits ausprobiert, Deine Gedanken in die Tat umzusetzen, Dir Schaden zuzufügen oder Dein Leben zu beenden? Hat jemand den Du kennst sein Leben beendet?*

- *Gibt es Dinge, die Dich davon abhalten? Die Dir besonders wichtig sind in Deinem Leben?*

Bei einem Suizid muss keine psychische Erkrankung bestanden haben. Suizidalität tritt aber häufig im Rahmen von psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Depressionen auf. Die überwiegende Anzahl an Suizidversuchen und Suiziden wird vorher **angekündigt**. Der Wunsch tot zu sein drückt große Verzweiflung aus und bedeutet, dass so nicht mehr weitergelebt werden kann und sich im eigenen Leben etwas ändern muss. Es tut gefährdeten Betroffenen gut, wenn ausgedrückt wird, dass einem **etwas an ihnen liegt und ihnen zugehört** wird. Eine falsche Annahme ist, dass Suizidversuche unter Anwendung milder tödlicher Methoden weniger ernst genommen werden müssen. Unwissenheit oder falsche Erwartungen können zu einer geringeren Gefährlichkeit geführt haben, ungeachtet der tatsächlichen Absicht zum Suizid.

Das Thema Gefährdung und Suizidalität kann auch **mit der Klasse besprochen** werden. Hierbei gilt es herauszuarbeiten, dass im Fall einer akuten Gefährdungslage keine Geheimnisse existieren dürfen und entsprechende Äußerungen, die eine Schülerin oder ein Schüler bei anderen unter Umständen mitgehört hat, unmittelbar einer erwachsenen Vertrauensperson wie beispielsweise der Klassenlehrkraft mitgeteilt werden sollen.

Weiterführende Links und Literatur zum Thema Selbstverletzung und Suizidalität

Handreichung „Umgang mit nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten“ (Berger-Haas & Schindler, 2021)

- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E948157416/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/rueckenwind/Schulpsychologische%20Beratung/Umgang%20mit%20nichtsuizidalem%20selbstverletzendem%20Verhalten.pdf

Mehr Informationen zum Thema Suizidalität:

- <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet>
- https://www.duesseldorf.de/fileadmin/Amt40-601/schulpsychologie/pdf/flyer_suizid.pdf

Mehr Informationen und Videos zum Thema Depressionen und Suizid, ein Wissensquiz, einen Selbsttest sowie einen Hilfsangebote-Finder gibt es unter:

- www.frnd.de

Das Thema Trauer in der Schule wurde in der Handreichung „Vom Umgang mit Trauer in der Schule“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg aufbereitet:

- www.km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/kultusportal-bw/zzz_pdf/trauer_schule_2009.pdf

Website des Nationalen Suizid Präventions Programms (NaSPro) mit Informationsmaterialien:

- www.suizidpraevention.de

5 Wertschätzung vermitteln

5.1 Vorurteile entkräften – Stigmata entgegenwirken



Körperliche und psychische Erkrankungen gehören zum Leben dazu und können **jeden betreffen**. Die **Akzeptanz** von Erkrankungen und die Gewährung von **Hilfe und Wertschätzung** im Krankheitsfall **ohne Schuldzuweisungen** sind Voraussetzung für ein gutes gesellschaftliches Zusammenleben. Stigmatisierung und Vorurteile sind jedoch zwei entscheidende Gründe, warum bei psychischen Erkrankungen häufig keine oder erst spät Hilfe gesucht und angenommen wird. Studien zeigen, dass zwar die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfen steigt, dennoch aber **weiterhin Vorbehalte** gegenüber psychischen Erkrankungen bestehen. Dies vergrößert bei manchen Menschen mit einem psychischen Leiden die **Scham**, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Gefahr einer Chronifizierung der Erkrankung steigt damit an. Es zeugt daher von **Engagement und Mut sich gegen Stigmatisierung und Vorurteile psychischer Erkrankungen im Alltag einzusetzen**. Gerade Lehrkräfte als wichtige schulische Bezugspersonen für Schülerinnen und Schüler können hierbei viel bewirken, beispielsweise durch die **Thematisierung psychischer Gesundheit im Unterricht**, durch die **Ermutigung** zum Recht eines jeden, sich bei Bedarf geeignete Hilfsangebote zu suchen oder dadurch Schülerinnen und Schüler bei psychischen Erkrankungen geeignet **im Schulalltag zu schützen und zu unterstützen** und bei Mobbing oder Ausgrenzung in der Klasse klar einzugreifen und entgegenzuwirken (zum Vorgehen bei Mobbing siehe Kapitel 2.4).

Antistigma-Spot des Bundesverbands für Angehörige psychisch erkrankter Menschen:

- www.youtube.com/watch?v=iHpVAQ0xbjM

5.2 Eine Beziehung aufbauen



Psychische Erkrankungen gehen oftmals mit einem **Verlust von Selbstwertgefühl** und **häufigen negativen Rückmeldungen** aufgrund problematischer Verhaltensweisen einher. Eine **vertrauensvolle und wertschätzende Lehrer-Schüler-Beziehung erleichtert** es daher Schülerinnen und Schülern, ihr Verhalten zu verändern. Die **allgemeinen Grundsätze pädagogischen Handelns** sind bei Schülerinnen und Schülern mit psychischen Erkrankungen **von besonderer Relevanz** und werden aus diesem Grund nachfolgend benannt. Damit in einer Kommunikation nicht der Eindruck entsteht, der Fokus liege vorrangig auf Problemen und Schwierigkeiten, braucht es ein Vielfaches an Wertschätzung im Verhältnis zur Kritik. Bei notwendigen Ermahnungen und konstruktiver Kritik kann es sinnvoll sein, **zuerst mit einer positiven Rückmeldung** zu beginnen und den Satz mit einem „**und**“ anstelle eines „**aber**“ anzuschließen sowie möglichst **wertschätzend** zu formulieren, um mehr Gehör zu finden. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Gegenüber Ermahnungen und Kritik annehmen kann und sich um Veränderung bemüht, wird hiermit erhöht. Zudem erleichtert dies, **problematische Verhaltensweisen von einer Person zu trennen** und diese nicht gleichzusetzen. Auch positive Rückmeldungen gewinnen in einer vertrauensvollen und wertschätzenden Beziehung mehr an Bedeutung. Es gibt viele Möglichkeiten, um eine Beziehung vertrauensvoll und wertschätzend zu gestalten. Vertrauen und Sicherheit entstehen unter anderem durch möglichst viel **Transparenz**, beispielsweise dadurch, dass Abläufe oder Veränderungen im

Schulalltag angekündigt, erklärt und gegebenenfalls bestärkende Handlungsanweisungen gegeben werden sowie Unterstützung angeboten wird.

Daneben ist eine **respektvolle und wohlwollende Haltung** gegenüber der Schülerin oder dem Schüler mit einer psychischen Erkrankung eine grundlegende Voraussetzung und beim Gegenüber **maßgeblich spürbar**. Ebenso trägt die Fähigkeit, Fehlritte nach einer Entschuldigung oder Wiedergutmachung **nicht weiter nachzutragen oder persönlich zu nehmen** zu einer guten Beziehung bei. Fehlritte und das Lernen daraus gehören zum Leben dazu. Liegt eine psychische Erkrankung vor, muss sich eine Person häufig stärker anstrengen und härter arbeiten, um ihr Verhalten zu verändern. Der **Fokus** kann immer wieder auch bewusst **auf positive Eigenschaften, kleine Erfolge, wahrgenommene Stärken und angenehme Situationen** gerichtet werden. Das können beispielsweise besondere Interessen der Schülerin oder des Schülers für ein bestimmtes Themengebiet sein oder Hilfsbereitschaft bei Gruppenarbeiten sowie die Fähigkeit, andere in einer Situation zum Lachen zu bringen. Ebenso können dies **Kleinigkeiten** sein, wenn etwas Problematisches etwas besser gelingt als üblich, zum Beispiel die Schuhe gebunden oder die Schulsachen eingepackt wurden. Solche positiven Beobachtungen sollten **zeitnah** rückgemeldet werden, denn positive Rückmeldungen motivieren, sich weiterhin anzustrengen. Ein **kleines Lob oder eine kurze Rückmeldung**, wie zum Beispiel ein lachender Smiley im Hausaufgabenheft haben oftmals eine **große und nachhaltige Wirkung** bei Kindern und Jugendlichen, auch wenn Kinder und Jugendliche besonders mit psychischen Erkrankungen das nach außen hin nicht immer gut annehmen oder zeigen können. Positive Rückmeldungen und Lob sollten daher beibehalten werden – sie erreichen das Gegenüber. Gleichzeitig sollte immer im Hinterkopf behalten werden, dass Veränderungen vor allem von gefestigten Verhaltensweisen **viel Zeit und Geduld** benötigen und solche Prozesse auch mit **Rückschlägen** verbunden sind. Demnach sollte nicht mit Wundern gerechnet, sondern möglichst konsequent, unterstützend und gelassen mit Schülerinnen und Schülern mit psychischen Erkrankungen umgegangen werden – was oftmals nicht leicht ist. Manchmal zeigen sich Erfolge auch erst **langfristig** und man erlebt nur die Phase des „Säens“. Mit einer vertrauensvollen und wertschätzenden Beziehung kann der so wichtige Nährboden für Veränderungen gelegt werden.

5.3 Eine angemessene Haltung finden



Eine angemessene Haltung bezüglich des Lern- und Sozialverhaltens erkrankter Schülerinnen und Schüler zu finden kann eine Herausforderung sein. Grundsätzlich wirkt in Bezug auf das Sozialverhalten gegenüber allen Schülerinnen und Schülern eine Haltung des „**Mir/Uns liegt etwas an Dir**“ unterstützend. Insbesondere psychisch belastete oder verhaltensauffällige Schülerinnen und Schüler zeigen ihre Freude oder Bewunderung für das Interesse oftmals nicht nach außen, auch wenn sie die eventuell schwierig aufzubauende Beziehung zur Lehrkraft vielleicht besonders brauchen. Hierbei ist auch wichtig, **zwischen der Person und ihren Verhaltensweisen unterscheiden** zu können. Der Person gegenüber sollte immer die Haltung signalisiert werden, dass jeder Mensch einzigartig und in Ordnung ist. Verhaltensweisen dagegen können auch mal destruktiv sein. In Bezug auf das Lernverhalten und die Schulleistungen besteht idealerweise und trotz der Schwierigkeiten eine Balance zwischen Unter- und Überforderung sowie eine **angepasste Erwartungshaltung** durch Berücksichtigung der eventuell reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund der psychischen Erkrankung. Besonders in einer akuten Phase können die momentanen Fähigkeiten einer Schülerin oder eines Schülers mit psychischen Erkrankungen unter Umständen nicht mit dem früheren Leistungsniveau verglichen werden. Grundsätzlich können bei Kindern und Jugendlichen nach einem längeren **stationären psychiatrischen Klinikaufenthalt**

besonders im ersten halben Jahr nach der Rückkehr Unterstützungsmöglichkeiten wie z. B. ein Nachteilsausgleich bei Bedarf erwogen werden. Dies kann beispielweise bedeuten, dass Schülerinnen und Schüler in diesem Zeitraum keine oder nur die guten Benotungen erhalten, um sich ohne leistungsbezogene Frustrationserlebnisse wieder im Schulalltag einfinden und Schulstoff nachholen zu können. Es kann sinnvoll sein, das Leistungsniveau langsam und schrittweise mit zunächst vertrauten Aufgaben zu steigern und wenn dies nicht bereits im Rahmen von Planungs- und Übergabegesprächen vor der Entlassung erfolgt ist (siehe Kapitel 3), mit Betroffenen ins **Gespräch** darüber zu kommen, ob und wenn ja welche **Unterstützungsmaßnahmen** im Einzelfall hilfreich sein könnten. Das kann zum Beispiel auch ein Sitzplatz mit weniger Ablenkung oder eine Zeitverlängerung bei Klassenarbeiten sein (mehr zum Nachteilsausgleich in Kapitel 2.4). Fördermaßnahmen sind in der Verwaltungsvorschrift „Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg aufgelistet und können durch Beschluss in einer Klassenkonferenz ergriffen werden.

Motivierend wirken können in diesem Zusammenhang auch gemeinsam erstellte **Belohnungspläne**, bei denen Schülerinnen und Schüler Stempel, Steine oder Punkte für erwünschtes Verhalten erhalten und diese gegen kleine Belohnungen oder Privilegien eintauschen können (Beispielvorlage Belohnungsplan im Anhang). Hierzu ist es wichtig, festzulegen, um welche Situationen (z. B. Stillarbeitsphasen) es geht und zu besprechen, wie das erwünschte Verhalten genau aussehen würde. Das bedeutet zu besprechen, wann und wofür Stempel, Steine oder Punkte vergeben werden und wie viele davon für welche Belohnungen oder Privilegien eingetauscht werden können. An den Plan sollte regelmäßig erinnert werden und die Vergabe der Stempel, Steine oder Punkte unmittelbar erfolgen, um wirksam zu sein. Die konsequente Durchführung erfordert zunächst einen Mehraufwand, lohnt sich aber vor allem längerfristig.

6 Tipps und Informationen für Gespräche mit Betroffenen

Bestehen psychische Auffälligkeiten im schulischen Umfeld, die deutlichen Anlass zur Sorge geben, kann ein wichtiger Schritt sein, mit betroffenen Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern darüber **ins Gespräch zu kommen**. In diesem Kapitel soll zunächst ein beispielhafter Gesprächsverlauf mit einigen Kommunikationsstrategien beschrieben werden. Anschließend werden kurz verschiedene Therapieformen, Berufsgruppen und mögliche Anlaufstellen vorgestellt. Damit können im Bedarfsfall den Betroffenen mögliche Wege zu schulischen und professionellen Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

6.1 Gesprächsführung



Generell sind die gleichen Kommunikationsstrategien für Gespräche mit Betroffenen hilfreich, die auch im Schulalltag, bei Fallbesprechungsgruppen oder Supervisionen wichtig sind. Das bedeutet in erster Linie **wertschätzend zu kommunizieren** und **bisherige Bemühungen sowie Stärken und positive Verhaltensweisen zu benennen**. Häufig werden gerade Lob und positive Gefühle nicht mitgeteilt, da angenommen wird, diese positiven Aspekte verstünden sich von selbst und entsprechende Aussagen wären somit überflüssig. Damit in einer Kommunikation jedoch nicht der Eindruck entsteht, der Fokus liege vorrangig auf Problemen und Schwierigkeiten, braucht es **ein Vielfaches an Wertschätzung** im Verhältnis zur Kritik. Zudem empfiehlt

sich – wann immer möglich – **Transparenz zu schaffen**. So können beispielsweise das eigene **Vorgehen**, der **Gesprächsanlass** sowie die **Vertraulichkeit** besprochener Gesprächsinhalte erläutert werden.

