Psychosozial belastete Jugendliche und ihre Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten

Eine qualitative Analyse jugendlicher Perspektiven

Masterarbeit
Elena Nüssli

Begleitperson
Dr. Marion Pomey

Zweitgutachter:in
Prof. Dr. Karin Werner

Masterstudiengang
Zürich,
Frühlingssemester
2026

Abstract

Die vorliegende Master-Thesis untersucht die Erfahrungen psychosozial belasteter Jugendlicher mit unterschiedlichen Unterstützungsangeboten. Ausgangspunkt bilden die zunehmende psychische Belastung von Jugendlichen sowie bestehende Versorgungsengpässe in der Schweiz. Im Zentrum steht die Frage, wie Jugendliche verschiedene Hilfsangebote rückblickend in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden deuten, welche Aspekte sie als förderlich oder hinderlich erleben und welche Bedeutung mobile, aufsuchende Angebote dabei einnehmen. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Es wurden acht problemzentrierte Interviews mit Jugendlichen geführt, die bereits Erfahrungen mit mehreren Unterstützungsangeboten gemacht hatten. Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory. Dabei wurden Erfahrungen mit stationären, ambulanten, schulischen sowie mobilen und aufsuchenden Angeboten rekonstruiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass Unterstützung von den Jugendlichen in einem Spannungsfeld zwischen personenbezogener Hilfe und institutioneller Bearbeitung erlebt wurde. Entlastend wirkten Unterstützungsangebote vor allem dann, wenn sie an den konkreten Lebenswelten der Jugendlichen ansetzten und durch erreichbare, zugewandte, transparente und handlungspraktisch unterstützende Fachpersonen geprägt waren. Als besonders hilfreich beschrieben wurden Selbstbestimmung, Orientierung, Beziehung auf Augenhöhe, Individualisierung und Passgenauigkeit. Demgegenüber wurden Angebote dann als belastend oder wenig hilfreich erlebt, wenn sie mit Zwang, fehlender Orientierung, stark standardisierten institutionellen Abläufen oder einem Machtgefälle verbunden waren. Mobile und aufsuchende Angebote wurden insbesondere dann positiv bewertet, wenn sie menschlich, lebensweltnah und partizipativ ausgestaltet waren.

Die Arbeit verdeutlicht, dass psychosoziale Unterstützung für psychisch belastete Jugendliche über die Vermittlung an bestehende Angebote hinausgeht. Für die Soziale Arbeit zeigt sich eine eigenständige fachliche Bedeutung in der Beziehungsgestaltung, Koordination, Vernetzung, alltagsnahen Begleitung und Stabilisierung psychosozialer Belastungslagen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract I
Inhaltsverzeichnis II
Abbildungsverzeichnis IV
1. Einleitung 1
1.1. Ausgangslage 1
1.2. Problemstellung 2
1.3. Ziel der Arbeit sowie Erkenntnis- und Praxisinteresse 3
1.4. Fragestellung 4
1.5. Bezug zur Sozialen Arbeit 4
1.6. Forschungsfeld Mobile Intervention bei Jugendkrisen (MIK) 5
1.7. Aufbau der Arbeit 7
2. Begriffliche, fachliche und theoretische Grundlagen 7
2.1. Jugend 8
2.2. Das Kontinuum der psychischen Gesundheit 9
2.3. Krisendefinitionen und Modelle 11
2.4. Krisenbewältigung 15
2.5. Krisenintervention 17
2.5.1. Prinzipien und Aspekte der Krisenintervention 18
2.6. Unterstützungsangebote für psychisch belastete Jugendliche in der Schweiz 19
3. Forschungsstand 20
3.1. Psychische Belastungen bei Jugendlichen international und in der Schweiz 21
3.2. Versorgungslage psychisch belasteter Jugendlicher in der Schweiz 24
3.3. Subjektives Erleben von Unterstützungsangeboten 25
3.4. Erkenntnisse aus dem Forschungsstand 27
4. Empirischer Teil 28
4.1. Methodisches Vorgehen 28
4.1.1. Forschungsdesign 29
4.1.2. Sampling und Felderschliessung 30
4.1.3. Forschungsethische Aspekte 32
4.1.4. Stichprobe 33
4.2. Datenerhebung 33
4.2.1. Problemzentriertes Interview nach Witzel (1985) 33
4.2.2. Durchführung der Interviews 34
4.3. Datenauswertung 35
4.3.1. Grounded Theory 36
5. Ergebnisdarstellung 38
5.1. Fallporträts der interviewten Jugendlichen 38

5.2. Spannungsfelder 44
5.2.1. Rahmen der Unterstützung 45
5.2.2. Fokus der Unterstützung 56
5.2.3. Folgen der Unterstützung 61
5.3. Erfahrungen mit mobilen, aufsuchenden Unterstützungsangeboten 69
6. Diskussion 72
6.1. Einordnung der Belastungssituationen in die Krisentheorie 72
6.2. Erleben von Unterstützung 74
7. Fazit 78
7.1. Beantwortung der Fragestellungen 78
7.2. Implikationen für die Soziale Arbeit 79
7.3. Reflexion und Limitationen 80
7.4. Ausblick 85
Literaturverzeichnis 87
Verzeichnis verwendeter KI-Systeme 92
Anhangsverzeichnis 93

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Phasen der traumatischen Krise nach Cullberg 11
Abbildung 2. Phasen der Veränderungskrise nach Caplan 13
Abbildung 3. Einflussfaktoren auf Krisenbewältigung 16
Abbildung 4. Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben 45
Abbildung 5. Rahmen Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben 46
Abbildung 6. Fokus Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben 57
Abbildung 7. Folgen Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben 62

1. Einleitung

Nach der Darlegung der Ausgangslage wird die Fragestellung der vorliegenden Arbeit hergeleitet Dazu werden die Problemstellung, die Relevanz des Themas sowie das Ziel der Arbeit und das damit verbundene Erkenntnis- und Praxisinteresse erläutert. Anschliessend werden die Fragestellung, das Forschungsfeld und der Bezug zur Sozialen Arbeit näher ausgeführt.

1.1. Ausgangslage

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 steht die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weltweit zunehmend im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. In der Schweiz zeigen verschiedene Erhebungen eine steigende psychische Belastung und einen Anstieg psychiatrischer Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen nicht erst seit der Covid-19-Pandemie, sondern seit dem Jahr 2012. Besonders betroffen sind Mädchen sowie Jugendliche mit depressiven Symptomen, Angststörungen oder suizidalen Krisen (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29; BFS, 2023, S. 7–9; Schuler et al., 2022, S. 1–3; Pro Juventute, 2023, S. 14; Pro Juventute, 2024, S. 9). Laut einer Studie von Unicef Schweiz Liechtenstein aus dem Jahr 2021 haben ein Drittel der 14- bis 19-Jährigen psychische Belastungen, und jede:r 11. Jugendliche hat bereits einen Suizidversuch unternommen (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29). Das Beratungstelefon 147 von Pro Juventute führte im Jahr 2023 und 2024 täglich durchschnittlich sieben bis acht Gespräche mit jungen Menschen, die von Suizidgedanken betroffen sind. Damit hat sich die Zahl dieser Beratungen seit dem Jahr 2019 fast verdoppelt (Pro Juventute Jahresberichte, 2023, S. 14; Pro Juventute Jahresbericht, 2024, S. 9).

Parallel zum steigenden Unterstützungsbedarf weisen Studien seit mehreren Jahren auf Versorgungslücken in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von psychisch belasteten Jugendlichen hin. Dazu zählen lange Wartezeiten, fehlende stationäre und ambulante Kapazitäten, ein Mangel an Fachkräften sowie unzureichend koordinierte Übergänge zwischen Jugend- und Erwachsenenversorgung (Stocker et al., 2016, S. XIII–XIV; von Wyl et al., 2020, S. 35; Wyss & Keller, 2020, S. 20, 29–30). Besonders deutlich werden diese Versorgungslücken bei schwer zugänglichen psychiatrischen Abklärungen, ambulanten Therapien, stationären bzw. halbstationären Angeboten und spezialisierten Beratungsstellen. Es ist mit Wartezeiten von mehreren Monaten zu rechnen (Wyss & Keller, 2020, S. 20). Zugleich zeige sich eine Tendenz zur Pathologisierung jugendlicher Krisen, während gleichzeitig die Jugendlichen mit schweren, chronischen Belastungen zu wenig aufgefangen werden (Scherrer, 2025, o. S.). Ebenso bestehe laut der neuen Zürcher Zeitung (NZZ) ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Schulabsentismus. Neun von 10 betroffenen Schüler:innen weisen neben dem Schulabsentismus eine psychische Erkrankung auf (Donzé, 2024, o. S.).

1.2. Problemstellung

Die beschriebenen Befunde zeigen, dass zunehmende psychische Belastungen Jugendlicher in der Schweiz auf strukturelle Defizite in der Versorgung treffen (BFS, 2023, S. 7–9; Peter, Tuch & Schuler, 2023, S. 28–35; Stocker et al., 2016, S. XIII–XIV; Wyss & Keller, 2020, S. 20, S. 53). Während einige Jugendliche in akuten Krisen eine stationäre Aufnahme erhalten, warten andere trotz grosser Belastung monatelang auf Unterstützung. Des Weiteren betonen Stocker et al. (2016, S. 5), dass Menschen mit psychosozialen Belastungen in den psychiatrischen Einzel- und Kleinpraxen oftmals nicht ausreichend unterstützt werden. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass ergänzende Leistungen wie die Vernetzungsarbeit, beispielsweise der Einbezug von Familie oder Schule, nicht durch die Grundversicherung gedeckt sind. Wenn die Arbeit mit Eltern von psychisch belasteten Kindern oder mit der Schule des Kindes nicht oder nur unzureichend finanziert ist, besteht die Gefahr, dass sie in der Praxis nur ungenügend umgesetzt wird. Dies ist insofern problematisch, weil die Beratung des Umfeldes der psychischen belasteten Kinder eine wichtige Voraussetzung darstellt. Der Einbezug der Eltern ist für das Kind zentral, da psychische Belastungen nicht losgelöst vom familiären Umfeld verstanden und bearbeitet werden können. Wyss und Keller zeigen in einer Studie auf, dass sich gerade die Zusammenarbeit mit den Eltern als besonders verletzlicher Punkt im Versorgungspfad von psychisch belasteten Jugendlichen erweist. Eine sorgfältige Elternarbeit sowie eine angemessene Information der Eltern seien wesentlich, gleichzeitig aber in der Praxis häufig herausfordernd, was laut Wyss und Keller auch mit den vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen zusammenhängt (Wyss & Keller, 2020, S. 42). Studien und der Bundesrat verweisen zudem auf die Bedeutung niederschwelliger, aufsuchender und interdisziplinärer Angebote. Gleichzeitig zeigen Studien jedoch auch, dass viele Jugendliche mit psychischen Belastungen gar keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Bundesrat, 2024, S. 30; Stocker et al., 2016, S. 4; von Wyl et al., 2020, S. 32–35;). Laut der Unisanté-Studie berichtete etwa ein Drittel der Jugendlichen, dass sie sich bei emotionalen Belastungen an niemanden wenden, während nur 9 % der Jugendlichen Fachleute aus dem Gesundheits- oder Bildungsbereich aufsuchten (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29). Dieser Befund kann auf hohe Zugangshürden, Scham, fehlendes Vertrauen oder mangelnde Kenntnis geeigneter Hilfsangebote hindeuten. Doch wie nehmen Jugendliche selbst ihre Situation wahr? Ihre Perspektive ist zentral, um zu verstehen, welche Belastungen sie erleben, welche Unterstützung sie tatsächlich nutzen und wo aus ihrer Sicht Lücken bestehen. Der Zukunftsrat U24 ist ein zusammengestelltes Gremium, bestehend aus jugendlichen Personen, um es Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz zu ermöglichen, ihre Anliegen aktiv in politische und gesellschaftliche Diskussionen einzubringen. Die Projektträgerschaft besteht aus der schweizerischen UNESCO-Kommission und der schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft (SGG) (Zukunftsrat U24, o. J.). Gemäss Zukunftsrat wurden im Jahr 2023 Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz aufgefordert, für sie relevante Themen einzugeben. Dabei kamen über 739 gültige Eingaben aus der ganzen Schweiz zusammen. Von den Jugendlichen wurde das Hauptanliegen «psychische Gesundheit» gewählt und es wurden daraus Handlungsempfehlungen an Politik, Verwaltung und Gesellschaft adressiert.

Die Handlungsempfehlungen umfassten unter anderen mehr Aufklärung, Prävention und nationale Priorität sowie Massnahmen in den zentralen Lebenswelten wie Schule, Familie und Arbeit (Zukunftsrat U24, o. J.).
Prof. Dr. med. Susanne Walitza, Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich, verwies an der RPK-Fachtagung 2024 auf die Empfehlungen des Zukunftsrats U24. Der Zukunftsrat mache deutlich, dass Jugendliche selbst zentrale Massnahmen für eine bessere psychische Gesundheit einfordern (Walitza, 2024, S. 29–30). Der Zukunftsrat U24 verdeutlicht, dass Jugendliche nicht nur Betroffene psychischer Belastungen sind, sondern eigene Problemdeutungen und Lösungsvorschläge entwickeln. Angesichts des Befundes, dass viele Jugendliche bei emotionaler Belastung keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen bleiben ohne ihre direkte Befragung wesentliche Zugangshürden und Gründe für Versorgungslücken verborgen.
Aus der beschriebenen Problemstellung ergeben sich zentrale Folgerungen für die vorliegende Arbeit: Die bestehenden Befunde zeigen, dass eine hohe Anzahl psychisch belastete Jugendliche in der Schweiz auf Versorgungslücken, lange Wartezeiten und unzureichend finanzierte Vernetzungsarbeit treffen. Weiter wird deutlich, dass viele Jugendliche trotz Belastung keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, wodurch unklar bleibt, welche Barrieren sie tatsächlich erleben. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, ihre Perspektiven systematisch einzubeziehen und nach ihren Erfahrungen mit Unterstützung, Barrieren und möglichen Verbesserungen zu fragen.

1.3. Ziel der Arbeit sowie Erkenntnis- und Praxisinteresse

Gahleitner und Ortmann (2006, S. 40) betonen, dass sich Forschung in der Sozialen Arbeit stärker auf die konkrete Hilfepraxis richten müsse, um zu verstehen, welche Angebote wie wirken und weshalb Hilfeprozesse unterschiedlich erfolgreich verlaufen. Daraus folgt, dass die Erfahrungen der Adressat:innen selbst einbezogen werden müssen, wenn Unterstützungsprozesse verstanden werden sollen. Für psychisch belastete Jugendliche bedeutet dies, dass nicht nur institutionelle Versorgungslücken beschrieben werden dürfen, sondern gefragt werden muss, wie psychisch belastete Jugendliche Unterstützung tatsächlich erleben, was dabei entlastend oder aber hinderlich war. Ihre Perspektive macht sichtbar, welche Angebote subjektiv wirken, welche Barrieren im Hilfeprozess bestehen und welche Unterstützung sie rückblickend als hilfreich empfunden hätten. Bisherige Studien in der Schweiz fokussieren vor allem strukturelle und institutionelle Aspekte der Versorgung oder die Evaluation spezifischer Unterstützungsprogrammen wie beispielsweise das Suizidpräventionsprojekt Adoassip (Rajkumar et al., 2025, S. 1-77). Kaum erforscht ist jedoch, wie psychosozial belastete Jugendliche unterschiedliche Unterstützungsangebote insgesamt erleben, bewerten und in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden deuten. Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, aus der Perspektive psychosozial belasteter Jugendlicher zu rekonstruieren, wie sie unterschiedliche Unterstützungsangebote erleben, welche Aspekte sie als entlastend oder hinderlich deuten und welche Unterstützungsbedarfe sie rückblickend formulieren.

Aus einer praxisorientierten Perspektive hat die Arbeit das Ziel Impulse zur Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten der Sozialen Arbeit für psychisch belastete Jugendliche zu geben.

1.4. Fragestellung

Aus der dargestellten Problemstellung und dem Ziel der Arbeit ergibt sich die zentrale Forschungsfrage, wie psychosozial belastete Jugendliche Unterstützungsangebote erleben und welche Bedeutung sie diesen im Hinblick auf ihr subjektives Entlastungsempfinden zuschreiben. Im Zentrum steht dabei die subjektive Perspektive der Jugendlichen. Welche Unterstützung haben sie in belastenden Situationen erfahren, welche Unterstützungsangebote wurden aus welchen Gründen als hilfreich erlebt und welche Aspekte eines Unterstützungsangebots wurden als hinderlich oder unzureichend wahrgenommen? Ein weiterer Fokus liegt auf der Analyse, wie Jugendliche mobile, aufsuchende Angebote, die von der Politik empfohlen werden (Bundesrat, 2024, S. 24), erleben und inwiefern sie diese subjektiv als hilfreich empfunden haben.

Welche Erfahrungen machen psychisch belastete Jugendliche mit unterschiedlichen Hilfsangeboten, wie deuten sie diese rückblickend in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden und was erleben sie dabei als hinderlich und was als förderlich?
Welche Erfahrungen machen psychisch belastete Jugendliche mit mobilen, aufsuchenden Unterstützungsangeboten und welche Chancen, Herausforderungen sehen sie dabei?

Aus der Fragestellung wird ersichtlich, dass die Arbeit sowohl die subjektiven Erfahrungen von Jugendlichen als auch Unterstützungsprozesse in den Blick nimmt. Diese Perspektive ist eng mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit verbunden, Teilhabe zu ermöglichen und Zugänge zu Unterstützung zu schaffen. Das folgende Kapitel stellt den Bezug zur Sozialen Arbeit her und zeigt auf, weshalb psychisch belastete Jugendliche ein relevantes Handlungsfeld der Sozialen Arbeit darstellen.

1.5. Bezug zur Sozialen Arbeit

Sowohl nationale als auch internationale Studien bestätigen den Zuwachs psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen. Dies wirft nicht nur die Frage auf, ob eine hinreichende medizinisch-therapeutische Versorgung besteht, sondern auch, welche Funktion der Sozialen Arbeit in diesem Bereich zukommt. Laut der international anerkannten Definition der International Federation of Social Workers (2022) versteht sich Soziale Arbeit als eine Profession, die sich für soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, kollektive Verantwortung und die Achtung der Vielfalt engagiert. Sie arbeitet mit Personen und ihren sozialen Umfeldern zusammen, um Lebensherausforderungen zu meistern und das individuelle sowie gesellschaftliche Wohlergehen zu fördern. Sozialarbeitende sind durch diese Haltung dazu verpflichtet, auf gesellschaftliche Entwicklungen und strukturelle Missstände

zu reagieren. Dies gilt vor allem dann, wenn benachteiligte Gruppen wie psychisch belastete Jugendliche davon bedroht sind, im Hilfesystem unterzugehen oder keine angemessene Unterstützung zu erhalten (International Federation of Social Workers, 2022).

Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial betont den gesellschaftlichen Beitrag als zentrales Ziel und essenzielle Verpflichtung der Sozialen Arbeit. Dieser Auftrag richtet sich vor allem an Menschen oder Gruppen, die in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt sind oder deren Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen erschwert ist (AvenirSocial, 2026, S. 12–14). Angesichts der zunehmenden psychischen Belastungen von Jugendlichen wird die Bedeutung dieser berufsethischen Grundlage besonders deutlich. Die BASS-Studie zeigt auf, dass in der psychiatrischen Grundversorgung von Jugendlichen wichtige ergänzende Leistungen wie Vernetzungsarbeit bzw. die aktive Einbindung von Familie und Schule sowie die koordinierende Begleitung von Fällen (Stocker et al., 2016, S. XIII–XIV; S. 84–85) nur unzureichend finanziert sind. Diese Aufgabenbereiche sind allerdings entscheidend, um Betroffene langfristig zu unterstützen. Sozialpolitische Interventionen und das Engagement zur Bewältigung struktureller Probleme, vor allem in Bezug auf die Eingliederung von Individuen in soziale Systeme, werden im Berufskodex Soziale Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 7) ausdrücklich als Handlungsfeld und Verpflichtung der Profession genannt. Soziale Arbeit spielt zudem oft eine Schlüsselrolle, wenn es um die Beratung und Begleitung psychisch belasteter Jugendlicher und die Erschliessung von Hilfe geht. Dies zeigt sich beispielsweise im schulischen Kontext in Form der Schulsozialarbeit. Sie kann unter anderem erste Anzeichen von Überforderung, Rückzug, Schulabsentismus oder familiären Belastungen erkennen, Jugendliche beraten und bei Bedarf den Kontakt zu Eltern, Lehrpersonen, psychologischen Fachstellen oder weiteren Unterstützungsangeboten herstellen. Soziale Arbeit fungiert damit als Brücke zwischen den individuellen Bedürfnissen der Jugendlichen und den strukturellen Möglichkeiten des Versorgungssystems. Der Blickwinkel dieser Arbeit, die Perspektive der Jugendlichen selbst, hat zudem einen klaren Bezug zur Sozialen Arbeit, weil sie einem der zentralen Grundprinzipien der Sozialen Arbeit entspricht: der Partizipation. Der Berufskodex verpflichtet die Profession dazu, dass Klienten und Klientinnen als Adressatinnen und Adressaten aktiv einbezogen werden. Ausserdem muss ihre Sichtweise ernst genommen und ihre Beteiligung sichergestellt werden (AvenirSocial, 2010, S. 10).

1.6. Forschungsfeld Mobile Intervention bei Jugendkrisen (MIK)

Die Verfasserin dieser Master-Thesis ist beruflich bei der Mobilen Intervention bei Jugendkrisen vom Amt für Jugend- und Berufsberatung des Kantons Zürich tätig. Die Beschreibung des Unterstützungsangebots der Mobilen Intervention bei Jugendkrisen (MIK) ist für die vorliegende Arbeit insofern notwendig, als die MIK den empirischen Feldzugang sowie einen zentralen Erfahrungskontext der befragten Jugendlichen bildet. Da die MIK als mobiles aufsuchendes und zeitlich begrenztes Angebot Teil dieses Unterstützungszusammenhangs ist, wird sie im Folgenden dargestellt.

Die Mobile Intervention bei Jugendkrisen (MIK) wurde im Regierungsratsbeschluss vom 18. Mai 2022 als befristetes Notfallteam der Kinder- und Jugendhilfe im Kanton Zürich beschlossen (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2022). Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche in akuten psychischen Belastungssituationen mit Wohnsitz im Kanton Zürich. Das Team besteht aus Fachpersonen mit Ausbildung in Sozialarbeit und Psychologie, arbeitet aufsuchend und niederschwellig und wird zentral koordiniert. Ziel des MIK ist es, schnell und unbürokratisch Unterstützung zu leisten, um akute Krisen abzufedern und gleichzeitig die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulleitungen sowie Schulsozialarbeiten an Volks-, Berufs- und Mittelschulen zu entlasten (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2022). Die mobile, aufsuchende Ausrichtung erlaubt es dem interdisziplinären Team, Jugendliche auch in ihrem häuslichen Umfeld zu erreichen. Damit entspricht die MIK einer Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen die betont, dass Unterstützungsangebote an die unterschiedlichen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Betroffenen angepasst werden müssen. Speziell sollten jene Jugendlichen in den Blick genommen werden, die nicht von sich aus Hilfe in Anspruch nehmen, zum Beispiel durch aufsuchende Jugendarbeit (EKKJ, 2024, S. 19–20).

Ziel der MIK ist es, Jugendlichen in akuten Krisensituationen und ihren Familien durch zeitnahe, niedrigschwellige und zeitlich begrenzte Beratungsangebote (max. 10 Beratungen innerhalb von sechs Monaten) Unterstützung zu bieten, um Krisen zu stabilisieren oder nachhaltige Anschlusslösungen zu ermöglichen. Dem Konzept liegt die Erkenntnis zugrunde, dass eine früh einsetzende ambulante Unterstützung mit sozialarbeiterisch-psychologischer Ausrichtung in zahlreichen Fällen wirksam ist und nicht jede jugendliche Krisensituation eine psychiatrische Notfallintervention notwendig macht (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2022, S. 1–2).

Das Pilotprojekt wurde im Zeitraum von November 2023 bis Oktober 2025 mit einem multimethodischen Forschungsdesign evaluiert. Die Evaluation zeigt eine breite Nutzung durch überwiegend 13- bis 17-jährige Jugendliche mit psychosozialen Mehrfachbelastungen sowie schulischen und familiären Problemlagen, wobei der Zugang häufig über Schulsozialarbeit und Kinder- und Jugendhilfezentren erfolgte (Gertel et al., 2025, S. 5–6). Ein wesentliches Merkmal des Angebots ist die mobile Ausrichtung. Die Beratung kann in unterschiedlichen Lebenswelten der Jugendlichen stattfinden, z.B. zu Hause, in der Schule oder in anderen alltagsnahen Settings. Dadurch wird sowohl die Niederschwelligkeit des Angebots erhöht als auch der systemische Zugang gestärkt. Die konkrete Ausgestaltung des Settings orientiert sich an der jeweiligen Problemlage und an den Bedürfnissen der Jugendlichen. Voraussetzung für eine Intervention ist in jedem Fall die freiwillige Zustimmung der betroffenen Jugendlichen (Gertel et al., 2025, S. 15).

Die Evaluation beschreibt die MIK-Beratungen überwiegend als hilfreich, besonders im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden, die Selbstwirksamkeit, Orientierung, den Umgang mit Gefühlen und eine Entlastung im familiären Umfeld. Mehr als die Hälfte der Befragten (57%, N=27), berichtete von positiven Veränderungen im häuslichen Umfeld, während ein Drittel Verbesserungen im schulischen Bereich wahrnahm. Ebenfalls wurde von den Jugendlichen berichtet, dass im Rahmen der Beratung hilfreiche Strategien im Umgang mit belastenden Gefühlen vermittelt wurden und

dass im Verlauf des Beratungsprozesses ein vertieftes Verständnis der eigenen emotionalen Situation entstanden sei (Gertel et al., 2025, S. 46). Auch aus Sicht der Eltern und Erziehungsberechtigten wurden die Wirkungen der MIK-Beratungen überwiegend positiv beurteilt. Mehr als die Hälfte der Befragten bewertete die Unterstützung als sehr hilfreich (53 %, N=60), während ein weiterer Teil angab, dass die Beratung eher hilfreich gewesen sei (38 %). Nur eine kleine Minderheit (5 %) gab an, die Beratung habe eher nicht oder nicht geholfen (Gertel et al., 2025, S. 46–47).

1.7. Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Master-Thesis ist in drei Hauptteile gegliedert. Der erste Teil umfasst die Einleitung, die theoretischen Grundlagen sowie den Forschungsstand (Kapitel 1–3). Die begrifflichen, fachlichen und theoretischen Grundlagen sind notwendig, um zentrale Begriffe für die weitere Arbeit zu klären. Die theoretischen Grundlagen schaffen den Rahmen, innerhalb dessen die späteren Aussagen der Jugendlichen verstanden und eingeordnet werden können. Der Forschungsstand zeigt auf, welche Erkenntnisse bereits zu psychischen Belastungen Jugendlicher, zur Versorgungslage in der Schweiz sowie zum subjektiven Erleben von Unterstützungsangeboten vorliegen. Dadurch wird sichtbar, an welche bestehenden Befunde die Arbeit anschliesst. Der zweite Teil beinhaltet das empirische Vorgehen der Arbeit und die Ergebnisdarstellung (Kapitel 4–5). Dabei wird das qualitative Forschungsdesign, das Sampling, die Datenerhebung und die Auswertung begründet und beschrieben. Daraufhin werden die Ergebnisse entlang zentraler Spannungsfelder dargestellt, die sich im Zuge der Auswertung aus dem empirischen Material herauskristallisiert haben. Der dritte Teil umfasst die Diskussion und das Fazit (Kapitel 6–7). Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen und des Forschungsstandes eingeordnet. Abschliessend werden zentrale Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit, Limitationen der Untersuchung und mögliche Perspektiven für weiterführende Forschung aufgezeigt.

2. Begriffliche, fachliche und theoretische Grundlagen

Dieses Kapitel legt die begrifflichen und theoretischen Grundlagen der Arbeit dar. Da die folgende Master-Thesis die Erfahrungen psychosozial belasteter Jugendlicher mit Unterstützungsangeboten untersucht, werden zunächst die Begriffe Jugend, psychische Gesundheit beziehungsweise psychische Belastung definiert. Daraufhin wird geklärt, was in dieser Arbeit unter Unterstützungsangeboten verstanden wird. Darauf aufbauend richtet sich der Fokus auf Krisen als spezifischen Teilaspekt psychischer Belastung. Diese Fokussierung dient der inhaltlichen Eingrenzung des Untersuchungsfeldes und ermöglicht eine vertiefte Auseinandersetzung mit Krisen als spezifischer Ausdrucksform psychischer Belastung. Dazu werden der Krisenbegriff, ausgewählte Krisenmodelle sowie zentrale Aspekte der Krisenbewältigung und Krisenintervention dargestellt. Diese theoretischen Bezüge schaffen den Rahmen, um die später rekonstruierten Krisen- und Unterstützungserfahrungen der Jugendlichen in der Diskussion einordnen und interpretieren zu können.

2.1. Jugend

Der Begriff Jugend wird in verschiedenen Disziplinen, beispielsweise in der Soziologie, Biologie, Pädagogik oder Rechtswissenschaft, unterschiedlich verwendet und muss deshalb für die folgende empirische Untersuchung begrifflich eingegrenzt werden (Niekrenz & Witte, 2018, S. 381).
Die Festlegung von Altersgrenzen dient hierbei lediglich der methodischen Orientierung und kann eine theoretische Bestimmung des Jugendbegriffs nicht ersetzen (Scherr & Bauer, 2024, S. 3)**.** «Jugend» ist von verwandten Begriffen wie Adoleszenz und Pubertät abzugrenzen. Während *Adoleszenz* vor allem die psychische Dimension des Erwachsenwerdens beschreibt und damit auf innere Verarbeitungs- und Entwicklungsprozesse verweist, hebt *Pubertät* primär auf biologische und körperliche Reifungsvorgänge ab. Der Begriff *Jugend* wird demgegenüber vor allem in den Sozialwissenschaften verwendet, um eine gesellschaftlich definierte Lebensphase zwischen Kindheit und Erwachsensein zu kennzeichnen (Niekrenz & Witte, 2018, S. 381). Diese Phase ist durch die Auseinandersetzung mit sozialen Erwartungen, die Erprobung von Regeln und Grenzen sowie durch Prozesse sozialer Integration und Platzierung gekennzeichnet. Pädagogische und sozialpädagogische Perspektiven betonen zudem die Bedeutung von Bildung, Erziehung und unterstützenden Lebensbedingungen, die Jugendlichen eine gelingende Entwicklung und ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen sollen. Zugleich darf Jugend nicht als einheitliches Phänomen verstanden werden. Vielmehr unterscheiden sich jugendliche Lebenslagen erheblich nach sozialen, kulturellen, geschlechtsspezifischen und historischen Bedingungen. Aus diesem Grund spricht die neuere Jugendforschung zunehmend von Jugenden**,** um die Heterogenität jugendlicher Lebensrealitäten hervorzuheben. Jugend ist damit als gesellschaftlich konstruierter und historisch wandelbarer Status zu verstehen, der mit Abhängigkeiten, eingeschränkten Rechten, Bildungsanforderungen und spezifischen Entwicklungsaufgaben im Übergang zum Erwachsenenleben verbunden ist (Niekrenz & Witte, 2018, S. 382-384).
Das Konzept «Jugend als psychosoziales Moratorium» versteht Jugend als gesellschaftlich eingeräumte Übergangsphase, in der Heranwachsende noch nicht vollständig den Anforderungen des Erwachsenenlebens unterliegen, sondern Zeit und Freiraum für Orientierung, Selbstfindung und Entwicklung erhalten. Ausgehend von Erik H. Erikson wird Jugend dabei als Phase der Identitätsbildung beschrieben, in der junge Menschen körperliche Reifungsprozesse, soziale Erwartungen und persönliche Verunsicherungen bewältigen müssen. Das Moratorium ermöglicht es ihnen, Rollen zu erproben, Werte auszuloten und Verhaltensweisen zu testen, ohne bereits vollständig in die Verantwortung des Erwachsenenstatus eingebunden zu sein. Gleichzeitig zeigt sich in dieser Phase eine Spannung zwischen biologischer Reife und noch nicht erreichter sozialer Anerkennung als erwachsene Person, was als ein zentrales Konfliktfeld der Jugend beschrieben werden kann (Niekrenz & Witte, 2018, S. 385-386). In der Phase der Jugend geht es gemäss Erik H. Erikson darum, ein Gefühl von Ich-Identität zu entwickeln und ein stabiles Selbstbild zu schaffen, das frühere Rollen integriert und gleichzeitig von der sozialen Umgebung anerkannt wird. Wenn dies nicht gelingt, kann eine Identitätsdiffusion drohen, die sich in Unsicherheit über die berufliche

Zukunft, Überanpassung an Gruppen oder Intoleranz gegenüber Andersdenkenden äussern kann (Noack Napoles, 2005, S. 147–148).
Gemäss Hurrelmann und Quenzel (2016) kann Jugend als die Übergangsphase zwischen Kindheit und Erwachsensein verstanden werden, in der Abhängigkeit und zunehmende Selbstständigkeit gleichzeitig bestehen. Der Austritt aus der Jugendphase gilt aus idealtypischer Sicht erst dann als vollzogen, wenn in zentralen Lebensbereichen ein hinreichendes Mass an Autonomie erreicht wurde. Als wesentliche Markierungen dieses Übergangs gelten der Eintritt in Ausbildung und Erwerbsarbeit, die Ablösung vom Elternhaus, partnerschaftliche Bindungen, Familiengründung sowie die Teilhabe an Konsum und politischer Mitbestimmung. Der Weg ins Erwachsenenalter vollzieht sich damit über mehrere soziale Teilbereiche und ist Ausdruck fortschreitender Verselbstständigung (Hurrelmann & Quenzel, 2016, S. 39-40). Hurrelmann und Quenzel (2016, S 30-40) unterteilen die folgenden Phasen.

- Die frühe Jugendphase (12–17 Jahre)
- Die mittlere Jugendphase (18–21 Jahre)
- Die späte Jugendphase (22–27 Jahre)

Jugend wird damit als eigenständige Übergangsphase beschrieben, die mit Entwicklungsaufgaben, zunehmender Selbstständigkeit und sozialen Anforderungen verbunden ist. Psychische Belastungen können diese Prozesse erschweren und beeinflussen, wie Jugendliche Unterstützung erleben und nutzen. Deshalb wird im folgenden Kapitel geklärt, welches Verständnis von psychischer Gesundheit und psychischer Belastung dieser Arbeit zugrunde liegt.

2.2. Das Kontinuum der psychischen Gesundheit

Um den Begriff der psychischen Belastung zu definieren, sollte zuerst ein Blick auf die psychische Gesundheit geworfen werden. Aktuell wird psychische Gesundheit von der World Health Organization (WHO) folgendermassen definiert:

> Ein Zustand des geistigen Wohlbefindens, der es Menschen ermöglicht, mit den Belastungen des Lebens umzugehen, ihre Fähigkeiten zu entfalten, gut zu lernen und zu arbeiten sowie einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. (WHO, 2022, Abschnitt «Concepts in mental health», eigene Übersetzung)

Psychische Gesundheit bedeutet im Verständnis der WHO nicht nur die Abwesenheit von Erkrankungen. Sie befindet sich auf einem Kontinuum, das von Individuen unterschiedlich wahrgenommen wird, mit variierenden Ausprägungen von Belastung und Schwierigkeiten sowie teils unterschiedlichen sozialen und klinischen Konsequenzen. Psychische Gesundheitsprobleme umfassen Erkrankungen, psychosoziale Beeinträchtigungen und andere mentale Zustände, die mit erheblichem Leiden, Schwierigkeiten im Alltag oder einem erhöhten Risiko für Selbstschädigung

verbunden sein können (WHO, 2022). Das Verständnis, dass psychische Gesundheit ein Kontinuum bildet, impliziert, dass sie von stabilen Phasen des Wohlbefindens bis hin zu erheblichen Beeinträchtigungen reicht. Während am einen Ende Ressourcen und Bewältigungsstrategien ausreichen, um belastende Situationen zu verarbeiten, kann am anderen Ende eine Überforderung entstehen, wenn diese Strategien nicht mehr tragen. Psychische Gesundheit setzt gemäss Schuler et al. (2016) damit ein Gleichgewicht zwischen Anforderungen und verfügbaren Ressourcen voraus. Anforderungen können Stressoren wie berufliche Belastungen, persönliche Zielsetzungen, Konflikte oder der Verlust eines Menschen sein. Diese Anforderungen können durch äussere (z. B. soziale Unterstützung) und innere Ressourcen (z. B. Problemlösefähigkeit) abgefedert werden. Werden Stressoren jedoch anhaltend oder in Kombination erlebt, steigt ihr negativer Einfluss. Psychische Gesundheit erfordert demzufolge eine kontinuierliche Anpassungsleistung an objektive wie subjektive Veränderungen (Schuler et al., 2016, S. 7).
Psychische Belastung wird in der Literatur vor allem im Zusammenhang mit Arbeits- und Ergonomieforschung beschrieben. So definiert die DIN EN ISO 10075-1 (Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung) gemäss Ferreira und Vogt psychische Belastung als «die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken» (Ferreira & Vogt, 2022, S. 204). Psychische Störungen werden in der ICD-11 folgendermassen definiert:

> Syndrome, die durch eine klinisch bedeutsame Störung der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet sind. Diese Störung spiegelt eine Dysfunktion in den psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen wider, die dem psychischen und verhaltensbezogenen Funktionieren zugrunde liegen. Solche Störungen sind in der Regel mit Leidensdruck oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden (World Health Organization, 2022; Abschnitt «06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders», eigene Übersetzung).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff psychische Belastung oder psychosoziale Belastung synonym verwendet und als ein dynamischer Zustand im Kontinuum psychischer Gesundheit verstanden. Sie entsteht, wenn Anforderungen, Stressoren oder psychosoziale Einflüsse die verfügbaren inneren und äusseren Ressourcen einer Person herausfordern oder übersteigen. Psychische Belastung wird dabei nicht mit psychischer Störung gleichgesetzt, sondern als breiterer Begriff verwendet, der sowohl vorübergehende Überforderung und subjektiven Leidensdruck als auch psychosoziale Beeinträchtigungen umfassen kann. Ausgehend von diesem Verständnis wird im nächsten Schritt der Krisenbegriff eingeführt, um eine spezifische Form psychischer Belastung theoretisch zu fassen.

2.3. Krisendefinitionen und Modelle

Der Begriff «Krisis» entstammt dem Altgriechischen und bedeutet Wendepunkt, einen Höhe- oder Umschlagpunkt sowie eine Entscheidungssituation. Im engeren Sinne beschreibt er den richtungsweisenden Moment innerhalb eines Entscheidungsprozesses. In der Medizin bezeichnet «Krise» den kritischen Punkt im Krankheitsverlauf, an dem sich Heilung oder Verschlechterung entscheidet (Stein, 2020, S. 24–25). Stein (2020) benennt als Entwicklungslinie der Krisenforschung die Auseinandersetzung mit akuten Traumatisierungen und den Folgen schwerer Verluste. Begriffe wie Trauer und Traumatisierung sind daher eng mit dem theoretischen Verständnis von Krisen und deren Intervention verbunden. Als Pionier gilt Eric Lindemann (1944), der zu der Einsicht gelangte, dass Betroffene schwerwiegender Belastungen zwingend gezielte psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung benötigen. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen entwickelte Cullberg (1978) später ein Phasenmodell (Abb. 1) das den Verlauf traumatischer Krisen beschreibt und damit das theoretische Fundament weiter ausdifferenzierte (Ortiz-Müller, 2021, S. 48–51).

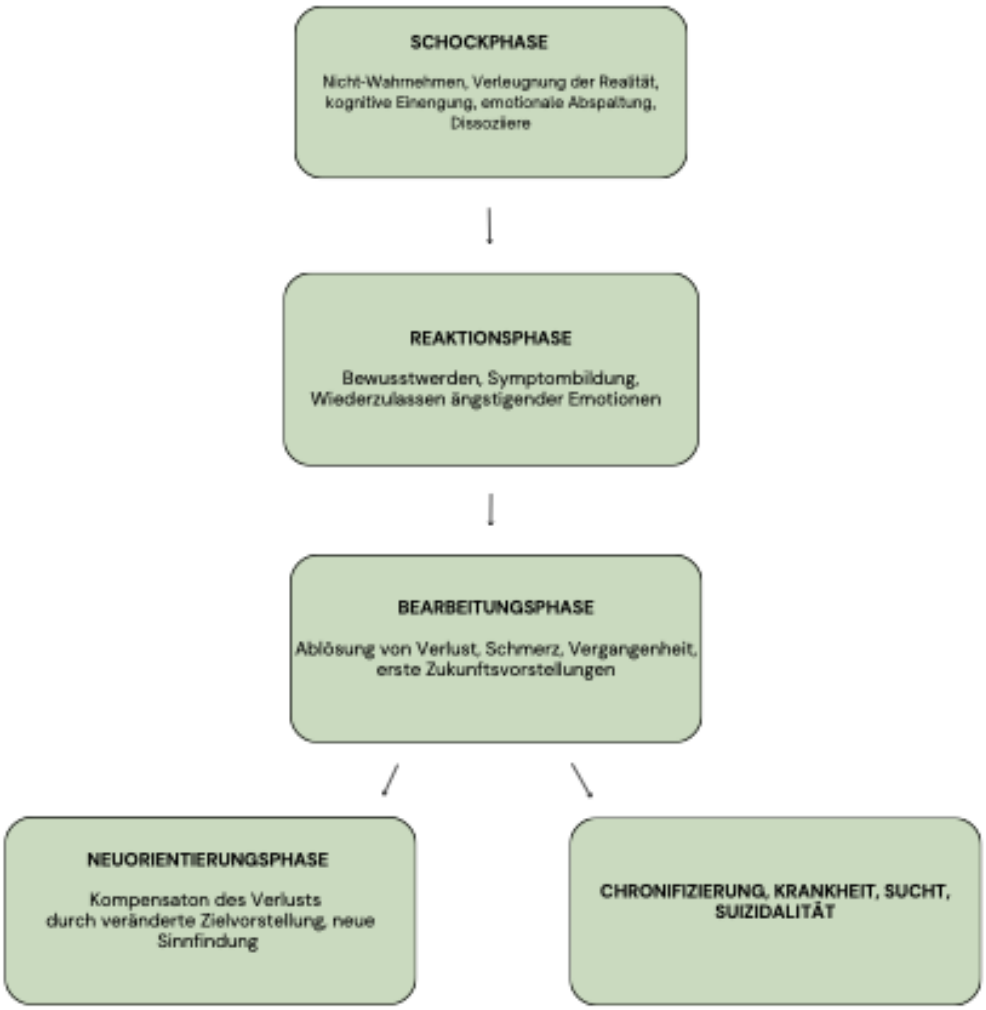


Abbildung 1. Phasen der traumatischen Krise nach Cullberg

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Cullberg (zitiert in Ortiz-Müller, 2021, S. 48–51).

Plötzliche, in der Regel nicht antizipierbare Einschnitte im Lebensverlauf können traumatische Krisen auslösen. Auslöser traumatischer Krisen können unter anderem gesundheitliche Diagnosen, dauerhafte Beeinträchtigungen, der Verlust nahestehender Personen, Trennungen oder der Wegfall des Arbeitsplatzes sein. Unmittelbar nach dem Krisenereignis tritt häufig eine Schockreaktion auf, die von kurzen Momenten bis ungefähr einen Tag andauern kann. Daran schliesst sich meist eine Phase intensiver emotionaler Reaktionen an, die mehrere Tage bis Wochen dauern kann. Diese ist geprägt durch innere Unruhe, Gefühlsüberflutung, Leere oder Erstarrung sowie durch Verzweiflung, depressive Symptome, Hoffnungslosigkeit, Ohnmachtsgefühle, Ärger, Trauer oder somatische Beschwerden. Der Verlauf ist dabei nicht linear: Phasen relativer Stabilisierung und erste Schritte der Verarbeitung können sich mit einem erneuten Aufflammen der Symptomatik abwechseln. Bleibt eine konstruktive Bewältigung aus, steigt das Risiko von Maladaptationen wie Chronifizierung, Substanzmissbrauch, psychischen oder körperlichen Erkrankungen, Zusammenbruch oder suizidaler Gefährdung. Unter förderlichen Rahmenbedingungen kann die Auseinandersetzung mit dem Krisenanlass hingegen eine Stabilisierung und Neuorientierung unterstützen (Sonneck, 2000, S. 16).

Caplan entwickelte diese Überlegungen in den 1960er-Jahren weiter. Sein sozial psychiatrisch-präventiver Ansatz zielte primär darauf ab, vermeidbare stationär-psychiatrische Aufenthalte zu reduzieren. Lindemann und Caplan vertraten aufgrund ihrer Erfahrungen die Auffassung, dass bei Krisen frühzeitig interveniert werden sollte, und etablierten das erste Community Crisis Center. Die Grundannahme dahinter war, dass viele akute seelische Belastungssituationen ohne stationäre psychiatrische Behandlung bewältigt werden können, sofern rechtzeitig passende Unterstützungsangebote im Umfeld vorhanden sind (Stein, 2020, S. 19). Caplan versteht eine Krise als eine zeitlich begrenzte Phase, in der Menschen mit Belastungen konfrontiert sind, die ihre bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. In dieser Situation geraten sie vorübergehend aus dem Gleichgewicht und können mit Verunsicherung, Angst, Niedergeschlagenheit oder innerer Anspannung reagieren. Gerade weil in solchen Momenten die eigenen Bewältigungsstrategien nicht ausreichen, wächst das Bedürfnis nach Unterstützung, und betroffene Personen werden empfänglicher für Hilfe von aussen. Was in dieser Phase an Unterstützung, Orientierung oder Bewältigung gelernt wird, kann längerfristig nachwirken und das spätere Handeln prägen. Caplan beschreibt Krisen deshalb zugleich als Gefahr und als Chance. Ohne hilfreiche Unterstützung kann sich die langfristige Bewältigungsfähigkeit verschlechtern, mit passender Unterstützung kann sie hingegen gestärkt werden. Da Krisen meist nur kurz andauern, betont er, dass Hilfen schnell, unmittelbar und gut organisiert einsetzen müssen. Dafür braucht es flexible Strukturen, rasche Erreichbarkeit und erfahrene Fachpersonen, die ohne Verzögerung handeln können (Caplan & Caplan, 2000, S. 11–12). Sein Verständnis der Krisenentwicklung wird in Abbildung 2 dem Modell von Cullberg (Abb. 1) gegenübergestellt (Ortiz-Müller, 2021, S. 49–50). Caplans häufig zitierte Definition von Krise lautet: «Eine Krise ist durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts gekennzeichnet, wenn ein Mensch mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht

bewältigen kann, weil sie seine bisherigen Problemlösefähigkeiten übersteigen» (Ortiz-Müller, 2021, S. 50).

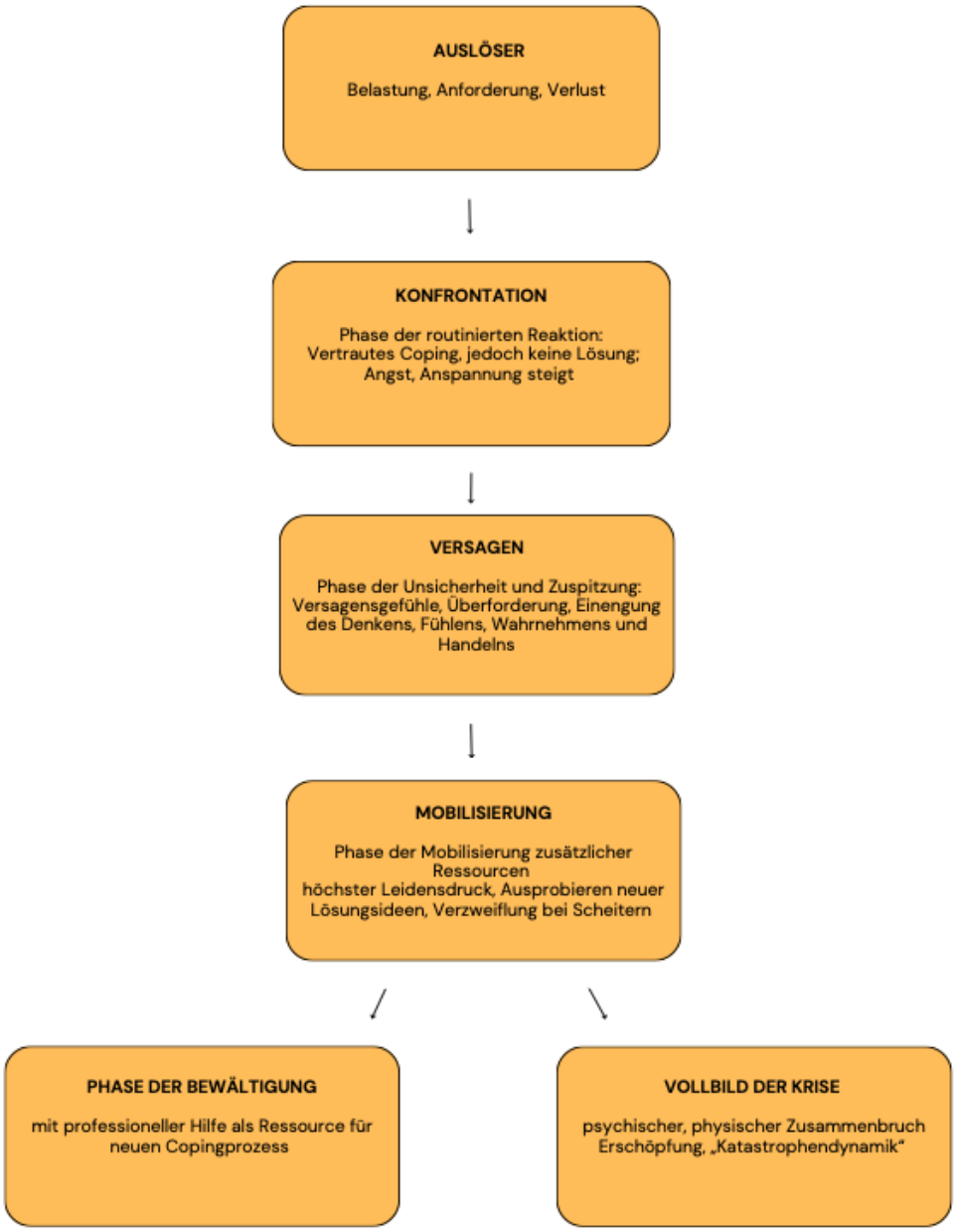


Abbildung 2. Phasen der Veränderungskrise nach Caplan

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Caplan (zitiert in Ortiz-Müller et. al., 2021, S. 50)

Für Caplans Krisenverständnis wurde relevant, wie gut frühere Erfahrungen und erworbene Problemlösestrategien zur aktuellen Situation passen. Erst wenn zwischen den verfügbaren Ressourcen und den bestehenden Belastungen ein Ungleichgewicht entsteht, spricht er von einer Krise. Solche Anlässe können äussere Ereignisse, alltägliche oder länger andauernde Lebensumstände sein, die nicht zwingend dramatisch sein müssen, aber zu einer Überforderung führen können (Ortiz-Müller, 2021, S. 50). Im Unterschied zu traumatischen Krisen, deren Phasenabfolge häufig klar

und kaum vermeidbar erscheint, zeigen Veränderungskrisen keinen zwingend festgelegten Verlauf. Sie entwickeln sich oft erst verzögert, teils über Wochen, und können in ihrer Dynamik unterbrochen oder abgeschwächt werden. Wird eine bedeutsame Veränderung erlebt und gelingt es der betroffenen Person nach der Konfrontation nicht, diese in das eigene Lebenskonzept einzuordnen, können zunächst Überforderungs- und Versagensgefühle entstehen. Damit gehen meist ein zunehmender innerer Druck und steigende Spannung einher. Bleibt in dieser Phase Unterstützung aus, kommt es häufig zu einer verstärkten Aktivierung vorhandener Ressourcen sowohl innerer Bewältigungsstrategien als auch äusserer Unterstützung (Sonneck, 2000, S. 17). Gerade dieser Zeitpunkt (im Modell Mobilisierung genannt), gilt als besonders interventionsrelevant, da die subjektive Not häufig mit einer erhöhten Bereitschaft einhergeht, Hilfe anzunehmen. Wird Unterstützung passend und wirksam angeboten, kann dies zu einer Bewältigung führen und die beginnende Krise wird überwunden. Erfolgt die Hilfe hingegen unzureichend oder nicht bedarfsgerecht, sind Rückzug und Resignation möglich. In manchen Fällen kann sich die Problematik verfestigen und in eine Chronifizierung übergehen (Sonneck, 2000, S. 17). Des Weiteren kann sich ein vollständiges Krisenbild ausprägen, das in seiner Symptomatik der Reaktionsphase traumatischer Krisen ähnelt und einen vergleichbaren Verlauf nehmen kann. In ungünstigen Konstellationen sind dann längerfristige Folgen wie Chronifizierung, problematischer Konsum von Alkohol oder Drogen oder im Extremfall suizidales Verhalten denkbar. Als typische Auslöser von Veränderungskrisen werden häufig normative Übergänge im Lebenslauf wie das Ablösen vom Elternhaus, Heirat, Geburt eines Kindes oder ein Wohnortwechsel beschrieben. Ebenso können Entwicklungs- und Umbruchphasen in verschiedenen Lebensabschnitten eine Rolle spielen, beispielsweise Veränderungen im Jugendalter oder Übergänge im späteren Leben wie der Eintritt in den Ruhestand. Insgesamt sind Lebensveränderungen Teil eines «normalen» Lebensverlaufs und prinzipiell eher vorbereitbar. Demgegenüber sind traumatische Krisenanlässe häufig unerwartet und daher schwieriger vorwegzunehmen, was das Risiko einer Krisenentwicklung erhöhen kann (Sonneck, 2000, S. 17).

Eine Weiterentwicklung des Krisenbegriffs, die gemäss Dross (2001, S. 14) als Phasen- und aufgabenbezogene Konzepte benannt werden, geht auf Erikson (1966) zurück. Erikson beschreibt Persönlichkeitsentwicklung als epigenetischen Prozess, in dem in jeder Lebensphase spezifische Aufgaben in einer festgelegten Abfolge zu bewältigen sind. Die spätere Entwicklung baut auf früheren Erfahrungen auf, ohne diese zu ersetzen. Persönlichkeit entsteht dabei im Zusammenspiel biologischer Voraussetzungen und sozial-kultureller Einflüsse, wobei Gesellschaft und Kultur den Rahmen der Entwicklung mitbestimmen (Noack Napoles, 2005, S. 96–97). Den Lebenslauf fasst Erikson als achtstufiges Modell auf, in dem jede Phase durch einen Grundkonflikt zwischen zwei Polen geprägt ist. Insofern verwendet Erikson «Krise» entwicklungsbezogen als kritische Phase mit gesteigertem Risiko und Potenzial (Noack Napoles, 2005, S. 131–137). Auch gemäss Havighurst (1948) ist das Leben durch aufeinanderfolgende, sozial normierte Entwicklungsaufgaben strukturiert. Krisenhafte Prozesse entstehen vor allem dann, wenn diese alters- und lebensphasenspezifischen Anforderungen im Spannungsfeld zwischen individuellen Zielsetzungen und gesellschaftlichen Erwartungen nicht erfolgreich bewältigt werden (Dross, 2001, S. 15). Für

Jugendliche sind solche Übergänge bedeutsam, weil nicht bewältigte Entwicklungsanforderungen im Zusammenspiel mit individuellen Belastungen und gesellschaftlichen Erwartungen krisenhaft werden können. Aufgrund dieser entwicklungsbedingten Umbrüche weisen Jugendliche in besonderem Masse eine Vulnerabilität auf. Entscheidend ist daher, welche Ressourcen und Bedingungen eine Bewältigung krisenhafter Situationen ermöglichen oder erschweren.

2.4. Krisenbewältigung

Das Ressourcenkonzept geht davon aus, dass die Bewältigung von Belastungen wesentlich davon abhängt, über welche individuellen, instrumentellen und sozialen Ressourcen eine Person verfügt. Fehlen solche Ressourcen, erhöht sich das Risiko, dass Krisen einen ungünstigen Verlauf nehmen. Zu den individuellen Ressourcen zählen Selbstwirksamkeit, Optimismus und Kontrollüberzeugungen. Instrumentelle Ressourcen beziehen sich auf Fähigkeiten zur Problemlösung und Selbststeuerung, während soziale Ressourcen in unterstützenden Beziehungen, Zugehörigkeit, Anerkennung und praktischer Hilfe zum Ausdruck kommen. Zwischen diesen Ressourcenformen bestehen wechselseitige Zusammenhänge, weshalb sowohl kompensatorische als auch kumulativ belastende Effekte möglich sind (Dross, 2001, S. 16). Daran anknüpfend hat die Stressforschung wesentliche Beiträge zum Verständnis von Krisenbewältigung geleistet. Mit dem Stress-Coping-Modell entwickelten Lazarus und Folkman einen Ansatz, der Belastung und Bewältigung nicht als rein äussere Gegebenheiten versteht, sondern die subjektive Bewertung einer Situation in den Mittelpunkt rückt. Menschen schätzen Belastungen fortlaufend danach ein, wie bedrohlich diese sind, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen und welche Bewältigungsmöglichkeiten sie sehen. Diese Einschätzungen verändern sich im Verlauf einer Krisensituation immer wieder. Bewältigung erscheint damit nicht als linearer Vorgang, sondern als dynamischer Prozess, in dem Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln ineinandergreifen. Krisenbewältigung kann in diesem Sinn als fortlaufende Anpassungsbewegung verstanden werden, bei der Situationen neu eingeschätzt, Handlungsmöglichkeiten geprüft und Erfahrungen wiederholt neu bewertet werden (Ortiz-Müller, 2021, S. 51). Während das Ressourcenkonzept und das Stress-Coping-Modell vor allem die Voraussetzungen und Prozesse der Bewältigung in den Blick nehmen, richten kognitive Ansätze den Fokus stärker auf Denk- und Interpretationsmuster, die Krisen mitprägen oder aufrechterhalten können. Aus kognitiver Perspektive zeigen sich gemäss Dross (2001), wie sie von Beck et al. (1996) und Meichenbaum (1985) entwickelt wurden, Krisen häufig in Form von Niedergeschlagenheit, Selbstzweifeln und dem Gefühl, überfordert zu sein. Viele Krisen lassen sich deshalb als depressive Reaktionen verstehen, wobei hauptsächlich jene Bedingungen bedeutsam sind, die eine solche Stimmung stabilisieren. Bereits vor und während einer Krise treten oft Verlusterfahrungen und Einschränkungen auf (Dross, 2001, S. 17). Rückzug, Antriebslosigkeit und Vermeidung tragen dazu bei, dass sich das Befinden weiter verschlechtert. Die betroffene Person erlebt dabei einen zunehmenden Kontrollverlust über Lebensbereiche, die zuvor noch beeinflussbar erschienen. Vorübergehende Hilflosigkeit kann sich zu einer verfestigten negativen Grundhaltung entwickeln, wenn Misserfolge nicht mehr situationsbezogen, sondern als Ausdruck des eigenen

grundsätzlichen Versagens gedeutet werden (Dross, 2001, S. 17). Werden belastende Situationen wiederholt als ausweglos erlebt, steigt die Gefahr, dass problemlösendes Handeln ausbleibt und gedankliche Kreisläufe sowie das Erleben von Ohnmacht in den Vordergrund treten (Dross, 2001, S. 17). In Bezug auf die Krisenversorgung entwickelte sich die Sozialpsychiatrie zu einem wichtigen Bezugsrahmen. Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975, die die Situation der psychiatrischen Versorgung in der damaligen Bundesrepublik Deutschland grundlegend analysierte, hat sich in Deutschland die soziale Psychiatrie als gemeindenaher und multidisziplinärer Ansatz in der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen etabliert. Seither entwickelte sich eine vielfältige psychosoziale und psychiatrische Praxis im Umgang mit psychischen Krisen und Erkrankungen (Clausen & Eichenbrenner, 2016, S. 21–24). Die Einrichtungen ambulanter Krisendienste entstanden gemäss Ortiz-Müller et al. (2021) zum einen aus der Erkenntnis, dass Krisen grundsätzlich alle Menschen betreffen können. Zum anderen zeigte sich, dass Personen mit psychischen Erkrankungen aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität besonders häufig und intensiv von Krisensituationen betroffen sind und deshalb auf rasche und niederschwellige Unterstützung angewiesen sind (Ortiz-Müller et al., 2021, S. 51). Krisenbewältigung ist gemäss Ortiz-Müller als multifaktorieller Prozess zu verstehen: Belastende Ereignisse treffen auf unterschiedliche biografische Erfahrungen, externe Ressourcen, soziale Einbindungen und Zugänge zu Versorgungssystemen. Ob daraus eine Krise entsteht, hängt wesentlich von der subjektiven Bedeutungszuschreibung und der wahrgenommenen Bewältigbarkeit ab (Ortiz-Müller et al., 2021, S. 56–59). In Abbildung 3 werden die Einflussfaktoren der Krisenbewältigung grafisch dargestellt.

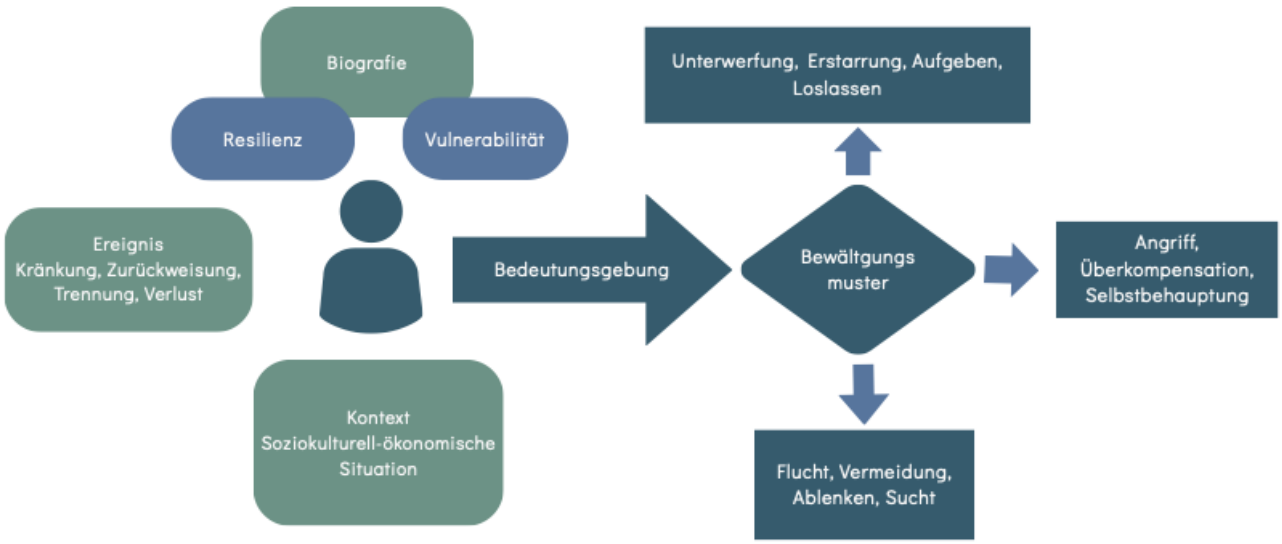


Abbildung 3. Einflussfaktoren auf Krisenbewältigung

Quelle: Eigene Darstellung nach Ortiz-Müller et al. (2021, S. 57)

Die dargestellten Ansätze zeigen, dass Krisenbewältigung nicht allein von der betroffenen Person abhängt, sondern durch individuelle Ressourcen, biografische Erfahrungen, soziale Unterstützung

und institutionelle Zugänge mitgeprägt wird. Vor diesem Hintergrund stellt sich anschliessend die Frage, wie professionelle Krisenintervention solche Bewältigungsprozesse unterstützen kann.

2.5. Krisenintervention

Nach Sonneck (2000) bezeichnet Krisenintervention eine psychosoziale Betreuungs- und Behandlungsform, die auf krisenassoziierte Symptome, Fehlreaktionen und Krankheitserscheinungen ausgerichtet ist. Sie zielt darauf ab, den akuten Leidensdruck zu reduzieren, Folgeschäden zu vermeiden und einer Chronifizierung krisenbedingter Entwicklungen vorzubeugen (Sonneck, 2000, S. 61). Krisenintervention soll neben der unmittelbaren emotionalen Stabilisierung das Ziel verfolgen, nachhaltige Veränderungen im Erleben und Handeln der Betroffenen zu ermöglichen. Nach der Wiedererlangung einer grundlegenden psychischen Stabilität sollen gewonnene Einsichten in konkrete adaptive Verhaltensweisen überführt werden (Stein, 2012, S. 107–108). Nach Sonneck (2000) wird Krisenintervention dort notwendig, wo rasches therapeutisches Handeln erforderlich ist, um schwerwiegende Folgen wie Chronifizierung oder Suizid zu verhindern (Sonneck, 2000, S. 61). Eine Krise gilt dann als bewältigt, wenn Betroffene durch neue Perspektiven und Kompetenzen gestärkt hervorgehen und erweiterte, konstruktive Bewältigungsstrategien entwickeln können (Stein, 2012, S. 107–108). Was Stein (2012) als Veränderungen im Erleben und Handeln der Betroffenen im Zuge einer Krise beschreibt, lässt sich mit Sonnecks (2000) Zielbestimmung der Krisenintervention als Hilfe zur Selbsthilfe konkretisieren. Krisenintervention zielt gemäss Sonneck (2000) darauf ab, Betroffene so zu unterstützen, dass sie ihre Krise als Realität annehmen und wieder handlungsfähig werden können. Dabei geht es nicht um ein stellvertretendes «Lösen» durch Fachpersonen, sondern um eine Begleitung, die Orientierung ermöglicht, Überforderung reduziert und die Person darin stärkt, die eigenen Bewältigungspotenziale wieder zu nutzen. Wenn bisherige Strategien versagen oder als ausweglos erlebt werden, soll Krisenintervention dazu beitragen, alternative Sicht- und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen und neue Wege erproben zu lassen, um destruktive Lösungsversuche zu vermeiden (Sonneck, 2000, S. 18–19). Wichtig ist ausserdem die Unterstützung im Umgang mit belastenden Gefühlen und Ambivalenzen sowie die Stärkung von Selbstwirksamkeit, Entscheidungskompetenz und verantwortlicher Handlungsfähigkeit (Sonneck, 2000, S. 63). Sonneck betont dabei auch die Bedeutung des sozialen Umfelds. Je nach Situation kann es hilfreich sein, Angehörige bzw. Bezugspersonen einzubeziehen, Ressourcen im Netzwerk zu aktivieren und alltagsnahe Unterstützung zu sichern. Insgesamt steht somit die Förderung einer aktiven, konstruktiven und innovativen Bewältigung im Vordergrund, die es Betroffenen ermöglicht, schrittweise wieder zu eigenständigen Entscheidungen und stabiler Handlungsfähigkeit zurückzufinden (Sonneck, 2000, S. 18–19). Auch nach Cullberg (2008) besteht das Anliegen einer Krisenintervention darin, die vorhandenen Bewältigungs- und Selbstheilungskräfte der betroffenen Person zu stärken. Die Fachperson soll der betroffenen Person dabei nichts «geben», was nicht vorhanden ist, sondern sie sorgfältig in der direkten Auseinandersetzung mit der Realität begleiten und stabilisieren. Gleichzeitig gilt es, den Ausdruck von Emotionen wie Trauer, Wut oder Schuld zu fördern. Erst wenn solche Gefühle offen kommuniziert werden können und die Krisensymptome

nicht länger als krankhaft, bedrohlich oder unnatürlich bewertet werden, entsteht ein Raum, in dem eine echte Auseinandersetzung mit dem Erlebten möglich wird. Auf diese Weise kann das Geschehene besser verstanden und eingeordnet werden (Cullberg, 2008, S. 128–130). Gleichfalls soll die Fachperson aufgrund seiner/ihrer Fachkenntnisse eine zuversichtliche Grundhaltung vermitteln. Cullberg beschreibt diese «stellvertretende Hoffnung» als einen zentralen Bestandteil der Krisenintervention. Indem die Fachperson die emotionalen Reaktionen des/der Betroffenen in einen längerfristigen Sinn- und Entwicklungszusammenhang stellt, kann sie zu einem wesentlichen stabilisierenden Faktor werden. Auch medizinische Massnahmen wie der vorübergehende Einsatz von Psychopharmaka können sinnvoll sein, um akutes Leiden zu lindern. Zudem weist Cullberg (2008, S. 128–130) darauf hin, dass Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess einbezogen werden sollen, um das soziale Umfeld zu stärken.
Trotz unterschiedlicher Akzentuierung beschreiben Stein 2012, Sonneck 2000 und Cullberg 1978 Krisenintervention in einem gemeinsamen Kern. Im Vordergrund stehen zuerst die akute Stabilisierung und Risikoreduktion, damit Betroffene wieder handlungsfähig werden. Darauf aufbauend zielen alle drei Ansätze auf die Aktivierung von Ressourcen, die Förderung konstruktiver Bewältigung sowie die Wiedergewinnung von Selbstwirksamkeit und Autonomie. Krisenintervention wird damit nicht als stellvertretende Problemlösung verstanden, sondern als unterstützter Prozess, der Betroffene befähigt, die Krise anzunehmen, emotionale Reaktionen zu integrieren, Orientierung zu gewinnen und langfristig erweiterte Bewältigungskompetenzen zu entwickeln.

2.5.1. Prinzipien und Aspekte der Krisenintervention

Als grundlegende Leitlinien der Krisenintervention werden von Sonneck (2000) mehrere Prinzipien hervorgehoben. Erstens ist ein rascher Beginn entscheidend, da Krisen zeitkritisch sind und frühe Stabilisierung Eskalationen verhindern kann. Zweitens ist eine aktive Rolle der helfenden Person erforderlich, wobei zugleich reflektiert werden muss, dass zu viel «Übernahme» Abhängigkeit begünstigen kann. Drittens braucht Krisenintervention Methodenflexibilität. Je nach Bedarf können sozialarbeiterische, psychologische oder medizinische Massnahmen kombiniert werden. Viertens liegt der Schwerpunkt auf dem aktuellen Ereignis und der gegenwärtigen Belastung, ohne den biografischen und lebensgeschichtlichen Hintergrund vollständig auszublenden. Fünftens ist die Ressourcenorientierung im Umfeld wesentlich. Angehörige, Bezugspersonen und weitere soziale Ressourcen können stabilisierend wirken und die Umsetzung alltagsnaher Schritte erleichtern. Ein weiteres Prinzip ist die Entlastung von emotionalem Druck, ohne dass der Impuls zur Veränderung vollständig verloren geht. Schliesslich wird die Zusammenarbeit betont, vor allem in Form interprofessioneller Kooperation, wenn verschiedene Hilfesysteme beteiligt sind (Sonneck, 2000, S.63). Diese von Sonneck (2000) beschriebenen fachlichen Leitlinien entfalten ihre Wirkung jedoch wesentlich über die konkrete Beziehung zwischen Fachperson und betroffener Person. An dieser Stelle ergänzt Dross (2001) die Perspektive, indem er die Beziehung als wichtigsten Wirkfaktor der Krisenintervention hervorhebt. Hilfreiche Krisenberatung setzt voraus, dass sich die betroffene Person verstanden fühlt und Vertrauen zur beratenden Fachperson entwickeln kann. Dies gelingt nur

dann, wenn die Fachperson der Klientin oder dem Klienten mit Einfühlungsvermögen, ehrlichem Interesse, Freundlichkeit und Wertschätzung begegnet. Entscheidend ist eine Haltung, in der die Person in ihrer belastenden Situation ernst genommen und menschlich erreicht wird. Zugleich arbeitet Dross heraus, dass sich Krisenberatung in ihrer Beziehungslogik in mancher Hinsicht von Psychotherapie unterscheidet. Menschen in akuten Krisen suchen in der Regel nicht in erster Linie Hilfe, um eine psychische Störung im engeren Sinn zu behandeln, sondern weil sie in einer schwierigen Lebenslage Unterstützung, Halt und Orientierung brauchen. Von der Krisenberatung wird daher nicht nur fachliches Wissen über Störungen erwartet, sondern vor allem die Fähigkeit, sich in sehr unterschiedliche und oft belastende Lebenssituationen hineinzuversetzen. In diesem Sinn ist sie stärker als lebensweltlich orientierte Begleitung gefragt als reine Spezialistin für psychopathologische Störungsbilder. Auch wenn Ratsuchende offen für Problemlösungen sein können, steht für viele zunächst das Bedürfnis nach emotionaler Entlastung, Ermutigung und Zuspruch im Vordergrund (Dross, 2001, S. 21).

Ein weiterer zentraler Aspekt bei der Krisenintervention ist nach Caplan und Caplan (2000), dass Unterstützung nicht fragmentiert erfolgen sollte. Sie kritisieren Versorgungsformen, bei denen Klienten und Klientinnen nach einer ersten Abklärung an andere Stellen weiterverwiesen werden und dadurch neue Verzögerungen, Abbrüche oder zusätzliche Hürden entstehen. Solche Überweisungsverfahren seien aufwendig, führten häufig dazu, dass Betroffene den Kontakt vor oder kurz nach der Aufnahme in einer anderen Stelle wieder abbrechen, und erschwerten zudem die Kontinuität der Begleitung. Caplan und Caplan (2000) plädieren dafür, Hilfen möglichst in ein umfassendes, koordiniertes Versorgungssystem einzubetten oder verbindliche Kooperationen zwischen Einrichtungen zu schaffen, damit Menschen in Krisen ohne erneute langwierige Abklärungen passende Unterstützung erhalten. Daran anschliessend betont Caplan die Bedeutung von Kontinuität und Abstimmung zwischen Institutionen. Wenn Weiterverweisungen notwendig sind, sollten Partnerinstitutionen Fälle ohne Verzögerung übernehmen, vorhandene Empfehlungen akzeptieren und unnötige Doppelabklärungen vermeiden (Capan & Caplan, 2000, S. 15–16). Nach Caplan und Caplan (2000, S. 8) sollte zudem die Ausgestaltung psychosozialer Hilfen bedarfsorientiert erfolgen, was bedeutet, dass sich Programme an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten ausrichten und nicht andersherum (Caplan & Caplan, 2000, S. 8). Auf dieser Grundlage lässt sich nun fragen, welche Unterstützungsangebote von Krisen betroffenen oder psychisch belasteten Jugendlichen in der Schweiz zur Verfügung stehen und wie diese im Hilfesystem verortet sind.

2.6. Unterstützungsangebote für krisenbetroffene oder psychisch belastete Jugendliche in der Schweiz

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz umfasst gemäss Stocker et al. (2016) verschiedene Stufen von Angeboten: ambulant (z. B. reguläre Arzt- oder Therapiesprechstunden oder Psychotherapie), intermediär (z. B. Ambulatorien oder Tageskliniken, die eine Brücke zwischen ambulanter Behandlung und stationärer 24-Stunden-Betreuung bilden), stationär (mit

dauerhafter Betreuung in einer Klinik)[1]. Wichtige Rollen bei der Versorgung übernehmen zudem Fachpersonen an Schnittstellen. Sie erkennen oft als Erste psychische Erkrankungen, beraten Betroffene und triagieren sie weiter. Dazu gehören Hausärzte und Hausärztinnen, die Jugendlich sowohl behandeln als auch überweisen, sowie Fachpersonen aus Behörden und Institutionen wie Sozialdiensten, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden oder Opferhilfestellen. Auch Unterstützungsangebote in den Bereichen Wohnen und Arbeit sind Teil dieses Netzwerks (Stocker et al., 2016, S. 3–4). Des Weiteren finden sich zahlreiche weitere Unterstützungs- und Beratungsangebote für Jugendliche wie die Schulsozialarbeit, die in der Regel auf kantonaler Ebene gesetzlich verankert ist. Jugendarbeit, kommunale, kantonale und private Jugend- und Familienberatungsstellen sowie Suchtpräventionsstellen werden in zahlreichen Kantonen auf kommunaler oder kantonaler Ebene bereitgestellt. Niederschwellige Angebote sind gemäss der Definition des Bundesrats Angebote, die flexibel und kurzfristig genutzt werden können, individuell auf die Zielgruppen abgestimmt sind, jederzeit und ortsunabhängig verfügbar sind (wie z. B. telefonisch oder online) kostenfrei und mehrsprachig zugänglich sind. Diese Leistungen helfen, das Gesundheitssystem zu entlasten und ergänzen die bestehenden Informationsplattformen und bieten vor allem Jugendlichen Hilfe, die kein stabiles soziales Umfeld haben oder dieses in belastenden Situationen nicht nutzen (Bundesrat, 2024, S. 24). Innovative Versorgungsformen wie Home-Treatment-Ansätze mit psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld oder mobile Kriseninterventionsteams, die in einzelnen Kantonen eingesetzt werden, gewinnen zunehmend an Bedeutung. Ferner werden Peer-Angebote und digitale Programme wie Apps zur Selbsthilfe oder Onlineberatung durch Gleichaltrige zunehmend als niedrigschwellige Ergänzung eingesetzt. Unter die psychosoziale Unterstützung fallen schliesslich Ergänzende Hilfen zur Erziehung wie die sozialpädagogische Familienbegleitung, Jugendcoaching, Pflegefamilien oder Heimpflege. Die vorliegende Untersuchung systematisiert diese Angebotslandschaft in die folgenden vier Unterstützungssettings:

- Stationäre Angebote
- Ambulante Angebote
- Mobile, aufsuchende Angebote
- Schulische Angebote

3. Forschungsstand

Der vorliegende Forschungsstand gliedert sich in mehrere Teile. Zuerst wird die psychische Belastung von Jugendlichen auf der Grundlage nationaler und internationaler Studien dargestellt. Daraufhin werden die Situation der Versorgung sowie strukturelle Engpässe in der Schweiz untersucht. Abschliessend wird der aktuelle Stand der Forschung zum subjektiven Erleben von

[1] Da Unterstützungsangebote für psychisch belastete Jugendliche in der Schweiz kantonal und kommunal unterschiedlich organisiert sind, wird in dieser Arbeit keine vollständige Angebotsübersicht angestrebt, sondern es werden jene Angebotsformen unterschieden, die für die empirischen Erfahrungen der Jugendlichen relevant sind.