„Wir haben ja bereits einmal nach der Unterrichtsstunde kurz gesprochen und ich habe Dir erzählt, dass mir in letzter Zeit ... aufgefallen ist, was mir Sorgen macht. Wir haben dann gemeinsam überlegt, dass ein Gespräch zusammen mit deinen Eltern helfen könnte, um miteinander zu überlegen, was unterstützend wäre. Daher sind wir heute hier. Mir ist wichtig zu betonen, dass alles was wir hier besprechen vertraulich behandelt wird, dass ich also mit niemandem ohne Dein Einverständnis spreche, außer es besteht eine Gefahr für Dich oder andere.“

Je schwieriger das Gespräch voraussichtlich wird, desto mehr empfiehlt sich eine **Vorbereitung**, um konstruktiver, zielführender und souveräner agieren zu können. Hierzu können zum Beispiel Beobachtungen als Gesprächsanlass stichwortartig und vorwurfsfrei formuliert sowie offene Fragen aufgeschrieben werden. Gegebenenfalls können auch erste Unterstützungsmöglichkeiten vorüberlegt werden. Es empfiehlt sich, Betroffene **nicht in einen Rechtfertigungsdruck oder direkte Stellungnahmen zu drängen**.

„Möchtest Du erzählen, was genau Dir momentan schwer fällt / was für Dich besonders anstrengend ist / was Dich viel Kraft kostet? Hast Du eine Idee, warum das in letzter Zeit so ist? Was könnte Dir helfen?“

Jeder Gesprächsteilnehmende hat eine **eigene Wahrnehmung** und somit einen **eigenen Blickwinkel** auf die Situation. Das kann als Chance genutzt werden, um dadurch die Situation und Hintergründe besser zu verstehen und mehr Lösungsideen zu generieren. Es sollte aber nie vergessen werden, dass **sich Betroffene selbst am besten kennen** und die Experten für sich selbst sind. Lehrkräfte sind Experten für schulische Handlungsspielräume. In Empfindungen, Anregungen oder Ideen sollte daher die **eigene subjektive Sichtweise deutlich gemacht** und **hypothetische Formulierungen** verwendet werden. Das ist einerseits wichtig, um zu vermeiden, auf Schülerinnen und Schüler belehrend-überheblich und rechthaberisch zu wirken und andererseits, um keine falschen Erwartungen zu wecken, da Lehrkräfte kein therapeutisches Fachpersonal sind.

„Du kennst Dich selbst am besten und kannst am besten beurteilen, wie es Dir geht und was Dir helfen könnte. Ich als Lehrkraft kenne mich gut damit aus, welche Möglichkeiten es im Schulalltag gibt, unterstützt zu werden. Ich könnte mir vorstellen, dass vielleicht ... hilfreich wäre, denn das hat einem Schüler von mir in einer ähnlichen Situation einmal gutgetan. Wenn Du möchtest, können wir gemeinsam überlegen, was oder wer Dir helfen könnte.“

Für Schülerinnen und Schüler sowie die Eltern kann ein Gespräch mit viel **Anspannung** verbunden sein und einen **stark konfrontativen Charakter** besitzen. Reaktionen fallen daher sehr unterschiedlich aus. Neben **Erleichterung** können auch **Verärgerung** oder **Scham** sowie **Rechtfertigungen** hervorgerufen werden. Beobachtungen sollten daher **möglichst ruhig und sensibel** in **Ich-Botschaften ohne Vorwürfe, Interpretationen oder Verallgemeinerungen** besprochen und die **Anwesenheit der Betroffenen wertgeschätzt** werden. Hinzukommend ist es im Gespräch gut, **Verständnis und Hoffnung auszudrücken** sowie nach außen hin Ruhe auszustrahlen und **mit Blickkontakt aufmerksames Zuhören** zu signalisieren.

„Ich kann mir vorstellen, dass diese Situationen und Gefühle im schulischen Alltag sehr anstrengend sein müssen und Du daher viel leistest jeden Tag. Und ich finde es bemerkenswert, dass Du heute da bist und wir darüber sprechen können. Das erfordert sicher viel Mut. Sich in schwierigen Situationen bei Bedarf Unterstützung zu holen, zeugt von Verantwortung und Kompetenz. Darüber zu reden, kann zudem helfen Lösungen zu finden, denn es gibt immer Lösungen und Möglichkeiten, unterstützt zu werden. Je früher diese gefunden werden, desto schneller kann eine Situation verändert und es einem damit wieder besser gehen.“

Gespräche **lösungsorientiert** zu gestalten ist wichtig, um sich nicht nur in einer Kommunikation über Probleme und Konflikte zu verfangen. Dennoch muss nicht in jedem Gespräch am Ende direkt ein Ziel formuliert oder eine Lösung gefunden werden.

„Ich wollte Dir meine Sorgen mitteilen, weil mir meine Schülerinnen und Schüler wichtig sind. Gerne kannst Du Dir das auch erstmal durch den Kopf gehen lassen und wir können, wenn Du das möchtest, in einem weiteren Gespräch das Thema / weitere Schritte / Unterstützungsmöglichkeiten besprechen. Wäre es in Ordnung, wenn wir vereinbaren, dass Du mit dem Thema einfach wieder auf mich zukommst, wenn Du das Gefühl hast, dass ich unterstützen kann und mich über weitere Schritte informieren möchtest?“

Wird ein **Ziel oder eine Maßnahme** vereinbart, sollte diese **spezifisch und realistisch** sein. Überhöhte Ansprüche und Erwartungen sowie unkonkrete und unrealistische Ziele (gegebenenfalls auch des Kindes oder Jugendlichen an sich selbst „Ich werde nie wieder den Unterricht stören“) schüren Frustration und erhöhen die Schwelle, Hilfe zu suchen und Unterstützung anzunehmen. Gut ist aber, wenn die Schülerin oder der Schüler diese Ziele **selbst formuliert** und erreichen möchte und ein **weiteres Treffen** zur Evaluation der Maßnahmen vereinbart wird. Zudem empfiehlt es sich das Kind oder den Jugendlichen, insbesondere, wenn Hilfsangebote abgelehnt werden, **weiter im Blick zu behalten**. Warnsignale psychischer Krisen und erste Schritte im Akutfall sind in Kapitel 4.1 und 4.2 beschrieben.

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine **Kindeswohlgefährdung** (einem Verdacht auf eine Gefährdungslage durch Vernachlässigung, psychische oder körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch) soll im Gespräch mit dem Kind oder Jugendlichen sowie den Eltern die Situation zunächst erörtert und auf die Inanspruchnahme von Hilfen (z. B. Kontaktaufnahme zum Jugendamt durch die Eltern) hingewirkt werden. Verlaufen diese Gespräche erfolglos oder würde ein solches Gespräch den Schutz des Kindes oder Jugendlichen gefährden, kann unter Einbringung des anonymisierten Falls eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ der Jugendhilfe bezüglich des weiteren Vorgehens (z. B. „Ist eine Mitteilung an das Jugendamt erforderlich?“) beraten und unterstützen. Den Anspruch, den Lehrkräfte auf eine Beratung durch eine solche Fachkraft haben, ist in § 4 Abs. 2 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) festgelegt. Eine „Checkliste Kinderschutz“ zum Vorgehen bei einem Fall von Kindeswohlgefährdung und relevanten Informationen befindet sich zusammengefasst vom Universitätsklinikum Ulm im Anhang. Die Checkliste wurde im Rahmen des Kurses „Kinderschutz in der Medizin“ des Universitätsklinikums Ulm unter Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit von 2015 bis 2021 entwickelt.

6.2 Anlaufstellen bei psychischen Problemen

Sich in schwierigen Situationen bei Bedarf Hilfe zu holen, zeugt von Verantwortung und Kompetenz. Hierfür sind nachfolgend verschiedene schulische, klinische sowie weitere Anlaufstellen bei psychischen Problemen aufgeführt und kurz beschrieben:



Schulische Anlaufstellen

Beratungslehrkräfte

Beratungslehrkräfte sind Lehrkräfte, die in der Regel an der eigenen Schule bei Schulschwierigkeiten von Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften direkt angesprochen werden können. Sie wurden über anderthalb Jahre berufsbegleitend von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen ausgebildet und beraten und unterstützen beispielsweise bei Fragen oder Problemen zur Schullaufbahn sowie Lern- und Leistungsschwierigkeiten. Kontaktdaten der Beratungslehrkräfte findet man an der jeweiligen Schule, sowie an schulpsychologischen Beratungsstellen oder auf den Webseiten der Staatlichen Schulämter:

Link zu den Schulpsychologischen Beratungsstellen in Baden-Württemberg:

- <http://kompetenzzentrum-schulpsychologie-bw.de/,Lde/Startseite/Schulpsychologie+BW/Schulpsychologische+Beratungsstellen+in+Baden+Wuerttemberg>

Link zu den Staatlichen Schulämtern in Baden-Württemberg:

- <http://schulaemter-bw.de/,Lde/Startseite>

Schulsozialarbeit

Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter sind in einer Schule vor Ort arbeitende Fachkräfte, deren Tätigkeiten und Angebote von der jeweiligen Schulart und den Bedürfnissen der Schule abhängen. Grundsätzlich reichen die freiwilligen, kostenlosen und vertraulichen Angebote von Beratung und Krisenintervention bis zu Projekt- und Präventionsarbeit mit einzelnen Personen, Gruppen oder Klassen. Die sozialpädagogischen Angebote stehen allen Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften zur Verfügung. Häufige Themenfelder sind beispielsweise Sozialtrainings, Mobbinginterventionen, Streitschlichtung oder Schulabsentismus.

Sonderpädagogische Beratungs- und Unterstützungsangebote

Im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthaltes mit Beschulung in einer Klinikschule kann ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot beispielsweise mit dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung oder dem Förderschwerpunkt Lernen festgestellt werden. Hat eine Schülerin oder ein Schüler Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot, kann diesem an einer allgemeinen Schule oder einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum nachgekommen werden. Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen an Beratungsstellen eines sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums können Lehrkräfte im Hinblick auf Unterricht und Förderung beraten. Allgemeine Schulen werden damit von sonderpädagogischen Diensten im Rahmen bestehender Kooperationen unterstützt.

Klinikschulen

Klinikschulen sind sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentren im Krankenhaus (Förderschwerpunkt: Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung). Unterrichtet werden Schülerinnen und Schüler aller Schularten unter Berücksichtigung der Bildungspläne der Heimatschulen, der medizinischen Behandlungspläne sowie emotionaler und sozialer Auswirkungen der Erkrankung. Klinikschulen bieten daneben im Rahmen sonderpädagogischer Dienste individuelle Beratung, Aufklärung und Unterstützung für Familien, Schulen und Lehrkräfte beispielsweise zur schulischen Reintegration nach einem Klinikaufenthalt oder zur Anwendung des Nachteilsausgleichs an. Der folgende Link führt zum „Schulfinder“ des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg:

- <https://schulfinder.kultus-bw.de>

Weitere Anlaufstellen

Schulpsychologische Beratungsstellen

In Baden-Württemberg gibt es Schulpsychologische Beratungsstellen an 28 Standorten. Hier arbeiten Teams aus Schulpsychologinnen und Schulpsychologen sowie Beratungslehrkräften mit teilweise zusätzlicher therapeutischer Ausbildung. Die freiwillige, kostenlose und vertrauliche Beratung richtet sich gleichermaßen an Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrkräfte und Schulleitungen aller Schularten, die mit allen Problemen aus dem Schulalltag Rat suchen können. Gemeinsam werden

Situationen besprochen sowie Ursachen und passende Lösungen gesucht. Lehrkräften und Schulleitungen bietet die Schulpsychologische Beratungsstelle neben Einzel-, Gruppen und Teambesprechungen auch Supervision, Fallbesprechungsgruppen, Fortbildungsangebote zu pädagogisch-psychologischen Themen und Nachsorge bei schulischen Krisenfällen an.

Link zu den Schulpsychologischen Beratungsstellen in Baden-Württemberg:

- <https://zsl-bw.de/schulpsychologische-beratungsstellen>

Erziehungs- und Familienberatungsstellen

Erziehungs- und Familienberatungsstellen gibt es in ganz Deutschland. Sie setzen sich aus erfahrenen Fachkräften unterschiedlicher Berufe zusammen und bieten kostenlose und vertrauliche Hilfe und Beratung für Eltern, Kinder und Jugendliche an. Diese umfasst Beratung zur Entwicklung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen wie beispielsweise Schulschwierigkeiten, aber auch Familienberatung wie beispielsweise bei Konflikten, Trennung oder Scheidung sowie die Vermittlung in weitere Hilfsangebote.

Link zur Beratungsstellensuche der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke):

- www.bke.de

Telefon- und Onlineberatung

Nachfolgend sind einige Internetseiten aufgelistet, die Kindern und Jugendlichen aber auch Eltern eine anonyme, kostenlose und vertrauliche Telefon- und/oder Onlineberatung bei Belastungen anbieten:

- **Nummer gegen Kummer:** www.nummergegenkummer.de
- **Internetangebot für Jugendliche der Bundespsychotherapeutenkammer:** www.gefuehle-fetzen.net/
- **Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke)-Jugendberatung:** <https://jugend.bke-beratung.de>
- **Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke)-Elternberatung:** <https://eltern.bke-beratung.de>
- **Jugend Notmail:** www.jugendnotmail.de
- **[U25] Deutschland:** www.u25-deutschland.de
- **Youth-Life-Line:** www.youth-life-line.de
- **Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes:** www.polizeifurdich.de/wo-gibts-hilfe/hilfeangebote.html

Klinische Anlaufstellen

Wann ist eine Psychotherapie ratsam?