Hilfsangeboten durch Jugendliche erörtert. Die Darstellung dient als Basis, um die Fragestellung der vorliegenden Arbeit einzuordnen und die vorhandene Forschungslücke zu verdeutlichen.

3.1. Psychische Belastungen bei Jugendlichen international und in der Schweiz

Laut den World Mental Health Surveys entwickelt etwa die Hälfte der Bevölkerung bis zum 75. Lebensjahr mindestens einmal eine psychische Störung (McGrath et al., 2023, S. 668). Von besonderer Bedeutung ist, dass viele dieser Störungen bereits früh im Leben auftreten. Die Wahrscheinlichkeit eines erstmaligen Auftretens psychischer Störungen ist im Jugendalter besonders hoch und erreicht etwa mit 15 Jahren ihren Höhepunkt. Das mediane Erkrankungsalter liegt bei Männern bei 19 Jahren und bei Frauen bei 20 Jahren (McGrath et al., 2023, S. 668–669).

Die Copsy-Studie zählt zu den ersten bevölkerungsrepräsentativen Längsschnittuntersuchungen in Deutschland, die sich mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der psychischen Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie befassten. Napp et al. (2024) untersuchten in fünf Befragungswellen zwischen 2020 und 2022 die psychische Gesundheit von über 1 500 Eltern von Kindern zwischen sieben und 17 Jahren sowie über 1 000 Jugendlichen ab 11 Jahren in Deutschland während der COVID-19-Pandemie (Napp et al., 2024, S. 55). Die elterlichen Angaben zeigen, dass der Anteil psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im ersten Jahr der Pandemie von zuvor 18 % auf 31 % anstieg. Nach einem moderaten Rückgang im Herbst 2021 und einer Stabilisierung Anfang 2022 sank der Anteil im Herbst 2022 auf etwa 23 %. Symptome generalisierter Ängstlichkeit verdoppelten sich während des zweiten Lockdowns auf 30 % im Vergleich zu 15 % vor der Pandemie. Depressive Symptome nahmen von 15 % vor der Pandemie auf 24 % zum Jahreswechsel 2020/21 zu, verharrten in den folgenden Erhebungen bei etwa 20 % und gingen erst in der letzten Befragung im Herbst 2022 wieder auf den Ausgangswert zurück (Napp et al., 2024, S. 56–58).

Reiss et al. (2023) führten eine Sekundäranalyse von drei bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien durch: der Bella-Studie (2003–2017, *N* = 1500–3000), die als Modul der KiGGS-Studie die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfasst, und der bereits zitierten Copsy-Studie (2020–2022, *N* = 1600–1700) sowie der internationalen HBSC-Studie (2002–2018, *N* = 4300–7300) (Reiss et al., 2023, S. 728–729). Den Auswertungen zufolge waren psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland über einen längeren Zeitraum relativ stabil oder leicht rückläufig. Von 2003 bis 2017 gingen die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten von ca. 22 % auf 18 % zurück. Allerdings kam es mit dem Beginn der COVID-19-Pandemie zu einem erheblichen Anstieg. Im Herbst 2022 gingen die Zahlen auf 23 % zurückgingen, erreichten jedoch nicht das präpandemische Niveau (Reiss et al., 2023, S. 731–732). Angstsymptome lagen im Jahr 2023 bei etwa 25 % und damit über dem präpandemischen Niveau von 15 %**.** Auch depressive Symptome stiegen während der Pandemie an und sanken im Herbst 2022 wieder auf 14 % und damit nahezu auf das Ausgangsniveau (Reiss et al., 2023, S. 731–732).

Seit den 1980er-Jahren erhebt die internationale Studie «*Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)» unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Schüler:innen. Bei der jüngsten Erhebungsrunde im Jahr 2022 beteiligten sich über 40 Länder (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025, S. 12–13). Die HBSC-Daten zeigen für Schweizer Jugendliche eine insgesamt angespannte Entwicklung im Bereich psychosozialer Belastungen. Ein erheblicher Anteil der 15-jährigen Jugendlichen (29 %) berichtete, dass sie sich mehrmals pro Woche oder täglich traurig gefühlt haben. Auch Symptome wie Bauchschmerzen, Reizbarkeit und Nervosität bewegen sich zwischen 31 % und 35 % und sind bei Mädchen durchgängig häufiger als bei Jungen (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025, S. 21–30). Die Schweiz liegt seit 2018 im obersten Drittel des internationalen Vergleichs (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025, S. 30). Auch Schweizer Daten zeigen eine hohe psychosoziale Belastung Jugendlicher, unter anderem in Bezug auf psychische Probleme, Suizidgedanken, Schlafprobleme und subjektives Wohlbefinden (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29). Die Erhebung der Unisanté von Barrense-Dias, Chok und Suris, wurde im Sommer 2021 mithilfe eines Online-Fragebogens in den drei Amtssprachen der Schweiz durchgeführt. Insgesamt nahmen in dieser Studie 2 038 Jugendliche (14–19 Jahre) aus der Schweiz und Liechtenstein teil (Barrense-Dias et al., 2021, S. 18–22). Fast die Hälfte der Jugendlichen (45 %), die an der Umfrage teilnahmen, hatte ein niedriges emotionales Wohlbefinden, und etwa ein Drittel berichtete über ein geringes Selbstwertgefühl. Ungefähr ein Drittel erfüllte die Kriterien für eine Depression, und ein Viertel berichtete von mittleren bis schweren Angstzuständen. Insgesamt waren 37 % von Depressionen und/oder Angsterkrankungen betroffen. In Bezug auf suizidale Belastungen gaben 45,7 % der Befragten an, sie hätten bereits Suizidgedanken gehabt, und 8,7 % hatten bereits mindestens einen Suizidversuch unternommen. Zudem hatten über 40 % der Personen, die einen Suizidversuch angegeben haben, dies mehr als zweimal getan. In emotional belastenden Situationen suchten die Jugendlichen am häufigsten niemanden auf (29,1 %) oder wandten sich an Freunde und Freundinnen (29 %). Ausserdem berichteten fast 40 %, dass sie in den letzten sechs Monaten Einschränkungen in ihrer alltäglichen Lebensführung gehabt hatten. Aktivitäten mit Freunden und Freundinnen waren davon besonders häufig betroffen (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29).

Während die Unisanté-Studie die psychosozialen Belastungen von Jugendlichen in der Schweiz beleuchtet, richtet die aktuelle Pro Juventute Jugendstudie (2024, 2026) den Fokus stärker auf konkrete Stressoren, Sorgen sowie Resilienzfaktoren im Alltag von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Pro Juventute, 2024, S. 6). Die Pro Juventute-Jugendstudien 2024 und 2026 basieren auf einer repräsentativen Onlinebefragung, an der im Jahr 2024 insgesamt 1 066 und im Jahr 2025 insgesamt 960 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 24 Jahren aus sämtlichen Sprachregionen der Schweiz teilgenommen haben (Pro Juventute, 2024, S. 7; 2026, S. 5). Etwa ein Drittel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen äusserte grosse Sorgen über gesellschaftliche und globale Entwicklungen. Am häufigsten genannt wurden soziale Ungerechtigkeit (36,6 %), mangelnde Toleranz gegenüber Anderssein (34 %) und fehlender Dialog zwischen Menschen unterschiedlicher Meinung (33,4 %). Themen wie politische Krisen, Zukunftsängste, digitale

Entwicklungen oder die Klimakrise bewegten jeweils rund 30 % der Befragten (Pro Juventute, 2024, S. 13). Es waren klare Geschlechterunterschiede zu erkennen: Über 50 % der Mädchen und jungen Frauen äusserten, dass sie sich zumindest «etwas» um ihre psychische Gesundheit sorgen, während dies bei den Jungen nur bei rund einem Drittel der Fall ist (Pro Juventute, 2024, S. 17). Die Umfrage belegt, dass schulische und ausbildungsbezogene Anforderungen die Hauptbelastung für Jugendliche und junge Erwachsene darstellen. Am häufigsten wurden Prüfungen (40,7 %), der allgemeine Leistungsdruck (31,1 %), Geldsorgen (27,5 %), hohe Anforderungen in Schule, Ausbildung oder Job (26,6 %) sowie die berufliche Zukunft (24,4 %) als Hauptbelastungsfaktoren genannt (Pro Juventute, 2024, S. 10–11). Besonders Mädchen und junge Frauen berichten häufiger und intensiver von Stress, vor allem in schulischen Situationen (wie Prüfungen, Hausaufgaben, Anforderungen oder Arbeitsklima) sowie durch soziale Konflikte (Streit in der Familie oder im Freundeskreis) (Pro Juventute, 2024, S. 9–12). Die Mehrheit der Jugendlichen berichtete jedoch von einem insgesamt positiven Befinden. Insgesamt 70 % der Jugendlichen fühlten sich körperlich fit und psychisch wohl, während 30 % angaben, sich nur selten oder manchmal psychisch gut zu fühlen (Pro Juventute, 2024, S. 28–29). In der Erhebungsperiode 2024 waren 11,7 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychotherapeutischer Behandlung. Weitere 2,1 % warteten auf einen Therapieplatz. In der Erhebung im Jahr 2025 waren 12 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in psychotherapeutischer Behandlung (Pro Juventute, 2024, S. 30; 2026, S. 38).

In der zweiten Erhebung, die im März 2026 publiziert wurde, zeigen sich viele Ergebnisse der ersten Befragung erneut. Stress im Zusammenhang mit Schule und Ausbildung blieb weiterhin der wichtigste Belastungsfaktor. Zudem wurde erneut deutlich, dass Mädchen und junge Frauen stärker belastet sind als Jungen und junge Männer derselben Altersgruppe (Pro Juventute, 2026, S. 3). Die Pro Juventute-Studie machte vor allem die subjektiven Belastungen und Sorgen junger Menschen sichtbar, während die folgende Obsan-Erhebung diese Beobachtungen mit repräsentativen Daten untermauert und spezifische psychische Symptome bei den 15- bis 24-Jährigen noch deutlicher zeigte. Im Herbst 2022 wurde die Erhebung «Psychische Gesundheit» als Omnibuserhebung des Bundesamts für Statistik (BFS) durchgeführt und vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) ausgewertet. Die Grundlage ist eine repräsentative Stichprobe der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Die Befragung, die 5 500 Personen umfasste, wurde telefonisch und online durchgeführt (Peter et al., 2023, S. 13–19). Im Folgenden werden ausschliesslich die Ergebnisse für die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen dargestellt.

Die Daten weisen darauf hin, dass Jugendliche und junge Erwachsene in diesem Alter in verschiedenen Bereichen der psychischen Gesundheit besonders belastet sind. Lediglich rund 15 % der jungen Frauen schätzten ihre psychische Gesundheit als sehr gut oder exzellent ein, während die entsprechenden Werte in älteren Altersgruppen deutlich höher lagen (Peter et al., 2023, S. 21–22). Auch die Selbstwirksamkeit ist in dieser Altersgruppe am geringsten ausgeprägt: 16,9 % der jungen Frauen und 26,8 % der jungen Männer berichteten von einer hohen Selbstwirksamkeit (Peter et al., 2023, S. 25). Zudem zeigen sich in dieser Altersgruppe erhöhte Prävalenzen spezifischer psychischer Symptome. Bei den jungen Frauen gaben 35,1 % leichte und weitere 30,4 %

mittelschwere bis schwere depressive Symptome an. Somit ist mehr als jede zweite junge Frau von depressiven Symptomen betroffen (Peter et al., 2023, S. 28). Auch Angstsymptome traten in dieser Gruppe häufig auf: 37 % der jungen Frauen berichteten von leichten und 24,9 % von mittelschweren bis schweren Symptomen einer generalisierten Angststörung, womit über 60 % dieser Gruppe von Ängsten betroffen waren. Dieser Anteil lag deutlich über den Werten anderer Alters- und Geschlechtsgruppen (Peter et al., 2023, S. 29). Auch Essstörungen traten bei den 15- bis 24-Jährigen häufiger auf als bei Älteren. Während 16,5 % der jungen Männer Symptome einer Essstörung aufwiesen, war fast jede dritte junge Frau (31,7 %) betroffen. Mit zunehmendem Alter nahm dieser Anteil bei Frauen kontinuierlich ab, sodass die jüngste Gruppe am stärksten betroffen war (Peter et al., 2023, S. 33). Besonders hervorzuheben sind die Befunde zur Suizidalität: 11,8 % der jungen Männer und nahezu 20 % der jungen Frauen berichteten über Suizidgedanken in den letzten zwei Wochen.

3.2. Versorgungslage psychisch belasteter Jugendlicher in der Schweiz

In der Schweiz liegen mehrere Studien zur Versorgungslage psychisch belasteter Jugendlicher vor. Im Folgenden werden die BASS-Studie von Stocker et al. (2016), sowie die Untersuchung zu Versorgungspfaden von Wyss und Keller (2020) etwas näher ausgeführt.

Nach Stocker et al. (2016) ist das Auftreten psychischer Erkrankungen und der daraus resultierende Behandlungsbedarf der Ausgangspunkt für die Analyse der Versorgungslage. Das Ausmass einer möglichen Unter-, Über- oder Fehlversorgung kann nur beurteilt werden, wenn Kenntnisse über Prävalenz und Bedarf bestehen. Von Unterversorgung wird gesprochen, wenn trotz eines nachgewiesenen Bedarfes die notwendigen Leistungen nicht erbracht werden. Überversorgung tritt auf, wenn Leistungen ohne gesicherten Nutzen oder mit ungünstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis den Bedarf übersteigen (Stocker et al., 2016, S. 2). In der BASS-Studie wurde unter anderem erhoben, welche Formen von Unter- und Fehlversorgung sich in den Erhebungen abzeichnen. Die Ergebnisse der Studie weisen auf eine ausgeprägte Unter- sowie Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen hin. Im Vergleich zu Erwachsenen müssen Kinder und Jugendliche häufiger und deutlich länger auf Abklärungen, Therapieplätze oder Behandlungen warten, wobei alle Regionen sowie Angebote (Fachärzte und Fachärztinnen, Ambulatorien, Tageskliniken, stationäre Behandlungsplätze) betroffen sind. Stocker et al. (2016) legen dar, dass es aufgrund fehlender Kapazitäten teilweise zur inadäquaten Unterbringung Jugendlicher in Erwachsenenstationen kommt. Ein grosser Engpass entsteht dabei aufgrund eines Mangels an Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, was sich in langen Wartezeiten, Rekrutierungsschwierigkeiten und einem hohen Teilzeitanteil widerspiegelt. Bei psychologischen Psychotherapien mit Spezialisierung auf Kinder- und Jugendpsychologie bleibt unklar, ob der wahrgenommene Platzmangel vor allem auf den Fachkräftemangel oder auf Zugangshürden zurückzuführen ist. Hinweise deuten darauf hin, dass mangelnde Finanzierung von Vernetzungsleistungen (z. B. Elterngespräche, Gespräche mit der Schulsozialarbeit) die selbstständige Tätigkeit zusätzlich unattraktiv macht (Stocker et al.,

2016, S. XIII–XIV). Besonders stark betroffen sind Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, die sich privat finanzierte Alternativen nicht leisten können. Auch lange Anfahrtswege, hoher Zeitaufwand, Scham, Stigmatisierung und fehlende Therapiemotivation erschweren den Zugang. Viele Fachpersonen kritisieren zudem, dass Angebote häufig nicht dort verfügbar sind, wo sie gebraucht werden (Stocker et al., 2016, S. XIII–XIV).

Die Studie Versorgungspfade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vom Schulpsychologischen Dienst Basel-Stadt (Wyss & Keller, 2020) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit aus dem Jahr 2020, beleuchtet den gesamten Versorgungspfad von Kinder und Jugendlichen im schulischen Kontext, von den ersten Anzeichen psychischer Auffälligkeiten bis zur Einleitung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit den Zielen, Engpässe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen anhand konkreter Fallverläufe zu identifizieren, Potenziale einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) zur Optimierung der Versorgung unter aktuellen Rahmenbedingungen aufzuzeigen, deren Umsetzungsmöglichkeiten zu prüfen und Empfehlungen für eine anschliessende, repräsentative Versorgungsforschungsstudie abzuleiten (Wyss & Keller, 2020, S. 3). Die Studie untersuchte reale Fallverläufe und Perspektiven von Fachpersonen entlang des Versorgungspfads (Wyss & Keller, 2020, S. 3). Die Ergebnisse zeigen, dass psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungspfade bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext sehr unterschiedlich verlaufen und häufig von den beteiligten Fachpersonen und institutionellen Zugängen abhängen. Der Zugang wird oft durch schulische Fachpersonen oder den Schulpsychologischen Dienst angestossen. Gleichzeitig bestehen teilweise erhebliche Verzögerungen zwischen Indikation und Behandlungsbeginn, mit Wartezeiten von einem Monat bis zu sechs Jahren und einem Median von 6,5 Monaten (Wyss & Keller, 2020, S. 20). Als zentrale Schwierigkeiten werden mangelnde Früherkennung, erschwerte Kooperation mit Eltern sowie unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben (Wyss & Keller, 2020, S. 20–23). Lehrpersonen und schulische Fachpersonen nehmen psychische Auffälligkeiten häufig früh wahr, zeigen sich jedoch unsicher in der Einschätzung und Weiterleitung. Schulsozialarbeitende verweisen insbesondere auf Wartezeiten und Zuständigkeitsfragen, während Schulpsycholog:innen unklare Fallführungen, die Zusammenarbeit mit Eltern und die Suche nach passenden Therapieplätzen als zentrale Herausforderungen benennen (Wyss & Keller, 2020, S. 25–28). Insgesamt verdeutlicht die Studie, dass Versorgungspfade oft wenig klar strukturiert sind und eine verbindlich koordinierende Instanz fehlt (Wyss & Keller, 2020, S. 47).

Damit wurde die Versorgungslage aus institutioneller und fachlicher Perspektive beschrieben. Für die vorliegende Arbeit ist darüber hinaus jedoch wichtig, wie Jugendliche selbst den Zugang zu Unterstützung, die Qualität der Begleitung und mögliche Barrieren im Hilfesystem erleben.

3.3. Subjektives Erleben von Unterstützungsangeboten

Die Studienrecherche hat ergeben, dass in der Schweiz keine qualitativen Studien zum subjektiven Erleben unterschiedlicher Hilfsangebote durch psychisch belastete Jugendliche vorliegen.

Bisherige Studien konzentrierten sich überwiegend auf die Evaluation einzelner, spezifischer Interventionen (Gruppentherapie, aufsuchende psychiatrische Behandlung wie das «Home Treatment», Chatberatung, Peerberatung), die jeweils auf bestimmte Belastungsformen wie Essstörungen, Suizidalität, Psychosen oder Depressionen ausgerichtet waren. Im Zentrum stand dabei eine Gruppe von Jugendlichen, die sich in einem medizinisch-therapeutischen Setting befanden oder die von schweren Formen psychischer Belastungen betroffen waren. In der Schweiz liegen bislang keine qualitativen Studien vor, die untersuchen, wie Jugendliche mit psychischen Belastungen oder psychosozialen Krisen ohne psychiatrische Diagnose unterschiedliche Hilfsangebote aus ihrer Perspektive erleben und bewerten. Die norwegische Studie «*A qualitative study of the experiences of young people with severe mental health problems and complex needs regarding Youth Flexible Assertive Community Treatments»* von Johansen et al. (2024) hatte das Ziel, zu untersuchen, wie Jugendliche mit schweren psychischen Belastungen und komplexen Bedarfen die Nachsorge und Behandlung durch Youth Flexible ACT-Teams erleben (Johansen et al., 2024, S. 2). Die Ergebnisse der Studie machten deutlich, wie wichtig die Beziehung zu den Mitarbeitenden der Teams für die Jugendlichen waren. Sie schilderten, dass es für sie entscheidend war, ernst genommen zu werden, und dass die Fachkräfte nicht nur ihre Schwierigkeiten, sondern auch persönliche Interessen und vorhandene Ressourcen wahrnehmen würden. Während die Mehrheit von förderlichen und unterstützenden Kontakten berichtete, wurden auch Herausforderungen genannt, beispielsweise dann, wenn kein gegenseitiges Vertrauen entstand oder sie sich nicht ausreichend ernst genommen fühlten (Johansen et al., 2024, S. 8). Die Ergebnisse zeigten weiter auf, dass Jugendliche den Fachpersonen zunächst mit Zurückhaltung begegneten und deren Zuverlässigkeit testeten, bevor sie bereit waren, persönliche oder belastende Erfahrungen mitzuteilen. Dieses «Testen» äusserte sich beispielsweise darin, dass Gespräche zunächst über unverbindliche Themen oder gemeinsame Aktivitäten geführt wurden, um die Verbindlichkeit der Mitarbeitenden zu beurteilen. Für diese Zielgruppe schien es besonders wichtig, dass sie langfristig und beständig begleitet wurde und dabei Raum für individuelle Interessen und Aktivitäten erhielten (Johansen et al., 2024, S. 8–9). Die Jugendlichen wünschten sich ausserdem, dass Beziehungen weniger hierarchisch und mehr freundschaftlich gestaltet werden. Ihr Wunsch war es, dass die Fachkräfte tatsächlich Interesse an ihnen zeigen, anstatt nur ihre beruflichen Pflichten zu erfüllen (Johansen et al., 2024, S. 9). Ein weiteres Ergebnis der Studie war das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Eigenständigkeit und dem Bedarf an unterstützender Begleitung. Die Jugendlichen wollten ihre Entscheidungen selbst treffen, aber gleichzeitig von den Fachkräften Unterstützung und konkrete Lösungsvorschläge erhalten. Das Jugendalter zeigt in diesem Zusammenhang die entwicklungspsychologische Herausforderung, einerseits Autonomie zu entwickeln und andererseits auf externe Hilfe angewiesen zu sein (Johansen et al., 2024, S. 9). Die Jugendlichen bewerteten die flexible, alltagsnahe und niederschwellige Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen hoch, wie zum Beispiel die Möglichkeit, Termine ausserhalb eines klassischen Bürosettings wahrzunehmen, oder die Einbeziehung der Familie. Kritisch betrachtet wurden die eingeschränkten Öffnungszeiten, die mit der Schule kollidierten, sowie das Fehlen von Hilfe in akuten Krisensituationen ausserhalb der

Bürozeiten (Johansen et al., 2024, S. 9). Die Untersuchungsergebnisse betonen die grosse Bedeutung von Beziehungen und zeigen, dass Jugendliche eine vertrauensvolle und kooperative Beziehung zu Fachkräften als entscheidende Voraussetzung dafür sehen, sich unterstützt zu fühlen. Die Ergebnisse belegen zudem, dass es von grosser Bedeutung ist, wie Unterstützungsangebote strukturell gestaltet werden. Ob sich tragfähige Beziehungen entwickeln und eine angemessene Versorgung gelingt, hängt demnach stark davon ab, wie die Angebote organisatorisch gestaltet sind, etwa durch aufsuchende Arbeit oder kontinuierliche Betreuung (Johansen et al., 2024, S. 9–10).

Vergleichbare Aspekte zeigt auch der systematische Review von Plaistow et al. (2014), der 31 internationale Studien zu förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Inanspruchnahme psychosozialer Beratungsdienste durch Jugendliche auswertet. Aus der thematischen Analyse gingen vier zentrale hilfreiche Aspekte hervor: Information, Zugang zu Angeboten, Qualitäten der Fachpersonen und Förderung von Selbstständigkeit (Plaistow et al., 2014, S. 12–13).

Information wurde von Jugendlichen mit und ohne Behandlungserfahrung als zentral beschrieben. Sie wünschten sich mehr Wissen über psychische Gesundheit, bestehende Angebote und den konkreten Ablauf eines Beratungstermins. Vorabinformationen, etwa durch Briefe, Anrufe, Websites oder Broschüren, könnten Unsicherheiten reduzieren. Auch Schule, Fernsehen oder Informationen in Notaufnahmen wurden als geeignete Wege genannt, um Wissen zu vermitteln und Vorurteile abzubauen (Plaistow et al., 2014, S. 17–18). Ebenso wichtig war ein niederschwelliger Zugang zu Unterstützung. Jugendliche schätzten Angebote, die in ihrem Alltag erreichbar sind, zum Beispiel in der Schule, im Quartier oder zu Hause, sowie flexible und aufsuchende Formen von Unterstützung. Positiv bewertet wurden rasche Unterstützung, flexible Termine, unterschiedliche Kommunikationswege wie Telefon, SMS oder E-Mail sowie eine entspannte Atmosphäre ausserhalb klinischer Räume (Plaistow et al., 2014, S. 18). Als besonders hilfreich beschrieben Jugendliche Fachpersonen, die offen, authentisch, freundlich, vertrauenswürdig und kompetent auftreten. Zentral waren zudem Vertraulichkeit, echtes Interesse und das Gefühl, ernsthaft gehört zu werden. Gerade bei Selbstverletzungen wurde «Reden und Zuhören» als wichtigste Unterstützung genannt, eine stabile Beziehung zu einer verlässlichen Ansprechperson machte für viele den entscheidenden Unterschied (Plaistow et al., 2014, S. 18–19). Darüber hinaus empfanden Jugendliche Selbstständigkeit und Eigenverantwortung als unterstützend. Gleichzeitig erwiesen sich Stigmatisierung, fehlende Information, starke Medikalisierung und häufige Wechsel von Fachpersonen als hinderlich. Diese Faktoren erschweren den Zugang, schwächen das Vertrauen in Angebote und können dazu führen, dass Unterstützung nicht wirksam ankommt (Plaistow et al., 2014, S. 19–20).

3.4. Erkenntnisse aus dem Forschungsstand

Gemäss den Studien ist nach dem Abklingen der COVID-19-Pandemie zwar eine Reduzierung der psychischen Belastung bei Jugendlichen festzustellen, jedoch hat sich das Niveau nicht auf den Zustand vor der Pandemie zurückentwickelt (Bundesamt für Statistik, [BFS], 2023, S. 8).

Besonders betroffen sind weibliche Jugendliche und junge Frauen, da sie häufiger von Symptomen von Angst und Depression berichten als männliche Jugendliche (Peter, Tuch & Schuler, 2023, S. 28-35; BFS, 2023, S. 7-9). Zusätzlich zu diesen Symptomen treten Suizidgedanken auf (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29). Viele Jugendliche fühlen sich belastet, haben jedoch offenbar Vorbehalte gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29). Dies könnte auf bedeutende Barrieren beim Zugang zu Unterstützungsleistungen hinweisen. Geschlechtsunterschiede heben zusätzlich hervor, dass Unterstützungsbedarfe und Erwartungen variieren (McGrath et al., 2023, S. 668–669; Pro Juventute, 2024, S. 17). Diese Belastung bei Jugendlichen fällt zusammen mit einer Versorgungslage, die unzureichend ist. Eine Studie belegt, dass Jugendliche Wartezeiten von mehreren Monaten bis zu sechs Jahren in Kauf nehmen müssen, ehe sie eine geeignete Behandlung erhalten (Wyss & Keller, 2020, S. 20). Engpässe dieser Art, Verantwortungslücken und mangelnde Koordination können das subjektive Empfinden von Unterstützung oder das Gefühl des «Unterstützt Werdens» negativ beeinflussen. Obwohl in der Schweiz bislang keine Forschung zum subjektiven Erleben von Jugendlichen mit Unterstützungsangeboten existiert, zeigen internationale Studien, dass vornehmlich die Qualität der Beziehung zu Fachpersonen entscheidend ist. Laut einer Studie zum Youth Flexible ACT in Norwegen nehmen Jugendliche verlässliche und vertrauensvolle Beziehungen als besonders unterstützend wahr. Als weitere positive Aspekte werden kontinuierliche und alltagsnahe Begleitungen erlebt, weil sie dazu beitragen können, Versorgungslücken beim Übergang ins Erwachsenenalter zu vermeiden (Johansen et al., 2024, S. 8–10). Diese Tendenzen werden von Plaistow et al. bestätigt: Jugendliche schätzen einen niederschwelligen Zugang, flexible Terminabsprachen, authentische und kompetente Fachkräfte sowie die Sicherstellung von Vertraulichkeit (2014, S. 18–20). Die Qualität der Interaktion mit Fachpersonen ist gemäss den gesichteten Studien der entscheidende Faktor für eine positive Erfahrung. Deutliche Präferenzen bestehen für Niederschwelligkeit, Flexibilität und Alltagsnähe, demgegenüber belasten lange Wartezeiten und rigide Strukturen das Erleben von Unterstützung.

4. Empirischer Teil

Der folgende empirische Teil widmet sich der methodischen Umsetzung und der Auswertung der vorliegenden Untersuchung. Nach der Darlegung des methodischen Vorgehens werden das Forschungsdesign, das Sampling und die Felderschliessung sowie die forschungsethischen Rahmenbedingungen beschrieben. Darauf aufbauend werden die Datenerhebung und die Datenauswertung im Sinne der Grounded-Theory-Methodologie erläutert.

4.1. Methodisches Vorgehen

Ausgangspunkt der Untersuchung ist die Fragestellung, wie Jugendliche unterschiedliche Unterstützungen erleben und wie sie diese rückblickend in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden deuten. Nach Helfferich (2009, S. 21) zielt qualitative Forschung darauf ab, subjektive Bedeutungen und individuelle Sichtweisen zu erschliessen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie

Menschen ihre Erfahrungen wahrnehmen, einordnen und für sich selbst sinnhaft machen. Qualitative Forschung interessiert sich dabei nicht für messbare Grössen, sondern für Deutungen, Handlungsmuster und alltagsbezogene Sinnzusammenhänge, die sich unter anderen in sprachlichen Äusserungen und Erzählungen ausdrücken. Sprache wird bei qualitativer Forschung damit zu einem zentralen Zugang, um subjektive Wirklichkeitskonstruktionen nachzuvollziehen. Auch Lamnek und Krell (2016, S. 44) betonen, dass qualitative Sozialforschung von einem Verständnis des Menschen als deutendes und erkennendes Subjekt ausgeht. Soziale Wirklichkeit wird dabei nicht als objektiv gegebene Tatsache verstanden, sondern als sinnhaft strukturierte Wirklichkeit, die nur über die Perspektiven der Beteiligten und unter Berücksichtigung ihres Kontextes erschlossen werden kann.

Dieser Forschungsansatz erweist sich für die vorliegende Master-Thesis als besonders geeignet, da die Forschungsfrage auf das subjektive Erleben und die rückblickende Deutung unterschiedlicher Unterstützungsformen durch Jugendliche abzielt. Im Zentrum steht nicht, ob Unterstützung objektiv wirksam war, sondern wie sie von den Jugendlichen selbst erfahren, bewertet und in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden eingeordnet wird. Da Entlastung kein unmittelbar messbares, sondern ein individuell wahrgenommenes und gedeutetes Erleben darstellt, bedarf es eines Zugangs, der diese subjektiven Bedeutungszuschreibungen erfassen kann. Gerade die Frage, wann Unterstützung als entlastend oder nicht entlastend erlebt wird, lässt sich nur aus der Perspektive der Betroffenen selbst beantworten. Ein qualitativer Forschungsansatz ermöglicht es, diese Perspektiven differenziert herauszuarbeiten und die Bedeutungen sichtbar zu machen, die Jugendliche ihren Erfahrungen im Rückblick zuschreiben. Dadurch können nicht nur unterschiedliche Unterstützungserfahrungen rekonstruiert, sondern zugleich die Bedingungen nachvollzogen werden, unter denen diese als hilfreich oder belastend gedeutet werden. Zugleich trägt der qualitative Ansatz der Annahme Rechnung, dass Unterstützungserfahrungen stets in konkrete biografische, soziale und institutionelle Kontexte eingebettet sind. Wie Jugendliche Unterstützung erleben und bewerten, ist demnach nicht losgelöst von den jeweiligen Situationen, Beziehungserfahrungen und Rahmenbedingungen zu verstehen. Die qualitative Forschung bietet somit die Möglichkeit, diese Komplexität aufzunehmen und den Forschungsgegenstand in seiner Vielschichtigkeit angemessen zu erschliessen. Aufbauend auf dieser methodologischen Verortung wird im folgenden Abschnitt das konkrete Forschungsdesign dargestellt. Dabei wird aufgezeigt, an welcher Methodologie sich die Datenauswertung orientiert und weshalb diese für die Rekonstruktion subjektiver Unterstützungserfahrungen und Entlastungsdeutungen besonders geeignet ist.

4.1.1. Forschungsdesign

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in Orientierung an der Grounded-Theory-Methodologie (GTM) die auf Glaser und Strauss (1967) zurückgeht. Nach Strübing (2014, S. 38–39) wird soziale Wirklichkeit im pragmatistischen Verständnis der GTM nicht als feststehende und objektiv vorfindbare Realität aufgefasst, sondern als etwas, das in sozialen Prozessen fortlaufend hervorgebracht wird. Theorie entsteht in diesem Verständnis daher nicht durch die blosse Abbildung von

Wirklichkeit, sondern durch deren interpretative Erschliessung im Umgang mit sozialen Phänomenen (Strübing, 2014, S. 38–39). Mey und Mruck (2011, S. 15) führen aus, dass die GTM der Entwicklung von Theorie aus empirischen Daten dient und sich besonders für sozialwissenschaftliche Fragestellungen in konkreten Handlungsfeldern eignet. Anders als bei hypothesenprüfender Forschung verlaufen Datenerhebung, Auswertung und Theoriebildung nicht getrennt, sondern in einem wechselseitigen und wiederkehrenden Prozess. Die Analyse erfolgt über Codierverfahren, bei denen das Material schrittweise verdichtet und durch fortlaufende Vergleiche zwischen Daten, Codes und Kategorien theoretisch abstrahiert wird (Mey & Mruck, 2011, S. 15–16).
Gemäss Heiser (2024, S. 215) umfasst die GTM mehrere zentrale Bestandteile. Dazu zählen die theoretische Sensibilität und das Sampling, bei denen Fälle und Daten entsprechend ihrer analytischen Relevanz ausgewählt werden. Hinzu kommen das Codieren und Vergleichen, durch die Daten analysiert, Konzepte entwickelt und zu übergeordneten Kategorien verdichtet werden. Ergänzend dienen Memos und Diagramme dazu, Reflexionen und theoretische Zusammenhänge festzuhalten und zu strukturieren (Heiser, 2024, S. 215).
Die Orientierung an der GTM erweist sich für die vorliegende Master-Thesis als geeignet, da die Forschungsfrage darauf abzielt, zu rekonstruieren, wie Jugendliche unterschiedliche Unterstützungen erleben und wie sie diese rückblickend in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden deuten. Im Zentrum steht damit nicht die Überprüfung vorab formulierter Hypothesen, sondern die Frage, welche Bedeutungen Jugendliche ihren Unterstützungserfahrungen zuschreiben und welche Muster sich in diesen Deutungen erkennen lassen. Die GTM bietet hierfür einen geeigneten methodologischen Rahmen, da sie auf die Entwicklung von Theorie aus empirischen Daten ausgerichtet ist und soziale Wirklichkeit interpretativ erschliesst (Mey & Mruck, 2011, S. 11–16; Strübing, 2014, S. 38–39). Passend zur Forschungsfrage ist dieser Ansatz auch deshalb, weil subjektives Entlastungsempfinden nicht als objektiv messbare Grösse verstanden wird, sondern als erfahrungsbezogene und kontextabhängige Deutung der Jugendlichen. Die GTM trägt diesem Umstand Rechnung, indem sie soziale Wirklichkeit als prozesshaft hergestellt und interpretativ zugänglich begreift (Strübing, 2014, S. 38–39). Für die vorliegende Forschungsarbeit bedeutet dies, dass nicht nur unterschiedliche Unterstützungserfahrungen rekonstruiert werden können, sondern auch jene Bedingungen sichtbar werden, unter denen Jugendliche diese rückblickend als entlastend, nicht entlastend oder belastend deuten.

4.1.2. Sampling und Felderschliessung

Das Sample der vorliegenden Forschungsarbeit setzt sich aus Jugendlichen zusammen, die gemäss der Definition von Hurrelmann und Quenzel der frühen und mittleren Jugendphase zugeordnet werden können (Hurrelmann & Quenzel, 2016, S. 39–40). Diese Eingrenzung ergibt sich aus dem Feldzugang der Forschenden zu einer Institution, die mit Jugendlichen arbeitet, welche das 18. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Da in der vorliegenden Untersuchung jedoch ausschliesslich ehemalige Nutzer:innen des Angebots befragt wurden, befanden sich unter den interviewten Personen auch Jugendliche, die zum Zeitpunkt der Erhebung bereits volljährig waren.

Die Felderschliessung erfolgte über die Beratungsstelle Mobile Intervention bei Jugendkrisen (MIK). Diese hatte bis September 2025 insgesamt 746 Beratungsaufträge mit Jugendlichen in psychischen Belastungssituationen abgeschlossen (Gertel et al., 2025, S. 24). Aus dieser Klientel wurden gezielt Jugendliche angesprochen, deren Beratungsprozess bei der MIK zum Zeitpunkt der Forschung bereits beendet war. Diese Eingrenzung war für die Forschungsfrage zentral, da die Jugendlichen ihre Erfahrungen mit unterschiedlichen Unterstützungsangeboten rückblickend einordnen und in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden deuten sollten. Der Zugang zu den potenziellen Interviewpartner:innen erfolgte über die ehemaligen Beratungspersonen der MIK, die als Gatekeeper fungierten. Ein solches Vorgehen kann den Erstkontakt erleichtern, da die Ansprache über eine den Jugendlichen vertraute Person erfolgt (Helfferich, 2009, S. 175). Zugleich ist bei einer Vermittlung über Institutionen jedoch darauf zu achten, dass die Unabhängigkeit des Forschungsprojekts deutlich gemacht wird. Dadurch soll vermieden werden, dass bei den potenziellen Teilnehmenden der Eindruck entsteht, die Forschung erfolge im Auftrag der Einrichtung oder Interviewinhalte würden an diese weitergegeben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 41). Aus diesem Grund erstellte die Forschende einen Informationsflyer, der von den ehemaligen Beratungspersonen an 40 potenziell geeignete Jugendliche weitergeleitet wurde. Der Flyer enthielt eine kurze Beschreibung des Forschungsvorhabens sowie eine Einladung zur freiwilligen Teilnahme an einem Interview.