Eine Psychotherapie kann indiziert sein, wenn **Verhaltensschwierigkeiten über längere Zeit** andauern und **Beeinträchtigungen im Alltag** oder ein deutlicher **Leidensdruck** bei den Betroffenen oder dem

Umfeld bestehen. Vor dem Beginn einer Psychotherapie dienen die ersten zwei bis sechs sogenannten „**probatorischen**“ **Sitzungen** zur Abklärung, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt und ob sich der Betroffene eine Psychotherapie dort vorstellen kann. Neben Gesprächen und Fragen zur Entwicklung der Schwierigkeiten sowie der Abklärung körperlicher Ursachen durch eine Ärztin oder einen Arzt findet dazu Diagnostik beispielsweise in Form von standardisierten Fragebögen statt. Am Ende der Probatorik wird je nachdem, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt und die betroffene Person eine Psychotherapie beginnen möchte, ein **Antrag** an die Krankenkasse zur Übernahme der Behandlungskosten gestellt. Genehmigt die Krankenkasse die ambulante Psychotherapie, beginnt diese mit einem **festgelegten Stundenkontingent**.

Welche Therapieformen und Berufsgruppen gibt es?

Therapieformen, deren Behandlungskosten von der Krankenkasse übernommen werden



Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen ist durch wissenschaftliche Studien belegt. Insgesamt gibt es aktuell vier verschiedene Therapieformen, bei denen die Behandlungskosten von den Krankenkassen übernommen werden. Bei einer Psychotherapie findet grundsätzlich immer eine individuelle Behandlung unter Einbezug vorhandener Fähigkeiten, relevanter Bezugspersonen sowie von Zukunftsperspektiven statt.

- Die **Verhaltenstherapie** geht grundsätzlich davon aus, dass viele problematische Verhaltensweisen erlernt und somit auch wieder verlernt werden können. Im Mittelpunkt der starken lösungs- und zielorientierten Therapie stehen daher die aktuellen Symptome und Faktoren ihrer Aufrechterhaltung, um bisherige Denk-, Gefühls- und Verhaltensweisen zu verstehen und mit Unterstützung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten funktionalere Verhaltensweisen einzuüben. Die Verhaltenstherapie findet in der Regel einmal wöchentlich statt und erstreckt sich je nach Erkrankungsschwere meist über ein halbes bis ganzes Jahr, mitunter auch länger.
- In der **Systemischen Therapie** spielt die Kontextabhängigkeit von Problemen und Lösungen eine zentrale Rolle. Daher ist die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem System Familie oder Schule als Ressourcen, mit deren Hilfe eine Lösung ermöglicht werden kann, ein wesentlicher Teil der Therapie. Durch Perspektivwechsel werden Musterunterbrechungen von problemstabilisierenden Denk-, Erwartungs- und Verhaltensroutinen angeregt. Zwischen Terminen kann bei der systemischen Therapie auch eine etwas längere Zeitspanne liegen.
- Die **Analytische Psychotherapie** begründet ihr Vorgehen auf der Annahme, dass hinter Symptomen der Erkrankung unbewusste seelische Konflikte aus frühkindlichen Bindungserfahrungen liegen. Kindern und Jugendlichen soll innerhalb der Therapie die Möglichkeit gegeben werden die versteckten Probleme und Konflikte zu erkennen, zu verstehen und zu verarbeiten. Die Analytische Psychotherapie findet in der Regel in einer hohen Frequenz (mehrere Termine pro Woche) über einen längeren Zeitraum von häufig mehreren Jahren statt.
- Die **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** trifft grundsätzlich die gleichen Annahmen wie die analytische Psychotherapie, jedoch wird der Fokus stärker auf aktuelle Konflikte und

deren Lösung gelegt. Insgesamt dauert die Behandlung mit meist einem Termin pro Woche zwischen einem halben Jahr bis zwei Jahren.

Weitere Informationen hierzu finden sich in den Broschüren „Wege zur Psychotherapie“ und „Elternratgeber Psychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer:

- www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/08/bptk_patientenbroschuere_2021.pdf
- www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/01/bptk-elternratgeber-psychotherapie.web_.pdf

Berufsgruppen im therapeutischen Feld



In Kliniken und Beratungsstellen arbeiten oftmals multiprofessionelle Teams aus Fachkräften mit vielfältigen beruflichen Hintergründen. Die ersten Anlaufstellen bei psychischen Erkrankungen sind meist **Kinderärztinnen und Kinderärzte bzw. Hausärztinnen und Hausärzte**. Sie vermitteln fallbezogen an weitere Fachkräfte. **Psychiaterinnen und Psychiater** sind ebenfalls Ärzte, haben jedoch eine spezielle Facharztausbildung in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie absolviert. Nur Ärztinnen und Ärzte dürfen über Medikamente aufklären und Rezepte dafür verschreiben. **Psychologinnen und Psychologen** haben nicht Medizin, sondern Psychologie studiert und sich daher wissenschaftlich mit menschlichen Verhaltensweisen sowie Lern- und Wahrnehmungsprozessen beschäftigt. Daneben gibt es die gesetzlich geschützten Bezeichnungen **Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Diese können sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Psychologinnen und Psychologen oder Pädagoginnen und Pädagogen sein, die eine mindestens dreijährige Therapieausbildung im Anschluss an das Studium mit erfolgreicher Approbationsprüfung abgeschlossen haben. Für die Therapieausbildung gibt es verschiedene Schwerpunkte (Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Hinter dem Begriff **Therapeutin und Therapeut** mit Erlaubnis zur Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz können verschiedene Aus- und Weiterbildungen stehen, die jedoch ohne Approbation abschließen und damit keinen Versorgungsauftrag besitzen. In der Konsequenz werden die Behandlungskosten in der Regel nicht von den Krankenkassen übernommen.

Wie findet man eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten?

Auf der Website der Bundespsychotherapeutenkammer gibt es für jedes Bundesland in Deutschland einen **Psychotherapeutensuchdienst**. Aufgrund des hohen Bedarfs sind die **Wartezeiten** sowohl in niedergelassenen Praxen als auch in Ambulanzen und Kliniken mitunter leider sehr lange und es empfiehlt sich, es gegebenenfalls bei mehreren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu probieren oder sich auf **mehrere Wartelisten** setzen zu lassen. Patientinnen und Patienten sollten sich zudem bei der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten **wohl fühlen und das Gefühl haben, vertrauensvoll und offen sprechen zu können**. Für manche spielt bei der Suche nach einem Therapieplatz daher auch eine Rolle, ob die Therapie von einem Mann oder einer Frau durchgeführt wird. Bei Kindern und Jugendlichen gilt zudem, dass in der Regel **ab einem Alter von 15 Jahren** eine Psychotherapie auch ohne Einwilligung der sorgeberechtigten Eltern stattfinden darf.

Psychotherapeutensuchdienste:

- www.bptk.de/patient-innen/#psychotherapeutensuche
- www.dptv.de/psychotherapie/psychotherapeutensuche

Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren sind interdisziplinäre, auf Kinder und Jugendliche mit **Entwicklungsauffälligkeiten** und Behinderungen spezialisierte Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung an großen Kliniken. Sie betreuen beispielsweise Kinder und Jugendliche mit motorischen, sprachlichen oder geistigen Entwicklungsstörungen und chronischen neurologischen Erkrankungen. Die Zentren bieten immer wieder **Vorträge und Fortbildungen** zu gesundheitlichen Themen an und kooperieren mit Lehrkräften im Rahmen von runden Tischen.

Link zu den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Baden-Württemberg:

- www.dgspj.de/category/bundesland/baden-wuerttemberg

Wann ist ein Klinikaufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ratsam?

Reicht eine ambulante Behandlung mit in der Regel wöchentlichen Terminen für eine hinreichende Verbesserung der Symptomatik nicht aus, gibt es die Möglichkeit einer teilstationären oder vollstationären Behandlung in Tageskliniken oder Therapiestationen einer psychiatrischen Klinik. Die Behandlungsdauer für einen teil- oder vollstationären Klinikaufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt zumeist mehrere Wochen bis Monate. Bei einer **teilstationären Behandlung** sind Betroffene tagsüber zur Behandlung in der Klinik, übernachten jedoch zuhause in ihrem gewohnten Umfeld. Bei einer **vollstationären Behandlung** übernachten Betroffene in der Klinik. Ziel ist jedoch, sofern dies möglich ist, dass in Abhängigkeit der Erkrankung und Symptomschwere Belastungserprobungen beispielsweise am Wochenende im familiären Setting stattfinden. In beiden Behandlungsformen finden sowohl **psychotherapeutische Einzel- als auch Gruppenangebote** durch multiprofessionelle Teams statt. Nach genauer Abwägung und Aufklärung mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie den Eltern kann ergänzend dazu oder in Notfällen auch eine **medikamentöse Behandlung** erfolgen. Dabei werden während der gesamten Behandlungsdauer eine regelmäßige Beteiligung und eine enge Zusammenarbeit mit dem familiären und schulischen bzw. weiteren Umfeld angestrebt. Während ihres psychiatrischen Klinikaufenthalts besuchen die Kinder und Jugendlichen die **Klinikschule**.

7 Auf sich selbst achten

7.1 Sich abgrenzen



Der verantwortungsvolle Umgang mit den eigenen Ressourcen ist berufsübergreifend wichtig, im zeitintensiven beruflichen Alltag aber oft schwierig umzusetzen. Die durchgängig notwendige Präsenz und Flexibilität beim Unterrichten, die Sozialisations- und Erziehungsanforderungen durch die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, der

Lärmpegel durch große Klassen und die durch Vorbereitung und Korrekturen mit nach Hause genommene Arbeit sind einige der Herausforderungen, welche die Gesundheit von Lehrkräften beeinträchtigen können. Neben der Förderung und Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit psychischen Erkrankungen ist es daher ebenso wichtig, zu deren Schwierigkeiten und Problemen die **erforderliche, professionelle Distanz zu wahren**. Selbstregulation und der verantwortungsvolle Umgang mit den eigenen Ressourcen sind eine große Stärke.

Um sich abzugrenzen kann es beispielsweise hilfreich sein, eine Situation aus einer **distanzierteren**



Perspektive als der eigenen zu betrachten („Was würde ich einer Freundin oder einem Freund in dieser Situation raten?“) oder mit Kolleginnen und Kollegen gemeinsam Veränderungsmöglichkeiten nachzugehen. Abgrenzung kann auch bedeuten, **Aufgaben**, die nicht in den eigenen Aufgabenbereich fallen, gegebenenfalls freundlich, aber bestimmt **abzulehnen oder abzugeben** und sich im Falle von Überforderung bei eigenen

Aufgaben **Unterstützung einzuholen**. Anlaufstellen hierzu werden in Kapitel 6.2 genannt.

Das **Infoportal Arbeits- und Gesundheitsschutz** für Lehrkräfte in Baden-Württemberg des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg enthält umfassende Informationen zum Gesundheitsschutz. Im Rahmen seines **Gesundheitsmanagements** für die öffentlichen Schulen bietet das Land über das Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL) für Schulleitungen und Lehrkräfte eine umfangreiche Auswahl von Fortbildungen zur Gesundheitsförderung sowie präventive Gesundheitsmaßnahmen an, die dezidiert auf die spezifischen gesundheitsgefährdenden Belastungen bei Lehrkräften und Schulleitungen abzielen und unterschiedliche Schwerpunkte wie z. B. Ressourcenstärkung, Stressbewältigung, Beziehungsgestaltung, Rollenklarheit oder Fallbesprechung haben. Zudem kann jede Schule über die zuständige Regionalstelle Mittel für schulinterne Gesundheitstage oder -kurse beantragen.

Infoportal Arbeits- und Gesundheitsschutz für Lehrkräfte in Baden-Württemberg:

- <http://arbeitsschutz-schule-bw.de>

Angebote des Landes zur Gesundheitsförderung für Lehrkräfte:

- <https://zsl-bw.de/lu-unterstuetzungsangebote>

Informationen zu regionalen Angeboten auf den Seiten der ZSL-Regionalstellen:

- <https://zsl-bw.de/ueber-das-zsl>

7.2 Eigene Ressourcen stärken

Schülerinnen und Schüler insbesondere mit psychischen Erkrankungen können in ihrer individuellen Entwicklung besser gefördert und unterstützt werden, wenn Sie auch Ihre **eigenen Ressourcen ausreichend stärken**. Hierfür ist es hilfreich, sich und seine Belastungsgrenzen gut zu kennen. Dennoch lassen sich stressige Phasen nicht vermeiden. Durch das **Entzerren und Verschieben von Terminen** sowie **eine gute Vorbereitung und Planung** kann diesen jedoch in gewissem Maße vorgebeugt werden. Nach einer besonders kräftezehrenden und anstrengenden Phase sollten dann bei Bedarf **Möglichkeiten zur Erholung** geschaffen werden. Auch wenn einige der Strategien trivial erscheinen mögen, passiert es schnell, dass diese vergessen werden oder anderes für wichtiger und relevanter gehalten wird. Gut ist daher, sich selbst ernst zu nehmen und immer wieder zu **reflektieren**, ob man verantwortungsvoll mit den eigenen Ressourcen und der eigenen Gesundheit umgeht.

Tipps zur **Arbeitsweise** und zum **Selbstmanagement**:



- Die meisten Aufgaben können nach dem **20-80-Prinzip** nach Pareto bearbeitet werden. Dieses besagt, dass in der Regel mit 20 % des Aufwands eine Aufgabe zu 80 % erfolgreich bearbeitet werden kann. Mit den weiteren 80 % des Aufwands erreicht man die letzten 20 % des Erfolgs. Daher ist es sinnvoll, bei Aufgaben gezielt zu überlegen, welches Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen gebraucht wird.