Für die Teilnahme wurden mehrere Kriterien festgelegt. Die Jugendlichen sollten zwischen 13 und 20 Jahre alt sein und aktuell oder ehemals eine psychische Belastung erlebt haben. Da die Forschungsfrage auf Erfahrungen mit unterschiedlichen Unterstützungsangeboten ausgerichtet ist, wurden zudem nur Jugendliche angesprochen, die bereits mehr als ein Unterstützungsangebot in Anspruch genommen hatten. Um die Wahrscheinlichkeit einer ausreichenden Anzahl freiwilliger Teilnehmender zu erhöhen, wurde der Flyer zusätzlich an eine Mitarbeiterin des Schlupfhuus Zürich, einer Kriseninterventionsstelle, weitergegeben. Auch sie übernahm damit eine Gatekeeper-Funktion. Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte somit nicht zufällig, sondern gezielt und kriteriengeleitet. Dies entspricht dem qualitativen Forschungsverständnis, bei dem anstelle einer zufälligen Stichprobenauswahl die bewusste Auswahl von Fällen im Vordergrund steht (Döring, 2023, S. 303). Im Rahmen der Grounded-Theory-Methodologie ist grundsätzlich ein Theoretical Sampling vorgesehen. Dabei werden neue Daten schrittweise und gezielt danach ausgewählt, inwiefern sie für die Weiterentwicklung der entstehenden Theorie relevant sind. Dieser Prozess wird so lange fortgeführt, bis eine theoretische Sättigung erreicht ist, also zusätzliche Daten keine wesentlichen neuen Erkenntnisse mehr für die entwickelte Theorie liefern (Strauss & Corbin, 1996, S. 148). In der vorliegenden Master-Thesis konnte ein Theoretical Sampling im engeren Sinne aufgrund der begrenzten zeitlichen und organisatorischen Ressourcen nicht umgesetzt werden. Stattdessen wurde eine gezielte, Fallauswahl vorgenommen. Diese orientierte sich an der inhaltlichen Relevanz der Fälle für die Forschungsfrage. Entscheidend war, dass die Teilnehmenden über Erfahrungen mit mehreren Unterstützungsangeboten verfügten und diese rückblickend reflektieren konnten. Das Sampling ist daher als kriteriengeleitete Auswahl zu verstehen, die sich an der

Gegenstandsangemessenheit und an den Möglichkeiten des Feldzugangs orientierte (Döring, 2023, S. 303; Strübing et al., 2018, S. 86).
Die kleine Fallzahl von acht Personen entspricht ebenfalls der Logik qualitativer Forschung. Qualitative Studien arbeiten in der Regel mit kleinen Stichproben, die häufig im zweistelligen Bereich liegen. Dies hängt damit zusammen, dass die detaillierte Rekonstruktion individueller Lebenszusammenhänge mit einem hohen Erhebungs- und Auswertungsaufwand verbunden ist. Grössere Fallzahlen wären aus forschungsökonomischen Gründen nur schwer realisierbar (Döring, 2023, S. 303).
Das Sampling und die Felderschliessung waren eng mit institutionellen Zugängen und der Vermittlung durch Gatekeeper verbunden. Da die potenziellen Teilnehmenden aus früheren Unterstützungs- und Krisenkontexten stammten und teilweise minderjährig waren, ergaben sich daraus besondere Anforderungen an einen sensiblen und verantwortungsvollen Forschungsprozess. An die methodische Beschreibung der Fallauswahl schliesst daher die Reflexion der forschungsethischen Aspekte an.

4.1.3. Forschungsethische Aspekte

Da sich die vorliegende Untersuchung an Jugendliche richtet, die zum einen minderjährig sind und zum anderen psychisch belastet waren, ergaben sich zwei forschungsethische Aspekte, die besondere Sorgfalt erforderten. Es ist aufgrund der Arbeit mit Minderjährigen sowie der Situation der psychischen Belastung erforderlich, bei der Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmenden besonders sensibel vorzugehen und das Prinzip der informierten Einwilligung (Informed Consent) genau zu beachten. Die informierte Einwilligung gewährleistet, dass personenbezogene Daten in der Sozialforschung nur mit Zustimmung der Befragten erhoben werden dürfen. Damit das gelingt, müssen die Teilnehmenden über das Ziel der Datenerhebung informiert werden. Ein wesentlicher Bestandteil ist die transparente Information über die Ziele und den zeitlichen Rahmen der Untersuchung, mögliche Belastungen oder Risiken sowie den geplanten Umgang mit den gesammelten Daten und den erzielten Ergebnissen (Kiegelmann, 2020, S. 232–233). Bei der Auswahl des Falls, war es für die Forschende wichtig, sicherzustellen, dass die/der Jugendliche das Ziel und den Inhalt der Forschung tatsächlich versteht und in der Lage ist, die Folgen einzuschätzen.
Die Frage der Freiwilligkeit der Teilnahme ist im Rahmen der vorliegenden Untersuchung besonders sensibel zu betrachten, da die Jugendlichen aus einem Hilfekontext stammen. Weil die Jugendlichen zuvor in Krisensituationen die Beratungsstelle MIK in Anspruch genommen haben, könnte ihre Entscheidung von Abhängigkeiten oder subtilen Drucksituationen beeinflusst werden. Selbst wenn sie einer Teilnahme zustimmten, musste kritisch reflektiert werden, inwieweit die Zustimmung tatsächlich unabhängig erfolgte (Kiegelmann, 2020, S. 233–234). Zudem gelten in der Kinder- und Jugendhilfe für Forschungsprojekte besondere Rahmenbedingungen, z. B. muss die Datenerhebung stets dem entwicklungspsychologischen Stand der minderjährigen Personen angemessen sein. Zudem ist die Zustimmung der Erziehungsberechtigten oder Betreuungspersonen erforderlich, die stellvertretend die Einwilligung geben (Miethe & Gahleitner, 2010, S. 577). Dabei

sollte wieder kritisch geprüft werden, ob die gesetzlichen Vertreter:innen, gerade im Kontext multiproblematischer Familiensituationen, in der Lage sind, die möglichen Folgen einer Teilnahme realistisch einzuschätzen (Miethe & Gahleitner, 2010, S. 577). Aufgrund der obengenannten forschungsethischen Überlegungen hat die Forschende, den Jugendlichen, die sich gemeldet haben, sowie ihren Eltern, eine schriftliche Beschreibung des Forschungsprojekts zugestellt, um ihnen umfassende Informationen zum Projekt und zu den Rahmenbedingungen des Interviews zu geben sowie vorab die schriftliche Zustimmung einzuholen. Um sicherzustellen, dass die Eltern die Informationen zum Forschungsprojekt verstanden hatten, wurde die Einverständniserklärung um eine kurze Verständnisüberprüfung ergänzt. Diese bestand aus fünf Aussagen zum Ankreuzen, von denen zwei bewusst nicht zutrafen. Dadurch sollte geprüft werden, ob die zentralen Informationen zur Teilnahme und zu den Rahmenbedingungen des Interviews nachvollzogen wurden.

4.1.4. Stichprobe

Die Forschende hat eine Anzahl von 10 Jugendlichen angestrebt. Es meldeten sich 11 Jugendliche für ein Interview, wobei eine Jugendliche nicht berücksichtigt werden konnte, weil ihre Eltern mit ihrer Teilnahme nicht einverstanden waren. Ein anderer Jugendlicher konnte nicht berücksichtigt werden da er lediglich ein Unterstützungsangebot in Anspruch genommen hat. Die Stichprobe bestand aus acht Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 19 Jahren. Die Jugendlichen wiesen alle Erfahrungen mit einer Anzahl von zwei bis sechs unterschiedlichen Unterstützungsangeboten auf. Im Ergebnisteil werden die acht Jugendlichen porträtiert.

4.2. Datenerhebung

Die Grounded Theory ist nicht an eine bestimmte Form der Datenerhebung gebunden. Im Vordergrund der GTM steht weniger die konkrete Erhebungsform als vielmehr der fortlaufende Zusammenhang von Sampling und Theoriebildung, die parallel zueinander verlaufen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 41). Kleemann, Krähnke und Matuschek (2013, S. 208) beschreiben das Leitfadeninterview als eines der gebräuchlichsten Erhebungsinstrumente der qualitativen Sozialforschung und verweisen darauf, dass zahlreiche Verfahren auf Interviewleitfäden basieren, darunter das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982). Für die Datenerhebung wurde ein Leitfadeninterview gewählt, da angenommen wurde, dass in einem narrativen Interview die psychischen Belastungen der Jugendlichen stärker im Vordergrund stehen könnten als ihre Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten. Das leitfadengestützte Vorgehen ermöglichte es, den Fokus gezielt auf die erlebte Hilfe und deren rückblickende Deutung im Hinblick auf das subjektive Entlastungsempfinden zu richten.

4.2.1. Problemzentriertes Interview nach Witzel (1985)

Die Interviews mit den Jugendlichen wurden als problemzentrierte Leitfadeninterviews konzipiert. Dieses teilstandardisierte Verfahren ist auf ein spezifisches Problemfeld ausgerichtet und

ermöglicht es, die Erhebung auf den Untersuchungsgegenstand zu fokussieren (Witzel, 1985, S. 230). Der Ausgangspunkt ist also nicht ein vollkommen offenes Erzählen, sondern ein bereits bestimmter thematischer Fokus, zu dem die Sichtweisen und Verarbeitungsweisen der befragten Personen erhoben werden sollen (Witzel, 1985, S. 230–231). Zu den wesentlichen Kommunikationsstrategien des problemzentrierten Interviews zählen nach Witzel (1985, S. 245) der Gesprächseinstieg, allgemeine und spezifische Sondierungen sowie situativ entwickelte Ad-hoc-Fragen. Durch gezielte Nachfragen können weiterführende Informationen erschlossen und für den Problemzusammenhang relevante Aspekte differenziert herausgearbeitet werden (Witzel, 1982, S. 70). In Anlehnung an Witzel und Reiter stützte sich die Forschende bei der Entwicklung der Fragen auf den aktuellen Forschungsstand und bündelte diese thematisch in einem Gesprächsleitfaden (2022, S. 108).

4.2.2. Durchführung der Interviews

Fünf Interviews fanden im häuslichen Umfeld (Wohnung oder Haus) der Jugendlichen statt, drei weitere wurden in Räumlichkeiten am Arbeitsort der Forschenden in Oerlikon durchgeführt. Die Wahl des Orters wurde den Jugendlichen überlassen. Nach Helfferich (2009, S. 177) eignen sich grundsätzlich verschiedene Orte für die Durchführung eines Interviews, sofern dort eine ruhige Gesprächssituation sowie eine ausreichende Tonqualität für die Audioaufnahme gewährleistet sind. Wenn die Interviewperson den Ort selbst wählen kann, kann dies dazu beitragen, dass sie sich sicherer und wohler fühlt. Die Ortswahl kann auch analytisch bedeutsam sein, da sie Hinweise auf die Lebenssituation, das Sicherheitsgefühl oder die Beziehung der befragten Person zu ihrem Umfeld geben kann. So kann es beispielsweise aufschlussreich sein, ob eine bei den Eltern wohnende Person ein Interview zu Hause ausdrücklich wünscht oder gerade vermeiden möchte (Helfferich, 2009, S. 177). Für die Durchführung der Interviews wurde ein zeitlicher Rahmen von ein bis zwei Stunden vorgesehen. Von den insgesamt acht Interviews dauerten zwei weniger als 60 Minuten, zwei mehr als 90 Minuten, während die übrigen Interviews innerhalb dieses Zeitrahmens lagen.

Zu Beginn des Interviews fand zunächst ein kurzes Vorgespräch statt, das noch nicht audioaufgezeichnet wurde. In diesem Rahmen wurden die Jugendlichen nochmals über das Forschungsprojekt, den Ablauf des Interviews sowie ihre Rechte als Teilnehmende informiert. Besonderes Gewicht wurde dabei auf die klare Trennung zwischen der Rolle der Forschenden und ihrer Funktion als Mitarbeiterin der MIK gelegt. Den Jugendlichen wurde erläutert, dass die im Interview geteilten Inhalte vertraulich behandelt werden und nicht an die Institution weitergegeben werden. Zudem informierte die Forschende über die Anonymisierung der Daten, die Schweigepflicht sowie die Audioaufnahme des Interviews. Vor Beginn der Aufzeichnung wurde die schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Jugendlichen erhielten ausreichend Zeit, um offene Fragen zu stellen, bevor das Interview begann.

Der Einstiegsfrage kommt eine wichtige Rolle zu, da sie die Subjektorientierung des gesamten Interviews entscheidend beeinflusst. Sie kennzeichnet den Anfang des Gesprächs und erlaubt eine

offene, flexible sowie dynamische Gestaltung der Interaktion. Die Einstiegsfrage «Erzähl doch einmal, wie es dazu kam, dass du Unterstützung gesucht hast, und wie es dann weitergegangen ist?» ist erzählgenerierend, offen und bietet Raum für die individuelle Entfaltung der Perspektiven der Befragten. Sie leitet einen Kommunikationsprozess ein, dessen Verlauf und Inhalte grösstenteils ungewiss und nur begrenzt voraussehbar sind (Witzel & Reiter, 2022, S. 112). Neben der Einstiegsfrage wurden die Themenblöcke Zugang und Informationslage, Eindrücke und Erwartungen, Erlebte Unterstützung in Bezug auf das Entlastungsempfinden, Beziehung zu Fachpersonen, Rahmenbedingungen und Strukturen, Kooperation und Koordination zwischen Angeboten, Rückblick und Reflexion definiert. Für jeden Themenblock formulierte die Forschende eine erzählstimulierende Einstiegsfrage sowie anschliessende vertiefende Nachfragen (Kruse, 2015, S. 213).
Ergänzend zum Leitfaden wurde ein Interviewprotokoll geführt. Die Protokolle wurden unmittelbar nach dem Gespräch erstellt und enthielten Informationen zu Atmosphäre des Interviews, die Beziehung zwischen interviewender und befragter Person sowie auffällige Dynamiken im Gespräch. Auch schwierige oder irritierende Passagen wurden vermerkt, da ihnen für die spätere Interpretation eine besondere Bedeutung zukommen könnte (Helfferich, 2009, S. 193). Zudem wurde für die Interviews ein Kurzfragebogen entwickelt. Auch innerhalb eines ausdrücklich qualitativen Forschungsansatzes kann ein Kurzfragebogen sinnvoll eingesetzt werden. Witzel (1985, S. 230–236) weist ihm dabei zwei unterstützende Funktionen zu. Zum einen kann er den Einstieg in das Interview erleichtern, zum Beispiel wenn erste biografisch bezogene Fragen die Befragten an das Thema heranführen und erste Erinnerungen sowie thematisch relevante Gedanken aktivieren. Die schriftlichen Angaben können anschliessend genutzt werden, um das Gespräch zu eröffnen und erste Erzählungen anzustossen. Zum anderen, und für die vorliegende Forschung wichtigere Funktion, ermöglichte der Kurzfragebogen, bestimmte grundlegende Informationen zur Lebenssituation der befragten Person getrennt vom eigentlichen Interview zu erfassen. Auf diese Weise musste das Interview nicht durch zusätzliche, von aussen eingebrachte Faktenfragen unterbrochen werden, sodass der Erzählfluss und die subjektive Darstellung des Problemzusammenhangs möglichst erhalten blieben (Witzel, 1985, S. 236). Der Kurzfragebogen erfasste neben soziodemografischen Angaben weitere ausgewählte Informationen wie zum Beispiel, wie der/die Jugendliche sein/ihr aktuelles Wohnbefinden einschätzt. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung erfolgte die Aufzeichnung der Gespräche mit der App Sprachmemos. Um die Bereitschaft der Jugendlichen zu unterstützen und ihre Zeit wertzuschätzen, wurde ihnen zudem ein Gutschein eines Gutscheins als Dankeschön für die Teilnahme überreicht.

4.3. Datenauswertung

Die Audiodateien wurden mithilfe eines KI-gestützten Transkriptions-Service der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften transkribiert (Degen & Ntoa, 2025). Die automatische Transkription führte zu keiner wesentlichen Arbeitsentlastung, da umfangreiche Nachbearbeitungen erforderlich waren und sämtliche Transkripte Wort für Wort überprüft sowie korrigiert und mit den Transkriptionsregeln von Kuckartz und Rädiker (2022) überarbeitet wurden. Diese sehen unter

anderem eine wörtliche Transkription mit leichter Glättung in Richtung Schriftdeutsch, die Kennzeichnung der Sprechenden sowie die Markierung relevanter Pausen und nonverbaler Äusserungen vor (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 200–203). Im Zuge der Transkription erfolgte die Anonymisierung der Daten, sodass keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen mehr möglich sind. Es wurden Namen, Orte, Institutionen und sonstige Merkmale vollständig anonymisiert und mit Pseudonymen ersetzt. Die bereinigten Transkripte wurden anschliessend in MAXQDA importiert und für die weitere Auswertung aufbereitet.

4.3.1. Grounded Theory

Die Grounded Theory ist ein Forschungsansatz, bei dem theoretische Konzepte nicht im Vorfeld festgelegt, sondern schrittweise und induktiv aus dem erhobenen Datenmaterial gewonnen werden. Durch die Erhebung und Auswertung der Daten entsteht eine Theorie, die eng am Untersuchungsgegenstand orientiert ist und das untersuchte Phänomen möglichst gegenstandsnah beschreibt. Datensammlung, Analyse und Theoriebildung stehen dabei in einem wechselseitigen Zusammenhang (Strauss & Corbin, 1996, S. 7–8). Seit der Entstehung im Jahr 1967 wurden zahlreiche Varianten und Ausführungen der Grounded Theory weiterentwickelt. Die vorliegende Master-Thesis orientiert sich nicht an der klassischen Grounded Theory nach Glaser, sondern an einem pragmatisch-interpretativen Verständnis der GTM, wie es insbesondere mit Strauss und Corbin verbunden wird. Während Glaser stärker an einem aus den Daten emergierenden Vorgehen festhielt, wurde die GTM durch Strauss und Corbin in eine stärker strukturierte, prozessuale und pragmatische Richtung weiterentwickelt. Für die vorliegende Arbeit ist dieser Strang anschlussfähig, da die GTM nicht als starres Verfahren umgesetzt wird, sondern als methodologischer Rahmen dient, um die erhobenen Interviews systematisch auszuwerten und zentrale Deutungsmuster subjektiver Entlastung herauszuarbeiten (Mey & Mruck, 2011, S. 13–19).

Die Auswertung der Daten erfolgte, wie Strauss und Corbin (1996) beschreiben, über den Prozess des Codierens. Codieren bezeichnet eine analytische Vorgehensweise, in der Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und in neuer Weise zusammengesetzt werden. Dabei werden die Daten einer detaillierten, gleichsam mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Im offenen Codiervorgang wurde das Datenmaterial zunächst sehr genau gelesen und in kleinere Bedeutungseinheiten zerlegt. Die einzelnen Textstellen, Beobachtungen oder Ereignisse wurden anschliessend daraufhin untersucht, was in ihnen jeweils zum Ausdruck kommt. Ziel dieses Analyseschritts war es, Phänomene im Material zu benennen und ihnen Konzepte zuzuordnen. Dazu wurden fortlaufend Fragen an die Daten gestellt, etwa worum es in einer Passage geht, was dort geschieht und welches Phänomen durch die jeweilige Stelle repräsentiert wird. Die Daten wurden dabei nicht nur beschrieben, sondern systematisch miteinander verglichen. Ähnliche Vorkommnisse erhielten denselben begrifflichen Namen, sodass erste Konzepte gebildet werden konnten (Strauss & Corbin, 1996, S. 44–46). Exemplarisch lässt sich dies an folgender Interviewpassage verdeutlichen:

> Aber es war so ein bisschen, ich weiss nicht. Ja, keine Ahnung. Ähm.. in der Klinik war es halt ganz klar so ein bisschen ähm.. halt Arzt und Patient. Ich sage Arzt und nicht Pflegefachperson aus einem Grund. Also ein…auch wenn man FaGe [Fachperon Gesundheit] ist, dann ist es trotzdem so.. man siezt Ärzte. Es ist halt trotzdem so ein bisschen so ein Respekt Ding. So es ist so mehr ein... Man schaut auf einen runter. (Evelyn, Pos. 95)

Diese Passage wurde mit dem Code «Ärzt:in- Patient:in-Gefälle» versehen, da die interviewte Jugendliche die Beziehung im klinischen Kontext als deutlich hierarchisch beschrieb. Der Code «Ärzt:in-Patient:in-Gefälle» wurde daher gewählt, weil er das zentrale Motiv der Passage bündelt. Im weiteren Verlauf des offenen Codierens wurden die gebildeten Konzepte zueinander in Beziehung gesetzt und zu übergeordneten Kategorienzusammengefasst. Eine Kategorie erhält dabei einen Namen, der das Gemeinsame der darunter gefassten Konzepte möglichst prägnant ausdrückt. Kategorien dienen somit dazu, die Vielzahl einzelner Beobachtungen analytisch zu ordnen und das Material schrittweise zu strukturieren (Strauss & Corbin, 1996, S. 44–46). So wurde das Konzept «Ärzt:in-Patient:in-Gefälle» mit Konzepten wie «Patient:in-Therapeut:in-Gefälle» zur Kategorie «Machtgefälle» zusammengefasst, die wiederum der Kategorie «Asymmetrische Beziehungsstrukturen» zugeordnet wurde. Im Anschluss an das offene Codieren wurden die entwickelten Kategorien im Hinblick auf ihre Eigenschaften und Dimensionen weiter ausdifferenziert. Während Eigenschaften die charakteristischen Merkmale einer Kategorie bezeichnen, beschreiben Dimensionen die jeweiligen Ausprägungen dieser Merkmale entlang eines Kontinuums. Durch dieses Vorgehen konnten Kategorien inhaltlich präzisiert, unterschiedliche Erscheinungsformen eines Phänomens systematisch erfasst und Vergleichsmöglichkeiten innerhalb des Materials geschaffen werden (Strauss & Corbin, 1996, S. 50–53). Für die Kategorie «Asymmetrische Beziehungsstrukturen» konnten beispielsweise Eigenschaften wie die Rollenverteilung, das Ausmass des Machtgefälles, die Deutungsmacht der Fachperson oder der Handlungsspielraum der Patientin/des Patienten herausgearbeitet werden. Die zugehörigen Dimensionen beschreiben jeweils, in welcher Ausprägung diese Eigenschaften auftreten. So kann sich die Eigenschaft Rollenverteilung etwa auf einem Kontinuum von kollegial beziehungsweise partnerschaftlich bis stark hierarchisch bewegen. Das Ausmass des Machtgefälles kann entsprechend von kaum wahrnehmbar bis sehr deutlich ausgeprägt reichen. Aus dem Material konnten darüber hinaus Konzepte wie «auf Augenhöhe» oder In-vivo-Konzepte wie «wie eine Kollegin» identifiziert werden, die sich ebenfalls auf dieses Spektrum der Rollenverteilung beziehen und die Gegenpole stärker hierarchischer Beziehungsformen markieren.

Im nächsten Analyseschritt, dem axialen kodieren, begann die Forschende, die entwickelten Kategorien systematisch miteinander in Verbindung zu bringen und zu systematisieren. Auf das in diesem Analyseschritt folgende Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996, S. 75–85), bei welchem Kategorien mithilfe eines Modells systematisch zueinander in Beziehung gesetzt werden, wurde in der vorliegenden Arbeit bewusst verzichtete. Da sich in den Daten von Beginn an starke

Spannungsfelder zeigten und die Forschungsfrage nicht auf die Rekonstruktion eines linearen Handlungs- oder Prozessverlaufs zielte war die Einteilung in das Kordierparadigma von Strauss und Corbin (1996, S. 78) nicht passend. Anstellte des Codierparadigmas wurde ein gegenstandsbezogenes Modell der Spannungsfelder entwickelt. Dieses entstand aus dem offenen Codieren, dem fortlaufenden Vergleichen der Interviews und der anschliessenden Verdichtung zentraler Kategorien. Das Modell bildet die rekonstruierten Deutungsmuster entlang der Dimensionen Rahmen von Unterstützung, Fokus von Unterstützung und Folgen von Unterstützung ab und ermöglicht damit eine gegenstandsnahe Darstellung des subjektiven Unterstützungserlebens. Im Forschungsprozess wurde das Schreiben theoretischer Memos als zentrales methodisches Instrument der Grounded Theory genutzt. In Anlehnung an Strübing (2013, S. 125–126) dienen Memos der fortlaufenden Analyse und Theorieentwicklung während des Kodierprozesses. Die Forschende verfasste während der gesamten Auswertung zahlreiche Memos, um erste analytische Gedanken, offene Fragen, methodische Überlegungen und entstehende theoretische Zusammenhänge schriftlich festzuhalten. Das Memo-Schreiben ermöglichte es, vorläufige Ideen frühzeitig zu sichern, weiterzuentwickeln, miteinander in Beziehung zu setzen oder bei fehlender Tragfähigkeit wieder zu verwerfen. Dadurch wurde der Analyseprozess systematisch dokumentiert. Zugleich entlastete das schriftliche Festhalten von Gedanken den weiteren Forschungsprozess, da bereits entwickelte Überlegungen nicht verloren gingen und später erneut aufgegriffen, überprüft oder überarbeitet werden konnten. Die Memos wurden möglichst ausformuliert und nicht lediglich stichwortartig verfasst, um die jeweiligen Gedanken auch zu einem späteren Zeitpunkt verständlich rekonstruieren zu können. Auf diese Weise trug das kontinuierliche Schreiben, Sortieren und Überarbeiten der Memos wesentlich zur Verdichtung der Analyse, zur Reflexion methodischer Entscheidungen sowie zur Entwicklung eines plausiblen theoretischen Zusammenhangsmodells bei.

5. Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dargestellt. Im ersten Kapitel werden zunächst acht Fallporträts der interviewten Jugendlichen vorgestellt. Anschliessend werden die zentralen Ergebnisse entlang eines Modells des subjektiven Unterstützungserlebens psychosozial belasteter Jugendlicher erläutert und systematisch dargestellt. Im Weiteren werden die Ergebnisse der Erfahrungen der psychisch belasteten Jugendlichen mit aufsuchenden mobilen Angeboten beschrieben. Die fallübergreifenden Deutungen werden anhand ausgewählter Textpassagen nachvollziehbar gemacht und die zentralen Befunde exemplarisch veranschaulicht.

5.1. Fallporträts der interviewten Jugendlichen

Evelyn

Evelyn war eine Jugendliche in der mittleren Jugendphase und lebte mit ihrer Mutter und ihrer jüngeren Schwester zusammen. Als sie etwa 12 Jahre alt war, trennten sich ihre Eltern. Die Trennung verlief hochstrittig und war für Evelyn traumatisch. Ihren Vater beschrieb sie als narzisstisch

geprägt. In der Folge entwickelte sie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die sie mit 14 Jahren erstmalig im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik behandeln liess. Nach der Entlassung wurde sie ambulant psychotherapeutisch begleitet, was sie als stabilisierend und stärkend erlebte.
Mit 16 Jahren begann Evelyn eine Lehre als Fachfrau Gesundheit. Im Verlauf traten ausgeprägte Ängste auf und es wurden von ihrer ambulanten Psychotherapeutin eine Agoraphobie sowie eine Emetophobie diagnostiziert. Evelyn berichtete, dass sie das Haus nur noch unter grossen Schwierigkeiten verlassen konnte und über einen Zeitraum von rund zwei Jahren weitgehend zu Hause blieb. Mit 17 Jahren wurde sie im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung in eine Klinik eingewiesen. Diesen Aufenthalt beschrieb sie rückblickend als wenig hilfreich, er habe vielmehr in einem Burn-out geendet. Auch nach der Rückkehr nach Hause kam es zu keiner nachhaltigen Verbesserung, weshalb sie erneut freiwillig einen stationären Klinikaufenthalt in Anspruch nahm. Auch diesen erlebte sie als negativ und kaum unterstützend. Sie erlebte Zwang und ein überlastetes Klinikpersonal. Im Anschluss wandte sich Evelyn an ein aufsuchendes, mobiles Krisenberatungsangebot. Diese Unterstützung beschrieb sie als bedeutsamen Wendepunkt. Sie habe sich dort gehört und verstanden gefühlt und konnte sehr intensiv Expositionstraining durchführen. Nach Abschluss dieses Beratungsangebots nutzte sie ein weiteres punktuelles aufsuchendes Hilfesetting. Dort erhielt sie praktische Unterstützung bei administrativen Anliegen sowie bei der beruflichen (Re-)Integration, was sie als hilfreich erlebte.
Zum Zeitpunkt des Interviews wirkte Evelyn aufgestellt, stabil und selbstbewusst. Auf einer Skala von 1 bis 10 (der Wert 1 markierte dabei ein sehr niedriges Wohlbefinden, während der Wert 10 ein sehr hohes Wohlbefinden ausdrückte) ordnete sie ihr Wohlbefinden bei einer 8 ein. Mit Unterstützung befand sie sich in einem Berufsintegrationsprozess und arbeitete an einer schrittweisen Stabilisierung und Perspektivenentwicklung. Insgesamt nahm Evelyn im Verlauf sechs unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch.

Lya

Lya war zum Zeitpunkt des Interviews eine Jugendliche in der frühen Jugendphase. Ihre Unterstützungsgeschichte begann in der 2./3. Klasse. Sie wurde von ihrer Mutter bei einer Kinderpsychologin angemeldet. Rückblickend ordnete Lya diese frühen Belastungen über ein lange nicht diagnostiziertes ADHS ein, das schulische Überforderung, Angst und hohen Selbstdruck auslöste. Ein einschneidender biografischer Wendepunkt war der Tod ihrer Mutter, als sie 11 Jahre alt war. In den Folgejahren schilderte sie depressive Symptome, fehlende Energie und zunehmende Schulprobleme mit Panik beim Gedanken an Schule, Rückzug und später Selbstverletzung sowie Suizidgedanken. Die Unterstützung der Kinderpsychologin erlebte Lya in dieser Phase als klar nicht hilfreich. Sie fühlte sich nicht ernst genommen, ihre Themen wurden aus ihrer Sicht wiederholt auf den Tod der Mutter geschoben, sie erlebte mangelndes Zuhören und fehlenden Respekt. Weiter empfand sie es als kränkend, dass die Psychologin ihr später sagte, sie habe ADHS seit klein auf vermutet, dies aber nie kommuniziert oder dokumentiert. Lya erlebte dies als verpasste Hilfe und

als professionelles Schweigen, das ihr Vertrauen massiv beschädigte. Trotz dieses Ausgangspunkts wurde Lya in der Krise in eine Klinik überwiesen und blieb insgesamt rund 10 Monate. Rückblickend beschrieb sie die Klinik ambivalent, aber es überwog die Erinnerung, dass es ihr dort gut gegangen sei. Das Verlassen der Klinik erlebte Lya als emotional schwierig. Sie hatte Angst, die Sicherheit und das Verstandenwerden zu verlieren. Nach der Klinik folgte eine längere Phase der instabilen Versorgung. Obwohl ihr Vater umfangreiche suchte, erlebte Lya die Suche nach einem passenden Psychologen, einer passenden Psychologin als erschöpfend und intransparent. Sie stand auf Wartelisten, erhielt aber keine Rückrufe. Parallel erlebte sie das Angebot der Schulsozialarbeit als stabilisierend, weil sie regelmässige Gespräche hatte. In einer späteren belastenden Phase nach dem Schulabschluss rutschte Lya erneut in ein «Depressionsloch». Sie probierte als Notlösung eine günstige Online-Psychologie-App aus, erlebte das Gespräch zwar als angenehm, aber «absolut nicht hilfreich». Für akute Krisen nutzte sie zudem eine Notfallnummer für Krisengespräche für Jugendliche. Dies erlebte sie zwar ebenfalls als hilfreich, aber nicht als Langzeitlösung.

Später wurde Lya durch ihre Beiständin und ihren Vater auf ein mobiles Beratungsangebot aufmerksam. Dies erlebte sie vor allem wirksam, weil dort die Organisation einer passenden Psychotherapie gelang. Zum Interviewzeitpunkt befand sich Lya bei einer Psychologin in ambulanter Behandlung. Insgesamt wirkte Lya im Interview reflektiert, deutlich stabiler und betonte ihren aktuellen Lebenswillen. Sie bewertete ihr aktuelles Wohlbefinden auf einer Skala von 1 bis 10 mit 7. Insgesamt erwähnte Lya im Verlauf des Interviews acht verschiedene Unterstützungsangebote.

Noemi

Noemi war eine Jugendliche in der frühen Jugendphase. Sie lebte gemeinsam mit ihrer Schwester und ihren Eltern in einer Wohnung. Nach einem Umzug und dem Einzug in eine neue Klasse berichtete sie, dass es nach wenigen Wochen zu Konflikten kam, woraus über längere Zeit Mobbing resultierte. Zusätzlich schilderte sie wiederholte sexuelle Belästigung durch einen Mitschüler, auch in Situationen, in denen Lehrpersonen anwesend waren. Sie beschrieb, dass diese Erfahrungen ihr Sicherheitsgefühl in der Schule stark beeinträchtigten und sie sich zunehmend hilflos und belastet fühlte. Als erste Unterstützung nannte Noemi die Schulsozialarbeit. Dort habe sie sich grundsätzlich verstanden gefühlt und konnte sich bei Schwierigkeiten melden, gleichzeitig nahm sie jedoch Grenzen der Handlungsmöglichkeiten wahr. Im weiteren Verlauf suchte Noemi psychologische Unterstützung im ambulanten Setting. In dieser Phase erlebte sie Fachpersonen sehr unterschiedlich. Aufgrund einer zunehmenden Belastung kam es zu einem ersten längeren stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik. Noemi beschrieb diese Zeit insgesamt als wenig hilfreich und eher belastend. Sie schilderte, dass sie sich im Setting nicht aufgenommen fühlte und im Rahmen eines Suizidversuchs in der Klinik nicht ausreichend begleitet fühlte. Besonders belastend beschrieb Noemi eine fehlende Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, unter anderem ihre von Anfang an geäusserte Angst vor Männern bei gleichzeitig männlicher therapeutischer Zuteilung. Nach der Klinikzeit versuchte Noemi wieder schulisch Fuss zu fassen, u. a. in einer neuen Klasse. Zur

Unterstützung im schulischen Alltag nahm sie ein aufsuchendes psychiatrisches Angebot in Form einer Schulbegleitung in Anspruch. Die Erfahrungen waren aus ihrer Sicht stark personenabhängig. Noemi berichtete im Verlauf zudem von einer psychotischen Symptomatik, die in akuten Kriseninterventionen mündete. Einen Aufenthalt in einer Erwachsenenstation im Alter von 14 Jahren beschrieb sie als einschüchternd und als «verstörend», besonders aufgrund des Altersunterschieds und der Atmosphäre. Nach unterschiedlich langen stationären Klinikaufenthalten empfand sie das nachfolgende teilstationäre Angebot als besonders hilfreich. Dort habe es einen schrittweisen Einstieg gegeben, gemeinsam sei eine neue Schule gesucht und Belastungserprobungen durchgeführt worden.
In ihrem Verlauf nahm Noemi neun unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch. Ihr Befinden ordnete sie auf einer Skala von 1 bis 10 bei einer 8 ein.

Alina

Alina war zum Zeitpunkt des Interviews eine Jugendliche in der frühen Jugendphase und lebte gemeinsam mit ihrer jüngeren Schwester im Haushalt ihres Vaters. Im Alltag erlebte sie jedoch viel Alleinsein und Selbstverantwortung, weil ihr Vater häufig abwesend und die Schwester nur punktuell präsent war. Erste professionelle Hilfe kam in der 6. Klasse zustande, als Alina begann, sich in Belastungssituationen die Haare auszuziehen. Auf Initiative ihrer Mutter erfolgte eine ärztliche Abklärung und die Zuweisung in ein Ambulatorium, das psychiatrische Abklärung und Therapie oder Triage anbietet. Dort erlebte Alina die Kontakte vor allem als diagnostisch/abklärend wenig persönlich und für sie als 12-Jährige schlecht verständlich. Sie fühlte sich nicht wohl, nicht «gesehen», und brach das Angebot ab. Als Ergebnis der Abklärung erhielt sie drei Diagnosen.
Ein einschneidender biografischer Wendepunkt war der Tod ihrer Mutter, als Alina 14 Jahre alt war. Sie beschrieb ein belastetes Verhältnis zur Mutter, Schuldgefühle und gleichzeitig den Druck des Umfelds, «richtig» trauern zu müssen. In dieser Phase wurden die Unterstützungsangebote wie Schulsozialarbeit und «Support Team» von der Schule stark angestossen bzw. eingefordert. Alina erlebte diese Hilfen als aufdringlich, beschämend und wenig passend. Es gab wenig Privatsphäre, Weitergabe von Informationen an Lehrpersonen sowie eine wiederkehrende Dynamik, dass Erwachsene eine «Mutterrolle» einnehmen wollten, obwohl Alina klar signalisierte, dass sie das nicht möchte. Eine weitere ambulante Psychotherapie beschrieb Alina rückblickend als die «schlechteste» Erfahrung. Sie erlebte Vorschläge als lebensweltlich unpassend (z. B. Yoga/Ernährung als «Hausaufgaben»), fühlte sich «bewertet» und beobachtet, und bekam den Eindruck, Diagnosen würden schnell und beiläufig vergeben. Dadurch entstand bei ihr ein Gefühl von Bewertung und Pathologisierung, was ihre Offenheit weiter reduzierte. Als bedeutsamer Wendepunkt erschien die Phase, in der ein Kollege aus ihrem privaten Umfeld sich Sorgen machte und über eine niederschwellige Stelle Unterstützung anstiess. In den Gesprächen mit der Fachperson dieses aufsuchenden Angebotes wurden ihr unterschiedliche Optionen erklärt und gemeinsam mit ihr wurden passende Schritte unternommen. Alina betonte, wie entlastend es gewesen wäre, schon im Alter von 12 Jahren zu wissen, «welche Option was heisst».

Im Anschluss daran startete Alina ein Jugendcoaching, das sie bis zum Interviewzeitpunkt seit rund eineinhalb Jahren nutzte. Dieses Angebot erlebte sie als deutlich entlastend, weil es sich für sie nicht wie Behandlung, sondern wie Beziehung auf Augenhöhe anfühlt. Zum Zeitpunkt des Interviews wirkte Alina stabil und selbstbewusst. Sie bewertete ihr aktuelles Wohlbefinden auf einer Skala von 1 bis 10 bei einer 8 ein. Insgesamt nahm Alina im Verlauf sechs unterschiedliche professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch.

Selin

Selin ist eine Jugendliche in der frühen Jugendphase. Nach einer traumatischen Katastrophenerfahrung in ihrem Herkunftsland immigrierte sie in die Schweiz. In der Anfangszeit ging es ihr psychisch sehr schlecht. Sie berichtete von starker Belastung bis hin zu Suizidgedanken. Sie lebt mit ihrem Vater, vermisst ihre Mutter und schildert ein angespanntes Verhältnis zum Vater. Zusätzlich belasteten sie Unsicherheiten rund um ihren Aufenthaltsstatus. Als es ihr zunehmend schlechter ging, suchte sie Unterstützung, erhielt nach Hürden wegen ihres Alters (noch jugendlich) Kontakt zu einer Stelle und wurde weitervermittelt zu einer aufsuchenden Krisenberatungsstelle. Sie hatte danach mehrere unterstützende Kontakte wie Gespräche, Begleitung in organisatorischen Themen wie Schule/Gemeinde/Anwältin sowie Unterstützung beim Zugang zu weiteren Angeboten. Dass sie in diese Fachperson Vertrauen fassen und von ihren Erlebnissen erzählen konnte, entlastete sie psychisch. Nach dem aufsuchenden Krisenberatungsangebot nahm sie ein aufsuchendes Coaching sowie eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Insgesamt beschrieb sie, dass es ihr später besser ging, auch wenn belastende Themen blieben. Im Verlauf nahm Selin sechs unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch. Zum Zeitpunkt des Interviews wirkt Selin schüchtern und belastet. Ihr Wohlbefinden ordnet sie auf einer Skala von 1 bis 10 bei einer 6 ein.

Anna

Anna war zum Zeitpunkt des Interviews eine Jugendliche in der frühen Jugendphase. Anna nahm in den letzten Jahren mehrfach professionelle Hilfe in Anspruch, zunächst nicht aus eigenem Antrieb, sondern weil ihre Eltern angesichts einer starken familiären Belastung handelten. Sie erklärte, dass es der ganzen Familie nicht gut gegangen sei und sie schliesslich aufgrund von Anorexie notfallmässig via Spital in eine Klinik eingewiesen wurde. Insgesamt berichtete Anna von vier Klinikaufenthalten in unterschiedlichen Settings (teilweise mehrfach) und einem längeren Verlauf mit Essstörung, später Substanzkonsum und weiteren Krisen. Der erste Klinikaufenthalt erfolgte aufgrund einer Anorexie. Anna erlebt die Klinik fachlich grundsätzlich als in Ordnung und hob einzelne professionelle Bezugspersonen positiv hervor. Anna brach den Aufenthalt ab, weil es ihr «zu viel» wurde und der Wunsch nach Hause überwog. Im Verlauf begann Anna Drogen zu konsumieren. Der Zugang zur Hilfe war für Anna ambivalent. Sie schilderte ein «50-50» zwischen eigenem Mitgehen und starkem äusserem Druck (Ultimatum der Eltern). Das Kliniksetting erlebte Anna als kontraproduktiv aufgrund der Peerdynamiken. Ihre Eltern holten sie schliesslich aus der Klinik, weil sie den Einfluss als schädlich erlebten. Als deutlich positiver erlebte Anna einen Aufenthalt in einem

strukturierten Therapieprogramm einer Klinik, den sie mit einer anderen inneren Haltung antrat. Sie ging mit der Einstellung hin, etwas ändern zu wollen, und betonte, dass Therapie ohne eigene Bereitschaft wenig Sinn mache. Nach dem stationären Rahmen folgte ein teilstationärer Anschluss, den Anna ambivalent erlebte. Die Tagesklinik war anfangs gut, wurde dann aber rasch als hinderlich empfunden, weil sie sich bereits stabiler fühlte und «starten» wollte. Das tägliche Hinmüssen erlebte sie als Bremse beim Zurückfinden in den Alltag. Im Verlauf nahm Anna zwei aufsuchende Unterstützungsangebote in Anspruch. Im Vergleich zu Klinik- oder Praxislogiken («Wartelisten», standardisierte Abläufe) erlebte Anna bei den zwei aufsuchenden Angeboten echte Responsivität und Passung. Resümierend erlebte Anna als Schlüssel für hilfreiche Unterstützung Beziehungsqualität und Passung. Zum Interviewzeitpunkt wirkte Anna reflektiert und stabil. Sie beschrieb, einen grossen Teil «selber bearbeitet» zu haben, und betonte die eigene Entscheidung als Voraussetzung für nachhaltige Veränderung. Ihr Wohlbefinden schätzte sie auf einer Skala von 1 bis 10 bei 10 ein. Insgesamt nahm Anna im Verlauf sieben unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch.

Finn

Finn war zum Zeitpunkt des Interviews in der frühen Jugendphase und lebte mit einer Schwester und seinen Eltern in einer Wohnung. Er beschrieb eine Phase psychischer Belastung, die in der 1. Sek einsetzte und sich als starke Überforderung «in die Schule zu gehen» und zunehmender Rückzug zeigte. Er selbst sprach von einer Angst, sich von seinen Eltern zu trennen (Trennungsangst). Den Einstieg in professionelle Unterstützung erlebte Finn in der Schule. Der Schulsozialarbeiter wurde als «locker», humorvoll und entspannt beschrieben. Eine weitere, als wirksam erlebte Unterstützung war die Begleitung durch ein aufsuchendes Krisenberatungsangebot. Finn startete mit Unklarheit, bewertete das Angebot zuerst als «besser als nichts», erlebte dann aber eine spürbare Verbesserung im Verlauf. Eine spätere psychiatrische Abklärung erlebte Finn ambivalent. «Komisch» wegen fremder Personen und vieler Fragen. Aus der Abklärung folgten Empfehlungen. Finn erlebte hier eine klare Grenze der Passung. Die empfohlene Psychotherapie konnte er sich vorstellen, während eine empfohlene Selbsthilfegruppe von ihm abgelehnt wurde, weil das Sprechen mit anderen Jugendlichen für ihn stark schambesetzt war. Die begonnene Psychotherapie wurde zunehmend als sicherer Raum erlebt. Am meisten hätten ihm seine Freunde geholfen. Finn betonte mehrfach, dass seine Klassenkamerad:innen beim Wiedereinstieg in die Schule sehr hilfreich waren. Zum Zeitpunkt des Interviews wirkte Finn stabil und aufgestellt. Er nahm gesamthaft vier unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch. Auf einer Skala von 1 bis 10 bewertete er sein Wohlbefinden mit 10.

Nuria

Nuria war zum Zeitpunkt des Interviews in der frühen Jugendphase und lebte zusammen mit einer älteren Schwester im Haushalt ihrer Eltern. Der Ausgangspunkt ihrer psychischen Belastung war

wiederholtes Mobbing in der Schule. Sie beschrieb, dass es ihr dadurch sehr schlecht gegangen und sie öfters zusammengebrochen sei.
Als erste Unterstützung wandte sie sich an die Schulsozialarbeiterin. Anfangs war dies für Nuria mit Hemmung und Angst verbunden, auch aus Sorge, beurteilt zu werden. Mit der Zeit wuchs jedoch das Vertrauen, sodass sie zunehmend mehr teilte. Parallel dazu wurde Nuria bei einem aufsuchenden, mobilen Angebot angemeldet, ebenfalls über die Schule. Dieses mobile Angebot erlebte sie als «gechillt», gut zum Reden, mit dem Gefühl, dass jemand «da» ist und dass sie bei Bedarf anrufen kann. Ein kritischer Punkt trat ein, als es Nuria an einem Tag sehr schlecht ging. Sie berichtete von Selbstverletzung und Selbstgefährdung. In der Folge kam es über eine Krisenstelle zu einer halb freiwilligen Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Den Klinikaufenthalt erlebte Nuria insgesamt als belastend und verschlechternd. Als deutlich entlastend beschrieb Nuria dagegen die nachfolgende Tagesklinik. Dort seien Fachpersonen entgegen der Klinik verfügbar und hätten genug Zeit. Als hilfreich beschrieb sie Gespräche, Gruppentherapien und die Verfügbarkeit der Fachpersonen. Sie berichtete, dass sie durch die Tagesklinik wieder Energie gewann. Das Nebeneinander verschiedener Hilfestellen war für Nuria sehr viel. Sie musste bei vielen Stellen ihre Geschichte erzählen, was anfangs schwer war. Im Interview wirkte Nuria stabil, aber etwas angespannt. Sie beantwortete Fragen sehr kurz. Sie stufte ihr Wohlbefinden auf einer Skala von 1 bis 10 bei einer 7 ein. Nuria nahm im Verlauf sechs professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch.

5.2. Spannungsfelder

Im Rahmen des Kodierverfahrens konnte das Phänomen der «Unterstützung als Spannungsfeld zwischen personenbezogener Hilfe und institutioneller Bearbeitung» rekonstruiert werden. Die Analyse verweist darauf, dass Unterstützung bei den acht Jugendlichen nicht als eindimensionales oder eindeutig positiv bestimmtes Geschehen verstanden wurde, sondern sich in unterschiedlichen, teils gegenläufigen Spannungsfeldern vollzog. Die rekonstruierten Spannungsfelder lassen sich in zwei übergreifende Pole verdichten, die im Modell (Abb. 4) als institutionelle Bearbeitung und personenbezogene Hilfe bezeichnet werden. Mit institutioneller Bearbeitung sind jene Hilfeerfahrungen gemeint, in denen die Jugendlichen Unterstützung vor allem als durch institutionelle Logiken geprägt erlebten. Demgegenüber steht der Pol der personenzentrierten Hilfe. Dieser Begriff bündelt jene Erfahrungen, in denen Unterstützung aus Sicht der Jugendlichen an ihrer konkreten Lebenssituation und ihren Bedürfnissen ansetzt. Die Spannungsfelder betreffen die Rahmenbedingungen der Hilfe, den Fokus der Fachpersonen sowie die mit der Unterstützung verbundene subjektive Wirkung, resp. Folgen der Hilfen.
Das nachfolgende Modell in Abbildung 4 veranschaulicht diese zwei Spannungsfelder des Unterstützungserlebens und stellt sie in verdichteter Form grafisch dar. Die Grafik ist als analytisches Modell zu verstehen, das zwei zentrale Pole jugendlicher Hilfeerfahrungen gegenüberstellt. Die Gegenüberstellung ist nicht als reale Dichotomie zu verstehen, die klar einem Hilfesetting zugeordnet werden kann, sondern als analytische Trennung. Sie dient dazu, die in den Erzählungen

enthaltenen Spannungsfelder systematisch herauszuarbeiten und die unterschiedlichen Qualitäten der Erfahrungen begrifflich voneinander unterscheidbar zu machen, obwohl diese in der Lebenspraxis der Jugendlichen vielfach ineinandergriffen. Die Erfahrungen der Jugendlichen lassen sich weder im klinischen, ambulanten noch aufsuchenden Setting jeweils eindeutig nur einem Pol zuordnen. Stattdessen zeigten sich in den unterschiedlichen Versorgungssettings sowohl Momente des einen und des anderen Pols.
Ausgehend von diesem analytischen Modell werden im Folgenden die einzelnen Dimensionen des Unterstützungserlebens Schritt für Schritt näher ausgeführt

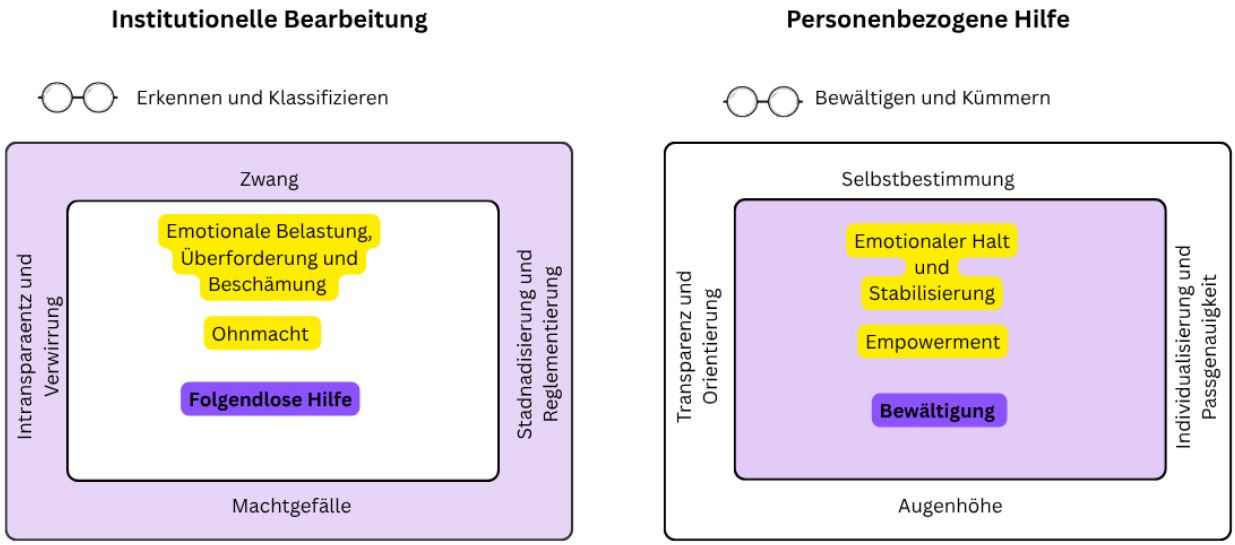


Abbildung 4. Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben
Quelle: Eigene Darstellung

5.2.1. Rahmen der Unterstützung

Dem Rahmen der Unterstützung kommt eine grosse Bedeutung zu und stellt Bedingungen dar, unter denen Hilfe stattfindet. In den Daten werden folgende Spannungsfelder in der Rahmung von Unterstützung deutlich. Im Modell (Abb. 5) sind die Begriffe der Spannungsfelder im Rahmen gelb markiert.

1. Zwang ↔ Selbstbestimmung
2. Standardisierung und Reglementierung ↔ Individualisierung und Passgenauigkeit
3. Machtgefälle ↔ Augenhöhe
4. Intransparenz und Verwirrung ↔ Transparenz und Orientierung

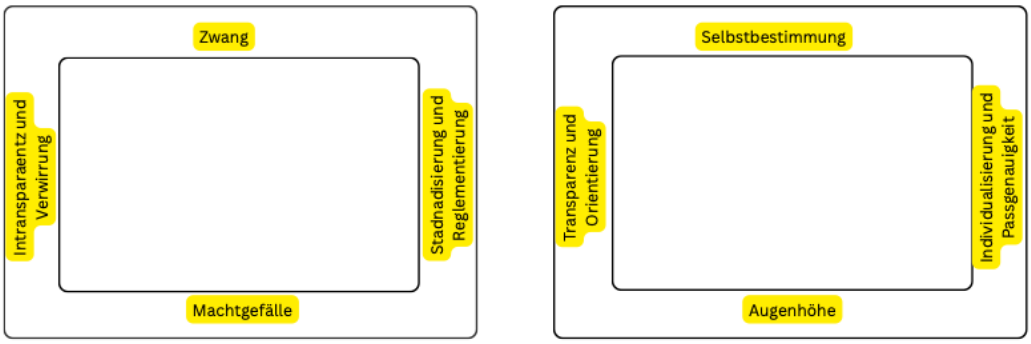


Abbildung 5. Rahmen Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben
Quelle: Eigene Darstellung

Zwang ↔ Selbstbestimmung

Ein deutliches Spannungsfeld besteht zwischen Zwang vs. Selbstbestimmung Auf der einen Seite werden Unterstützung oder einzelne Interventionen freiwillig und selbstbestimmt in Anspruch genommen. Auf der anderen Seite wird sie von aussen aufgezwungen und durchgesetzt.

> Aber auch eben in solchen Situationen wollte sie mir ein Quentiapin geben. Das ist...ein Beruhigungsmittel. Also man schläft einfach, ist ein künstlicher Schlaf, ein ganz schlimmes Medikament, mag ich überhaupt nicht und das hatte ich auch mal und sagte, ich will es nie mehr und ich habe ihr das dann ausgedruckt: «hey ich nehme das nicht, ich muss das nicht nehmen, das ist in meinem Recht das zu sagen, hey ich will das nicht» und sie hat dann einfach gesagt «ja nein du musst das jetzt nehmen» und dann habe ich.. bin ich ca. eine halbe Stunde lang mit ihr hin und her und hin und her und alles Drum und Dran und sie hat dann die Ärzte angerufen und dann die Ärzte….dann hatte ich Streit mit den Ärzten und alles Drum und Dran. Und dann bin ich dann gegangen. Nachher hat es wie geheissen, wenn du das nicht nimmst, dann nehmen wir dich auf die Geschlossene und dann musst du es nehmen…so in diesem Sinne.. es ist...es war einfach wirklich nicht lustig gewesen und für mich gab es keinen Grund, weshalb ich hätte, ein Quentiapin nehmen müssen. (Evelyn, Pos. 41)

Diese Aussage macht deutlich, dass im Kontext von Zwang nicht der inhaltliche Gehalt der Hilfe, sondern die Auseinandersetzung mit deren Durchsetzung im Vordergrund steht. Evelyn beschreibt die Situation nicht über eine mögliche Wirkung, Zielsetzung oder Sinnhaftigkeit der angebotenen Unterstützung, sondern ausschliesslich über den Konflikt um die Verabreichung des Medikaments. Im Mittelpunkt ihrer Schilderung stehen die wiederholte Ablehnung des Medikaments, der Verweis auf das eigene Recht, die Einnahme zu verweigern, die konflikthaften Interaktionen mit dem Fachpersonal sowie die Eskalation bis hin zur Androhung einer Unterbringung auf der geschlossenen Station. Die Erfahrung von Hilfe wird damit nicht als unterstützendes oder entlastendes Angebot, sondern als Zwangskonstellation erlebt, in der institutionelle Durchsetzungsmacht gegenüber dem

eigenen Willen wirksam wird. Es lässt sich interpretieren, dass im Zwangskontext die subjektive Wahrnehmung des Hilfegeschehens wesentlich durch den Verlust von Selbstbestimmung strukturiert ist. Die Aufmerksamkeit der betroffenen Person richtet sich nicht auf die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Hilfe, sondern auf die Abwehr des erlebten Eingriffs und auf den Versuch, die eigene Autonomie zu bewahren. Dass Evelyn ausdrücklich festhält, es habe für sie «keinen Grund» gegeben, das Medikament einnehmen zu müssen, verweist darauf, dass die Intervention aus ihrer Sicht nicht nachvollziehbar begründet und nicht als legitime Unterstützung angeeignet werden konnte. Zudem wird keine alternative Lösung angeboten oder gemeinsam (partizipativ) versucht, einen anderen Weg zu gehen und eine andere Bewältigung der Situation zu ermöglichen, ausser «Verhärtung der Fronten».

> Einmal hiess es in der Nacht, als ich halt einen Anfall hatte und es mir nicht gut ging, hat es geheissen ja entweder die Pille nehmen oder du bist rausgekickt […] Dann habe ich einfach die Pille genommen. Weil, ich war dort schon so wütend drauf. Habe auch mit meiner Mutter telefoniert. Niemand hat mich verstanden, ausser sie. (Nuria, Pos. 100)

Auch in dieser Sequenz beschreibt Nuria ein Erleben von Zwang und kontrollierender Sanktion. Die Handlungsoptionen wurden auf ein Ultimatum reduziert: *«Pille nehmen oder rausgekickt»*. Die Intervention der Medikamenteneinnahme wird nicht als ausgehandelte Hilfe erlebt, sondern als eine Bedingung**.** Für Nuria verschiebt sich der Sinn der Situation. Es geht weniger darum, dass es ihr besser geht, sondern darum, eine drohende Konsequenz abzuwenden. Ihre Reaktion *«Dann habe ich einfach die Pille genommen»* lässt sich als Anpassung unter Druck lesen. Sie folgte der Anweisung nicht aus Überzeugung, sondern weil sie keine Wahl erlebte. Die Aussage *«schon so wütend drauf»* deutet darauf hin, dass sie diesen Moment als ungerecht und entwürdigend erlebte und innerlich dagegen ankämpfte. Auch in der Logik dieser Erfahrung steht nicht «Hilfe annehmen», sondern **«**Zwang managen**»** im Zentrum. Das Unterstützungsangebot wird damit als Zwangsrahmen erlebt, der Kooperation erzwingt. Demgegenüber steht Hilfe, die freiwillig in Anspruch genommen wird.

> Ja also dort bin ich eigentlich schon mit dieser Einstellung hingegangen: »Hey, ich möchte versuchen mit allem aufzuhören, ich möchte etwas ändern». Und deshalb hat auch alles von Anfang an mehr Sinn gemacht, weil wenn man nicht bereit dazu ist, dann bringt egal welche Therapie einfach nichts. Und deshalb ähm, haben wir dort auch sehr, sehr, sehr, sehr viele detaillierte Regeln gehabt, eben gerade aufgrund des X-Programms und wir hatten Gruppentherapie, die ich sehr gut gefunden habe, weil es waren... wir waren alle zusammen und jeder konnte so ein bisschen sagen, wie es einem in verschiedensten Situationen geht und so…Und zudem hatten wir auch noch Einzeltherapie. Ähm, ja also man hat auch schon sehr viel....also klar, in einem Klinikaufenthalt, während eines Klinikaufenthalts hast du den ganzen Tag eigentlich praktisch nur Therapie. Verschiedene

> Therapieformen, ja. Ähm, Musiktherapie oder Kunsttherapie. Aber man hat halt schon, man hat verschiedene Therapien, die einem je nachdem mehr zusprechen und weniger. Aber ich muss sagen, in der Klinik X haben mich wirklich alle sehr angesprochen. Ähm, auch die Sporttherapie dort war lässig. Und das das Gestalterische auch sehr, weil wir frei wählen durften, was wir machen wollten. (Anna, Pos. 83)

Die Aussage von Anna markiert den Gegenpol, die im Rahmen beschriebene «Selbstbestimmung». Mit der ersten Aussage «und deshalb» verweist Anna auf einen Zusammenhang zwischen innerer Bereitschaft und positiver Bewertung des Hilfesettings. «Deshalb» kann hier als sprachlicher Marker dafür gelesen werden, dass Anna ihre eigene Veränderungsbereitschaft als Voraussetzung dafür deutet, sowohl das Hilfsangebot insgesamt als auch dessen konkreten Therapieformen als sinnvoll zu erleben. Dies deutet darauf hin, dass freiwillige Hilfeinanspruchnahme die Voraussetzung dafür schafft, dass Unterstützung nicht als äusserer Eingriff, sondern als inhaltlich erschliessbares und subjektiv bedeutsames Angebot erfahren werden kann.

> […] ich hatte einfach mega Probleme damit und ich glaube, das hat mir persönlich jetzt mega geholfen, dass es nicht so ein, eben ich muss, ich muss, ich muss, sondern so ein «Komm, schauen wir mal, wie wir das machen... und so. (Evelyn, Pos. 73)

Evelyns Aussage verweist auf die Bedeutung von Selbstbestimmung. Als «problematisch» beschreibt sie, wenn sich etwas für sie wie ein äusserer Druck oder eine verpflichtende Vorgabe anfühlt. Dies wird sprachlich sichtbar in der mehrfachen Wiederholung von «ich muss, ich muss, ich muss». Diese Formulierung kann als Ausdruck eines subjektiven Erlebens von Fremdbestimmung gelesen werden. Unterstützung erscheint unter solchen Bedingungen nicht als entlastend, sondern als zusätzliche Anforderung, die Widerstand auslöst. Wenn Evelyn sagt, sie habe «mega Probleme damit» gehabt, wird deutlich, dass sie ein solches Vorgehen nicht als hilfreich, sondern als belastend erlebt. Demgegenüber beschreibt sie, als unterstützend eine Haltung, die auf gemeinsame Aushandlung ausgerichtet ist. In der Formulierung «Komm, schauen wir mal, wie wir das machen» zeigt sich ein Erleben von Hilfe, das aus Offenheit, Flexibilität und Kooperation besteht. Bedeutsam ist hier auch das «wir», da es auf eine Form der Beziehungsgestaltung hinweist, in der sie sich als Teil von etwas fühlt. Hilfe wird somit als ein gemeinsamer Prozess erlebt, in dem ihre Perspektive Raum erhält.

Anhand dieser empirischen Sequenzen wird deutlich, dass Unterstützung unter Bedingungen von Zwang keine Auseinandersetzung mit der eigenen psychischen Befindlichkeit oder Entlastung zulässt, weil die Jugendlichen ihre Energie primär darauf richten müssen, sich gegen institutionellen Druck zu behaupten oder sich ihm anzupassen. Demgegenüber wird Hilfe dann als bedeutsam und hilfreich erlebt, wenn sie auf Freiwilligkeit, Mitbestimmung und gemeinsamer Aushandlung beruht.

Standardisierung und Reglementierung ↔ Individualisierung und Passgenauigkeit

Die Daten zeigen, dass Jugendliche Unterstützungsangebote nicht nur nach deren Absicht, sondern auch nach ihrer Passung bewerten. Besonders herausgekommen sind Situationen, in denen Hilfe als standardisiertes Vorgehen wie Gesprächsleitfäden, wiederkehrende Routinefragen oder als reglementierende Massnahme z. B. festgelegte Konsequenzen, vorgeplante Therapiebausteine erlebt wurde. In diesen Momenten verschob sich das Erleben häufig weg von «Unterstützung» hin zu Abarbeitung, Kontrolle oder Verwaltung. Die Jugendlichen beschrieben dann eher Anpassungsstrategien wie Ausweichen, nicht die Wahrheit sagen, Schwierigkeiten im Vertrauensaufbau sowie das Gefühl, als «eine von vielen» behandelt zu werden.

> Ja. Ja...ähm..[…] sie hat sich wie einen Plan geschrieben, worüber wir reden. Sie hatte wie das Gespräch schon vorgeplant. […] Sie hat gefragt ja wie geht es dir? Und ich so ja gut. Ja, so und wie war die letzte Woche? Und dann, wie geht es dir jetzt mit dem Tod deiner Mutter? Und es ist einfach so mega aufzwingend wollte sie über das reden. Und ich konnte nicht sagen, ich will nicht über das reden, sondern ich stand einfach dort und habe einfach...ich habe nicht die Wahrheit erzählt. Ich habe ihr gesagt, ja, mir geht es super, es ist mir egal und so. (Alina, Pos. 46)

Alina erlebte das Gespräch als ein vorgeplantes Skript. Als Resultat entstand bei ihr keine vertiefte Hilfe, sondern eine Anpassung. Sie schützte sich, indem sie «mir geht es super» antwortete. Subjektiv erlebte Standardfragen führten hier zu einem Erleben von Druck und Kontrollverlust, wodurch authentische Kommunikation bei Alina blockiert wurde.

> Es wurden jedes Mal wieder so Standard-Sachen gefragt... so a la «Ja, und dein Vater?» so keine Ahnung was.... etwas das ich eigentlich schon drei Mal gesagt habe. Weil, man merkt einfach.. sie haben wahrscheinlich so viele Patienten, dass sie sich nicht an einen erinnern können oder nicht so eine professionelle Beziehung aufbauen können, dass ich,... dass man jemandem vertraut, was ja eigentlich sehr wichtig ist in diesem Beruf. Das hat es nicht gegeben. Es ist dann glaube ich sehr schwierige als Patient, so jemandem zu vertrauen. (Evelyn, Pos. 103)

Evelyn deutete diese wiederholenden Fragen der Fachpersonen als Folge einer hohen Anzahl von Patienten und Patientinnen zu, wodurch keine tragfähige, erinnernde Beziehung entstand. Damit beschrieb sie die Konsequenz eines fehlender Vertrauensaufbaus. Standardisierte Fragen hinterliessen bei Evelyn ein Gefühl «eine von vielen» zu sein, was bei ihr ein Vertrauen erschwerte.

> «Hey, die isst nicht genug». Ich liebe Essen so in diesem Sinne […] Dann hat es auch mal Sachen gegeben, die ich nicht ass. Und irgendwann kam es dann dazu, haben sie

> sagte, ja... es ist so gestanden in diesem Terminkalender. Ja, Esstherapie. Dann war ich so «Was? Wieso habe ich eine Esstherapie?». (Evelyn, Pos. 91)

Hier erlebte Evelyn Reglementierung deutlich in einer institutionslogischen Kategorisierung. Aus einzelnen Esssituationen wurde eine Massnahme abgeleitet. Der Ablauf wurde von Evelyn als ein Automatismus erlebt. Weil ihr das Essen nicht geschmeckt hat und «es auch mal Sachen gegeben hat, die ich nicht ass», wurde ohne Erklärung die Massnahme einer Esstherapie abgeleitet. Evelyn erlebte, dass ein Plan bestimmte, welche Therapie sie zu besuchen hat, unabhängig davon, ob sie sich selbst in dieser Problembeschreibung wiedererkannte. Die Intervention wurde dadurch als fremdbestimmtes Programm erlebt, das eher Verhalten verwaltet, als individuelle Bedeutungen klärt.

> Hmm. Ähm. was auch mega viel gemacht wurde in der Klinik, ist, man nimmt das Handy weg, wenn jemand nicht in die Schule geht. Verstehe ich ähm, absolut. Mir hat es nur nicht geholfen, weil, ich habe dann geschlafen. Ähm, und dann wurde ich zusammengeschissen, weil ich nicht schlief. Keine Ahnung. (Evelyn, Pos. 87)

Hier beschrieb Evelyn eine weitere reglementierende Klinikpraxis, die sie zwar als nachvollziehbar einordnete, die für sie aber nicht als Hilfe, sondern als Sanktionslogik erlebt wurde.
Im Kontrast dazu wurde Individualisierung als positives Merkmal von Unterstützung erlebt. Die Daten zeigen, dass Angebote dann als hilfreich erlebt wurden, wenn Fachpersonen flexibel und bedürfnisorientiert agierten, nicht «stur nach Plan», sondern entlang dessen, was die/der einzelne Jugendliche in ihrer/seiner Situation tatsächlich brauchte.

> […] weil jede Person, jeder Patient ist anders und verschieden. Und sie [die Fachpersonen] haben das Gefühl, es gibt nur...also gewisse haben das Gefühl, es gibt nur eine richtige Version und die muss für alle stimmen? Ich finde, das ist nicht so. Das ist bei jedem Menschen anders. Und ich finde es schön, bei den Organisationen, die versuchen zu schauen, Okay, was brauchst du. Und die halt auch menschlich sind wenn man z.B. Ich hatte manchmal das Problem...ich habe mich lange nicht gemeldet. Ich habe mir Druck aufgebaut, weil ich die Nachricht schön machen wollte, beziehungsweise richtig und gut und und hatte einfach den Leistungsdruck und nachher hatte ich einfach so Angst davor, dass ich mich gar nicht gemeldet habe (lacht). Und dann..[…] gab es auch hier viele Unterschiede wie gewisse Personen gesagt haben, es sei okay, das macht nichts. Wie geht es dir besser, wenn ich dir eine Sprachnachricht mache oder was.. was hilft dir? Oder wie fällt dir das Antworten einfacher? Und dann gibt es diese Personen, die sagten es geht nicht! Wenn ich dir schreibe, dann solltest du einfach antworten, und zwar sofort. Und ich finde, das ist so ein bisschen der Unterschied. (Anna, Pos. 181)

Hier beschrieb Anna Individualisierung, die an der Kommunikation deutlich wurde. Sie beschrieb, dass ihre psychische Belastung bei ihr zu Vermeidung von Kommunikation via E-Mail geführt hatte. In einem individualisierten Setting wurde dieses Muster nicht sanktioniert, sondern verstanden und adaptiv beantwortet. In der Situation, die sie beschrieb, signalisierte eine Fachperson, dass «es okay ist», und bot Alternativen an. Anna erlebte eine Wahlmöglichkeit und Anpassung an ihre Funktionslogik, was Druck reduzierte und Kontakt erst wieder ermöglichte. Der Kontrast «du solltest sofort antworten» markierte für sie die Grenze, an der Unterstützung in Reglementierung kippt. Sie betonte, dass es da «Unterschiede» gab, und positionierte sich klar auf der Seite der individuellen Bedürfnisorientierung.

> Und beim Unterstützungsprogramm X war es mehr so ein «ah bist du krank, fühlst du dich nicht so gut? Okay, ich komme zu dir nach Hause, dann schauen wir zu Hause etwas an» so.. in dem Sinne, wenn du magst oder «ah du magst heute nicht?, dann machen wir es morgen» Ich glaube, das hat mir mehr geholfen, weil ich so ein Mensch bin.. solange... sobald etwas von mir verlangt wird mit so einer Deadline, egal ob ich es möchte oder nicht, ich kann es nicht. (Evelyn, Pos. 71)

Diese Passage verweist darauf, dass Evelyn Unterstützung vor allem dann als hilfreich erlebte, wenn diese an ihre persönliche Funktionsweise angepasst wurde. Mit der Aussage: «Ich glaube, das hat mir mehr geholfen», stellte sie einen Zusammenhang zwischen der Form der Unterstützung und deren subjektiv empfundener Wirksamkeit her. Es scheint dabei nicht um den Inhalt des Angebots zu gehen, sondern vor allem um die Art und Weise, wie Anforderungen an sie herangetragen wurden. Das Unterstützungsprogramm reagierte situativ: «Ich komme zu dir nach Hause», «Wenn du heute nicht magst, dann morgen». Unterstützung wurde hier an Tagesform und Belastbarkeit angepasst. Dadurch erlebte Evelyn das Angebot als entlastend, weil es ihre Autonomie liess und gleichzeitig verlässlich blieb. Mit der Formulierung «weil ich so ein Mensch bin» machte sie deutlich, dass sie Unterstützung daran mass, ob diese zu ihrer persönlichen Weise des Umgangs mit Anforderungen passte. Feste Deadlines erlebte sie nicht als hilfreich, sondern als blockierend. In der Aussage: «Egal ob ich es möchte oder nicht, ich kann es nicht» zeigte sich, dass standardisierte Anforderungen aus ihrer Sicht nicht aktivierend wirkten, sondern Überforderung auslösten. Die Sequenz deutet darauf hin, dass Evelyn Unterstützung dann als hilfreich erlebte, wenn sie flexibel an ihre individuelle Belastungsdynamik angepasst wurde.

> Also in der Tagesklinik hatte ich relativ Mühe mit dem Einstieg, wieder ein neuer Ort. Dort durfte ich in Schritten anfangen. Mal so einen Tag, mal diesen Tag, mal diesen Tag, mal Morgen und mal Nachmittag. Das hat mir den Einstieg sehr vereinfacht und dann ging es darum, was möchte ich? Möchte ich noch in diese Schule gehen? Und das wollte ich definitiv nicht mehr. Und dann hat man für mich auch geschaut. (Noemi, Pos. 101)

Noemi beschrieb in der Tagesklinik eine schrittweise Gestaltung des Einstiegs, die ihr den Übergang an einen neuen Ort erleichterte. Die Passgenauigkeit lag hier in der Anpassung des Tempos an ihre Belastbarkeit und in der anschliessenden gemeinsamen Klärung ihrer Ziele: «was möchte ich?». Mit der Aussage «mal so einen Tag, mal diesen Tag» beschrieb sie die Flexibilität des Angebots an ihre Bedürfnisse. Die Daten machen deutlich, dass Individualisierung aus Sicht der Jugendlichen dort als hilfreich und entlastend erlebt wurde, wo ihre Autonomie respektiert, flexibel vorgegangen und ihre konkrete Lebens- und Belastungssituation berücksichtigt wurde. Passgenaue Unterstützung wurde entlastend erlebt, indem sie Druck senkte und Vertrauen förderte, weil die Jugendlichen sich nicht an ein System anpassen mussten, sondern das Angebot sich (innerhalb eines Rahmens) an sie anpasste.
Die empirischen Sequenzen deuten darauf hin, dass Angebote dann als hilfreich erlebt wurden, wenn Fachpersonen flexibel und bedürfnisorientiert agierten, nicht «stur nach Plan», sondern entlang dessen, was die/ der einzelne Jugendliche in ihrer / seiner Situation tatsächlich brauchte.

Machtgefälle ↔ Augenhöhe
In den Beschreibungen der Jugendlichen wurde ein Machtgefälle als ein zentrales Strukturmerkmal professioneller Unterstützung sichtbar. Die Jugendlichen beschrieben, wie sich Macht im Kontakt körperlich, sprachlich und organisatorisch zeigte und wie diese Erfahrung ihr Vertrauen, ihre Offenheit und ihr Gefühl von Selbstwirksamkeit beeinflusste. Das Machtgefälle liess sich hier als Prozess rekonstruieren. Es wurde hergestellt durch Rollen und Regeln und wurde von den Jugendlichen als Objektivierung gedeutet.

> […] in der Klinik war es halt ganz klar so ein bisschen ähm.. halt Arzt und Patient. Ich sage Arzt und nicht Pflegefachperson aus einem Grund.[…] man siezt Ärzte. Es ist halt trotzdem so ein bisschen so ein Respekt Ding. So es ist so mehr ein [...] Man schaut auf einen runter. (Evelyn, Pos. 95).

> Es hat einfach sehr eine Dynamik reingebracht, à la: «wir können mit euch machen, was wir wollen» […] vor allem die Ärzte schauen sehr auf einen runter. Ähm.. und eben sie interessieren sich gar nicht. Es ist mehr so, du bist unser Projekt. (Evelyn, Pos. 99)

Evelyn beschrieb das Gefälle bereits über die Benennung «Arzt und Patient» und grenzte bewusst Pflegefachpersonen ab. Sie beschrieb eine institutionelle Ordnung, in der Ärztinnen und Ärzte eine Sonderstellung hatten, die sichtbar wurde im «Siezen» und im «Respekt-Ding». Die Formulierung «man schaut auf einen runter» macht deutlich, dass das Hierarchieverhältnis als herabsetzend erlebt wurde. Damit beschrieb Evelyn, wie Macht nicht nur in «oben/unten» organisiert ist, sondern in Interaktionen als Gefühl von Unterlegenheit und Geringschätzung ankam. Sie beschrieb das Machtgefälle am deutlichsten als Erfahrung von Objektivierung: «Wir können mit euch machen,

was wir wollen». Diese Passage verweist auf eine verdichtete Wahrnehmung institutioneller Macht. Evelyn beschrieb dabei nicht nur einzelne Situationen, sondern ein wiederkehrendes Beziehungsmuster, in dem sie sich den institutionellen Abläufen und Zuschreibungen untergeordnet erlebte. Sie schien sich darin nicht als eigenständige Person mit einer eigenen Sichtweise, sondern als Gegenstand professioneller Bearbeitung gefühlt zu haben. Die Wortwahl «Projekt» deutet auf ein subjektives Erleben hin, in dem sie sich nicht als handelndes Subjekt, sondern als Objekt institutioneller Massnahmen wahrnahm. Evelyns Aussage, die Ärzte und Ärztinnen würden sich «gar nicht interessieren», verdeutlicht ihr subjektives Erleben, dass das Machtgefälle für sie wie ein Abbruch von Beziehung und Zugewandtheit wirkte. Das Machtgefälle wurde von ihr als fehlende Resonanz und fehlendes echtes Interesse wahrgenommen.

> Aber sie [die Fachperson] war einfach so oberflächlich, hatte ich das Gefühl. Und ich habe das Gefühl, man hat einfach gemerkt, es geht dort wie so ein bisschen den Leuten darum, «Okay Patienten kommen-gehen». […] sie hat mich ein paar Mal auch einfach rausgeschmissen während der Therapie. Sie so, «ja gut, lassen wir es, das sollte genug sein für dieses Mal». Ich so, «aber ich würde gerne noch etwas erzählen». Und dann sie so, «ja nein, wir machen es beim nächsten Mal». Also wirklich, es ist einfach nicht ähm, man fühlt sich nicht willkommen dort. Es ist wie so eine Maschine und eine Massenanfertigung, die sie dort führen, jetzt blöd gesagt. (Anna, Pos. 93).