- Hinzukommend sind **kleinere, erreichbare Ziele** auf To-Do-Listen für jeden Tag meist motivierender als ein großer Berg an Arbeit. Bei der Aufstellung von To-Do-Listen kann die **ALPEN-Methode** nach Seiwert nützlich sein:

- Alle Aufgaben und Termine schriftlich auflisten.
- Länge bzw. Zeitlimit abschätzen (inkl. ggf. Vor- und Nachbereitungen sowie Fahrzeiten)
- Pufferzeiten einplanen: Maximal sollten 60 % der Zeit aufgrund von Unwägbarkeiten, Hindernissen, Spontaneität und Pausen verplant werden.
- Entscheidung zu Prioritäten: Aufgaben sollten auf eine realistische Menge für den Tag oder die Woche reduziert und die wichtigsten drei identifiziert werden. Gleichzeitig kann überlegt werden, welche Aufgaben wann sinnvoll erledigt werden können. Dabei können Arbeitsbedingungen, der eigene Rhythmus sowie die aktuellen Kapazitäten berücksichtigt werden.
- Nachkontrolle: Aufgaben können nach Erledigung durchgestrichen oder übertragen und analysiert werden, warum diese nicht erledigt werden konnten. Hier empfiehlt es sich, gegebenenfalls innere und äußere Zeitdiebe ausfindig zu machen.



- **Geregelte Tages- und Wochenstrukturen mit fest eingeplanten Pausen oder Freiräumen** sind meist eine wichtige Voraussetzung einer ausgeglichenen Stimmungslage insbesondere in schwierigen und stressreichen Phasen. Studien belegen die positiven Effekte von geplanten, kurzen Arbeitspausen auf die Arbeitsqualität und -quantität, aber auch das Wohlbefinden. Termine der verschiedenen Lebensbereiche können im Wochenplan beispielsweise mit unterschiedlichen Farben markiert werden, sodass auf eine ausreichende (farbliche) Balance besser geachtet werden kann. Was macht Freude? Was stärkt das Wohlbefinden? Entsprechende Aktivitäten können belohnend wirken, indem man sich Zeit dafür nimmt. Anregungen liefert beispielsweise die „**Liste wohltuender Aktivitäten**“ im Anhang.

Tipps zur **Entspannung** und zur **Stärkung des Selbstwerts**:



- Für einige Wochen jeden Abend gedanklich, im Smartphone oder einem schönen Notizbuch ein bis drei kleine **positive oder amüsante Ereignisse zu sammeln**, hilft den Fokus gezielter auf positive Erlebnisse zu richten und damit seine Grundstimmung zu verbessern. Liegt der Fokus im Alltag zu sehr auf Schwierigkeiten, Unvermögen und Negativem, steigern sich Ängste und Unsicherheiten.



- Es kann helfen, sich einen gemütlichen und ruhigen **Rückzugsort** im beruflichen oder privaten Umfeld zu suchen oder nach Möglichkeit einzurichten. Dies sind im Optimalfall Orte, an denen man sich wohl und ungestört fühlt und die Gelegenheit hat, tief durchzuatmen. Rückzugsorte müssen dabei nicht zwingend reale Orte sein. Es kann sich auch um einen imaginären „**sicheren Ort**“ in der Vorstellung handeln, der ganz den eigenen Vorstellungen entspricht, an dem man sich rundum wohl und entspannt fühlt und gut zur Ruhe kommen kann. In der

Vorstellung kann man dann immer wieder gedanklich für einen Moment an diesen Ort zurückkehren, wenn man es braucht.



- Kurze **Entspannungs- oder Achtsamkeitsübungen**, bei denen aufmerksam achtgegeben wird, was im Hier-und-Jetzt um einen herum passiert, können jederzeit und an jedem Ort durchgeführt werden. Beispielsweise indem man für einen Moment nur und vollständig auf eine einzige Sache achtet – den Atem, ein vorherrschendes Gefühl, den Blick oder das Gesagte des Gegenübers. Wichtig ist, neugierig wie ein Forscher nur wahrzunehmen, was in diesem einen Moment da ist, ohne eine Bewertung vorzunehmen oder Erwartungen zu haben.
- Ein positiver oder inspirierender Gedanke oder Satz, der für einen sichtbar aufgehängt wird, kann motivierend und hilfreich sein, um sich seiner Stärken im beruflichen und privaten Alltag bewusster zu sein. Anregungen für **stärkende Sätze** gibt es beispielsweise unter:



- https://zsl-bw.de/site/pbs-bw2/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/gesundheit/INNEN-LEBEN_%20Kartenset_fuer_beispiellose_Zeiten.pdf
- Weitere Übungen gibt es beispielsweise in der kostenfreien „**Stärken-Box**“ des Beltz-Verlags unter folgendem Link:
 - www.beltz.de/fileadmin/beltz/aktionen/Meine_Staerken-Box.pdf

8 Schulprogramme zur Gesundheitsförderung

Das aufgrund des Amoklaufs in Winnenden und Wendlingen 2009 entwickelte, landesweite Konzept **stark.stärker.WIR.** liefert einen Rahmen für Präventionsarbeit zur Gesundheitsförderung sowie zur Gewalt- und Suchtprävention an Schulen in Baden-Württemberg. Das Konzept geht davon aus, dass schulische Präventionsarbeit auf drei Ebenen – der Schul-, Klassen- und individuellen Ebene – ansetzen sollte und dass ein mehrjähriger Zeitrahmen zur Verankerung eines umfassenden Präventionskonzepts an Schulen nötig ist. Durch Präventionsbeauftragte der ZSL-Regionalstellen werden die Schulen in der Planung, Umsetzung und Evaluation eines eigenen, angepassten

Präventionskonzepts unterstützt. Hierbei sollen alle Personen aus dem Schulleben beteiligt werden, wobei bewährte Präventionsarbeit in das Rahmenkonzept integriert und gezielt und nachhaltig weiterentwickelt werden kann. Das oberste Ziel ist die **Förderung von Resilienz und die Vermittlung von Lebenskompetenzen an Kinder und Jugendliche**,

sodass diese zu eigenverantwortlichen und starken Persönlichkeiten heranwachsen können. Lebenskompetenzen bezeichnen gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Fähigkeiten, die es einer Person ermöglichen, das alltägliche Leben und seine Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen. Lebenskompetenzen unterscheiden sich je nach Umfeld und Kultur, die WHO beschreibt jedoch zehn Kernkompetenzen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen fördern können: In der Lage zu sein, (1) durchdacht Entscheidungen zu treffen, (2) konstruktiv Probleme zu lösen, (3) kreativ und (4) kritisch zu denken, (5) effektiv beispielsweise Meinungen oder Bedürfnisse zu kommunizieren, (6) positive Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, (7) sich selbst und seine Bedürfnisse zu kennen und wahrzunehmen, (8) empathisch zu sein, (9) mit Gefühlen und (10) Stress adäquat umzugehen.



stark.stärker.WIR.
PRÄVENTION AN SCHULEN
IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Mehr zum Präventionskonzept „stark.stärker.WIR“ unter:

- http://praevention-in-der-schule-bw.de/,Lde/Startseite/stark_staecker_WIR_

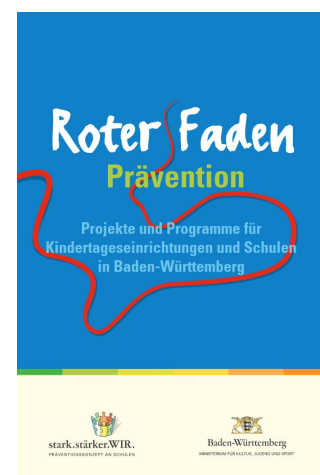
Im „**Roten Faden Prävention**“ werden im Sinne des Präventionskonzepts stark.stärker.WIR. etwa 90 landesweit oder regional verfügbare Programme, Materialien und Projekte für Kindertageseinrichtungen und Schulen in Baden-Württemberg vorgestellt. Diese sind altersspezifisch strukturiert und decken eine Vielzahl an Bereichen ab. Im Folgenden sind einige Beispiele mit einem Bezug zur psychischen Gesundheit aufgelistet:

Klassenstufe	Schulprogramm
KiGa, 1-4	EFFEKT (Entwicklungsförderung in Familien: Eltern- und Kindertraining)
KiGa, 1-10	FAUSTLOS
KiGa, 1-13	Den Stillen eine Stimme geben. – Everyone is a star.
1-4	Fit und stark fürs Leben
1-4	Hau ab du Angst – Präventionsprojekt gegen sexuellen Missbrauch
1-13	ABS – Anti-Bullying-Strategien
1-13	ScienceKids: Gesundheit entdecken
4-6	STUPS - SelbTbehaUPTungStraining
5-6	PriMa – PrimärPräventionMagersucht
5-6	Sozial-emotionales Lernen – SEL 5+6
5-8	Aktive Teens – Themenfelder Tabak- und Alkoholprävention sowie soziales Lernen
5-8	Mobbingfreie Schule – gemeinsam Klasse sein
5-10	Bauchgefühl – Unterrichtsprogramm zur Prävention von Essstörungen
5-13	Förderung seelischer Gesundheit
6-11	Theaterstück „War doch nur Spaß“
6-13	Jetzt geht’s um die Kinder – Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern
7-8	MustAng – Mut statt Angst
7-10	Lebenslust mit Lars & Lisa
7-10	Mädchen SUCHT Junge
7-13	REBOUND – meine Entscheidung
7-13	Schritte gegen Tritte
9-13	Herzklopfen – Beziehungen ohne Gewalt
9-13	KEEP COOL! Training zur Zivilcourage und De-Eskalation

Download des Buchs „Roter Faden Prävention“ (2015) unter:

- <http://praevention-in-der-schule-bw.de/,Lde/Startseite/Medien/Roter+Faden+Praevention>

Ein Programm soll beispielhaft herausgegriffen werden, da es besonders grundlegend und umfassend zum sozial-emotionalen Lernen und zur Entwicklungsförderung von Schülerinnen und Schülern beiträgt: Das Trainingsprogramm **„Auf dem Weg zu Lebenskompetenz und Selbstregulation mit LARS & LISA“**. Es basiert auf dem Präventionsprogramm „Lebenslust mit LARS & LISA“, wobei die Namen LARS für „Lust an realistischer Sicht“ und LISA für „Leichtigkeit im sozialen Alltag“ stehen. Das Trainingsprogramm besteht aus sechs Modulen im Umfang von jeweils ein bis zwei Doppelstunden mit vorbereiteten



Materialien (z. B. Modul 3 – Wechselwirkung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten). Die Module können dabei einzeln, beliebig kombiniert oder im Gesamten eingesetzt werden.

Download unter:

- <https://praevention.kultus-bw.de/.Lde/Startseite/Unterstuetzungssystem/LARS+ +LISA>



Anhang mit Vorlagen und Arbeitsblättern

Vorlage bzw. Arbeitsblatt	Seite	Kapitelbezug
Vier Tipps für das Aufstellen von Regeln	292	2.2 und 2.4
Beispielvorlage „Regeln im Klassenraum“	295	2.2 und 2.4
Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes	296	2.2 und 2.3
Beobachtungsbogen	298	2.4
Beispielvorlage „Belohnungsplan“	299	2.3 und 5.3
Checkliste bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	300	2.3 und 6.1
Druckvorlage „Erste Schritte in akuten psychischen Krisen“	305	4.2
Liste wohltuender Aktivitäten	306	7.2

Vier Tipps für das Aufstellen von Regeln



1. Nur wenige Regeln aufstellen

Es empfiehlt sich, **maximal eine Handvoll** Regeln im Klassenraum aufzustellen. Das ist insbesondere bei jüngeren Schülerinnen und Schülern mit geringerer Aufmerksamkeitsspanne zu beachten, um die Wahrscheinlichkeit für das Einhalten der Regeln zu erhöhen. Müssen Regeln häufig wiederholt werden, kann dies ein Indiz dafür sein, dass zu viele Regeln aufgestellt wurden. Regeln sollten dabei **positiv** sowie **möglichst kurz** und **unmissverständlich** formuliert werden. Die Regel „In Stillarbeitsphasen bleibe ich an meinem Platz und flüstere“ ist beispielsweise besser formuliert als „Ich laufe während Stillarbeitsphasen nicht im Klassenzimmer herum und rede nicht laut dazwischen“. Es kann auch jeden Monat eine „**Monatsregel**“ gekürt werden, auf die im jeweiligen Monat der Fokus gerichtet und die speziell beachtet werden soll. Von Regeln, auf die positive oder negative Konsequenzen folgen, sollten **Bitten** unterschieden werden, die Schülerinnen und Schüler ablehnen können.

2. Regeln einen Rahmen geben und begründen

Es empfiehlt sich für Regeln genau festzulegen, **wann, für wen und warum eine Regel gilt**. Regeln zu gewaltfreien Konfliktlösungen gelten beispielsweise während der ganzen Unterrichtsstunde und für alle inklusive der Lehrkraft. Andere Regeln, beispielsweise zur Notwendigkeit sich bei Wortbeiträgen zu melden, betreffen explizit die Klasse. Ebenso sind individuelle Regeln denkbar. Hilfreich ist sich vorab zu überlegen, warum man eine Regel für wichtig hält und was man durch sie erreichen möchte bzw. welche negativen Folgen bei Nichteinhaltung eintreten können. Dies beugt Diskussionen bei Regelverstößen vor. Die Regel, sich vor Wortbeiträgen zu melden, kann zum Beispiel damit begründet werden, dass jede Person gleichberechtigt zu Wort kommen können sollte. Die Regeln und ihre jeweiligen Begründungen sollten mit der Klasse **besprochen** werden. Die Klassenregeln können als Erinnerungstütze mit passenden Bildern versehen und auf einem **Plakat zentral im Klassenzimmer** aufgehängt werden. Klassenregeln können auch spielerisch erarbeitet und ein Konsens dazu gefunden werden. Bei der Übung „**Verschollen**“ erzählt die Lehrkraft der Klasse, sie solle sich vorstellen, nach einem Schiffbruch auf einer Insel gestrandet zu sein. Auf der Insel gebe es zwar ausreichend Wasser und Nahrungsmittel, aber um bis zur Rettung zu überleben, müsse sich die Klasse (als Ganzes oder in Kleingruppen) Regeln für ein gemeinsames Miteinander überlegen. Am Ende der Übung werden die erarbeiteten Regeln diskutiert: Wie kam die Gruppe zu einer Einigung? Welches sind die wichtigsten Regeln? Wie kann die Einhaltung der Regeln gewährleistet werden?