Die Interpretation dieser Sequenz ist ein Machtgefälle, in dem professionelle Grenzsetzungen als Abbruch, Nicht-Gesehen-Werden und fehlende Resonanz erlebt wurden. Die Fachperson verfügte über die Macht, das Gespräch zu beenden, und Anna hatte in diesem Moment keine wirksame Möglichkeit, ihre Bedürfnisse durchzusetzen. Die Erzählung: «Ich so, ‘Aber ich würde gerne noch etwas erzählen’..», expliziert ein Bedürfnis. Mit der von Anna benutzten Metapher «Es ist wie so eine Maschine und eine Massenanfertigung» kritisierte sie die gesamte Struktur des Angebots. «Maschine» kann als Unpersönlichkeit, Taktung, Funktionalität und fehlende Resonanz interpretiert werden.

«Eben, also meistens ist es eher so ein Ding von wegen: Ich bin jetzt dein Arzt. Es hat mir so ein Gefühl gegeben von […] wenn man jetzt ins Spital geht und behandelt wird oder so» (Alina, Pos. 58). Die Aussage «ich bin jetzt dein Arzt» kann dahingehend interpretiert werden, dass Alina die Fachperson primär als Autorität erlebte, die sich über ihre institutionelle Position definierte. Dadurch entstand aus ihrer Sicht kein relationaler Raum, in dem sie sich als gleichwertige Gesprächspartnerin angesprochen fühlte. Der Verweis auf das Spital ruft ein Bild von Behandlung hervor, das mit medizinischer Zuständigkeit, Rollenklarheit und einer eher asymmetrischen Beziehung verbunden ist. Das Vorstellen als «dein Arzt» schien bei Anna den Eindruck erzeugt zu haben, eher Objekt einer Behandlung zu sein. Hier ist bedeutsam, dass Alina ihre Erfahrung über das Bild des «Arztes» und des «Behandelt-Werdens» beschrieb. Beide Bilder verweisen auf eine Situation, in der die andere Person über fachliche Kompetenz, Definitionsmacht und Handlungshoheit

verfügt, während sie selbst eher in die Rolle derjenigen gerät, mit der etwas gemacht wird. Im Unterschied dazu verweisen die Daten darauf, dass Unterstützungsangebote dann als hilfreich erlebt wurden, wenn die professionellen Beziehungen sich wie eine Beziehung auf Augenhöhe anfühlten.

> Definitiv etwas, was Therapeuten ja nicht machen sollten, ist, ihre eigenen Erfahrungen zu erzählen oder so weil das unprofessionell ist. Im Coaching hatten wir auch viel... einfach gemeinsam. Also ich hatte ihr etwas erzählt, wie es war in meiner Kindheit und dann hat sie gesagt «Jaa das war bei mir genau so passiert» und dann hat sie[…] haben wir trotzdem über mich geredet aber ich konnte trotzdem Rückfragen stellen und es fühlte sich mehr wie ein Gespräch an als ein Interview. Und ähm, also keine Ahnung, ich glaube das hat es definitiv gebraucht, so ein Gesprächspartner. (Alina, Pos. 62)

Alina hob hervor, dass die Fachperson im Coaching punktuell eigene Erfahrungen einbrachte. Zwar sagte Alina zunächst, dass Therapeutinnen und Therapeuten ihre eigenen Erfahrungen eigentlich nicht erzählen sollten, da dies unprofessionell sei. Daran wird deutlich, dass Alina ein Bewusstsein dafür hatte, dass es in dieser professionellen Beziehung nicht um die Therapeutin, sondern um die Klientin und deren Anliegen gehen sollte. Ihre Erzählung legt aber nahe, dass sie das Teilen persönlicher Erfahrungen im Coaching nicht als Grenzüberschreitung erlebte. Zu Beginn erwähnte sie, dass sie «auch viel.. einfach gemeinsam» hatten. Diese Aussage kann dahingehend interpretiert werden, dass die Selbstoffenbarung der Fachperson, ihr sei es «auch so» ergangen, bei Alina ein Gefühl von Verbundenheit oder «Gemeinsamkeit» auslöste. Diese wahrgenommene geteilte Erfahrungsbasis schien für Alina bedeutsam gewesen zu sein, da sie das Erleben, mit ihren Erfahrungen nicht allein zu sein, förderte. Die Aussage, es habe sich «mehr wie ein Gespräch angefühlt als ein Interview», zeigt sich ihr subjektives Erleben von Augenhöhe sehr deutlich. Dass Alina abschliessend sagte, sie glaube, «das hat es definitiv gebraucht, so ein Gesprächspartner», verweist darauf, dass sie das Unterstützungsangebot gerade wegen dieser dialogischen Qualität als hilfreich erlebte. Nicht die formale Rolle der Fachperson mit Expertise stand im Vordergrund, sondern deren Funktion als Gesprächspartnerin. Das Wort «Gesprächspartner» ist hier aufschlussreich, weil es eine Beziehung bezeichnet, die von wechselseitigem Austausch geprägt ist.

> Und dann haben wir uns bei dem Gespräch zum ersten Mal getroffen, miteinander geredet und wir hatten es mega gut und lustig und so. Das hat sich angefühlt, als wäre sie ein bisschen eine kleine Kollegin für mich, einfach ein bisschen älter halt, aber... Also keine Ahnung.. es hat einfach so funktioniert. (Alina, Pos. 34)

Eine andere Aussage von Alina unterstreicht, dass Nähe, Leichtigkeit und Wechselseitigkeit für Alina zentrale Merkmale hilfreicher Unterstützung waren. Der Begriff «kleine» Kollegin, kann dahingehend interpretiert werden, dass Alina nicht von einer vollwertigen Freundschaft im engeren

Sinne spricht, sondern von einer abgeschwächten, freundschaftsähnlichen Form der Beziehung. Gleichzeitig relativiert Alina diese Nähe, indem sie ergänzt, die Person sei «ein bisschen älter halt». Diese Einordnung zeigt, dass sie die Unterschiede in Alter und Rolle wahrnimmt. «Mit ihr bin ich sehr fest zufrieden gewesen. Sie hat auch mal etwas Privates erzählt. Dass sie Fussball spielt oder so. Sie war etwas mehr menschlich und hat mich nicht so unbedingt als Patientin angeschaut» (Noemi, Pos. 55). Auch Noemis Aussage lässt erkennen, dass sie vor allem jene Fachpersonen als positiv erlebte, die sich auch als «menschlich» zeigten. Ähnlich beschrieb Evelyn die Beziehung zu Frau X.

> Also mit der Frau X hätte ich gesagt, sie war mehr eben, so von Person zu Person. Jetzt nicht Kollegen, aber auf so einer professionellen Art Kollegen. Ich weiss es nicht. Sie war meine einzige Bezugsperson in dem Sinne.. die einzige Person ausserhalb von meinen Eltern, mit denen ich geredet habe, in diesem Moment. (Evelyn, Pos. 105)

Die Verbalisierung «von Person zu Person» kann als eine Begegnung zwischen zwei Personen auf Augenhöhe interpretiert werden. Im Ausdruck «jetzt nicht Kollegen, aber auf so einer professionellen Art Kollegen», rang sie sprachlich um eine Beschreibung für ein Verhältnis, das weder rein privat noch distanziert-professionell war. Dieses tastende Formulieren kann zeigen, dass sie eine Beziehungsqualität beschreiben wollte, die sich den üblichen Kategorien «Kollegen» oder «professionelle Beratende» nicht ganz fügt. Subjektiv erlebte sie Frau X offenbar als jemanden, der ihr nahe genug war, um als echtes Gegenüber zu wirken, ohne dass der professionelle Rahmen aufgehoben wurde.

Intransparenz und Verwirrung ↔ Transparenz und Orientierung

Ein weiteres Spannungsfeld wurde beim Thema Orientierung über Hilfe, Massnahmen und Vorgehen deutlich. Alina betonte in diesem Satz mehrfach, keine Erklärung erhalten zu haben.

> Und ich habe halt.. niemand hat mir erklärt, was das heisst, was das ist und so. Und es ist mir nicht gesagt worden und ich hatte keine Erwar.. also ich wurde dort hin geschleppt..und weil.. das Einzige, was ich wusste, war, dass mein Arzt mich dort hergeschickt hat. Ich wusste nicht, ob ich jetzt... ein Röntgenscan machen gehe oder nicht. Ich habe es nicht verstanden. Und niemand hat mir das erzählt. (Alina, Pos. 44)

Die Interpretation von Intransparenz entsteht hier, weil Alina weder der Zweck noch der Ablauf der Situation vermittelt wurden. Sie blieb aus ihrer Perspektive ohne verständliche Einordnung. Weiter beschrieb Alina in diesem Satz, ohne eigene Orientierung in die Situation hineingeraten zu sein. Die Formulierung, sie sei «dorthin geschleppt» worden, deutet darauf hin, dass sie sich nicht als aktiv beteiligte Person, sondern als passive Adressatin erlebte. Sie wusste nicht, was mit ihr geschah, und hatte keinen Zugang zu den relevanten Informationen, um das Geschehen einordnen

zu können. Die Erwähnung eines «Röntgenscans» kann darauf hindeuten, dass sie die Situation mit etwas Medizinischem assoziierte, ohne genauer zu wissen, was auf sie zukam.
Auf der anderen Seite des Pols befindet sich Alina mit einem Erlebnis von Transparenz und Orientierung.

> Und der Herr Hug, hat mir ja dann schon gesagt, es gibt viele Optionen. Und das hat mir mega geholfen. Das hätte ich gerne mit 12 Jahren gehabt, dass ich gewusst hätte, okay was heisst das jetzt falls... welche Option heisst was. Es gibt mehrere Optionen und so.. damit umzugehen und das habe ich halt nicht gewusst und das hätte ich mir gewünscht glaub ja. (Alina, Pos. 100)

Handlungsoptionen wurden ausdrücklich benannt und verständlich gemacht. Transparenz zeigte sich nicht nur in der Mitteilung, dass «es viele Optionen» gebe, sondern vor allem in der Klärung ihrer jeweiligen Bedeutung. Dass ihr erklärt wurde, welche Bedeutung die einzelnen Optionen haben, machte das institutionelle beziehungsweise unterstützungsbezogene Vorgehen für sie transparenter. Die Benennung der Handlungsmöglichkeiten erleichterte es ihr, die eigene Situation besser zu verstehen, und gab ihr das Gefühl, mitbestimmen zu können. Dass Alina diese Form der Aufklärung rückblickend bereits für ihre Kindheit gewünscht hätte, unterstreicht, dass fehlende Transparenz für sie negativ erlebt wurde.
Nach dem Rahmen der Unterstützung rückt nun der Fokus der Unterstützung in den Mittelpunkt, also die Frage, worauf das professionelle Handeln aus Sicht der Jugendlichen ausgerichtet war.

5.2.2. Fokus der Unterstützung

Im Datenmaterial zeigte sich, dass die Jugendlichen zwei unterschiedliche Fokussierungen professionellen Handelns durch Fachpersonen wahrnahmen. Auf der einen Seite beschrieben sie, dass Fachpersonen vor allem darauf ausgerichtet waren, ihre Situation zu erfassen, sie einzuordnen, zu klassifizieren und Problemlagen zu identifizieren. Auf der anderen Seite berichteten die Jugendlichen von Erfahrungen, in denen die Fachpersonen primär als unterstützend, zugewandt und fürsorglich erlebt wurden, mit Blick darauf, ihre Belastungen zu bewältigen. Diese beiden Pole verweisen auf unterschiedliche professionelle Orientierungsmuster. Wie in Abbildung 6 dargestellt, liegt in einem Fall der Schwerpunkt auf dem Erkennen, Benennen und diagnostischen Einordnen, im anderen auf dem konkreten Unterstützen, Begleiten und Kümmern.

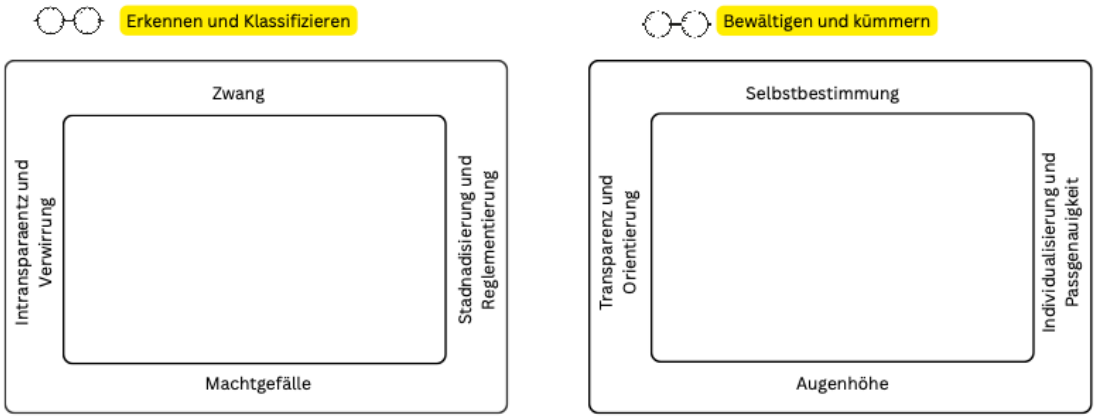


Abbildung 6. Fokus Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben

Quelle: Eigene Darstellung, Datenanalyse

Erkennen und Klassifizieren ↔ Bewältigen und Kümmern

Alina berichtete von einem Unterstützungsangebot, das aus ihrer Perspektive weniger auf unmittelbare Hilfe als auf das Erkennen, Einordnen und Klassifizieren ihrer Problemlage ausgerichtet war.

> Und dort also.. das ist weniger..also ich habe direkt gemerkt, dass es weniger so war, dass sie mir versuchen wollten zu helfen, sondern sie versuchten herauszufinden, was es ist. Und es ist also... Die Frau war zwar schon nett gewesen so, aber es ..also es hat sich jetzt gar nicht persönlich an angefühlt und ich fühlte mich gar nicht wohl dort. Was ich gemacht habe, ich musste jede Woche Fragenbogen nach Fragenbogen ausfüllen. (Alina, Pos. 20)

In dieser Sequenz kommt ein subjektives Erleben zum Ausdruck, in dem die professionelle Aufmerksamkeit vor allem auf diagnostische Klärung und Benennung gerichtet erschien. Ihre Beschreibung, sie habe «jede Woche Fragebogen nach Fragebogen» ausfüllen müssen, kann aus ihrer Perspektive als Ausdruck eines institutionellen Interesses an Erfassung, Vermessung und systematischer Einordnung gelesen werden. In ihrem subjektiven Erleben wurde Unterstützung hier als ein Vorgang standardisierter Abklärung erlebt. Die Schilderung kann auch darauf hinweisen, dass dieses Erleben mit einer Form von Distanz verbunden war. Alina beschrieb die Fachperson zwar als «nett», grenzte diese positive Zuschreibung jedoch unmittelbar davon ab, dass sich die Situation «gar nicht persönlich» angefühlt habe. Die Passage kann zudem in Richtung Pathologisierung gelesen werden. Alina beschrieb den Eindruck, dass es vor allem darum ging, «herauszufinden, was es ist». Auch in der folgenden Erzählung von Evelyn zeigte sich, dass sie ein Unterstützungsangebot dann als wenig hilfreich erlebte, wenn es stark über Diagnosen organisiert war.

> Ich weiss nicht. Ich habe das Gefühl, es würde viel mehr helfen, wenn eine Klinik nicht... eine Diagnose an einen kleben würde und einen aufgrund dessen an einen Therapeuten schickt, sondern dass sie sich wirklich die Problematik und Symptome dieser angeblichen Diagnose, egal was es jetzt ist, anschauen und sich mehr darauf fokussieren. Ich glaube, ich habe nicht gehört, dass es irgendein einer 16-Jähriger jemals geholfen hat, irgendwie eine Borderline-Diagnose zu bekommen oder sonst irgendetwas. (Evelyn, Pos. 57)

Evelyn kritisierte in dieser Sequenz, dass Diagnosen den weiteren Hilfeprozess strukturierten, bevor ihre konkrete Problemlage ausreichend verstanden wurde. Die Formulierung des «Anklebens» ist hier aufschlussreich und kann darauf hinweisen, dass Evelyn die Diagnose nicht als offene oder vorläufige Einschätzung erlebte, sondern eher als etwas Festes, das an einer Person haften bleibt. Es wirkt aus ihrer Perspektive so, als würde mit der Diagnose etwas über sie festgelegt, dass den weiteren Blick auf sie bestimmt. Auch in Noemis Schilderungen zeigt sich ein Erleben, das sie nicht als verstehend oder hilfreich wahrnahm, sondern als distanziert und reduziert.

> Mit der Psychologin 1 eben habe ich mich belächelt gefühlt, nicht ernst genommen gefühlt und so ein bisschen nicht wahrgenommen und man hat dann mal einen Test gemacht auf Depressionen und der ist dann halt positiv ausgefallen, aber erklärt, was Depressionen sind, was ich habe, hat man mir nicht. Es hat einfach geheissen, du hast Depressionen. (Noemi, Pos. 34)

Noemi beschrieb ein Erleben von nicht gemeint zu sein, eine Situation, in der sie sich in ihrem Leiden nicht anerkannt fühlte. Der Depressions-Test stellte aus ihrer Sicht keinen Schritt zu mehr Verständnis dar, sondern blieb in einer Form des Erfassens. Zwar wurde etwas festgestellt, der Test fiel positiv aus, doch daran schloss sich für Noemi kein Prozess des gemeinsamen Verstehens an. In den folgenden Schilderungen von Evelyn fällt auf, dass sie die verschiedenen fachlichen Einschätzungen als widersprüchlich und kaum nachvollziehbar empfand.

> Jeder meint dann wieder etwas anderes. Jeder will ein anderes Medikament verschreiben. Jeder hat andere Diagnosen. Ich habe in der Klinik..ich habe glaube ich noch nie so viele Diagnosen verschrieben bekommen wie in einer Klinik. Es ist einfach.. also beim ersten Aufenthalt hatte ich danach irgendwie acht Diagnosen. (Evelyn, Pos. 51)

Dass sie sagte, «jeder meint dann wieder etwas anderes», kann darauf hinweisen, dass sie den Eindruck hatte, von unterschiedlichen Fachpersonen immer wieder neu und unterschiedlich gelesen zu werden. Unterstützung schien sie nicht als konsistenten Prozess des Verstehens zu erleben, sondern als ein Nebeneinander verschiedener Deutungen, die sich nicht zu einem stimmigen Bild fügten. Die Benennung der Anzahl ihrer Diagnosen wirkt in ihren Schilderungen nicht ordnend, sondern überfordernd. Es entsteht der Eindruck eines Zuviels an diagnostischer Benennung. Das

Wort «irgendwie» kann andeuten, dass Evelyn die Diagnosen nicht als klar umrissene, für sie verstehbare Feststellungen erlebt, sondern als diffuse Menge an Zuschreibungen. Die Diagnosen erscheinen nicht als etwas, das sie sich aneignen kann oder das ihr hilft, ihre Situation besser zu verstehen, sondern wie etwas, das sich über sie legt und kaum mehr überschaubar ist. Die Schilderungen von Evelyn können als subjektives Erleben von Pathologisierung gelesen werden.
Zugleich weisen die Daten darauf hin, dass Jugendliche Entlastung erlebt haben, indem jemand «da war», sich kümmerte, Fachpersonen zugewandt und verlässlich erlebt wurden und halfen, Situationen zu bewältigen. In den Schilderungen von Selin und Nuria zeigt sich ein Erleben, dass jemand da ist, zuhört und im Umgang mit Belastungen unterstützt. Das verweist auf eine Form professionellen Handelns, die den Fokus auf Begleitung und Bewältigung gerichtet hatte.

> «Dass ich jemandem mein Leben erklären kann. Und ähm...dass ich weiss, jemand hilft mir. Ja» (Selin, Pos. 190).

> «Also man konnte gut reden. Sie waren halt da für dich. Man konnte immer anrufen. So. Genau» (Nuria, Pos. 117).

In Selins Aussage, sie könne «jemandem mein Leben erklären», wird sichtbar, dass bereits das Erzählen der eigenen Geschichte eine Entlastung sein kann. Die Möglichkeit, der eigenen Lebenssituation Ausdruck zu verleihen und dafür genügend Raum zu erhalten, wurde damit als ein Teil von Unterstützung erfahrbar. Auch Nuria beschrieb mit «man konnte gut reden» einen Raum, in dem Austausch möglich war. Dass Selin anschliessend sagte, «dass ich weiss, jemand hilft mir», kann darauf hindeuten, dass dieses Erzählen für sie mit einem Gefühl von Sicherheit und Entlastung verbunden war. Hilfe bestand in ihrer Wahrnehmung also nicht allein in konkreten Massnahmen, sondern bereits darin, das Vertrauen zu haben, dass jemand da war, ihr half und sie mit ihren Belastungen nicht allein liess. Ein «Kümmern» zeigt sich hier z. B. in der Erfahrung von Verlässlichkeit. Selin beschrieb nicht, was genau diese Person tat. Im Vordergrund stand eher das Gefühl, dass Hilfe vorhanden war. Dieses Wissen, dass jemand hilft, kann als subjektives Erleben eines Getragen-Werdens verstanden werden. Unterstützung erschien damit als etwas, das Sicherheit schaffte, weil eine zuständige, ansprechbare und unterstützende Person vorhanden war. Nurias Formulierung «Sie waren halt da für dich» verweist auf ein subjektives Erleben von Kümmern in einer grundlegenden Form und in ähnlicher Weise wie bei Selin. Dass jemand «da» war, bedeutet aus ihrer Perspektive offenbar, dass Unterstützung erreichbar, verlässlich und an ihrer Seite war. In der Aussage, «Man konnte immer anrufen» zeigt sich, dass Kümmern für Nuria mit Erreichbarkeit verbunden ist. Es kann interpretiert werden, dass «Kümmern» nicht auf einzelne Gesprächstermine begrenzt war, sondern etwas das potenziell immer verfügbar war.
In Finns Erzählung wurde förderliche Unterstützung als etwas beschrieben, bei dem vor allem die Hilfe zur Bewältigung seiner Schwierigkeiten im Vordergrund stand und das zugleich mit Zugewandtheit verbunden war.

> Also sie hat mir halt so eine Taktik empfohlen so wie ich so mein Selbstvertrauen stärken kann oder so. Und sie hat halt immer ähm gefragt so wie es ging, ob ich jetzt mehr gemacht habe. Dann habe ich halt immer mehr gemacht. Und dann hat sie sich auch gefreut und dann.. ja... Mir hat es so geholfen, wenn sie so ähm... halt so Tipps gegeben hat so. Ja. (Finn, Pos. 69)

Dass ihm «eine Taktik» empfohlen wurde, wie er sein Selbstvertrauen stärken könne, zeigt, dass Unterstützung für ihn vor allem dort hilfreich war, wo sie auf den Umgang mit seinen Schwierigkeiten gerichtet war. Finn erzählte auch, dass immer wieder nachgefragt wurde, «wie es ging» und ob er «jetzt mehr gemacht habe». Dies deutete darauf hin, dass die Hilfe aus seiner Sicht nicht bei einem einmaligen Rat stehenblieb, sondern, dass jemand dranblieb, Interesse zeigte, nachfragte und schaute, was sich verändert hat. Dies kann als eine Form von Kümmern gelesen werden, weil sich die Fachperson weiter für ihn und seine Entwicklung interessierte. Dass er erzählte, dass die Fachperson sich «auch gefreut» habe, weist darauf hin, dass seine Schritte und Veränderungen nicht nur registriert, sondern ebenso positiv aufgenommen wurden. Für Finn schien es also bedeutsam zu sein, dass das, was er machte, gesehen wurde und Resonanz bekam.
Finn beschrieb einen Zusammenhang zwischen dieser Begleitung und seinem eigenen Handeln. In der Aussage «dann habe ich halt immer mehr gemacht» wird sichtbar, dass die Unterstützung bei ihm etwas ausgelöst hatte. Die Tipps und das Nachfragen scheinen ihm geholfen zu haben, selbst aktiver zu werden und mehr zu tun. Mit der Aussage «Mir hat es so geholfen» machte Finn deutlich, dass er diese Form der Unterstützung als hilfreich erlebt hatte. Einerseits bekam Finn etwas an die Hand, das ihm im Umgang mit seinen Schwierigkeiten half, andererseits erlebte er, dass jemand da war, der/die nachfragte und sich für seine Entwicklung interessierte.
In der nächsten Schilderung zeigt sich, dass Anna ein Unterstützungsangebot, vor allem darum als positiv erlebte, weil Fachpersonen sich in ihre Lage versetzten und auf ihre Bedürfnisse eingingen.

> Die positiven, die Personen haben sich in meine Lage versetzt, sind auf meine Bedürfnisse eingegangen, ähm sind immer verfügbar gewesen, ähm haben sich aktiv darum gekümmert, beziehungsweise haben sich interessiert, wie es dir geht oder wie es mir geht. (Anna, Pos. 165)

Die Aussage, dass die Personen sich «in meine Lage versetzt» haben, kann darauf verweisen, dass Anna es als bedeutsam erlebte, wenn ihr Erleben nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern aus ihrer Perspektive nachvollzogen wurde. In dieser Sequenz zeigt sich ein subjektives Erleben von Verstanden-Werden. Hilfreich erschien aus ihrer Sicht etwas, das sich an dem orientierte, was sie in ihrer Situation brauchte. Auch schien die Verfügbarkeit der Fachpersonen wichtig zu sein. Hilfreich schien für Anna etwas, das nicht nur punktuell da war, sondern auf das sie zurückgreifen konnte, wenn sie es brauchte.

Die Formulierung, die Personen hätten sich «aktiv darum gekümmert», weist darauf hin, dass Anna Unterstützung nicht nur als Reaktion auf ihre Äusserungen erlebte, sondern als ein aktives Zugehen der Fachpersonen. «Kümmern» erlebte sie dadurch, dass Fachpersonen mitdachten, nachfragten und Verantwortung mitübernahmen.
Alina erzählt von einem Unterstützungsangebot, das sie deutlich von therapeutischer beziehungsweise diagnostischer Hilfe abgrenzt. Schon zu Beginn hob sie hervor, es handle sich bei diesem Unterstützungsangebot «eigentlich» nicht um einen Therapeuten, sondern «einfach» um eine Person, eine Bezugsperson.

> Ähm.. und ich fand, ja, klingt interessant. Und dann hat er mir gesagt, das ist eigentlich das ist kein Therapeut, das ist einfach eine Person.. so eine Bezugsperson in dem Sinne. Und nicht im Sinne von, ja, wir behandeln dich, diagnosieren.... äh diagnostizieren dich. Doch? (lacht unsicher)….diagnostizieren dich. Ähm und es ist einfach viel persönlicher auch und so. Ähm und diese Person kann mit dir etwas essen gehen, sie kann zu dir nach Hause kommen, du kannst zu ihr kommen und es kann sein, was auch immer du willst. Es kann ein Mann sein, eine Frau sein. (Alina, Pos. 28-30)

Mit der Aussage, die Bezugsperson sei nicht im Sinne von «wir behandeln dich, diagnostizieren dich», grenzt sie dieses Angebot von Erfahrungen ab, in denen Unterstützung stärker mit Diagnostik, Einordnung oder Pathologisierung verbunden war. Subjektiv scheint sie dieses Angebot gerade deshalb anders zu erleben, weil sie sich dort nicht als Person wahrnimmt, an der etwas festgestellt oder bearbeitet werden soll. Die Unterstützung wird nicht über das Erkennen einer Störung beschrieben, sondern über eine Beziehung, die für Alina offener und weniger festgelegt wirkte. Dass sie «etwas essen gehen» können, dass die Person «zu dir nach Hause kommen» kann oder «zu ihr kommen» kann, verweist auf ein Setting, das sich in den Lebensalltag der Jugendlichen hineinbewegt. Unterstützung fand nicht nur in einem institutionellen Raum statt, sondern konnte in unterschiedlichen, alltagsnahen Formen stattfinden. Das kann so gelesen werden, dass Unterstützung für Alina dann hilfreich war, wenn sie nicht an starre Settings gebunden blieb, sondern flexibel und lebensweltlich war. Die Schilderung «es kann sein, was auch immer du willst», verweist darauf, dass das Angebot aus ihrer Sicht offen und flexibel war.

5.2.3. Folgen der Unterstützung

Auch hinsichtlich der von den Jugendlichen subjektiv erlebten Folgen der Unterstützung zeigten sich in den Daten Spannungsfelder, wie in der Abbildung 7 dargestellt. Auf der Grundlage der Analyse konnten die folgenden drei Spannungsfelder herausgearbeitet werden:

1. Emotionale Belastung, Überforderung und Beschämung ↔ Emotionaler Halt und Stabilisierung
2. Ohnmacht ↔ Empowerment.

3. Folgenlose Hilfe ↔ Bewältigung

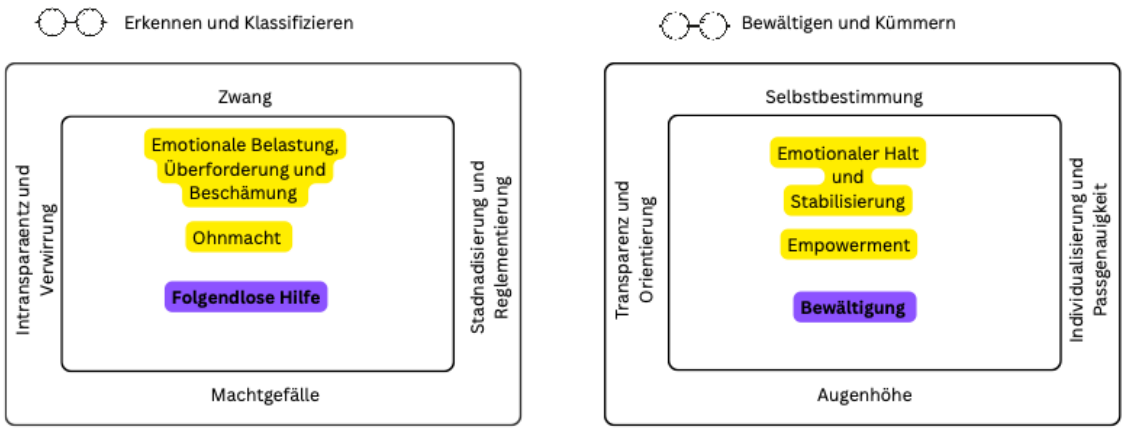


Abbildung 7. Folgen Modell Spannungsfelder Unterstützungserleben

Quelle: Eigene Darstellung, Datenanalyse

Emotionale Belastung, Überforderung und Beschämung↔ Emotionaler Halt und Stabilisierung

In den Daten zeigt sich, dass Jugendliche, die subjektiv erlebte Wirkung von Unterstützung sehr unterschiedlich wahrnahmen. Einerseits wurde Hilfe als belastend, überfordernd oder beschämend erlebt, andererseits berichteten die Jugendlichen von Unterstützungsformen, die emotionalen Halt gaben und zu Stabilisierung beitrugen.

> […] und von meinen Lehrerinnen, die halt die ganze Zeit ähm gesagt hat, ja du musst die Prüfung nicht schreiben oder vor.. also wie so mich wie mega ins Rampenlicht gestellt hat, dadurch, dass sie halt immer gesagt hat, ja, geh du jetzt zu den Sozialarbeitern und so. Und dann hat es mir auch das Gefühl gegeben, dass ich mega anders bin oder so und dass es jetzt also meine Schuld ist oder was auch immer. Und also einfach nicht ganz die richtige...die richtige Herangehensweise, habe ich gefunden. (Alina, Pos. 20)

Diese Schilderungen deuten darauf hin, dass die Unterstützungsmassnahmen der Schule, wie die Prüfungen nicht schreiben zu müssen und zur Sozialarbeiterin zu gehen, bei Alina nicht als Entlastung, sondern als zusätzliche Belastung erlebt wurden. Mit der «Herangehensweise» meinte Alina vermutlich die Art und Weise, wie sie durch die Lehrpersonen organisiert und öffentlich sichtbar gemacht wurde. Indem Alina wiederholt vor anderen auf Sonderregelungen hingewiesen und an die Sozialarbeit verwiesen wurde, geriet sie in eine exponierte Position, die sie selbst als «mega ins Rampenlicht gestellt» beschrieb. Die Unterstützung wurde öffentlich markiert. Dies schien dazu beigetragen zu haben, dass Alina sich als «anders» wahrnahm und ihre Situation mit einem Gefühl von persönlicher Abweichung verknüpfte. Die Hilfe wurde in der konkreten Interaktion so vermittelt, dass Alina nicht primär Unterstützung, sondern soziale Markierung erlebte. Dass sie daraus das Gefühl ableitete, «mega anders» zu sein und es sei «ihre Schuld», kann darauf verweisen, dass

die Hilfepraxis bei ihr nicht zu Anerkennung oder Entlastung, sondern zu Selbstabwertung führte. Das Unterstützungsangebot schien Differenzerfahrungen und subjektives Schamerleben gefördert zu haben. Auch Noemi schilderte in der folgenden Sequenz, dass der Klinikaufenthalt für sie negativ war. Die Klink wurde von ihr nicht als einen Ort erlebt, der emotionalen Halt, Schutz oder Stabilisierung vermittelte, sondern als ein Kontext, in dem sich ihre Belastung weiter zuspitzten.

> Also ich hatte auch einen Suizidversuch in der Klinik selber, wo mir niemand richtig gut geschaut hat. Ja. Also Klinik B hat mir gar nicht genützt. Es hat es nur noch verschlimmert. (Noemi, Pos. 25)

In dieser Sequenz kommt zum Ausdruck, dass sie aus ihrer Sicht in einer akuten Krise nicht ausreichend aufgefangen, begleitet oder geschützt wurde. Noemi spricht nicht nur davon, dass die Hilfe «nicht genützt», sondern dass «es nur noch verschlimmert hat». Diese Aussage verweist auf ein subjektives Erleben, in dem das Hilfsangebot weitere emotionale Belastung erzeugt hatte. Die von ihr erlebten Folgen der Hilfe, war eine Verschärfung ihrer belastenden Situation. Auch in den Erzählungen von Anna, Nuria und Evelyn wurden die Folgen des Unterstützungsangebots deutlich negativ beschrieben. Die Klinikaufenthalte wurden von ihnen als eine Erfahrung erlebt, nach denen es ihnen schlechter ging als zuvor.

> Ähm.. während.. also nach dem zweiten Aufenthalt ähm Klinik B ist es mir schlechter gegangen. (Anna, Pos. 133)

> Also eine schlimme Zeit, es hat alles nur schlimmer gemacht. (Nuria, Pos. 74)

> Also ich lag nur noch im Bett... ich.. es ist nur noch viel schlimmer geworden als vorher. Und meine Eltern, natürlich komplett verzweifelten schon seit zwei Jahren, weil, sie können mir nicht helfen. (Evelyn, Pos. 21)

Bei Anna wird dies in der Aussage deutlich, dass es ihr nach dem zweiten Aufenthalt in Klinik B «schlechter gegangen» sei. Aus ihrer Sicht hat der Klinikaufenthalt keine Verbesserung bewirkt, sondern eine Verschlechterung. Mit dem Wort «nach» verwies Anna darauf, dass die Belastung über die Zeit in der Klinik hinausreichte. Es ging in ihrer Erzählung also um einen Zustand, der sich im Anschluss daran fortsetzte. Auch in Evelyns Aussage es sei «nur noch viel schlimmer geworden als vorher», beschrieb sie eine Verschärfung ihrer Belastung, die sich auch körperlich und im Alltag niederschlug.
Dass Unterstützung ebenfalls zu Überforderung führen kann, kam in der folgenden Sequenz von Evelyn heraus.

> Weil es sehr schwierig ist, wieder in sein Umfeld zurückzukommen, in dieses Tagesumfeld. Ich bin dann beim zweiten Mal bin ich dann wieder gegangen, weil ich vor allem Probleme hatte, in die Schule zu gehen. Und ich konnte das wie nicht mehr glaube ich. Es war sehr schwierig für mich, den Druck auszuhalten... wieder Tests. Ich hatte nie Probleme in der Schule. Nie. Ich war immer eine sehr gute Schülerin. Aber ich bin zurückgegangen und der Tagesablauf war mir zu viel. Weil ich für zwei Monate lang täglich nur irgendwie drei Stunden Schule hatte. Dann so ein 8-9-Stunden-Tag war für mich zu viel. (Evelyn, Pos. 123)

In Evelyns Erzählung zeigt sich, dass die Rückkehr nachhause für sie überfordernd war. In der Sequenz wurde deutlich, dass ihr nicht nur einzelne Dinge zu viel waren, sondern der ganze Schritt zurück in den Alltag. Am Beispiel der Schule sagte sie, sie habe das «wie nicht mehr» gekonnt. Das verweist darauf, dass etwas, das früher normal war, für sie nach der Klinik nicht mehr einfach möglich war. Das wird noch klarer, wenn sie sagt, es sei sehr schwierig gewesen, den Druck auszuhalten. Aus ihrer Sicht ging es nicht um eine langsame Rückkehr, sondern darum, wieder mit Leistungsdruck konfrontiert zu sein. Es kann interpretiert werden, dass die Klinik den Übergang nachhause für sie offenbar nicht so gestaltet hat, dass er für sie wirklich machbar war. Dass sie betonte, dass sie «nie Probleme in der Schule» gehabt und «immer eine sehr gute Schülerin» gewesen sei, macht deutlich, dass die Überforderung nicht an der Schule selbst lag, sondern darin, dass die alten Anforderungen nicht mehr zu ihrem aktuellen Zustand passten. Weil sie während der Klinik über zwei Monate hinweg täglich nur «irgendwie drei Stunden Schule» hatte, war ein «8-9-Stunden-Tag» für sie nach der Klinik «zu viel». Darin kommt zum Ausdruck, wie die Überforderung entstand. Im Hinblick auf die subjektiv erlebten Folgen des Klinikaufenthalts kann die Sequenz darauf hindeuten, dass der Schritt zurück in den Alltag für Evelyn nicht ausreichend abgefedert war. Die Folge der Unterstützung lag aus ihrer Sicht nicht in mehr Stabilität oder Sicherheit, sondern in einem Erleben von zu viel. Dieses «zu viel» wird auch in Selins Aussage sehr deutlich. «Es stresst mich, wenn ich so viele Termine habe, wenn ich so immer reden muss, oder ich weiss nicht, irgendwie, es...es stresst mich. Ja» (Selin, Pos. 202). Selin sagte hier deutlich «Es stresst mich», und wiederholte dies am Ende nochmals. Das weist darauf hin, dass die subjektiv erlebten Folgen der Unterstützung für sie in diesem Moment nicht entlastend oder stabilisierend war, sondern Stress verursachte. Das «ich weiss nicht, irgendwie», das zwischen ihren Aussagen steht, kann darauf hindeuten, dass Selin das Belastende nicht vollständig ausformulieren konnte, aber dennoch klar spürte, dass es sie stresste. Darin zeigt sich ein subjektives Erleben von Zuviel. Die Unterstützung wurde in dieser Sequenz nicht genauer inhaltlich kritisiert, sondern in ihrer Wirkung beschrieben. Sie löste Stress aus.