3. Konsequenzen von Regeln vorab überlegen und durchsetzen

Es lohnt sich, sich die Konsequenzen von Regeleinhaltung und -missachtung **vorab zu überlegen**, um diese **möglichst unmittelbar durchsetzen oder** zumindest direkt **ankündigen** zu können. Hierbei empfiehlt es sich auch darauf zu achten, dass nicht nur unerwünschtes Verhalten kritisiert, sondern erwünschtes Verhalten auch entsprechend gelobt wird. Wird beispielsweise nach einer handgreiflichen Auseinandersetzung eine Auszeit bestimmt, sollte wiederum eine gewaltfreie Konfliktlösung ebenso zu einer Reaktion führen, beispielsweise in Form eines Lobes für kompromissbereites Verhalten.

Positive Rückmeldungen können sowohl **verbal** (z. B. „Ich finde, ihr seid heute toll und hilfsbereit miteinander umgegangen“) als auch **nonverbal** (z. B. Daumen hochhalten, freundlich lächeln oder nicken) oder durch **Privilegien** (z. B. etwas aussuchen, entscheiden oder mit etwas anfangen dürfen) erfolgen. Idealerweise steht die positive Konsequenz mit dem erwünschten Verhalten in Zusammenhang. Damit ein Lob dabei auch als positive Rückmeldung wahrgenommen wird, ist es ausgesprochen wichtig, den Satz mit einem Punkt zu beenden und **nicht** mit einem **relativierenden „aber“** fortzuführen, sowie eine Rückmeldung **ohne Bezug zu anderen Schülerinnen und Schülern** zu geben.

Negative Konsequenzen sollten sich möglichst aus dem unerwünschten Verhalten ergeben (z. B. ersetzen, was kaputtgemacht wurde) und für die Lehrkraft **durchsetzbar** sein. Beispiele für negative Konsequenzen können **Wiedergutmachungen** und **Entschuldigungen, Auszeiten** oder der **Wegfall von Privilegien** sein. Dabei kann vereinbart werden, dass die Schülerin oder der Schüler vorzeitig aus der Auszeit zurückkehrt, wenn sie oder er glaubt, sich wieder an die Regeln halten zu können.

Grundsätzlich sollten nur solche Regeln aufgestellt werden, für deren Einhaltung man sorgen und deren Konsequenzen man durchsetzen kann. Ist dies nicht der Fall, ist gegebenenfalls eine Bitte sinnvoller, der freiwillig nachgekommen werden kann oder nicht. Ansonsten können ungünstige Effekte eintreten, wie beispielsweise, dass Schülerinnen und Schüler lernen, Regeln nicht ernst nehmen zu müssen. Bei verbal oder körperlich aggressivem Durchsetzen von Regeln kann der ungünstige Effekt eintreten, dass mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ein entsprechend aggressives Modellverhalten im Umgang mit jüngeren oder schwächeren Mitschülerinnen und Mitschülern erlernt wird. Es empfiehlt sich Regeln und Konsequenzen **mit ruhiger, fester Stimme** und **passender Körperhaltung** auszusprechen ohne einen verärgerten oder drohenden Tonfall.

4. Aufmerksamkeit erlangen und dabeibleiben

Aufforderungen zu Regeleinhaltenen wird eher nachgekommen, wenn zuvor die **Aufmerksamkeit der Schülerin oder des Schülers beispielsweise durch Blickkontakt, Augenhöhe oder direktes Ansprechen erlangt** wird. Manchmal kann es auch hilfreich sein, die Schülerin oder den Schüler die Regel oder Aufforderung nochmal **in eigenen Worten** wiedergeben zu lassen. Einerseits wird dadurch das Verständnis der Aufforderung sichergestellt, andererseits deren Wichtigkeit unterstrichen.

Bei Aufforderungen ist es zudem empfehlenswert **dabeizubleiben**, bis klar ist, ob dieser nachgekommen wird oder nicht. Wird der ersten Aufforderung **nachgekommen**, sollte dementsprechend unmittelbar eine **positive Reaktion** folgen (z. B. „Toll, dass du die Aufgabe gleich erledigt“). Wird der Aufforderung nicht nachgekommen, sollte die Aufforderung ein **weiteres Mal** ausgesprochen werden, die Regelverletzung gegebenenfalls benannt und die mögliche **Konsequenz angekündigt** werden. Wird der Aufforderung nun **nachgekommen**, ist es wichtig, dass eine **positive statt einer negativen** (z. B. „Endlich!“) **Reaktion** erfolgt. Häufig erfolgt auf die erste oder zweite Aufforderung trotz des Nachkommens keine positive, sondern keinerlei weitere Reaktion. Das ist verständlich vor dem Hintergrund, dass sich innerlich oftmals bereits Verärgerung angestaut hat oder man das erwünschte Verhalten für selbstverständlich hält. Nichtbeachtung oder negative Rückmeldungen verhindern jedoch die so wichtige Lernerfahrung, dass sich erwünschtes Verhalten „lohnt“. Erledigt eine Schülerin oder ein Schüler sogar unaufgefordert eine anstrengende oder unbeliebte Aufgabe, der sie oder er sich ansonsten vielleicht überwiegend entzieht oder verweigert, empfiehlt sich daher auch eine besonders positive Rückmeldung. Wird

der Aufforderung jedoch **trotz einer weiteren Aussprache nicht** nachgekommen, sollte ruhig und bestimmt die **negative Konsequenz ausgesprochen und durchgesetzt** werden. Bei Bedarf kann die Schülerin oder der Schüler etwas dazu sagen. Wenn es zeitlich möglich ist, ist auch eine **kurze Nachbesprechung** zu einem günstigen Zeitpunkt beispielsweise nach der Unterrichtsstunde sinnvoll. Wichtig ist dabei, zunächst Positives zu betonen und die Schülerin bzw. den Schüler für die Zukunft zu ermuntern, wenn bestimmte Dinge diesmal noch nicht gut funktioniert haben.

Nach:

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2008). *Gewaltprävention an beruflichen Schulen: Aktiv für soziales Lernen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.

https://km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1347280343/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/KM-Homepage/Publicationen%202015,%202016%20und%202017/Aktiv_fr_soziales_Lernen_komplett.pdf

Bildungsdirektion für Steiermark – Abt. Schulpsychologie & Schulärztlicher Dienst (2019). *Umgang mit speziellen Problemsituationen ...was tun? Handlungsleitfaden für Pädagoginnen und Pädagogen*. Abgerufen am 01.10.2020 von

https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:341cdef9-bbf0-4ad6-84d4-7f0c9865678c/Handlungsleitfaden_BD_A5_2019.pdf

Landesinstitut für Schulentwicklung (LS; Hrsg.) (2013). *Förderung gestalten: Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen. Modul D: Herausforderndes Verhalten: Empfehlungen zur Schul- und Unterrichtsentwicklung*. Stuttgart:

Landesinstitut für Schulentwicklung. <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/beratung-vernetzung/handreichungsreihe-foerderung-gestalten/fg-d.pdf>

Universitätsklinikum Köln (o.D.). 2. *Die Klassenebene: Strukturierungsmaßnahmen für den Unterricht*. Abgerufen am 10.02.2021 von

<https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/die-klassenebene>

Universitätsklinikum Köln (o.D.). 3. *Die Schülerebene: Individuelle Hilfen*. Abgerufen am 10.02.2021 von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/die-schuelerebene>

Regeln im Klassenraum



Regel (möglichst positiv, kurz und unmissverständlich formuliert)	Wann und für wen gilt die Regel?	Warum ist die Regel wichtig?	Positive Konsequenz bei Einhaltung	Negative Konsequenz bei Missachtung
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				
(5)				



Spiele zur Stärkung des Klassenverbandes

Spiel **Fragensalat**

Ziel Sich untereinander (besser) Kennenlernen

Durchführung Bei diesem Spiel sitzen alle Kinder in einem Stuhlkreis, wobei ein Kind anfangen darf, sich in die Mitte stellt und seinen Stuhl aus dem Kreis nimmt. Nun stellt das Kind in der Mitte eine Frage, z. B. „Wer ist Rechtshänder?“ Das Kind in der Mitte sucht sich ein Kind, das der Frage zugestimmt hat und tauscht mit ihm den Platz. Nun stellt das nächste Kind in der Mitte eine Frage. Das Spiel ist zu Ende, wenn jedes Kind einmal an der Reihe war.



?

Spiel **Adjektivnamen**

Ziel Förderung von Teamgeist in der Klasse und Benennung von Stärken

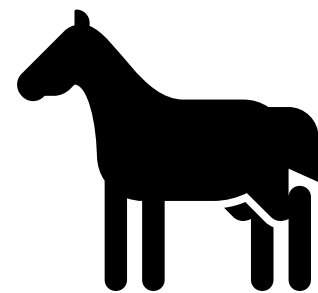
Durchführung Bei diesem Spiel wirft ein Kind einen kleinen Schaumstoffball zu einem anderen Kind und nennt den Namen des anderen Kindes sowie eine positive Eigenschaft, z. B. „hilfsbereite Luisa“. Dies geht so lange bis alle Kinder einmal den Ball mit einem Adjektiv zugeworfen bekommen haben. Die Klasse soll sich die genannten Adjektive merken und anschließend als Team angeben, wie schnell sie den Ball inklusive der Nennung des Adjektivs und des Namens aller einmal herumwerfen kann (z. B. „Zwei Minuten“). Die Lehrkraft „wettet“ dagegen und stoppt die Zeit. Die Klasse darf sich gegenseitig helfen (z. B. Erinnern an Adjektive oder schnell den Ball vom Boden aufheben, wenn er nicht gefangen wurde). Mit der Zielerreichung kann ein kleines Privileg verbunden sein (z. B. die Lehrkraft bringt Süßigkeiten mit, beendet 5 Minuten früher den Unterricht, gibt etwas weniger Hausaufgaben etc.). Möchte man die Schwierigkeit erhöhen, kann das Ziel sein, dass der Ball nicht herunterfallen darf oder eine feste Reihenfolge beim Werfen eingehalten werden muss. Das Spiel kann auch als Kennenlernspiel gespielt werden, indem jedes Kind zuerst seinen eigenen Namen mit einem positiven Adjektiv nennt.



Spiel **Pferderennen**

Ziel Kurze, gemeinsame Bewegungspause

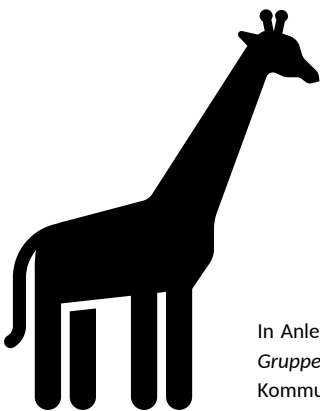
Durchführung Bei diesem Spiel moderiert die Lehrkraft als Spielleitung das Pferderennen, wobei alle Kinder an ihren Sitzplätzen als Pferde beim Pferderennen dabei sind und auf die Geschichte der Lehrkraft reagieren: „Alle Pferde laufen zum Startpunkt“ – Es ist Getrappel zu hören – „Es fällt der Startschuss“ – gemeinsames Klatschen – „Alle Pferde rennen los“ – Abwechselnd auf die Schenkel klatschen – „Es kommt eine Links-/Rechtskurve“ – nach links/rechts lehnen – „Es kommt ein Wassergraben“ – Schwimmbewegungen – „Es kommt ein Sprunghindernis“ – in die Luft springen – „Die Pferde laufen auf der Zielgeraden ein und die Zuschauer flippen aus“ – alle jubeln. Die Rennstrecke kann dabei um neue oder sich wiederholende Hindernisse erweitert werden und die Bewegungen können je nach Erzähltempo in der Geschwindigkeit variiert werden.



Spiel **Giraffensprache**

Ziel Förderung der Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit, Aggressionsreduktion

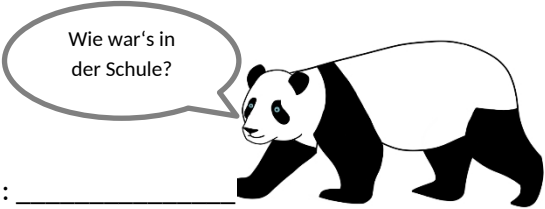
Durchführung Die Giraffe als Landtier mit dem größten Herzen steht für eine gewaltfreie Sprache. Bei einer nicht zu tolerierenden Aussage erhält ein Kind daher die Giraffenfigur und soll sich erneut äußern, indem es ohne Beschimpfungen sagt, was es stört, wie es sich fühlt und was es sich wünscht. Alternativ kann vereinbart werden, dass ein Kind die Giraffenfigur als Begleiter für diese Stunde oder den restlichen Schultag erhält, wenn es sich sehr freundlich verhalten oder die Regeln gut eingehalten hat.



In Anlehnung an: Wekenmann, S. B., & Schlottko, P. F. (2011). *Soziale Situationen meistern: Ein störungsübergreifendes Gruppentraining für Kinder (SGK)*. Göttingen: Hogrefe. „Giraffensprache“ basierend auf dem Konzept der „Gewaltfreien Kommunikation“ von Marshall Rosenberg, zitiert nach Landesinstitut für Schulentwicklung (LS; Hrsg.) (2013). *Förderung gestalten: Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen. Modul D: Herausforderndes Verhalten: Empfehlungen zur Schul- und Unterrichtsentwicklung*. Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung. <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/beratung-vernetzung/handreichungsreihe-foerderung-gestalten/fg-d.pdf>

Bilder von wollyvonwolleroy und Hans über Pixabay.