Auf der anderen Seite zeigt die Empirie, dass Jugendliche im Rahmen bestimmter Interventionen emotionalen Halt erfahren haben und bestimmte Angebote als stabilisierend, entlastend und in belastenden Situationen auffangend erlebten. In Evelyns Aussage zeigt sich die subjektiv erlebten Folgen der Unterstützung als positiv und tragend.

> […] ich habe das Gefühl so vom Ganzen Dings, so die Frau X war wirklich das Teil, das es gebraucht hat, eben um wieder rauszugehen. Ich glaube, ich hätte es sonst nicht gemacht, ganz ehrlich. (Evelyn, Pos. 111)

Dass Evelyn Frau X als «das Teil» beschrieb, das es gebraucht hatte, «um wieder rauszugehen», bringt zum Ausdruck, dass Evelyn dieser Person eine grosse Bedeutung für ihre weitere Bewegung und Öffnung zuschrieb. Die Unterstützung von Frau X wurde beschrieben, als etwas, das einen entscheidenden Unterschied machte. Die Folgen der Unterstützung bestanden aus ihrer Sicht also darin, dass sie wieder nach draussen gehen konnte. Die Aussage: «Ich glaube, ich hätte es sonst nicht gemacht, ganz ehrlich», macht deutlich, dass sie der Unterstützung eine hohe subjektive Wirksamkeit zuschrieb. Auch in Lyas Schilderung wird die Unterstützung der Schulsozialarbeiterinnen als etwas beschrieben, das sie entlastete und ihr Halt gab**.**

> […] die Schulsozialarbeiterinnen, einfach die Geduld und das Verständnis und die Optionen, die sie mir gegeben haben, als sie gesagt haben, hey ja, wie wäre es, wenn wir jetzt zuerst mal einen kleinen Schritt nehmen. Und das Ziel ist, dass du jeden Morgen in der Woche oder jeden zweiten Morgen in der Woche in der Schule bist. Einfach mal den Morgen. Und einfach so die Optionen. Das hat mir gerade geholfen. (Lya, Pos. 88)

Lya sprach von Geduld, Verständnis und den Optionen, die ihr gegeben wurden. Das deutet darauf hin, dass für sie vor allem die Haltung der Schulsozialarbeiterinnen wichtig war. Geduld und Verständnis schienen ihr vermittelt zu haben, dass sie mit ihrer Situation nicht unter Druck gesetzt wurde, sondern dass sie in ihrem eigenen Tempo vorgehen durfte. Lya beschrieb, dass ihr ein Weg vorgeschlagen wurde, der klein genug war, um überhaupt gangbar zu sein. Emotionaler Halt zeigte sich hier darin, dass die Hilfe so gestaltet war, dass sie nicht noch mehr Druck erzeugte. Dass Lya von «Optionen» sprach, lässt darauf schliessen, dass sie die Unterstützung nicht als starr erlebte, sondern als etwas, das Spielraum und Mitbestimmung zuliess. Mit der Aussage, «Das hat mir gerade geholfen», beschrieb sie die subjektiv erlebte Entlastung durch die Unterstützung sehr direkt. Die Sequenz zeigt damit ein Unterstützungsangebot, das für Lya mit emotionalem Halt verbunden war, weil es Verständnis zeigte, kleine Schritte möglich machte und ihr verschiedene Wege offenliess. In folgender Aussage von Alina zeigt sich ebenfalls eine Stabilisierung ihrer Situation seit dem Unterstützungsangebot*:* «Ja, also definitiv seit dem Coaching würde ich sagen geht es mir besser, also viel besser» (Alina, Pos. 52). In ihrer Aussage wird sichtbar, dass sie das Coaching klar mit einer Verbesserung ihres Befindens verband. Mit der Aussage «seit dem Coaching» knüpfte sie die Veränderung ausdrücklich an dieses Unterstützungsangebot. Das Coaching erscheint in ihrer Erzählung damit als ein Wendepunkt oder zumindest als ein bedeutsamer Zusammenhang für die positive Entwicklung.

Ohnmacht ↔ Empowerment

In den Daten zeigt sich zudem das Spannungsfeld von Ohnmacht und Empowerment. Die Jugendlichen berichteten von Situationen, in denen sie sich innerhalb von Unterstützungsprozessen wenig wirksam, nicht ausreichend gehört oder in ihren eigenen Sichtweisen übergangen fühlten, was mit einem Ohnmachtserleben verbunden ist. Zugleich berichteten die Jugendlichen von Erfahrungen, in denen ein Unterstützungsangebot dazu beitrug, ihre Handlungsfähigkeit, Selbstbestimmung und das Gefühl von Einfluss auf die eigene Situation zu stärken. In Lyas Erzählung zeigt sich zunächst ein deutliches Erleben von Ohnmacht. Obwohl sie sich selbst Hilfe geholt hatte, beschrieb sie, dass die Therapeutin ihr nicht zugehört hatte und ihre Probleme immer wieder auf den Tod ihrer Mutter zurückführte.

> Und ich war dann bei ihr, ich habe mir die Hilfe geholt, aber nach einer Zeit habe ich bemerkt, dass sie mir nicht wirklich zuhört. Auch Probleme, die ich gewusst habe, haben nichts mit dem Tod von meinem Mami zu tun. Sie hat wie nicht zugehört, sie hat es immer auf den Tod meiner Mutter geschoben. Und es ist.. es ist auch Respekt.... es hat sich nicht toll angefühlt oder. Und ich habe gedacht, hm.. vielleicht kann ich ihr das sagen. Das habe ich auch mehrmals. Ich habe versucht, es irgendwie wieder in die richtige Richtung zu steuern. Was eigentlich nicht so sein sollte, fällt mir jetzt gerade auf. Also in der, in der Situation von Klient oder Patient und Therapeutin (lacht). Ähm, sie hat nicht zugehört. (Lya, Pos. 25)

Aus ihrer Sicht wurde ihr Erleben damit auf eine einzige Deutung festgelegt. Andere Belastungen, von denen sie selbst sagte, dass sie «nichts mit dem Tod von meinem Mami zu tun» hätten, fanden in der Unterstützung keinen Platz. Die Unterstützung wurde als Situation, in der eine fremde Erklärung über ihre eigene Wahrnehmung gestellt wurde, erlebt. Darin liegt ein Moment von Ohnmacht. Lya wusste, dass nicht alle ihre Probleme mit dem Tod der Mutter zusammenhingen, erlebte aber, dass diese Sicht in der Unterstützung nicht ankam. Die Therapeutin hörte aus ihrer Perspektive nicht zu, sondern blieb bei ihrer eigenen Erklärung. Dadurch verlor Lya in der Situation Einfluss darauf, wie ihre Probleme verstanden und bearbeitet wurden. Unterstützung wurde von ihr als etwas erlebt, das sie in ihrer Deutung übergeht. Zudem beschrieb sie, sie habe versucht, das Gespräch «wieder in die richtige Richtung zu steuern». Die deutet auf ein Moment von Selbstbehauptung hin. Lya versuchte, ihre eigene Sicht einzubringen und Einfluss auf die Situation zu nehmen. In diesem Sinn wurde etwas von Empowerment sichtbar, allerdings nicht als Wirkung der Unterstützung, sondern eher als eigene Gegenbewegung gegen das Erleben, nicht gehört zu werden. Lya versuchte zwar gegenzusteuern, musste dabei aber eine Verantwortung übernehmen, die aus ihrer Sicht nicht bei ihr liegen sollte. Nicht-Gehört-Werden verweist hier auf ein Unterstützungsangebot, in dem ihre eigene Wahrnehmung nicht wirksam werden konnte. Auch in der folgenden Aussage von Alina zeigt sich, dass ihre Wahrnehmung kein Gewicht bekam.

> Also generell hatte ich das Gefühl, ich werde nicht ganz ernst genommen […]. Also... Ich weiss nicht ganz, also es wurde mir nie genau etwas gesagt. Ich war auch 13, als das Ganze im Ambulatorium war. Deswegen ja, ich hatte nicht gewusst, was die Konsequenzen wären und so das wurde mir nicht gesagt. (Alina, Pos. 92)

In Alinas Schilderung zeigt sich ein Erleben von Ohnmacht, indem sie beschrieb, dass sie «generell» das Gefühl hatte, «nicht ganz ernst genommen» zu werden. Die Sequenz deutete darauf hin, dass Alina sich nicht wirklich als Beteiligte erlebte. Hinzu kommt, dass sie eine Situation erlebte, in der sie wenig Klarheit darüber hatte, was geschah und was die Folgen sein könnten. Solange nicht klar ist, was passiert und welche Konsequenzen etwas haben kann, scheint es unmöglich sich als handlungsfähig oder beteiligt zu erleben. Die subjektiv erlebten Folgen der Unterstützung bestanden in Unsicherheit und in dem Gefühl, wenig Einfluss auf das Geschehen zu haben.
Zudem zeigen sich in den Daten auch Erfahrungen, in denen die Jugendlichen an Selbstwert gewannen und sich nicht nur als Betroffene, sondern als aktiven Teil des Lösungsweges erlebten. Unterstützung wurde in diesen Situationen so erfahren, dass sie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärkte und das Gefühl vermittelte, selbst Einfluss auf die eigene Situation und deren Bewältigung nehmen zu können. In Noemis Schilderung zeigt sich die subjektiv erlebten Folgen der Unterstützung im Empowerment.

> Sehr gut. Weil ich weiss, an DEM kann ich arbeiten oder wir sind jetzt weiter gekommen in diesem Thema zum Beispiel oder... jetzt weiss ich selber mehr über mich selber oder was ich in dieser Situation machen kann zum Beispiel hatte ich ca. vor einem Monat hatte ich einen Multi-Check. Und sie sagte zu mir: Hey Noemi denke es ist einfach nur ein Test.. eine Momentaufnahme und Just do it. Wenn es scheisse rauskommt, ist es gleich, wenn es gut rauskommt, ist es super. So.. ja. (Noemi, Pos. 127)

Noemi beschrieb, dass sie dadurch nun wisse, woran sie arbeiten könne, und sie in einem Thema weitergekommen seien. Darin wird sichtbar, dass die Unterstützung aus ihrer Sicht half, ihre Situation klarer zu fassen. Die Aussage, dass sie jetzt mehr über sich selber weiss oder, was sie in dieser Situation machen kann, deutet darauf hin, dass die Unterstützung ihr nicht nur von aussen etwas vorgab, sondern dazu beitrug, dass sie sich selbst mehr verstand. Empowerment zeigte sich also darin, dass Noemi sich nicht nur als jemand erlebte, der geholfen wird, sondern als jemand, die selbst etwas tun kann. Sie scheint Handlungssicherheit gewonnen zu haben. Lya beschrieb ebenfalls einen eindeutigen Moment von Empowerment, da sie es «SELBER machen konnte».

> Aber ähm..durch die Hilfe dort, durch die Freunde, die ich dort machen konnte, wie es SELBER machen konnte. Ich habe mehr Selbstvertrauen in mich selbst bekommen. (Lya, Pos. 37).

In dieser Sequenz zeigt sich, dass Lya die Unterstützung, als etwas erlebte, das es ihr ermöglichte, selbst tätig zu werden. Mit der Aussage, dass sie durch die Hilfe dort, aber auch durch die Freunde und Freundinnen, die sie dort machen konnte, mehr Selbstvertrauen gewinnen konnte, erlebte sie etwas, das ihr Zutrauen in die eigene Person stärkte. Sie betonte auch, dass sie neben der erlebten Hilfe auch Freundschaften machen konnte. Dies kann darauf verweisen, dass Empowerment aus ihrer Sicht nicht nur durch professionelle Unterstützung entstand, sondern auch durch soziale Erfahrungen, in denen sie Zugehörigkeit erlebte.

Folgenlose Hilfe ↔ Bewältigung

Im linken Feld des Modells, das als «folgenlose Hilfe» bezeichnet wird, verdichtet sich eine Form von Unterstützung, die zwar formal vorhanden ist, von den Jugendlichen jedoch nicht als bewältigungsförderlich erlebt wurde. Die Analyse zeigt, dass bestimmte Rahmungen von Hilfe eine Auseinandersetzung mit der eigentlichen Belastung erschweren können. Dies betrifft hauptsächlich Zwangssettings, hierarchisch erlebte Beziehungsformen sowie standardisierte, intransparente oder standardisierte und reglementierte Unterstützungssettings. In solchen Kontexten richtete sich die Aufmerksamkeit der Jugendlichen weniger auf die Bearbeitung ihrer Problemlage als vielmehr auf den Umgang mit den Bedingungen des Angebots selbst. Hilfe blieb in diesen Fällen folgenlos, weil sie aus Sicht der Jugendlichen nicht an ihren subjektiven Belastungen und Bedürfnissen ansetzte. Statt Entlastung zu ermöglichen, band der Unterstützungsrahmen Aufmerksamkeit, Anpassungsleistung und emotionale Kraft. Demgegenüber verweist das rechte Feld des Modells auf Bedingungen, unter denen Bewältigung möglich wird. Wenn Unterstützung als selbstbestimmt, bedürfnisorientiert, transparent und orientierend und auf Augenhöhe erlebt wurde, trat der Rahmen nicht als zusätzliche Belastung hervor, sondern schuf die Voraussetzung dafür, dass Jugendliche sich mit ihren Schwierigkeiten auseinandersetzen konnten. Das Feld «folgenlose Hilfe» verweist damit auf eine Form von Unterstützung, die zwar formal vorhanden war, von den Jugendlichen jedoch nicht als wirksam für die Bewältigung ihrer Situation erlebt wurde. Weil Anna (siehe Anna, Pos. 83) die Hilfe freiwillig und mit eigener Veränderungsabsicht in Anspruch nahm, beschrieb sie nicht primär institutionelle Rahmung, sondern den konkreten Inhalt der Unterstützung wie die unterschiedlichen Therapieangebote. Im rechten Feld des Modells wird Unterstützung als etwas erlebt, das Orientierung gibt, emotionalen Halt vermittelt und die Handlungsmöglichkeiten der Jugendlichen stärkt. Bewältigung kann somit dort stattfinden, wo der Unterstützungsrahmen entlastet, statt zusätzlich zu beanspruchen. Die Daten weisen darauf hin, dass nicht allein die Existenz von Hilfe entscheidend ist, sondern die Frage, unter welchen Bedingungen sie wirksam werden kann. Während im linken Feld der Rahmen selbst zur Barriere wird und Hilfe deshalb folgenlos bleibt, eröffnet das rechte Feld einen Rahmen, in dem Unterstützung von den Jugendlichen als tragfähig erlebt wird und dadurch Bewältigung überhaupt erst möglich wird.

Nachdem die Spannungsfelder des Unterstützungserlebens über verschiedene Hilfesettings hinweg herausgearbeitet wurden, werden im Folgenden die Ergebnisse beschrieben die sich explizit auf mobile, aufsuchende Unterstützungsangebote beziehen.

5.3. Erfahrungen mit mobilen, aufsuchenden Unterstützungsangeboten

Alle befragten Jugendlichen berichteten von Erfahrungen mit ein bis drei aufsuchenden Unterstützungsangeboten. Genannt wurden dabei die Psychiatriespitex, die Familienbegleitung, das Jugendcoaching sowie die MIK. Bei der Analyse der Daten folgte zuerst eine Einordnung in das Modell des Unterstützungserlebens**.** Die oben dargestellten Interviewausschnitte zum Feld *Personenbezogener Hilfe* zu den Themen Augenhöhe, Transparenz und Orientierung, Individualisierung und Passgenauigkeit, Selbstbestimmung sowie Bewältigen und Kümmern beziehen sich ausschliesslich auf Erfahrungen mit aufsuchenden Unterstützungsangeboten. Als zusätzliche förderliche Erfahrung mit aufsuchenden Angeboten wurde beschrieben, dass Fachpersonen in solchen Settings auch praktische Unterstützung leisteten**.**

> Es hat viele verschiedene Themen. Ja. Sie hat mit meiner Anwältin geredet, mit meinen Lehrer und Lehrerin geredet über meine Schule oder über meine Situation, also wegen Ausweis und so. Ähm.... ja. Ja. Und sie hat eine Jugendcoaching gefunden für mich. Genau. (Selin, Pos. 231)

Im Vordergrund stand aus ihrer Sicht nicht eine isolierte Bearbeitung psychischer Belastung, sondern ein Mitgehen in denjenigen alltäglichen Anforderungen, die für sie bedeutsam waren. Dass die Fachperson mit ihrer Anwältin sowie mit Lehrpersonen gesprochen hat und sie zudem bei Fragen rund um Schule, Situation und «Ausweis und so» unterstützt wurde, verweist in ihrem Erleben auf eine Form von Hilfe, die Zuständigkeiten nicht bei ihr allein belässt. Die Aussage lässt sich so interpretieren, dass Selin die Unterstützung als entlastend erlebte, weil praktische und organisatorische Anliegen von der Fachperson mitgetragen wurden. Die Hilfe bestand in ihrem Erleben nicht nur im Zuhören oder Besprechen, sondern im konkreten Tätigwerden in ihrem Umfeld. Eine weitere Komponente zeigt die Textstelle, dass Unterstützung in Selins Erleben hier mit Vermittlung und Erschliessung von Hilfe verbunden war. Die Aussage, dass die aufsuchende Fachperson ein Jugendcoaching für sie gefunden habe, verweist darauf, dass Selin die Fachperson als jemanden erlebte, die aktiv nach passenden Lösungen suchte. Auch in dieser Interviewpassage wurde benannt, dass das aufsuchende Angebot für Lya Hilfe erschlossen hat.

> Das aufsuchende Angebot X. Weil es hat mir geholfen, eine Psychologin zu finden und ich habe es wirklich gebraucht. Ähm.. ich habe jetzt eine feste..ich...ich habe jetzt einen festen Platz dort und das gibt mir mega Sicherheit und Stabilität oder. (Lya, Pos. 88)

Dass sie betont, sie habe dies «wirklich gebraucht», verweist darauf, dass diese Vermittlung für sie von hoher Wichtigkeit war. Das Angebot wurde von ihr als unterstützend erlebt, weil es einen notwendigen Zugang zu weiterer Hilfe überhaupt erst ermöglichte. Während Lya die Unterstützung vor allem deshalb als hilfreich erlebte, weil sie ihr den Zugang zu weiterführender Hilfe eröffnete,

zeigte sich in Evelyns Schilderung ein anderer Aspekt aufsuchender Unterstützung. Hilfreich war hier vor allem das gemeinsame, alltagsnahe Tätigwerden mit der Fachperson.

> Eben sie hat dann Expositionstherapie mit mir gemacht und alles. Und sie hat auch coole Sachen mit mir gemacht. Es war kein (verstellt die Stimme) «wir steigen jetzt in den Bus ein und dann steigen wir wieder zurück» ..so keine Ahnung irgendwann später im Verlauf an den Bahnhof gegangen und haben uns dort irgendwie, ich weiss nicht was, irgendetwas gekauft und sind wieder zurückgegangen. Oder so. Es war nicht so ein... keine Ahnung.. ich habe das Gefühl es war mehr ein…man mag den Beruf tatsächlich. Und man.. man man...(Pause) keine Ahnung wie nennt man das? Man hört den Jugendlichen sozusagen zu, als dass man es macht, um dann ein Diplom zu bekommen und man ist komplett überarbeitet... oder so irgendetwas. Ich weiss nicht. (Evelyn, Pos. 67)

Interpretativ lässt sich daraus ableiten, dass Evelyn die Unterstützung als hilfreich erlebte, weil die Fachperson sie in einer realistischen Situation begleitete und ihr somit reale Bewältigungserfahrungen ermöglichte. Mit dem Satz «Es war kein (verstellt die Stimme) 'wir steigen jetzt in den Bus ein und dann steigen wir wieder zurück'» grenzt sie das Erlebnis von einem Vorgehen ab, das zwar eine Situation für eine Exposition erzeugt, die aber unrealistisch ist. Dies bedeutet, dass Evelyn das Unterstützende nicht in der Methode selbst sah, sondern in der Art und Weise, wie diese in eine lebensnahe Handlungspraxis übersetzt wurde. Weiterhin ist interessant, dass Evelyn diese Unterstützung eng mit einer Haltung der Fachperson verband. Mit der Aussage, sie habe das Gefühl gehabt, «es war mehr ein.. man mag den Beruf tatsächlich», deutet sie das Verhalten der Fachperson als Ausdruck echten Interesses und persönlicher Überzeugung. Unterstützung wurde für Evelyn somit auch hilfreich, weil sie diese als aufrichtige Zuwendung erlebte. Neben dem Erleben von echtem Interesse, wurde bei aufsuchenden Angeboten auch über Sich-Zeit-Nehmen als wichtigen Aspekt berichtet. «Ja, die Bezugspersonen sind auch sehr offen. Also sie haben wirklich Zeit für einen. Sie machen das.. das mit dir, das, was einem guttut, was man gerade braucht. Ja» (Nuria, Pos. 105).
Nurias Aussage verweist darauf, dass sie das aufsuchende Angebot als hilfreich erlebte, weil Fachpersonen ihr offen begegneten, sich Zeit nahmen und ihr Handeln an ihrem aktuellen Bedarf ausrichteten. Die beiden von ihr beschriebenen positiven Elemente «Zeit» und «Bedürfnisorientierung» finden sich auch bei Alina wieder.

> So ein bisschen auf dem.... und es ist viel weniger so das Ding von wegen, «ja ich will dich jetzt möglichst schnell behandeln», sondern wir reden... wir nehmen uns Zeit und wir reden über das, was du willst und so und das ist mehr dem Bedürfnis von mir jetzt angepasst. Und das finde ich schön. (Alina, Pos. 34)

Alina empfand ein aufsuchendes Angebot ebenfalls «schön», weil die Fachperson ihr Zeit liess und sich an Alinas Anliegen orientierte. Indem sie den Gegensatz zu einem Vorgehen beschrieb, das

darauf zielte, sie «möglichst schnell zu behandeln», grenzte sie die Erfahrung mit dem aufsuchenden Angebot von einem Erleben ab, in dem Unterstützung effizient und zielgerichtet organisiert war.
Nicht hilfreich wurde ein aufsuchendes Angebot beschrieben, weil nichts passierte. Evelyns Schilderung verweist darauf, dass sie die aufsuchende Unterstützung in dieser Situation nicht als entlastend oder unterstützend erlebte, sondern als in ihrer Funktion unklar und in ihrer Wirkung leer.

> Sie ist zu mir nach Hause gekommen, um zu kontrollieren, dass ich nicht suizidal bin. Und um mir zu helfen, im Sinne von... (Pause) hmm... psychische Sachen und vor allem soziale Sachen, eben mit meinem Vater, so ein bisschen, ich weiss es auch nicht genau. Ich weiss eben gar nicht, für was sie gekommen ist, weil, sie sass dann jeweils dort. Fünf Minuten. Ich sass da mit so einer gar-kein-Bock-Stimmung. Meine Mutter sass daneben. Dann hat sie gefragt «ja... du siehst müde aus».. ich so, «ja, ich bin auch müde, ich habe eigentlich gar keinen Bock». Dann sie so «Ja, okay, dann lasse ich dich, dann gehe ich wieder». Das hat sie etwa sechs Mal gemacht oder so. Sie war nicht mehr als fünf Minuten hier gewesen und ging dann wieder (lacht). Ich weiss auch nicht? (Evelyn, Pos. 81)

Zwar nannte sie zu Beginn des Ausschnitts einen möglichen Kontrollauftrag der Fachperson, oder um Evelyn bei psychischen und vor allem sozialen Sachen zu helfen, doch sie vertiefte dieses Thema nicht weiter. Die Aussage, «ich weiss es auch nicht genau» beziehungsweise «ich weiss eben gar nicht, für was sie gekommen ist», deutet auf das im Modell des Unterstützungserlebens dargestellte Rahmenelement Intransparenz und Verwirrung hin. Die Unterstützung durch die Fachperson war für Evelyn nicht greifbar und folgenlos. Die Unterstützung schien nicht als nachvollziehbare Hilfe, sondern als etwas Diffuses, dessen Auftrag und Nutzen ihr unbekannt blieben. Die Fachperson fragte nach ihrem Befinden und ging wieder, ohne auf Evelyns Aussagen, dass sie müde sei und eigentlich gar keinen Bock habe, vertieft einzugehen. Dieses Erleben lässt sich dem im Modell beschriebenen Element von Standardisierung und Reglementierung zuordnen, insofern Unterstützung weniger als ein auf ihre Situation bezogenes Eingehen, sondern als formale Kontrolle, Verwaltung und ein blosses Abarbeiten von Zuständigkeiten erschien. Dass sich dieses Muster «etwa sechs Mal» wiederholt habe, verstärkt in ihrem Erleben den Eindruck einer Unterstützung, in der nichts passierte. Dem Erleben einer formalen und wenig wirksamen Unterstützung stehen Berichte gegenüber, in denen aufsuchende Angebote als flexibel erlebt wurden. Die Aussage von Finn verweist darauf, dass er den Ort der Unterstützung, als flexibel und an seine Situation anpassbar erlebte.

> Also meistens hier bei mir zu Hause. Aber irgendwann ging es halt dann nicht mehr. Wenn es zu spontan war, dann haben wir halt... blieb sie halt im aufsuchendes mobiles Angebot X und ähm ich war halt zu Hause. Dann haben wir es halt über online gemacht. (Finn, Pos. 71)

Die Unterstützung fand meistens bei ihm zu Hause statt und war damit in seinem unmittelbaren Lebensumfeld verankert. Zugleich beschrieb er jedoch, dass bei veränderten oder kurzfristigen Bedingungen nicht auf dem ursprünglichen Setting beharrt wurde. Warum es irgendwann nicht mehr ging, geht aus seinen Aussagen nicht hervor. Wenn ein Treffen zu spontan war, blieb die Fachperson in ihren Räumlichkeiten, während er zu Hause blieb, und der Kontakt wurde online fortgeführt. Interpretativ lässt sich daraus ableiten, dass die Offenheit des aufsuchenden Settings zur Aufrechterhaltung der Unterstützung beitrug. Der Ort wurde als etwas erlebt, das an praktische Gegebenheiten und situative Erfordernisse angepasst werden konnte. Hilfreich schien dabei nicht nur die Möglichkeit, Unterstützung zu Hause zu erhalten, sondern auch, dass bei räumlichen oder organisatorischen Hürden eine alternative Form des Kontakts gefunden wurde. Die Flexibilität des Ortes zeigt sich hier somit als Ausdruck von Passung und Niederschwelligkeit.

6. Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, welche Erfahrungen psychisch belastete Jugendliche mit unterschiedlichen Hilfsangeboten machen, wie sie diese rückblickend im Hinblick auf ihr subjektives Entlastungsempfinden deuten und was sie dabei als hinderlich beziehungsweise förderlich erlebten. Überdies sollte untersucht werden, welche Erfahrungen Jugendliche mit mobilen, aufsuchenden Unterstützungsangeboten machen und welche Chancen und Herausforderungen sie darin sehen. Zunächst wird betrachtet, wie sich die von den Jugendlichen geschilderten Belastungssituationen anhand der dargestellten Krisenkonzepte einordnen lassen. Anschliessend werden die Erfahrungen der psychosozial belasteten Jugendlichen vor dem Hintergrund theoretischer Bezüge und bisheriger Forschung diskutiert.

6.1. Einordnung der Belastungssituationen in die Krisentheorie

Die Fallporträts zeigen Jugendliche, die sich in mehrfach belasteten Lebenslagen befanden. Der Begriff «Krisen» allein erscheint insofern verkürzend, als er die Komplexität, Schwere und Länge der beschriebenen Leidensverläufe nur unzureichend erfasst. Für bestimmte Zeiträume, in denen bei einzelnen Jugendlichen psychiatrische Diagnosen gestellt wurden, wäre es fachlich differenzierter, von psychischen Beeinträchtigungen beziehungsweise psychischen Störungen zu sprechen. Der Beginn der Belastungen zeigte sich bei den interviewten Jugendlichen aufgrund von Überforderung, Verlust von Personen und Orientierung, Wegbrechen bisheriger Bewältigungsstrategien, Schwierigkeiten in den familiären oder schulischen Bereichen und dem Erleben von Ausweglosigkeit. Die Daten zeigen, dass sich Krisen bei Jugendlichen nur begrenzt über lineare oder eindimensionale Modelle erfassen lassen. Es lassen sich in einzelnen Fallverläufen Elemente traumatischer Krisen im Sinne Cullbergs (Ortiz-Müller, 2021, S. 48–51) erkennen. Dies trifft vornehmlich auf jene Jugendlichen zu, deren Verläufe durch hoch belastende und einschneidende Erfahrungen geprägt sind. In diesen Fällen erschien nicht nur das seelische Gleichgewicht aus der Balance, sondern es wurden grundlegende Sicherheits- und Bindungserfahrungen erschüttert.

Berichte über Verzweiflung, Rückzug, Angst, Suizidgedanken, Selbstverletzung lassen sich mit den im Modell von Cullberg beschriebenen intensiven Reaktionsdynamiken verbinden (Sonneck, 2000, S. 16). Zugleich verdeutlichen die Interviews, dass traumatische Krisen nicht als klar abgrenzbare, linear verlaufende Phasen erscheinen. Zwar beschreibt Cullberg eine Abfolge von Schock, Reaktion, Verarbeitung und Neuorientierung (Ortiz-Müller et al., 2021, S. 49), doch zeigen die empirischen Verläufe eher ein wiederholtes Aufflammen von Belastung, eine Überlagerung verschiedener Reaktionsweisen und Phasen relativer Stabilisierung, die erneut von Einbrüchen unterbrochen wurden. Dies deckt sich mit der theoretischen Annahme von Sonneck (2000), dass Reaktions-, Verarbeitungs- und Neuorientierungsprozesse gerade zu Beginn oft miteinander verschränkt sind und sich nicht scharf voneinander trennen lassen (Sonneck, 2000, S. 16). Die Ergebnisse legen nahe, dass das Modell der traumatischen Krise von Cullberg (Ortiz-Müller, 2021, S. 49) vor allem als heuristische Orientierung geeignet ist. Es hilft, das Ausmass der inneren Erschütterung sowie den Verlust von Sicherheit, Kontrolle und Stabilität sichtbar zu machen. Es zeigt sich jedoch, dass die jugendlichen Krisenverläufe in der Realität komplexer und weniger linear verliefen, als es das Modell abbilden kann. Neben traumatisch geprägten Verläufen zeigen die Daten ebenso deutlich Krisen, die sich stärker als Veränderungskrisen nach Caplan beschreiben lassen, der Krisen als Verlust des seelischen Gleichgewichts versteht, wenn eine Person mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert ist, die sie im Moment nicht bewältigen kann, weil diese ihre bisherigen Problemlösefähigkeiten übersteigen (Ortiz-Müller, 2021, S. 50). Diese Logik wurde aus der Empirie sichtbar. Krisen schienen nicht primär aus einem einzelnen erschütternden Ereignis zu entstehen, sondern aus kumulativen Belastungen wie schulischer Überforderung, langjährig unerkannter psychischer Beeinträchtigung, familiären Spannungen oder misslingenden Übergängen in Schule, Ausbildung oder Alltag. Solche Verläufe bestätigen, dass Krisen nicht an dramatische äussere Ereignisse gebunden sind, sondern sich aus alltäglichen oder länger andauernden Belastungskonstellationen entwickeln können, wenn zwischen Anforderungen und Ressourcen ein Ungleichgewicht entsteht (Ortiz-Müller, 2021, S. 50).

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung subjektiver Bedeutungszuschreibung, wie sie Ortiz-Müller (2021) benennt. Ob ein Ereignis als Krise erlebt wird, hängt wesentlich von seiner subjektiven Bewertung sowie von der Frage ab, ob die betroffene Person ihre Bewältigungsressourcen als ausreichend oder unzureichend erlebt (Ortiz-Müller et al., 2021, S. 58). Dies zeigt sich im Fall Alina. Zwar bedeutete der Tod ihrer Mutter einen tiefgreifenden biografischen Einschnitt, krisenverschärfend wirkten jedoch die Reaktionen des Hilfesystems, die sie als aufdringlich, beschämend und pathologisierend wahrnahm. Da ihre eigene Verarbeitung des Verlusts von den Erwartungen der Fachpersonen abwich, entstand eine Diskrepanz zwischen ihrem subjektiven Erleben und der professionellen Deutung. Die Unterstützungsangebote wurden dadurch nicht als entlastend, sondern als zusätzliche Belastung erfahren.

Die Daten legen nahe, dass sich Krise, psychische Erkrankung und soziale Problemlage, wie das sozialpsychiatrische Krisenverständnis aussagt (Ortiz-Müller et al., 2021, S. 51), empirisch nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen. Dies zeigt sich exemplarisch an der Schilderung einer

Jugendlichen, bei der unter belastenden schulischen Bedingungen psychotische Symptome auftraten, die nach einem Schulwechsel wieder verschwanden. Das Beispiel verdeutlicht, dass psychische Symptomatik in engem Zusammenhang mit sozialen Belastungskontexten stehen kann. Damit stellt sich weniger die Frage, ob hier ausschliesslich von einer psychischen Erkrankung oder einer sozialen Problemlage zu sprechen ist, sondern vielmehr, wie eng beide Dimensionen miteinander verflochten sind. Die enge Verflechtung von sozialen Belastungslagen und psychischer Symptomatik wird auch im Fallportrait von Neomi deutlich, in dem sich Mobbingerfahrungen bis hin zur Suizidalität zuspitzten. Unter Rückgriff auf Dross (2001) lässt sich dies als möglicher Hinweis auf unzureichend verfügbare instrumentelle und soziale Ressourcen interpretieren. Während instrumentelle Ressourcen Fähigkeiten zur Problemlösung und Selbststeuerung umfassen, zeigen sich soziale Ressourcen in unterstützenden Beziehungen, Zugehörigkeit, Anerkennung und praktischer Hilfe. Da zwischen beiden Ressourcenformen wechselseitige Zusammenhänge bestehen, sind sowohl kompensatorische als auch kumulativ belastende Effekte möglich (Dross, 2001, S. 16). Auffällig ist in den vorliegenden Fallverläufen, dass alle Jugendlichen im Verlauf mehrere unterschiedliche Unterstützungsangebote in Anspruch nahmen, häufig waren es mehr als fünf. Dieser Befund ist zwar teilweise durch das Sample bedingt, da gezielt Jugendliche einbezogen wurden, die bereits mehr als ein Unterstützungsangebot genutzt hatten. In den Daten zeigt sich jedoch mehr als eine blosse Mehrfachnutzung von Hilfsangeboten. Auffällig sind wiederholte Wechsel, Abbrüche, Weiterverweisungen und erneute Zugänge zu Unterstützung, wodurch die Frage nach den Ursachen und Rahmenbedingungen aufkommt. Dieser Befund kann als ein möglicher Hinweis darauf verstanden werden, dass die bestehenden Angebote den Unterstützungsbedarf der Jugendlichen nicht immer ausreichend oder passgenau abdecken. Damit steht er im Einklang mit der BASS-Studie, die auf eine ausgeprägte Unter- und Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen hinweist (Stocker et al., 2016, S. XIII–XIV). Diese Interpretation lässt sich mit Caplan und Caplan (2000) in Verbindung bringen, die betonen, dass Unterstützung in Krisensituationen nicht fragmentiert erfolgen sollte. Sie kritisieren Versorgungsformen, in denen Klientinnen und Klienten nach einer ersten Abklärung weiterverwiesen werden und dadurch Wartezeiten, erneute Abklärungen, Abbrüche oder zusätzliche Hürden entstehen (Caplan & Caplan, 2000, S. 7–12, S. 15–17). Zugleich lässt sich der Befund mit Caplan und Caplan (2000) verbinden, die eine bedarfsorientierte Ausgestaltung psychosozialer Hilfen fordern. Demnach sollten sich Programme an den Bedürfnissen der Klientel ausrichten, anstatt zu erwarten, dass sich Klientinnen und Klienten den Strukturen und Logiken bestehender Angebote anpassen müssen (S. 8). Vor diesem Hintergrund lässt sich die hohe Zahl genutzter Angebote nicht nur als Ausdruck eines hohen Unterstützungsbedarfs lesen, sondern als Hinweis darauf, dass der Bedarf durch die einzelnen Angebote oft nicht hinreichend gedeckt wurde.

6.2. Erleben von Unterstützung

Die Ergebnisse dieser Untersuchung liefern Belege dafür, dass Unterstützung aus Sicht der Jugendlichen nicht als eindeutig positives Geschehen verstanden werden kann, sondern sich in

einem Spannungsfeld von personenbezogener Hilfe und institutioneller Bearbeitung vollzieht. Es zeigen sich stark divergierende Erfahrungen, wie sie im Modell des Unterstützungserlebens herausgearbeitet wurden. Diese Spannungsfelder zeigen sich über verschiedene Versorgungssettings hinweg und lassen sich nicht eindeutig einem Angebotsformat zuordnen. Sowohl in klinischen als auch in ambulanten und aufsuchenden Hilfekontexten beschrieben die Befragten Erfahrungen, die sich den beiden gegensätzlichen Polen des Modells zuordnen lassen.