Beobachtungsbogen



Name: _____

Datum: _____

Bereich	Meine aktuelle Einschätzung sehr gut: ++ gut: + mal so mal so: o nicht so gut: -	Veränderung besser: ↑ gleich: = schlechter: ↓
1. Anwesenheit		
2. Pünktlichkeit		
3. Mitbringen von Schulmaterial		
4. Umgang mit Schulmaterial		
5. Mitarbeit		
6. Ausdauer		
7. Regeleinhaltung		
8. Umgang mit Lehrkräften		
9. Umgang mit Mitschülerinnen und Mitschülern		
10. Weiterer Bereich:		



Wichtige Besonderheiten:



Checkliste bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

- Kontaktaufnahme mit insoweit erfahrener Fachkraft (ISEF)
- Kontaktaufnahme zum Jugendamt
- Kontaktaufnahme zum Familiengericht

Personalien des betroffenen Kindes oder Jugendlichen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

(bei **pseudonymisierter Kontaktaufnahme** zu ISEF:
Geschlecht, Geburtsjahr, Geburtsregion, z.B. Bundesland oder
Herkunftsland bei Migrationshintergrund)

Personalien der Personensorgeberechtigten und weitere Angaben zum Sorgerecht

- Sind Personensorgeberechtigte mitwirkungsbereit bzw. mit Informationsweitergabe oder Einschaltung des Jugendamts einverstanden?
- Einstellung der Sorgeberechtigten gegenüber Hilfen und Hilfevor-schlägen
- Einstellung der Sorgeberechtigten gegenüber Kontaktaufnahme zum Jugendamt
- Einstellung der Sorgeberechtigten in Bezug auf nötige weitere medizinische und paramedizinische Interventionen und Therapie

Wohnort und Aufenthaltsort (falls abweichend z.B. Heim oder Inobhutnahmestelle):

Bei Flucht oder Migrationshintergrund:

- Herkunftsland:

- Aufenthaltsstatus:

- Deutsche Sprachkenntnisse:

Darstellung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen zur Genese des Befundmusters

- Aussagen des Kindes möglichst wörtlich aufzeichnen, möglichst nicht interpretieren
- Darstellen, ob Spontanäußerung oder Äußerung auf Nachfrage, wenn ja, in welchem Kontext
- Wenn ein Kind sich in der Klinik z.B. in Bezug auf sexuellen Missbrauch anvertraut, wem gegenüber geschah das, in welcher Situation wurde danach gefragt oder handelte es um eine Spontanäußerung?
- Wie erlebt das Kind seine Situation, was sind seine Wünsche, sucht es Schutz, möchte es zurück zu den Eltern?
- Einschätzung von Selbst- und Fremdgefährdung beim betroffenen Kind oder Jugendlichen

Darstellung der infrage stehenden Kindeswohlgefährdung:

- Aktueller Befund und Vorbefunde
- Ausmaß der Schädigung durch diese Befunde irreversible Schäden versus reversible Schäden
- Differentialdiagnosen, die das Befundbild ebenfalls erklären könnten
- Erklärung der Eltern zur Entstehung des Befundbilds (Plausibilität?)

- Abschätzung des Gefährdungsrisikos, insbesondere bei dissimulierenden und/oder nicht kooperativen Eltern
- Angaben zum elterlichen Verhalten, insbesondere zu gefährdenden Verhaltensweisen und Risikofaktoren wie Alkoholismus, Drogenkonsum, schwere psychiatrische Erkrankung eines Elternteils etc.
- Angaben zu Entwicklungschancen und Entwicklungsrisiken in der Familie bzw. dem derzeitigen sozialen Umfeld (bei gefährdender Umgebung ist angesichts dieser Umfeldfaktoren mit ziemlicher Sicherheit von einer erheblichen Entwicklungsbeeinträchtigung auszugehen)
- Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen, wenn möglich Fördervorgeschichte, bisherige Maßnahmen, auffälliger Verlauf im Untersuchungsheft, Untersuchungshefte nicht vorhanden etc.
- Konflikte in der Familie z.B. Umgangsauseinandersetzungen, wechselnde Partnerschaften, Sündenbockfunktion des Kindes etc., ggf. an Achse V multiaxiales System WHO orientieren
- Protektive und belastende Faktoren im sozialen Umfeld (Kindergarten, Schule, Verein, Freundeskreis)

Andere Quellen

- Angaben von Begleitpersonen
- Fremdanamnese (z.B. Lehrer, Erzieher, Hausärztin/Hausarzt)
- Andere Befunde
- Gerichtsmedizin, Zahnmedizin, Neuropädiatrie etc.
- Förder- und Hilfevorgeschichte
- Bisherige Fördermaßnahmen (z.B. Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie etc.)
- Hilfen durch das Jugendamt (z.B. sozialpädagogische Einzelfallhilfe, Familienhilfe, Tagesbetreuung, Platzierung in Pflegefamilien oder Kinderheime)

Entwicklungsprognose für das Kind angesichts der Angaben und Befunde (mit welcher Wahrscheinlichkeit ist eine erhebliche Beeinträchtigung der Entwicklung zu erwarten, aufgrund welcher Tatsachen ist derzeit schon ein bleibender Schaden eingetreten, wenn ja, welcher?)

Intendierte Handlungsschritte im Kinderschutz

- **Pseudonymisierte Beratung** mit insoweit erfahrener Fachkraft zur Abklärung der Notwendigkeit einer Meldung an das Jugendamt - häufige Fallkonstellation: gewichtige Anhaltspunkte, z.B. nicht ganz geklärte, nicht unerhebliche Befunde, massive Entwicklungsverzögerung, Eltern lehnen Mitarbeit und Therapieangebote ab. Kein unmittelbare Gefährdung in der jetzigen Situation erkennbar (d.h. Sorgeberechtigte drohen z.B. nicht das Kind sofort mitzunehmen)
- **Gefährdungsmeldung an das Jugendamt**, mit und ohne vorherige Beratung mit insoweit erfahrener Fachkraft möglich, Gefährdungsmeldung sollte alle möglichen Angaben zu den o.g. Punkten dieses Bogens enthalten. Gleichzeitig sollte ein Maßnahmenvorschlag gemacht werden:
 - Weitere sozialpädagogische Abklärung
 - Motivation der Eltern zur Inpflegegabe, zur Frühförderung oder zu Tagesstätte etc. (wenn keine per-akute Gefährdung bei Entlassung (z.B. aus dem Krankenhaus bzw. beim Verlassen der Praxis zu erwarten ist)
 - Zeitliche Spielräume müssen vorhanden sein
 - Wenn durch Information der Sorgeberechtigten keine akute Gefährdung des Kindes zu erwarten – Eltern unbedingt über diesen Schritt informieren, auch wenn er gegen deren Willen unternommen wird.

- Akute Gefährdungssituation: z.B. Sorgeberechtigte fordern unmittelbar Herausgabe des Kindes und Entlassung aus dem Krankenhaus, diese kann wegen Schutzaspekten nicht gewährt werden (Zurückhaltung des Kindes zu seinem Schutz bis zur hoheitlichen Inobhutnahmeentscheidung oder bis zu einer familiengerichtlichen Entscheidung wegen Gefahr im Verzug möglich)
- Möglichkeit 1: Inobhutnahme durch das Jugendamt § 42 SGB VIII
 - Möglichkeit 2: Anrufung des Familiengerichts mit Bitte um einstweilige Anordnung (Zurückhaltung des Kindes zu seinem Schutz bis zur hoheitlichen Inobhutnahmeentscheidung oder bis zu einer familiengerichtlichen Entscheidung möglich
 - **Achtung! Gut dokumentieren wann wer kontaktiert wurde**
 - Am besten dem Familiengericht ein Fax zustellen (Vorteil: ausführliche Unterlagen für die Entscheidungsträger und Dokumentation des Zeitpunkts der Meldung wegen zeitsensibler Handlungsfristen).

Erste Schritte in akuten psychischen Krisen

Im Falle einer akuten psychischen Krise oder einer starken emotionalen Überforderung einer Schülerin oder eines Schülers im schulischen Kontext (z. B. geäußerte Suizidalität oder Selbstverletzungen) können Lehrkräfte ggf. nach dem Einschalten von **Polizei (110)**, **Rettungsdienst (112)** oder **Fachkräften der Kinder- und Jugendpsychiatrie** (Notfallkontaktnummern mit 24-stündiger Erreichbarkeit auf den jeweiligen Webseiten) Folgendes tun:



1. Vermitteln Sie nach außen hin möglichst **Ruhe**.



2. Separieren Sie Betroffene von Mitschülerinnen und Mitschülern der Klasse, um einen **Schutzraum** zu bieten und Nachahmungseffekte zu vermeiden. Versuchen Sie Gerüchte und Mutmaßungen Dritter über die Situation zu unterbinden. Holen Sie sich gegebenenfalls **Unterstützung** durch eine weitere Lehrkraft oder die Schulleitung dazu.



3. Leisten Sie gegebenenfalls **erste Hilfe**, z. B. indem Sie mögliche Wunden versorgen oder versorgen lassen und rufen Sie falls nötig den **Rettungsdienst** oder die **Polizei**.



4. Akzeptieren Sie die Not, Panik oder Verzweiflung Ihrer Schülerin oder Ihres Schülers, möglichst ohne Bewertungen der Situation vorzunehmen und bieten Sie **Kontakt** an: „**Was könnte Dir jetzt als erstes helfen?**“ Denken Sie daran, dass das Verhalten Ihrer Schülerin oder Ihres Schülers ein Bewältigungsversuch ist, um mit intensiven Gefühlen umzugehen. Empfindet Ihre Schülerin oder Ihr Schüler weiterhin einen starken Druck zu Selbstverletzungen bieten Sie falls nötig eine alternative, nicht schädigende Handlungsmöglichkeit an, z. B. Eisbeutel kneten. **Erfragen Sie mögliche Suizidgedanken oder -pläne**.



5. Setzen Sie Ihre Schülerin oder Ihren Schüler nicht unter Druck, sondern nehmen Sie die geäußerten Gefühle ernst und vermeiden Sie Beschämung. Sagen Sie Ihrer Schülerin oder Ihrem Schüler, dass Sie sich unmittelbar sehr große **Sorgen** machen und daher die Eltern als **Erziehungsberechtigte informieren** müssen und verpflichtet sind, alles zu tun, um die Unversehrtheit von Personen zu schützen. Geben Sie **Hoffnung** (Krise als vorübergehender Zustand, Angebot zur Kontaktvermittlung zu therapeutischem Fachpersonal), machen Sie jedoch möglichst keine nicht einhaltbaren Versprechungen.



6. Schicken Sie Betroffene nicht allein nach Hause, sondern **bleiben Sie dabei**, bis Sie einen Übergang in einen geschützten Rahmen wie die Obhut der Eltern oder die Aufnahme in eine Kinderklinik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie sichergestellt haben. Falls die Eltern nicht erreichbar sind, sollten Sie oder eine andere erwachsene Vertrauensperson mit in die Klinik fahren.



7. **Dokumentieren** Sie kurz den Vorfall und Ihre Handlungsschritte

Liste wohltuender Aktivitäten

	Für mich (potenziell) wohltuend
Soziale Aktivitäten	
Gemütlich mit einer Zeitung ins Café sitzen	
Einen Spieleabend veranstalten	
Mit Freunden etwas unternehmen	
Sich mit jemandem lebhaft oder offen unterhalten	
In geselliger Runde etwas trinken gehen	
Freunde oder eine Familienfeier besuchen	
Gemeinsam kochen oder picknicken	
Mit seinem Partner zusammen sitzen	
Jemandem eine Freude oder Geschenk bereiten	
Einen Erfolg feiern oder auf eine Party gehen	
Ein spontanes Gespräch führen	
Sich mit einem (Haus-)Tier beschäftigen	
Fröhlich sein, gute Stimmung verbreiten	
Sportliche Aktivitäten	
Einen Spaziergang ins Grüne machen	
Eine Runde Fahrrad fahren	
Joggen oder wandern gehen	
Fußball, Federball, Tischtennis, Boccia usw. spielen	
Tanzen	
Ins Schwimmbad oder Thermalbad gehen	
Fitnessübungen durchführen	
In einer Mannschaft oder einem Verein spielen	
Ski- oder Schlittenfahren, Schlittschuh laufen	
Eine Sportveranstaltung besuchen	
Kreative Aktivitäten	
Schöne Erlebnisse oder Gedanken aufschreiben	
Etwas basteln oder handarbeiten	
Etwas malen oder aquarellieren	
Fotografieren oder Fotos ansehen	
Singen oder ein Instrument spielen	
Musik hören	
Etwas in Gedichtform schreiben	
Ein neues Rezept ausprobieren	
Tagträumen	
Sinnliche Aktivitäten	
Den Himmel oder das Meer bewusst beobachten	
Warme Sonnenstrahlen auf der Haut spüren	
Geräuschen in der Natur lauschen	
Barfuß im Gras gehen	

Eine Massage genießen	
In die Sauna gehen	
Im Garten arbeiten	
Ein Bad nehmen	
Dinge aus der Natur sammeln (z. B. Steine)	
Sich schick machen	
Ausschlafen	

Kulturelle Aktivitäten

Ein Konzert oder die Oper besuchen	
Ins Kino, Theater oder Kabarett gehen	
Einen Vortrag, Podcast oder ein Hörbuch anhören	
Ein Museum oder eine Ausstellung besichtigen	
Ein Buch lesen	
Einen Stadtbummel machen	
Auf einen Flohmarkt gehen	

Planerische Aktivitäten

Ausflüge oder Urlaub planen (z. B. Tierpark)	
Positive Pläne für die Zukunft schmieden	
Etwas erledigen oder fertigstellen	
In Erinnerungen schwelgen	
Etwas entwerfen oder bauen (z. B. Möbelstück)	
Sich einen Wunsch erfüllen	
Umräumen und neu einrichten	

Weitere Aktivitäten

Etwas Neues lernen	

Literaturverzeichnis

1 Wissen über psychische Erkrankungen

- Baierl, M. (2011). *Wahnsinnskinder? Informationen für Eltern zum Umgang mit ihren psychisch auffälligen Kindern*. Abgerufen am 13.06.2022 von https://www.bapk.de/fileadmin/user_files/bapk/Themenportal/PDF/wahnsinnskinder_eltern.pdf
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(3), 194-203. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.102467>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021). ICD. Abgerufen am 22.03.2022 von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/>
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Was tun bei Verdacht auf Essstörungen: Informationen für Eltern, Angehörige und nahestehende Personen*. Abgerufen am 15.06.2022 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Flyer_Poster_etc/160531_UKJ_Flyer_Esstoeerung_web.pdf
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ; Hrsg.) (2019). *Gaming- und Social-Media-Sucht: Informationen für Angehörige von Menschen, die viel gamen oder in sozialen Medien aktiv sind*. Hamburg: Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ). <https://www.computersuchthilfe.info/unsere-broschueren>
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2019). *ICD-10 Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper* (9. aktualisierte Auflage entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hogrefe AG.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 87-100. <https://doi.org/10.1002/eat.20215>
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(1), 11-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.11>
- Klasen, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Reiss, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402-407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Nolte, A. (2015). *Presse Themendienst: Psychische Erkrankungen bei Jugendlichen*. Abgerufen am 08.09.2020 von <http://www.seelischegesundheit.net/images/stories/themendienst/2015-02-16-psychische-erkrankungen-bei-jugendlichen.pdf>
- Petry, N. M., Rehbein, F., Ko, C.-H., & O'Brien, C. P. (2015). Internet gaming disorder in the DSM-5. *Current Psychiatry Reports*, 17(9), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0610-0>

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R., & Otto, C. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 879-889.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Statistisches Bundesamt (2022). *Todesursachen: Suizide*. Abgerufen am 13.06.2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- Staatliches Schulamt Mannheim Baden-Württemberg (2016). *Unterstützungshandbuch: Staatliches Schulamt Mannheim*. Abgerufen am 08.09.2020 von http://schulamt-mannheim.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1787488641/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-mannheim/downloads/asko_handbuch.pdf
- Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2019). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07. Berlin 2019. <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>
- Weltgesundheitsorganisation (2019). Psychische Gesundheit – Faktenblatt. Abgerufen am 13.06.2022 von https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

2 Umgang mit psychischen Erkrankungen im Schulalltag

- Aufklärung gegen Tabak e.V. (2014). *Ablauf und wissenschaftlicher Hintergrund unserer schulischen Tabakprävention*. Abgerufen am 26.08.2020 von <https://gegentabak.de/schulpraevention/>
- Barzilay, S., Klomek, A. B., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., Corcoran, P. Kahn, J.-P. ... Wasserman, D. (2017). Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. *Journal of Adolescent Health*, 61(2), 179-186.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
- Bildungsdirektion für Steiermark – Abt. Schulpsychologie & Schulärztlicher Dienst (2019). *Umgang mit speziellen Problemsituationen ...was tun? Handlungsleitfaden für Pädagoginnen und Pädagogen*. Abgerufen am 01.10.2020 von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:341cdef9-bbf0-4ad6-84d4-7f0c9865678c/Handlungsleitfaden_BD_A5_2019.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Was tun bei Verdacht auf Essstörungen: Informationen für Eltern, Angehörige und nahestehende Personen*. Abgerufen am 08.09.2020 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/Flyer/160531_UKJ_Flyer_Esstorerung_web.pdf

- Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Essstörungen – Was kann ich tun? Informationen für Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte*. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Flyer_Poster_etc/Flyer_Esstörungen_Multiplikatoren_2018.pdf
- Clemens, E. V., Welfare, L. E., & Williams, A. M. (2010). Tough transitions: Mental health care professionals' perception of the psychiatric hospital to school transition. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(4), 243-263. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2010.520631>
- Diskussionsforum Depression e.V. (o.D.). *Factsheet Schule*. Abgerufen am 03.03.2021 von https://downloads.fideo.de/factsheet_schule.pdf
- Durlach, F.-J., Kauth, T., Lang, H., & Steinki, J. (2007). *Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein*. Abgerufen am 01.07.2023 von <https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/unterricht/faecher/sport/sport-unterrichtsmaterial/fachthemen>
- Helbock, M. (2012). *Leitfaden zum Umgang mit speziellen Auffälligkeiten und Problemsituationen im Bereich Schule*. Abgerufen am 02.10.2020 von http://www.lsr-vbg.gv.at/wordpress/wp-content/uploads/2012/02/2012_Leitfaden_Auffaelligkeiten_und_Problemsituationen.pdf
- Johnson, C., Eva, A. L., Johnson, L., & Walker, B. (2011). Don't turn away: Empowering teachers to support students' mental health. *The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, Issues and Ideas*, 84(1), 9-14. <https://doi.org/10.1080/00098655.2010.484441>
- Jung, S., Maucher, M., & Uhl, A. (2018). Begleitende Angebote. In T. Hoffmann, J. Montegel, N. Pesth, & M. Weiser (Hrsg.), *Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung: Erfahrungsberichte, Beiträge und Materialien aus der Praxis* (S. 37-50). Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.
- Klinikschule Heidelberg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zentrum für Psychosoziale Medizin (2019). *Pädagogik bei Krankheit – Regionale Angebote und Ansprechpersonen*. Abgerufen am 24.06.2022 von https://www.km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E954264677/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-mannheim/pdf/Web_190319ZPM_BR_AH_P%C3%A4dagogik%20bei%20Krankheit-1.cleaned.pdf
- Landesinstitut für Schulentwicklung (LS; Hrsg.) (2011). *Förderung gestalten: Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen. Modul A: Förderung an Schulen*. Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung. https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/beratung-vernetzung/handreichungsreihe-foerderung-gestalten/modul_a_2011-11-25-1.pdf
- Landesinstitut für Schulentwicklung (LS; Hrsg.) (2013). *Förderung gestalten: Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen. Modul D: Herausforderndes Verhalten: Empfehlungen zur Schul- und Unterrichtsentwicklung*. Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung. <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/beratung-vernetzung/handreichungsreihe-foerderung-gestalten/fg-d.pdf>
- Landesinstitut für Schulsport, Schulkunst und Schulmusik Baden-Württemberg (LIS) (2016). *Bewegungspausen: 10 Übungsbeispiele*. Abgerufen am 20.06.2022 von <https://www.km->

- bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/lis-in-bw/Schulsport/WSB/Bewegungspausen_n.pdf
- Lieberman, R. A., Toste, J. R. & Heath, N. L. (2009). Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth* (pp. 195– 215). New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203892671>
- Loades, M. E., & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150-156. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x>
- McBride, S., & Preyde, M. (2020). Loneliness and social isolation in a sample of youth hospitalized for psychiatric illness. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 39, 157–166. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00723-y>
- Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg (MBSJ, Hrsg.) (2015). *Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) – Ein Leitfaden für Eltern und Lehrkräfte*. Potsdam: Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg. https://mbjs.brandenburg.de/media_fast/6288/broschur_ahds_-_final.pdf
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2008). *Gewaltprävention an beruflichen Schulen: Aktiv für soziales Lernen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. https://km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1347280343/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/KM-Homepage/Publicationen%202015,%202016%20und%202017/Aktiv_fr_soziales_Lernen_komplett.pdf
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2009). *Handreichung zur schulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Verhaltensweisen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/autismus/anlagen/Autismus-Handreichung.pdf>
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). *Gesund und aktiv im Lehrberuf: Handreichung für Lehrkräfte an beruflichen Schulen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. https://arbeitsschutz-schule.kultus-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-297506955/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Projekte/arbeitschutz-schule-bw/pdf/Handreichung_Gesund%20und%20aktiv%20im%20Lehrberuf.pdf
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). *Schulabsentismus - Eine Handlungshilfe für Schulen*. Abgerufen am 02.10.2020 von https://www.km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-mannheim/pdf/2015-07-22_Schulabsentismus_Schulen_KM%20.pdf
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (o.D.). *Aktive Teens*. Abgerufen am 14.07.2023 von <https://praevention.kultus-bw.de/,Lde/Startseite/Unterstuetzungssystem/Aktive+Teens++Medien>
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Innenministerium Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (2008). *Aktiv gegen Gewalt*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. <http://praevention-in-der-schule-bw.de/,Lde/Startseite/Medien/Aktiv+gegen+Gewalt>

- OECD (2017). PISA 2015 Results (Volume III): Students' wellbeing. Paris: OECD Publishing.
- Ossa, F. C., Jantzer, V., Eppelmann, L., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2021). Effects and moderators of the Olweus bullying prevention program (OBPP) in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1745-1754. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01647-9>
- Preyde, M., Parekh, S., & Heintzman, J. (2018). Youths' experiences of school re-integration following psychiatric hospitalization. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 22-32.
- Preyde, M., Parekh, S., Warne, A., & Heintzman, J. (2017). School reintegration and perceived needs: The perspectives of child and adolescent patients during psychiatric hospitalization. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(6), 517-526. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0490-8>
- Richter-Werling, M. (2019). *Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule - Was Lehrkräfte für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler tun können*. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.irrsinnig-menschlich.de/app/uploads/2020/01/Broschuere_Lehrkraefte.pdf
- Schaefer, Simianer (o.D.). *Das Vorgehen bei der Gewährung eines Nachteilsausgleichs (NTA)*. Abgerufen am 15.07.2022 von https://rp.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/RP-Internet/Tuebingen/Abteilung_7/Fordern_und_Foerdern/_DocumentLibraries/Documents/Nachteilsausgleich.pdf
- Sowieso Pressebüro GbR Berlin (o.D.). *Mobbing- Schluss damit! Infos - Hilfe - Tipps*. Abgerufen am 26.08.2020 von <https://mobbing-schluss-damit.de/mobbing>
- Staatliches Schulamt Mannheim Baden-Württemberg (2016). *Unterstützungshandbuch: Staatliches Schulamt Mannheim*. Abgerufen am 08.09.2020 von http://schulamt-mannheim.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-1787488641/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-mannheim/downloads/asko_handbuch.pdf
- Staatliches Schulamt Tübingen Baden-Württemberg (o.D.). *Verwaltungsvorschrift Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen / Nachteilsausgleich*. Abgerufen am 25.08.2020 von <http://schulamt-tuebingen.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-tuebingen/Unterst%C3%BCtzung-Beratung/Lese-Rechtschreibschw%C3%A4che/Ma%C3%9Fnahmen%20des%20Nachteilsausgleichs%20allgemein.pdf>
- Staatliches Schulamt Tübingen Baden-Württemberg (o.D.). *Schulverweigerung/Schulabsentismus*. Abgerufen am 19.07.2022 von http://schulamt-tuebingen.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E897685924/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-tuebingen/Unterst%C3%BCtzung-Beratung/Schulabsentismus/DOWNLOADORDNER%20Schulabs/Schulverweigerung%20Handlungsempfehlung.pdf
- Universitätsklinikum Köln (2015). *Arbeitsblatt 7: Lernumgebung und Arbeitsmaterial*. Abgerufen am 10.02.2021 von https://www.zentrales-adhs-netz.de/fileadmin/redakteure/Lernumgebung_und_Arbeitsmaterial.pdf
- Universitätsklinikum Köln (o.D.). *2. Die Klassenebene: Strukturierungsmaßnahmen für den Unterricht*. Abgerufen am 06.04.2022 von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/die-klassenebene/>

Universitätsklinikum Köln (o.D.). 3. *Die Schülerebene: Individuelle Hilfen*. Abgerufen am 10.02.2021 von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/die-schuelerebene>

Universitätsklinikum Köln (o.D.). *ADHS in der Schule: Strategien für Schule und Unterricht*. Abgerufen am 10.02.2021 von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/>

Von Hirschhausen, E. (2012). *Die Pinguin-Geschichte*. Abgerufen am 26.04.2021 von <https://www.hirschhausen.com/glueck/die-pinguingeschichte.php>

3 Zusammenarbeit zwischen Klinik und Schule

Institut für Bildungsanalysen Baden-Württemberg (IBBW) (o.D.). *Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung*. Abgerufen am 08.04.2022 von https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/sonderpaedagogische-bildungs-und-beratungszentren-sbbz/sbbz_krankenhaus

Savina, E., Simon, J., & Lester, M. (2014). School reintegration following psychiatric hospitalization: An ecological perspective. *Child & Youth Care Forum*, 43(6), 729-746. <https://doi.org/10.1007/s10566-014-9263-0>

Staatliches Schulamt Tübingen Baden-Württemberg (2011). *Ablaufplan für die Schüleraufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zur Rückführung in eine externe Schule oder Nachsorgeeinrichtung im Bereich des Staatlichen Schulamtes Tübingen*. Abgerufen am 25.08.2020 von <http://www.klinikschiule-tuebingen.de/files/klinikschiule/downloads/ablaufplan.pdf>

Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung Baden-Württemberg (ZSL) (o.D.). *Förderschwerpunkt Schüler in längerer Krankenhausbehandlung*. Abgerufen am 08.04.2022 von <https://www.bildungsplaene-bw.de/,Lde/4554318>

4 Umgang mit psychischen Krisen

Blader, J. C. (2004). Symptom, family, and service predictors of children's psychiatric rehospitalization within one year of discharge. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 440-451. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00010>

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2021). *Elternratgeber Psychotherapie*. Abgerufen am 21.04.2022 von www.bptk.de/wp-content/uploads/2022/01/bptk-elternratgeber-psychotherapie.web_.pdf

Davison, G. C., Neale, J. M., & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. (2016). *Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter, 4. überarb. Version*, 31.05.2016, verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html>

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage*.

Version 5. 2015 [cited: 2022-07-08]. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>
www.depression.versorgungsleitlinien.de.

- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2019). *ICD-10 Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper* (9. aktualisierte Auflage entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hogrefe AG.
- Fontanella, C. A. (2008). The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 187–198. <https://doi.org/10.1037/a0012557>
- Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*, 49(1), 81-90. <https://doi.org/10.1037/a0026148>
- Gordon, M., & Melvin, G. (2014). Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Australian Family Physician*, 43(6), 367-372.
- Irrsinnig Menschlich e.V (2020). *Selbstverletzendes Verhalten*. Abgerufen am 26.08.2020 von <https://www.irrsinnig-menschlich.de/hilfe/selbstverletzendes-verhalten/>
- Irrsinnig Menschlich e.V (2020). *Kein Land in Sicht: Suizid*. Abgerufen am 26.08.2020 von <https://www.irrsinnig-menschlich.de/hilfe/suizid/>
- James, S., Charlemagne, S. J., Gilman, A. B., Alemi, Q., Smith, R. L., Tharayil, P. R., & Freeman, K. (2010). Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(5), 433–445. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0263-6>
- Lieberman, R. A., Toste, J. R. & Heath, N. L. (2009). Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth* (pp. 195– 215). New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203892671>
- Plener, P. L., Kaess, M., Bonenberger, M., Blaumer, D., & Spröber, N. (2012). Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) im schulischen Kontext. *Kindheit und Entwicklung*, 21(1), 16-22. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000066>
- Richter-Werling, M. (2019). *Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule - Was Lehrkräfte für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler tun können*. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.irrsinnig-menschlich.de/app/uploads/2020/01/Broschuere_Lehrkraefte.pdf
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner Jr, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Orden, K. V. & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>
- Wintersteen, M. B., Diamond, G. S., & Fein, J. A. (2007). Screening for suicide risk in the pediatric emergency and acute care setting. *Current Opinion in Pediatrics*, 19(4), 398-404. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e328220e997>

5 Wertschätzung vermitteln

Bildungsdirektion für Steiermark – Abt. Schulpsychologie & Schulärztlicher Dienst (2019). *Umgang mit speziellen Problemsituationen ...was tun? Handlungsleitfaden für Pädagoginnen und Pädagogen*. Abgerufen am 01.10.2020 von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:341cdef9-bbf0-4ad6-84d4-7f0c9865678c/Handlungsleitfaden_BD_A5_2019.pdf

- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2018). *Studie: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Abgerufen am 02.10.2020 von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Dahm-Mory, C. (o.D.). *Kommunikationstechniken im Umgang mit psychisch kranken Angehörigen*. Abgerufen am 25.08.2020 von <https://www.bapk.de/angebote/rat-fuer-familien/kommunikation.html>
- Klinikschule Heidelberg, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zentrum für Psychosoziale Medizin (2019). *Pädagogik bei Krankheit – Regionale Angebote und Ansprechpersonen*. Abgerufen am 24.06.2022 von https://www.km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E954264677/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamt-mannheim/pdf/Web_190319ZPM_BR_AH_P%C3%A4dogigik%20bei%20Krankheit-1.cleaned.pdf
- Landesinstitut für Schulentwicklung (LS; Hrsg.) (2013). *Förderung gestalten: Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen. Modul D: Herausforderndes Verhalten: Empfehlungen zur Schul- und Unterrichtsentwicklung*. Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung. <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/beratung-vernetzung/handreichungsreihe-foerderung-gestalten/fg-d.pdf>
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). *Gesund und aktiv im Lehrberuf: Handreichung für Lehrkräfte an beruflichen Schulen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. https://arbeitschutz-schule.kultus-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-297506955/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Projekte/arbeitschutz-schule-bw/pdf/Handreichung_Gesund%20und%20aktiv%20im%20Lehrberuf.pdf
- Plener, P. L., Groschwitz, R. C., Franke, C., Fegert, J. M., & Freyberger, H. J. (2015). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adolozentener in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 181–186. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000238>
- Richter-Werling, M. (2019). *Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule - Was Lehrkräfte für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler tun können*. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.irrsinnig-menschlich.de/app/uploads/2020/01/Broschuere_Lehrkraefte.pdf
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Universitätsklinikum Köln (o.D.). 2. *Die Klassenebene: Strukturierungsmaßnahmen für den Unterricht*. Abgerufen am 06.04.2022 von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/die-klassenebene/>
- Universitätsklinikum Köln (o.D.). 3. *Die Schülerschulebene: Individuelle Hilfen*. Abgerufen am 10.02.2021 von <https://www.zentrales-adhs-netz.de/fuer-paedagogen/hilfreiche-konzepte-materialien/adhs-in-der-schule-strategien-fuer-schule-und-unterricht/die-schuelerebene>

6 Tipps und Informationen für Gespräche mit Betroffenen

- Bildungsdirektion für Steiermark – Abt. Schulpsychologie & Schulärztlicher Dienst (2019). *Umgang mit speziellen Problemsituationen ...was tun? Handlungsleitfaden für Pädagoginnen und Pädagogen*. Abgerufen am 01.10.2020 von https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:341cdef9-bbf0-4ad6-84d4-7f0c9865678c/Handlungsleitfaden_BD_A5_2019.pdf
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (o.D.). *Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG): § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung*. Abgerufen am 27.10.2020 von https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/_4.html
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2013). *Psychotherapie für Kinder und Jugendliche – Informationen für Eltern*. Abgerufen am 02.10.2020 von https://www.wege-zur-psychotherapie.org/wp-content/uploads/2019/03/BPtK_Elternratgeber.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2021). *Wege zur Psychotherapie*. Abgerufen am 21.04.2022 von https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/08/bptk_patientenbroschuere_2021.pdf
- Dahm-Mory, C. (o.D.). *Kommunikationstechniken im Umgang mit psychisch kranken Angehörigen*. Abgerufen am 25.08.2020 von <https://www.bapk.de/angebote/rat-fuer-familien/kommunikation.html>
- Green, J., Jacobs, B., Beecham, J., Dunn, G., Kroll, L., Tobias, C., & Briskman, J. (2007). Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1259-1267. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01802.x>
- Klinikschule Tübingen (2022). *Sonderpädagogischer Dienst der Klinikschule Tübingen*. Abgerufen am 08.04.2022 von <http://www.klinikschule-tuebingen.de/sonderpaedagogischer-dienst.html>
- Kooperationsverbund Schulsozialarbeit (Hrsg.) (2015). *Leitlinien für Schulsozialarbeit*. Abgerufen am 28.10.2020 von https://www.gew.de/fileadmin/media/publikationen/hv/Schulsozialarbeit/Leitlinien_Schulsozialarbeit_A5_gesamt.pdf
- Institut für Bildungsanalysen Baden-Württemberg (IBBW) (o.D.). *Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung*. Abgerufen am 08.04.2022 von https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/sonderpaedagogische-bildungs-und-beratungszentren-sbbz/sbbz_krankenhaus
- Landesinstitut für Schulentwicklung (LS; Hrsg.) (2013). *Förderung gestalten: Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf und Behinderungen. Modul D: Herausforderndes Verhalten: Empfehlungen zur Schul- und Unterrichtsentwicklung*. Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung. <https://www.schule-bw.de/faecher-und-schularten/schularten/sonderpaedagogische-bildung/beratung-vernetzung/handreichungsreihe-foerderung-gestalten/fg-d.pdf>
- Mensching, S. (2014). *Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern: Welche Empfehlungen geben SchulpsychologInnen Lehrkräften für den Umgang mit Auffälligkeiten? am Beispiel von Essstörungen und depressiven Erkrankungen*. Abgerufen am 02.10.2020 von https://epub.ub.uni-muenchen.de/21084/1/Mensching_Stefanie__21084.pdf

- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). *Gesund und aktiv im Lehrberuf: Handreichung für Lehrkräfte an beruflichen Schulen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.
https://arbeitsschutz-schule.kultus-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-297506955/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Projekte/arbeitschutz-schule-bw/pdf/Handreichung_Gesund%20und%20aktiv%20im%20Lehrberuf.pdf
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). *Schulabsentismus - Eine Handlungshilfe für Schulen*. Abgerufen am 02.10.2020 von
https://www.km-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Schulaemter/schulamtmannheim/pdf/2015-07-22_Schulabsentismus_Schulen_KM%20.pdf
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (o.D.). *Landesarbeitsstelle Kooperation: Inklusive Bildungsangebote*. Abgerufen am 14.07.2022 von <https://km-bw.de/Lde/5072317>
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (o.D.). *Tätigkeits- und Anforderungsprofil für Beratungslehrkräfte*. Abgerufen am 11.07.2022 von <https://km-bw.de/Lde/startseite/ministerium/Beratungslehrerin>
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.) (2018). *Landesplan der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Baden-Württemberg (Landespsychiatrieplan)*. Abgerufen am 02.10.2020 von
https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Landesplan_Hilfen_psychisch_kranke_Menschen_Landespsychiatrieplan_2018_bf.pdf
- Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147-153.
- Richter-Werling, M. (2019). *Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule - Was Lehrkräfte für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler tun können*. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.irrsinnig-menschlich.de/app/uploads/2020/01/Broschuere_Lehrkraefte.pdf
- Runyan, D. K., Cox, C. E., Dubowitz, H., Newton, R. R., Upadhyaya, M., Kotch, J. B., Leeb, R. T., Everson, M. D. & Knight, E. D. (2005). Describing maltreatment: Do child protective service reports and research definitions agree?. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 461-477.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.015>
- Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Tübingen (2020). *Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)*. Abgerufen am 28.10.2020 von
<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/kliniken/kinderklinik/kinderheilkunde-iii/sozialpdiatrisches-zentrum>
- Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung Baden-Württemberg (ZSL) (o.D.). *Förderschwerpunkt Schüler in längerer Krankenhausbehandlung*. Abgerufen am 08.04.2022 von
<https://www.bildungsplaene-bw.de/Lde/4554318>
- Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung Baden-Württemberg (ZSL) (o.D.). *Schulpsychologische Dienste: Schulpsychologische Beratungsstellen*. Abgerufen am 14.07.2022 von <https://zsl-bw.de/schulpsychologische-beratungsstellen>
- Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung Baden-Württemberg (ZSL) (o.D.). *Regionalstelle Tübingen: Arbeitsfeld Beratung*. Abgerufen am 14.07.2022 von
<https://zsl-bw.de/Lde/Startseite/ueber-das-zsl/rst-tue-arbeitsfeld-beratung#anker9523515>

7 Auf sich selbst achten

Ebersberger, S., & Bohne, M. (2020). *Innen-Leben: Stärkende Sätze für beispiellose Zeiten. Ein DIY-Kartenset*. Abgerufen am 28.06.2022 von:

https://zsl-bw.de/site/pbs-bw2/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Dienststellen/zsl/lernen-ueberall/gesundheit/INNEN-LEBEN_%20Kartenset_fuer_beispiellose_Zeiten.pdf

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). *Gesund und aktiv im Lehrberuf: Handreichung für Lehrkräfte an beruflichen Schulen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.

https://arbeitsschutz-schule.kultus-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-297506955/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Projekte/arbeitsschutz-schule-bw/pdf/Handreichung_Gesund%20und%20aktiv%20im%20Lehrberuf.pdf

Richter-Werling, M. (2019). *Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule - Was Lehrkräfte für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler tun können*. Abgerufen am 25.08.2020 von https://www.irrsinnig-menschlich.de/app/uploads/2020/01/Broschuere_Lehrkraefte.pdf

Wendsche, J., Lohmann-Haislah, A., & Wegge, J. (2016). The impact of supplementary short rest breaks on task performance: A meta-analysis. *Sozialpolitik.ch*, 2(2), 1-24.

<https://doi.org/10.18753/2297-8224-75>

8 Schulprogramme zur Gesundheitsförderung

Hautzinger, M. Patak, M., & Wahl, M. (2016). Auf dem Weg zu Lebenskompetenz und Selbstregulation mit LARS & LISA: Ein Trainingsprogramm für Jugendliche der Sek. I nach dem Programm „Lebenslust mit LARS & LISA“. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg.

https://km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E-2093246262/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/KM-Homepage/Publikationen%202015,%202016%20und%202017/Brosch%C3%BCre%20Lars%26Lisa.pdf

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2013). *Stark.Stärker.WIR. Prävention an Schulen in Baden-Württemberg: Eine Handreichung für Schulen*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. http://praevention-in-der-schule-bw.de/,Lde/Startseite/stark_staerker_WIR_

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). *Roter Faden Prävention: Projekte und Programme für Kindertageseinrichtungen und Schulen in Baden-Württemberg*. Stuttgart: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. <http://praevention-in-der-schule-bw.de/,Lde/Startseite/Medien/Roter+Faden+Praevention>

World Health Organization (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools: Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*. Geneva: World Health Organization; WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1

B Erklärung zum jeweiligen Eigenanteil

Manuskript 1

Finkbeiner, M., Wahl, L.-M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Hellwig, L., Brenner, V., Dürrwächter, U., Conzelmann, A., Kelava, A., Renner, T. J. & Gawrilow, C. (2023). Patients' well-being during the transition period after psychiatric hospitalization to school: insights from an intensive longitudinal assessment of patient–parent–teacher triads. *BMC Psychol*, 11(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01197-0>

TJR and CG raised the research funding. All authors were involved in the design, planning, collection (mainly responsible by JS and LH), analysis and interpretation of data (mainly responsible by LW, MF and JK), or manuscript drafting. LW and MF wrote the first draft of this manuscript, which was critically revised by all authors. All authors read and approved the final manuscript.

Manuskript 2

Finkbeiner, M., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Kühnhausen, J., Gawrilow, C., & Renner, T. J. (2023). Pilotstudie zum Bedarf von Lehrkräften im Umgang mit Schülerinnen und Schülern nach einem kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikaufenthalt. *Einreichung in Vorbereitung*.

Die Studie wurde im Rahmen des Projekts *DigiPuR* vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert. TJR, CG und JS warben die Forschungsmittel beim Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg ein. Alle Autoren konzipierten die Studie (hauptsächlich verantwortlich JS und MF). JS und MF erhoben die Daten und werteten diese aus. MF schrieb den ersten Entwurf dieses Manuskripts, der von allen Koautorinnen und Koautoren kritisch überarbeitet wurde. Alle Autoren lasen und genehmigten das endgültige Manuskript.

Manuskript 3

Finkbeiner, M., Kühnhausen, J., Schmid, J., Conzelmann, A., Dürrwächter, U., Wahl, L.-M., Kelava, A., Gawrilow, C. & Renner, T. J. (2022). E-Mental-Health aftercare for children and adolescents after partial or full inpatient psychiatric hospitalization: study protocol of the randomized controlled DigiPuR trial. *Trials*, 23(1), 713. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06508-1>

TJR, CG, and JS raised the research funding from the Ministry of Social Affairs and Integration Baden-Wuerttemberg, Germany. All authors designed and prepared (mainly responsible by JS and MF) as well as implemented, coordinated, and conducted (mainly responsible by JK and MF) the trial. MF wrote the first draft of this manuscript, which was critically revised by all co-authors. All authors read and approved the final manuscript.

Studienmaterial

von Fraunberg, M., Kühnhausen, J., Dürrwächter, U., Schmid, J., Renner, T. J., & Gawrilow, C. (2024). *Psychische Erkrankungen im schulischen Umfeld: Handreichung für Lehrkräfte*. Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL) Baden-Württemberg. <https://zsl-bw.de/Lde/startseite/ueber-das-zsl/publikationen-dl>

CG hatte die Idee zum Handbuch. MF erstellte das Konzept und schrieb den ersten Entwurf, der von allen Koautorinnen und Koautoren kritisch überarbeitet wurde. Alle Autoren lasen und genehmigten das endgültige Handbuch.