Vor dem Hintergrund der im Forschungsstand dargestellten hohen psychischen Belastung der Jugendlichen, erhält der Befund der *folgenlosen Hilfe* besondere Relevanz (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025, S. 21–30; Barrense-Dias et al., 2021, S. 29; Peter et al., 2023, S. 28; Pro Juventute, 2024, S. 13). Er kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass Unterstützungsangebote den Bedarf psychosozial belasteter Jugendlicher nicht ausreichend aufgreifen. Diese Ergebnisse lassen sich mit dem bisherigen Forschungsstand in Verbindung bringen, speziell mit der BASS-Studie, die auf Formen der Unter- und Fehlversorgung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen aufmerksam macht (Stocker et al., 2016, S. XIII–XIV). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Hilfe dann folgenlos bleibt, wenn der institutionelle Rahmen in den Vordergrund tritt und die Jugendlichen sich primär mit dessen Anforderungen, Zwängen und Unverständlichkeiten auseinandersetzen müssen. In solchen Fällen verliert Hilfe ihren entlastenden Charakter. Mit Bezug auf Ortiz-Müller et al. (2021, S. 57) lässt sich dies dahingehend interpretieren, dass bestimmte Unterstützungserfahrungen der Krisenbewältigung unter ungünstigen Bedingungen als zusätzliches krisenrelevantes Ereignis wahrgenommen werden können. Die Jugendlichen sind mit der Notwendigkeit konfrontiert, sich an institutionelle Vorgaben anzupassen, belastende Situationen auszuhalten oder Widerstand zu leisten. Die eigentliche Problembearbeitung tritt in den Hintergrund. Besonders unter Bedingungen von Zwang zeigt sich in den Interviews, dass die Jugendlichen nicht über den Inhalt der Unterstützung berichteten, sondern über Konflikte, Druck und Durchsetzung. Psychiatrische Kliniken werden von Jugendlichen mit der Erwartung aufgesucht, in einer psychischen Belastungssituation Unterstützung, Schutz und Entlastung zu erhalten. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten jedoch darauf hin, dass diese Einrichtungen auch Erfahrungen von Ohnmacht, Intransparenz oder Beschämung hervorrufen können. Solche Erfahrungen können die Bewältigung psychischer Belastungen verunmöglichen und Krisen zusätzlich erschweren. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Bewältigung als Prozess verstanden werden kann, der sich aus unterschiedlichen Erfahrungen zusammensetzt. In diesem Sinne könnten ambivalente oder belastende Unterstützungserfahrungen trotz ihrer problematischen Anteile einzelne bewältigungsförderliche Elemente enthalten haben und damit ein Puzzleteil im Bewältigungsprozess der Jugendlichen dargestellt haben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen ebenso, dass bestimmte Hilfsangebote von den Jugendlichen als unterstützend und entlastend erlebt wurden. Dies war dann der Fall, wenn Fachpersonen ihnen menschlich, interessiert, verlässlich und ansprechbar begegneten. Entscheidend war somit nicht das jeweilige Angebotsformat, sondern die Qualität der Beziehung und Begegnung. Dieser Befund lässt sich mit Dross (2001) in Verbindung bringen, der die Beziehung als

zentralen Wirkfaktor der Krisenintervention beschreibt (Dross, 2001, S. 21). Unterstützend sind demnach vor allem Beziehungen, in denen Jugendliche sich gehört, verstanden und als Person wahrgenommen fühlen. Wichtig dabei ist ein Gegenüber, das nicht nur fachlich professionell handelt, sondern den Jugendlichen menschlich begegnet. Damit schliessen die Ergebnisse an Befunde der norwegischen Studie Youth Flexible ACT an, die die Bedeutung von Beziehungen auf Augenhöhe hervorhebt (Johansen et al., 2024, S. 9). Die Befunde lassen auch sich mit einem Beitrag von Mahler und Oster (2023) verbinden, die professionelle Nähe und authentische Beziehungsgestaltung in der Akutpsychiatrie untersuchen. Sie beschreiben den «Menschen als Wirkfaktor» und machen deutlich, dass eine unterstützende Begleitung in Krisensituationen nicht allein durch fachliche Qualifikation entsteht, sondern wesentlich von interaktionellen Fähigkeiten, Authentizität sowie einer offenen und respektvollen Haltung der Fachpersonen abhängt (Mahler & Oster, 2023, S. 11, S. 13).

Eine Interpretation der Ergebnisse lautet zudem, dass Beziehungserfahrungen durch institutionelle Rahmenbedingungen stark mitgeprägt sind. In psychiatrischen Kliniken mit personeller Unterbesetzung und einer primär diagnostisch ausgerichteten ärztlichen Praxis besteht die Gefahr, dass für eine angemessene Beziehungsgestaltung zu wenig Zeit bleibt. Medizinische Institutionen, deren Leistungen über die Krankenkasse finanziert werden, sind in der Regel darauf angewiesen, Behandlungsbedarfe diagnostisch auszuweisen. Dies begünstigt ein zielgerichtetes und auf Abklärung ausgerichtetes Vorgehen. Damit sich Jugendliche auf eine Behandlung einlassen können, braucht es jedoch Zeit für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Eine mögliche Hypothese ist, dass der Aufbau und die Pflege einer tragfähigen professionellen Beziehung im Rahmen der krankenkassenfinanzierten Versorgung nicht als eigenständige abrechenbare Leistung ausgewiesen ist und somit ein zentraler Bestandteil psychosozialer Unterstützung psychisch belasteter Jugendlicher strukturell unterfinanziert ist.

Wiederkehrende Standardfragen, vorgeplante Gesprächsabläufe oder institutionelle Automatismen wurden als Ausdruck von Verwaltung, Kontrolle oder «Massenabfertigung» erlebt, während individualisierte, flexible und bedürfnisorientierte Hilfen als entlastend beschrieben wurden. Diese Ergebnisse lassen sich mit Caplan und Caplans (2000) Überlegungen verbinden, wonach Unterstützungsangebote sich an den aktuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren sollten (Caplan & Caplan, 2000, S. 8).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen des Weiteren, dass mobile aufsuchende Unterstützungsformen von den Befragten als entlastend erlebt wurden, weil sie als alltagsnahe, mitgehende und konkret handelnde Unterstützung erfahren wurde. Interessant ist, dass die Erfahrungen von *personenbezogener Hilfe* des entwickelten Modells häufig mit aufsuchenden mobilen Angeboten gemacht wurden. Dieses Unterstützungsfeld steht mit Selbstbestimmung, Augenhöhe, Transparenz und Orientierung, Individualisierung, emotionalem Halt und Empowerment in Verbindung. Die Daten zeigen auf, dass sich das Mobile und Aufsuchende von anderen Unterstützungsangeboten nicht nur durch den Ort der Hilfeleistung unterscheiden, sondern durch die Art der Beziehungsgestaltung, die Nähe zur Lebenswelt der Jugendlichen und die Möglichkeit, Belastungen

im konkreten Alltag zu bearbeiten. Als ein Unterscheidungsmerkmal aufsuchender Angebote wurde deutlich, dass Fachpersonen nicht ausschliesslich beratend tätig sind, sondern Jugendliche direkt in ihren konkreten Lebenswelten unterstützen. Dies zeigte sich beispielsweise in Selins Schilderung. Die Fachperson nahm selbst Kontakt zu ihrer Anwältin sowie zu Lehrpersonen auf und begleitete sie bei Fragen im Zusammenhang mit Schule, Aufenthaltsstatus und weiteren Unterstützungsmöglichkeiten. Diese Tätigkeiten lassen sich mit den Aspekten der Krisenintervention nach Sonneck in Verbindung bringen, vor allem mit der Bedeutung interprofessioneller Kooperation (Sonneck, 2000, S. 63). Diese Form der alltagsnahen und koordinierenden Unterstützung scheint für die Bewältigung komplexer Belastungslagen bedeutsam zu sein. Hier besteht jedoch die grundlegende Problematik, dass bei psychischen Belastungen vor allem Therapie als finanzierungswürdige Leistung von den Krankenkassen anerkannt wird, während sozialarbeiterische oder sozialpädagogische Unterstützungsformen, die ebenfalls stabilisierend und entlastend wirken können, strukturell weniger berücksichtigt werden.

Eine weitere Chance aufsuchender Unterstützung liegt in der Erschliessung weiterführender Hilfe. Dies wird in Lyas Aussage deutlich, wenn sie sagt, dass ihr ein aufsuchendes Angebot dabei geholfen habe, eine Psychologin zu finden, was ihr Sicherheit und Stabilität vermittelt habe. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Studien, die Wartezeiten von mehreren Monaten bis zu sechs Jahren aufzeigen (Wyss & Keller, 2020, S. 20), ist dieser Befund besonders bedeutsam. Hier kann aufsuchende Unterstützung eine Brückenfunktion übernehmen. Sie kann Zugänge eröffnen, Übergänge begleiten und verhindern, dass Jugendliche im Versorgungssystem allein gelassen werden. In diesem Sinne stellt das Mobile und Aufsuchende eine vermittelnde Form von Hilfe dar, die zwischen individueller Belastung und institutionellem Versorgungssystem übersetzt. Eine mögliche Erklärung, weshalb dies nur bei aufsuchenden, mobilen Angeboten so erlebt wurde, liegt in den strukturellen Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Die BASS- sowie die Studie über die Versorgungspfade Basel Stadt zeigen auf, dass vernetzende und koordinierende Tätigkeiten häufig nicht ausreichend finanziert sind (Stocker et al., 2016, S. XIV; Wyss & Keller, 2020, S. 41). Wenn die Organisation von Übergängen und die aktive Erschliessung anschliessender Hilfen nicht verbindlich vorgesehen oder finanziert sind, besteht die Gefahr, dass Jugendliche trotz therapeutischer Kontakte selbst für die Organisation passender Unterstützung verantwortlich bleiben.

Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass aufsuchende Angebote nicht automatisch hilfreich sind. Auch bei aufsuchenden Angeboten wurde von Elementen aus dem Unterstützungsfeld der *institutionellen Bearbeitung* berichtet. Gerade weil aufsuchende Angebote näher an die Lebenswelt der Jugendlichen heranrücken, besteht die Herausforderung, Grenzen, Zuständigkeiten und Erwartungen besonders sorgfältig zu klären. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Besondere mobiler, aufsuchender Unterstützung weniger in einem bestimmten methodischen Format liegt, sondern in einer spezifischen Hilfelogik. Diese wurde als lebensweltorientiert, flexibel, beziehungsbezogen und handlungspraktisch erlebt.

7. Fazit

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Fragestellungen beantwortet und anschliessend hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Soziale Arbeit reflektiert. Danach folgt eine Reflexion der angewendeten Methode und es werden Limitationen der Studie aufgezeigt. Abschliessend wird mit einem Ausblick Perspektiven für zukünftige Forschung aufgezeigt.

7.1. Beantwortung der Fragestellungen

> Welche Erfahrungen machen psychisch belastete Jugendliche mit unterschiedlichen Hilfsangeboten, wie deuten sie diese rückblickend in Bezug auf ihr subjektives Entlastungsempfinden und was erleben sie dabei als hinderlich und was als förderlich?

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigt auf, dass psychisch belastete Jugendliche Unterstützungsangebote nicht primär nach Angebotsform bewerten, sondern danach, wie sie die konkrete Ausgestaltung der Hilfe erleben. Die Erfahrungen der Jugendlichen bewegten sich in einem Spannungsfeld zwischen institutioneller Bearbeitung und personenbezogener Hilfe. Als entlastend wurden Unterstützungsangebote dann gedeutet, wenn sie selbstbestimmt waren, die Fachpersonen erreichbar, zugewandt, transparent und auf Augenhöhe handelten, die Jugendlichen ernst nahmen und an ihrer konkreten Lebenssituation ansetzten. Förderlich waren insbesondere Orientierung, Verfügbarkeit und die Stärkung eigener Handlungsmöglichkeiten sowie Unterstützung bei Übergängen und Anschlusslösungen. Hinderlich wirkten demgegenüber Erfahrungen von Zwang, Intransparenz, Standardisierung, erlebtes Machtgefälle und Pathologisierung. In solchen Situationen wurde Hilfe weniger als Unterstützung, sondern eher als institutionelle Bearbeitung, Überforderung oder Beschämung erlebt. Entlastung entstand somit nicht allein durch das Vorhandensein eines Angebots, sondern durch die Art und Weise, wie Unterstützung im konkreten Hilfeprozess gestaltet wurde.

> Welche Erfahrungen machen psychisch belastete Jugendliche mit mobilen, aufsuchenden Unterstützungsangeboten und welche Chancen, Herausforderungen sehen sie dabei?

Die Ergebnisse zeigen, dass mobile und aufsuchende Unterstützungsangebote von den Jugendlichen vor allem dann positiv erlebt wurden, wenn sie lebensweltnah, flexibel und beziehungsorientiert ausgestaltet waren. Als Chance solcher Angebote zeigte sich, dass Unterstützung nicht an einen institutionellen Raum gebunden bleibt, sondern näher an den Alltag der Jugendlichen heranrückt. Dadurch konnten Fachpersonen praktische Hilfe leisten, Übergänge begleiten, weitere Unterstützung erschliessen und konkrete Belastungen im Lebensumfeld der Jugendlichen mitbearbeiten. Besonders bedeutsam war dabei, dass die Jugendlichen sich nicht primär als Patient:innen sondern als Personen mit eigenen individuellen Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten wahrgenommen fühlten. Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass aufsuchende Angebote nicht automatisch entlastend wirken. Ihre Nähe zur Lebenswelt der Jugendlichen macht eine sorgfältige

Klärung von Rollen, Grenzen, Zuständigkeiten und Erwartungen notwendig. Die Qualität mobiler Unterstützung liegt daher weniger im aufsuchenden Format an sich, sondern in einer Hilfelogik, die partizipativ, transparent, alltagsnah und subjektorientiert umgesetzt wird.

7.2. Implikationen für die Soziale Arbeit

Die Befunde der vorliegenden Arbeit weisen auf einen Unterstützungsbedarf bei psychisch belasteten Jugendlichen hin, der über medizinisch-therapeutische Behandlung hinausgeht. Zum einen waren psychische Belastungen im Fall der vorliegenden Arbeit häufig mit familiären, schulischen, sozialen und institutionellen Problemlagen verschränkt. Die institutionelle Bearbeitung erforderte in den Fällen der vorliegenden Arbeit Diagnosen, standardisierte Abläufe und Zwangsmassnamen und führte subjektiv zu keiner Entlastung. Die Befunde zeigen, dass Unterstützung dann als entlastend erlebt wurde, wenn Unterstützung selbstbestimmt war, Fachpersonen konkrete Orientierung boten und auf individuelle Bedürfnisse eingingen und den Klient:innen auf Augenhöhe begegneten. Damit wird deutlich, dass die im Berufskodex der Sozialen Arbeit definierten sozialarbeiterische Prinzipien wie die ganzheitliche Betrachtung des Menschen, die Ermächtigung, die Partizipation und soziale Teilhabe und die Selbstbestimmung (AvenirSocial, 2026, S. 12–14) stärker in die Behandlung von psychisch belasteten Jugendlichen einfliessen müssen

Soziale Arbeit kann mit ihren Kernkompetenzen wie der systemischen Betrachtungsweise, durch Information, Koordination, Vernetzung und Mobilisierung von Ressourcen (AvenirSocial, 2026, S. 12–14) einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung psychosozialer Krisen leisten. Dabei unterstützen sie Jugendliche in ihrer Selbstbestimmung, fördern ihre Teilhabe und helfen, individuelle wie strukturelle Hürden abzubauen. Dies führt zur Schlussfolgerung, dass Soziale Arbeit im Versorgungssystem eine eigenständige und nicht bloss ergänzende Funktion einnimmt. Sozialarbeiterische Leistungen sollten stärker als fachlich notwendige Bestandteile der Unterstützung psychisch belasteter Jugendlicher anerkannt werden. Ein politischer Auftrag der sozialen Arbeit könnte somit lauten, sichtbar zu machen, dass psychische Belastungen nicht allein medizinisch-therapeutisch bearbeitet werden können, sondern soziale, institutionelle und lebensweltliche Dimensionen haben. Vor dem Hintergrund der hohen psychischen Belastung von Jugendlichen in der Schweiz ergibt sich die Implikation, psychosoziale Beratungs- und Begleitangebote für psychisch belastete Jugendliche auszubauen, um frühzeitig lebensweltnahe Unterstützung bereitzustellen, Belastungsverläufe zu stabilisieren und Chronifizierungen sowie mögliche Klinikaufenthalte zu vermeiden. Psychosozial belastete Jugendliche benötigen Fachpersonen, die als erreichbar, zugewandt und menschlich erlebt werden. Professionelle Nähe wird damit zu einem wichtigen Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns. Sie verlangt von Fachpersonen, sich als authentisches Gegenüber zur Verfügung zu stellen, ohne professionelle Grenzen aufzugeben. Dies erfordert eine kontinuierliche Reflexion der eigenen Haltung, Sprache und Machtposition. Auf struktureller Ebene bedeutet dies, dass Organisationen der Sozialen Arbeit Rahmenbedingungen schaffen müssen, die durch zeitliche Ressourcen, Kontinuität, Supervision und interprofessionellen Austausch tragfähige Beziehungen ermöglichen. Beziehungsgestaltung darf somit nicht dem individuellen Engagement einzelner

Fachpersonen überlassen bleiben, sondern muss als fachlicher und institutioneller Bestandteil wirksamer Unterstützung verankert werden. Eine weitere Schlussfolgerung ist, dass Unterstützung von Fachpersonen von Jugendlichen nicht per se als hilfreich erlebt wird. Die Daten zeigen, dass Hilfe mit Scham, Überforderung, Kontrollgefühl verbunden sein kann und dadurch bestehende Belastungen verstärken. Für die Soziale Arbeit ist es daher notwendig, diese Ambivalenz von Hilfe konsequent mitzudenken. Dies gilt besonders in Situationen, in denen Interventionen wie geschlossene Unterbringungen oder andere Massnahmen gegen den Willen von Jugendlichen geprüft oder beantragt werden.

7.3. Reflexion und Limitationen

Zur Reflexion der methodischen Qualität der vorliegenden Untersuchung werden die von Strübing et al. (2018) vorgeschlagenen Gütekriterien qualitativer Sozialforschung herangezogen. Diese erscheinen für die vorliegende Arbeit besonders geeignet, da sie Qualität nicht an standardisierten Kriterien wie Repräsentativität oder Messgenauigkeit festmachen, sondern an den spezifischen Anforderungen interpretativer und rekonstruktiver Forschung. Strübing et al. (2018) nennen hierfür fünf zentrale Gütekriterien: Gegenstandsangemessenheit, empirische Sättigung, theoretische Durchdringung, textuelle Performanz und Originalität (S. 85–86).

Qualitativer Zugang / Gegenstandsangemessenheit

Der qualitative Zugang der vorliegenden Arbeit lässt sich mit dem Gütekriterium der Gegenstandsangemessenheit begründen. Strübing et al. (2018, S. 86–88) verstehen Gegenstandsangemessenheit nicht lediglich als passende Auswahl einer Methode, sondern als Abstimmung von Fragestellung, empirischem Fall, theoretischer Perspektive, Methode und Datentypen. Für die vorliegende Untersuchung war ein qualitativer Forschungszugang deshalb besonders geeignet, weil die Fragestellung auf das subjektive Erleben, die Deutungen und Bewertungen psychisch belasteter Jugendlicher in Bezug auf unterschiedliche Unterstützungsangebote zielte. Diese Erfahrungen lassen sich nicht standardisiert erfassen, da sie eng mit individuellen Lebenslagen, biografischen Erfahrungen, institutionellen Kontexten und persönlichen Beziehungserfahrungen verbunden sind. Der qualitative Zugang ermöglichte es, die Jugendlichen nicht nur als Nutzende von Unterstützungsangeboten zu betrachten, sondern ihre eigenen Sinnzuschreibungen und Bewertungen ins Zentrum der Analyse zu stellen. Dadurch konnten subjektiv bedeutsame Dimensionen wie Vertrauen, Beziehung, Orientierung, Partizipation, Zwang, Transparenz und Entlastung sichtbar werden. Gerade weil die Arbeit danach fragte, wie Jugendliche Unterstützung rückblickend erlebten und was sie als förderlich oder hinderlich deuteten, war ein offenes, rekonstruktives Vorgehen gegenstandsangemessen. Gleichzeitig ist im Sinne der Gegenstandsangemessenheit kritisch zu reflektieren, dass auch ein qualitativer Zugang den Gegenstand nicht unvermittelt abbildet. Die erhobenen Daten entstanden in einer konkreten Interviewsituation und waren abhängig davon, an welche Erfahrungen die Jugendlichen sich erinnerten, versprachlichten und gegenüber der Forschenden mitteilen konnten. Der qualitative Zugang war geeignet, um subjektive Deutungen zugänglich

zu machen, erfasst jedoch nicht das gesamte Unterstützungsgeschehen selbst. Die Ergebnisse sind deshalb als rekonstruierte Perspektiven der befragten Jugendlichen zu verstehen und nicht als umfassende Bewertung der untersuchten Hilfesysteme.

Sampling / Gegenstandsangemessenheit

Zwar konnten mit acht Jugendlichen vertiefte Einblicke in unterschiedliche Unterstützungserfahrungen gewonnen werden, jedoch weist die Stichprobe eine deutliche geschlechtsspezifische Unausgewogenheit auf. Von den befragten Jugendlichen war nur eine Person männlich, während sieben Interviewte weiblich waren. Für die vorliegende Arbeit wäre eine stärkere Durchmischung des Samples wünschenswert gewesen, um mögliche Unterschiede in den Erlebens- und Deutungsweisen verschiedener Jugendlicher breiter erfassen zu können. Zugleich ist diese Unausgewogenheit vor dem Hintergrund des Forschungsstandes einzuordnen. Verschiedene Studien zeigen, dass Mädchen und junge Frauen im Jugendalter häufiger von psychischen Belastungen, depressiven Symptomen, Angstsymptomen, Essstörungssymptomen sowie Suizidgedanken betroffen sind als männliche Jugendliche (Peter et al., 2023, S. 28–35; Pro Juventute, 2024, S. 17; Pro Juventute, 2026, S. 3). Die starke Vertretung weiblicher Jugendlicher im Sample kann daher teilweise auch als Ausdruck einer im Forschungsfeld bestehenden geschlechtsspezifischen Betroffenheit verstanden werden. Dies gilt umso mehr, als bereits die Gruppe der 40 angeschriebenen Jugendlichen ungleich verteilt war: 30 % waren männlich und 70 % weiblich. Dennoch bleibt offen, ob weibliche Jugendliche tatsächlich häufiger zur Teilnahme bereit waren oder persönliche Unterstützungserfahrungen eher in einem Forschungskontext verbalisieren. Diese Annahme kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden und bleibt entsprechend spekulativ. Die Ergebnisse sind daher nicht geschlechtervergleichend zu verstehen. Vielmehr bilden sie vor allem die Perspektiven psychisch belasteter weiblicher Jugendlicher ab, ergänzt durch die Erfahrung eines männlichen Jugendlichen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf männliche Jugendliche sowie auf Jugendliche mit diversen Geschlechtsidentitäten ist deshalb eingeschränkt.

Bei der GTM ist, wie bereits beschrieben, ein Theoretical Sampling vorgesehen, bei dem neue Daten, resp. neue Interviewpartner:innen schrittweise und gezielt danach ausgewählt werden, inwiefern sie sich für die weitere Entwicklung der entstehenden Theorie als relevant erweisen (Strauss & Corbin, 1996, S. 148). Ein theoretisches Sampling war im Rahmen dieser Master-Thesis nicht möglich. Neben den begrenzten zeitlichen Ressourcen war dies der Menge an Interviews geschuldet, da deren Auswertung eine sehr aufwändige Codierarbeit erforderte.

Mit Blick auf das Gütekriterium der empirischen Sättigung ist festzuhalten, dass die vorliegende Studie keine vollständige theoretische Sättigung im Sinne eines idealtypischen Grounded-Theory-Prozesses beansprucht. Strübing et al. (2018) verstehen empirische Sättigung als Grad der empirischen Durchdringung des Forschungsgegenstandes und als Verankerung der Interpretationen im Datenmaterial (S. 88). Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass durch die intensive Auswertung der acht Interviews eine empirische Verdichtung zentraler Deutungsmuster erreicht werden konnte. Die wiederkehrenden Spannungsfelder des Unterstützungserlebens zeigten sich über

mehrere Fälle hinweg, auch wenn die Reichweite der Ergebnisse durch die begrenzte und geschlechtsspezifisch unausgewogene Stichprobe eingeschränkt bleibt.

Feldzugang / Empirische Sättigung

Eine weitere methodische Besonderheit ergibt sich aus dem Feldzugang über die eigene Praxisinstitution. Der Zugang zu den Jugendlichen erfolgte über die MIK, an der die Forschende selbst tätig war. Dieser Zugang brachte praktische Vorteile mit sich, da die Zielgruppe grundsätzlich erreichbar war und ehemalige Beratungspersonen als Gatekeeper fungieren konnten. Zugleich ist diese Konstellation methodisch ambivalent und im Zusammenhang mit dem Gütekriterium der empirischen Sättigung zu reflektieren. Strübing et al. (2018, S. 89) betonen, dass sich die Qualität von Feldzugang und Rapport auch daran zeigt, ob die Beziehung zum Feld als Ressource reflexiver Orientierung genutzt wird. Reflexivität bedeutet dabei einerseits, den konstitutiven Anteil der Forschenden an der Herstellung des Feldes und der Gewinnung von Daten mitzudenken, und andererseits, das eigene Tun sowie die eigene Positionierung im Feld systematisch zu beobachten.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass die institutionelle Nähe der Forschenden nicht als blosser organisatorischer Umstand verstanden werden kann. Vielmehr ist zu reflektieren, dass die eigene berufliche Verortung im Feld mitbeeinflusst haben könnte, welche Jugendlichen zur Teilnahme bereit waren, wie der Zugang über ehemalige Beratungspersonen hergestellt wurde und welche Erwartungen die Jugendlichen mit der Interviewsituation verbanden.

Auch wenn die interviewten Jugendlichen ihre Beratungsprozesse bereits abgeschlossen hatten und die Rollentrennung zwischen professioneller Tätigkeit als Sozialarbeiterin und Forscherin explizit thematisiert wurde, kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass die institutionelle Nähe Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft oder auf das Antwortverhalten hatte. Jugendliche könnten sich beispielsweise aus Loyalität, Dankbarkeit oder aus Unsicherheit bezüglich der Trennung von Forschung und Praxis ihre Schilderungen in bestimmter Weise formuliert haben.

Interviewführung / Gegenstandsangemessenheit

Die Interviewdurchführung war mit methodischen Herausforderungen verbunden. Das problemzentrierte Interview mit Leitfaden erwies sich grundsätzlich als geeignet, um die Aufmerksamkeit gezielt auf Unterstützungserfahrungen und deren subjektive Deutung zu lenken. In der konkreten Gesprächssituation zeigte sich jedoch, dass viele Jugendliche ihre Erfahrungen ausführlich, chronologisch und in längeren Erzählzusammenhängen darstellten. Dies führte dazu, dass sich die Forschende nicht immer eng am Leitfaden orientieren konnte. Ein striktes Festhalten an der vorgesehenen Reihenfolge der Fragen hätte teilweise bedeutet, Gesprächsverläufe zu unterbrechen oder zu früheren Themenblöcken zurückzuspringen, was irritierend auf die Interviewten hätte wirken können. Die flexible Handhabung des Leitfadens kann unter dem Aspekt der Gegenstandsangemessenheit reflektiert werden. Strübing et al. (2018) betonen, dass qualitative Forschung nicht in der starren Anwendung einer Methode besteht, sondern in der fortlaufenden Anpassung des methodischen Vorgehens an den Forschungsgegenstand (S. 86–87). Die Abweichung von der

vorgesehenen Fragenreihenfolge war daher nicht nur eine pragmatische Entscheidung, sondern diente dazu, die Erzählstruktur der Jugendlichen zu respektieren und die Interviewsituation offen für subjektive Deutungen zu halten. Rückblickend erwies sich die flexible Handhabung des Leitfadens als sinnvoll, da sie den Jugendlichen ermöglichte, ihre Erfahrungen in ihrer eigenen Struktur darzustellen. Gleichzeitig führte dies dazu, dass einzelne Themen in unterschiedlicher Tiefe oder an unterschiedlichen Stellen im Interview behandelt wurden, was die Vergleichbarkeit des Materials teilweise erschwerte.

Theoretische Rahmung / Theoretische Durchdringung

Kritisch zu betrachten ist zudem die theoretische Rahmung über den Krisenbegriff. Diese Reflexion lässt sich mit dem Gütekriterium der theoretischen Durchdringung nach Strübing et al. (2018) verbinden. Theoretische Durchdringung fragt danach, inwiefern theoretische Perspektiven den empirischen Gegenstand differenziert erschliessen, ohne ihn vorschnell in bestehende Kategorien einzuordnen (Strübing et al., 2018, S. 91–93). Der Krisenbegriff bot für die vorliegende Arbeit zwar einen hilfreichen Zugang, um akute Belastungssituationen, Überforderung und den Bedarf nach rascher Stabilisierung einzuordnen. Zugleich zeigte sich jedoch, dass er nur begrenzt auf die zentrale Fragestellung der Arbeit ausgerichtet ist. Diese fragt nicht in erster Linie danach, wie Krisen entstehen oder bewältigt werden, sondern wie psychisch belastete Jugendliche unterschiedliche Unterstützungsangebote erleben, deuten und hinsichtlich ihres subjektiven Entlastungsempfindens bewerten. Der Fokus der Fragestellung liegt damit weniger auf der Krise selbst als vielmehr auf den Erfahrungen der Jugendlichen im Umgang mit Hilfesystemen, Fachpersonen und institutionellen Rahmenbedingungen. Der Krisenbegriff kann diese Erfahrungen nur teilweise erfassen, da er vor allem akute Belastungs- und Bewältigungssituationen in den Blick nimmt. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen jedoch, dass das Unterstützungserleben der Jugendlichen wesentlich durch Beziehungsgestaltung, Orientierung, Partizipation, Transparenz, institutionelle Abläufe, Übergänge und wahrgenommene Handlungsspielräume geprägt war. Diese Dimensionen lassen sich mit einer krisentheoretischen Perspektive nur unzureichend analysieren. Im Sinne theoretischer Durchdringung (Strübing et al., 2018, S. 91–93) ist deshalb festzuhalten, dass die empirischen Ergebnisse die gewählte theoretische Rahmung zugleich bestätigen und begrenzen. Der Krisenbegriff erwies sich als anschlussfähig für die Einordnung akuter Belastungssituationen und Stabilisierungsbedarfe, wurde durch das empirische Material jedoch dort irritiert, wo das subjektive Erleben von Unterstützung, institutionelle Erfahrungen und längerfristige Belastungsverläufe im Zentrum standen. Für zukünftige Forschung wäre es daher sinnvoll, psychosoziale Belastungen Jugendlicher stärker mit theoretischen Perspektiven zu verbinden, die Alltag, Lebenswelt, Partizipation, Machtverhältnisse und institutionelle Rahmenbedingungen einbeziehen. Hierfür könnten beispielsweise die lebensweltorientierte Soziale Arbeit nach Thiersch oder machtkritische Ansätze der Sozialen Arbeit herangezogen werden.

Ergebnisdarstellung / Textuelle Performanz

Das Gütekriterium der textuellen Performanz wurde vor allem in der Ergebnisdarstellung relevant. Strübing et al. (2018) verstehen darunter die Leistung wissenschaftlicher Texte, Forschungsergebnisse gegenüber den Rezipient:innen nachvollziehbar, plausibel und überzeugend darzustellen (S. 93–94). Die rekonstruierten Spannungsfelder wurden nicht nur anhand einzelner Zitate dargestellt, sondern in ein analytisches Modell überführt, das die unterschiedlichen Hilfeerfahrungen systematisch ordnet. Dadurch sollte nachvollziehbar gemacht werden, wie aus den einzelnen Erzählungen übergreifende Deutungsmuster entwickelt wurden.

Forschung mit Jugendlichen / Gegenstandsangemessenheit

Eine weitere Limitation ergibt sich aus den forschungsethischen Rahmenbedingungen bei der Forschung mit Minderjährigen. Da in Forschungsprojekten mit Kindern und Jugendlichen die Zustimmung der Erziehungsberechtigten erforderlich ist, die stellvertretend die Einwilligung geben (Miethe & Gahleitner, 2010, S. 577), konnten zwei Jugendliche trotz eigener Bereitschaft nicht in die Studie aufgenommen werden, da keine Einwilligung ihrer Eltern vorlag. Dies stellt eine Limitation der Untersuchung dar, da dadurch eine potenziell relevante Perspektive für die Analyse ausgeschlossen werden musste.

Eine weitere methodische Limitation hängt mit der Altersspanne der befragten Jugendlichen zusammen. Bei einer 13-jährigen Jugendlichen entstand im Interview der Eindruck, dass sie sich im Vergleich zu den älteren Teilnehmenden deutlich knapper äusserte. Dies könnte auf den entwicklungspsychologischen Stand jüngerer Jugendlicher zurückzuführen sein, der sich unter anderem in der sprachlichen Ausgestaltung und reflexiven Darstellung eigener Erfahrungen niederschlagen kann. Da die Datenerhebung in Forschungsprojekten mit Kindern und Jugendlichen dem entwicklungspsychologischen Stand minderjähriger Personen angemessen sein muss (Miethe & Gahleitner, 2010, S. 577), verweist dies auf eine methodische Limitation der vorliegenden Studie. Die gewählte Erhebungsform des Interviews erwies sich möglicherweise nicht für alle Altersgruppen als gleich gut geeignet. Im Sinne der Gegenstandsangemessenheit ist deshalb kritisch festzuhalten, dass Interviews für die untersuchte Zielgruppe insgesamt passend waren, jedoch nicht für alle Altersgruppen in gleicher Weise. Bei jüngeren Jugendlichen hätten ergänzende oder stärker altersangepasste Erhebungsformen, beispielsweise stärker visualisierte Gesprächsimpulse, kürzere Interviewsequenzen oder niedrigschwelligere Erzählanlässe, möglicherweise dazu beitragen können, subjektive Erfahrungen differenzierter zugänglich zu machen. Die Ergebnisse jüngerer Teilnehmender sind daher vor dem Hintergrund dieser methodischen Voraussetzung zu interpretieren.

Datenauswertung

Eine weitere Begrenzung betrifft die Umsetzung der Grounded-Theory-Methodologie**.** Die GTM bot einen hilfreichen methodologischen Rahmen, um Erfahrungen, Bedingungen, Handlungsstrategien und Wirkungen von Unterstützung systematisch zu analysieren. Zugleich zeigte sich im Forschungsprozess, dass die Methode mit einem sehr hohen zeitlichen und analytischen Aufwand verbunden war. Bereits das offene Codieren der acht Interviews erwies sich als ausgesprochen

zeitintensiv. Vor diesem Hintergrund konnte die GTM nicht in allen ihren Schritten vollständig umgesetzt werden. Daher wurde das selektive Codieren nicht in derselben Ausführlichkeit realisiert, wie dies im idealtypischen Vorgehen der Methodologie vorgesehen wäre. Die Auswertung orientiert sich damit an zentralen Prinzipien der Grounded Theory, stellt jedoch keine vollständig ausgeschöpfte Umsetzung aller methodischen Verfahrensschritte dar.

Ergebnisse / Originalität

Die vorliegende Arbeit leistet einen wissenschaftlichen Beitrag, indem sie die Perspektive psychosozial belasteter Jugendlicher auf unterschiedliche Unterstützungsangebote ins Zentrum stellt. Während bestehende Forschung häufig Versorgungslücken, institutionelle Strukturen oder spezifische Interventionen untersucht, rekonstruiert diese Arbeit, wie Jugendliche selbst Unterstützung rückblickend erleben, deuten und hinsichtlich ihres subjektiven Entlastungsempfindens bewerten. Damit trägt sie dazu bei, das Wissen über psychosoziale Unterstützung nicht nur aus professioneller oder institutioneller Perspektive, sondern aus Sicht der Adressat:innen zu erweitern. Dieser Beitrag lässt sich mit dem Gütekriterium der Originalität nach Strübing et al. verbinden. Originalität zeigt sich demnach darin, ob Forschung einen Erkenntnisgewinn leistet und an bestehende wissenschaftliche Wissensstände anschlussfähig ist (Strübing et al., 2018, S. 94–96). Die Originalität der vorliegenden Arbeit liegt nicht in einer repräsentativen Aussage über alle psychosozial belasteten Jugendlichen, sondern in der gegenstandsnahen Rekonstruktion subjektiver Unterstützungserfahrungen. Die Ergebnisse zeigen, dass Unterstützung von Jugendlichen nicht allein über Angebotsformen oder institutionelle Zuständigkeiten verstanden werden kann, sondern wesentlich über Beziehung, Orientierung, Partizipation, Transparenz, Freiwilligkeit und die Passung zwischen subjektivem Erleben und professioneller Deutung vermittelt ist.

7.4. Ausblick

Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ergeben sich mehrere Ansatzpunkte für weiterführende Forschung. Zukünftige Forschung könnte Jugendliche in den Blick nehmen, die trotz psychischer oder psychosozialer Belastung keine Unterstützung in Anspruch nehmen. Bedeutsam wäre vor allem herauszufinden, weshalb sich 29,1 % der Jugendlichen in emotional belastenden Situationen an niemanden wenden (Barrense-Dias et al., 2021, S. 29). Eine solche Forschung könnte dazu beitragen, Zugangshürden, Misstrauen gegenüber Hilfesystemen, Scham, fehlende Informationen über Angebote oder negative Vorerfahrungen mit Unterstützung differenzierter zu verstehen. Zukünftige Studien könnten auch vertiefend untersuchen, welche Formen von Kommunikation, Beziehungsgestaltung und Beteiligung dazu beitragen, dass Jugendliche Hilfe überhaupt annehmen können.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darin, genauer zu untersuchen, wodurch Übereinstimmungen oder Diskrepanzen zwischen dem subjektiven Erleben der Jugendlichen und den professionellen Einschätzungen von Fachpersonen entstehen. Spannend wäre dabei auch die Frage, wie sich

professionelle Deutungen, institutionelle Abläufe oder Erwartungen von Fachpersonen auf den weiteren Hilfe- und Krisenverlauf von psychisch belasteten Jugendlichen auswirken.
Darüber hinaus wäre es sinnvoll, das subjektive Unterstützungserleben Jugendlicher stärker längsschnittlich zu erforschen. Die vorliegende Arbeit erfasst rückblickende Deutungen von Unterstützungserfahrungen. Zukünftige Studien könnten Jugendliche über einen längeren Zeitraum begleiten, um zu untersuchen, wie sich ihr Erleben von Hilfe, Entlastung, Vertrauen und Selbstwirksamkeit im Verlauf verändert. Dadurch liesse sich genauer nachvollziehen, welche Unterstützungsformen kurzfristig stabilisieren und welche längerfristig zu Orientierung, Handlungssicherheit und nachhaltiger Entlastung beitragen.

Literaturverzeichnis

AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: AvenirSocial. Verfügbar unter: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf.

AvenirSocial. (2026). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: AvenirSocial. Verfügbar unter: https://avenirsocial.ch/app/uploads/2025/12/berufskodex_de_2026-01.pdf

Balsiger, N. & Delgrande Jordan, M. (2025). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Jugendlichen im Jahr 2022 und Entwicklung über die Zeit: Die Schweiz im internationalen Vergleich. Ergebnisse der Studie Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)* (Forschungsbericht Nr. 176). Lausanne: Sucht Schweiz. https://doi.org/10.58758/rech176

Barrense-Dias, Y., Chok, L. & Surís, J.-C. (2021). *A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein* (Raisons de santé 323). Lausanne: Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique. https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/323

Bundesamt für Statistik. (2023). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022: Übersicht* (Statistik der Schweiz). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesrat. (2024). *Wie steht es um die psychische Gesundheit in der Schweiz und wie kann sie zur Bewältigung künftiger Krisen gestärkt werden? Erkenntnisse aus der Covid-19-Pandemie*: Bericht in Erfüllung der Postulate 21.3234 Hurni und 21.3457 WBK-NR. Bern: Bundesrat.

Caplan, G. & Caplan, R. (2000). Principles of community psychiatry. *Community Mental Health Journal*, *36*(1), 7–24.

Clausen, J. & Eichenbrenner, I. (2016). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Cullberg, J. (2008). *Krise als Entwicklungschance* (überarbeitete Auflage). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Degen, H. & Ntoa, S. (Hrsg.). (2025). *Artificial intelligence in HCI: 6th International Conference, AI-HCI 2025, held as part of the 27th HCI International Conference, HCII 2025, Gothenburg, Sweden, June 22–27, 2025, proceedings, part IV*. Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-93429-2

Donzé, R. (2024, 04. Mai). Absentismus in den Schulen nimmt zu. *Neue Zürcher Zeitung*. Verfügbar unter: https://www.nzz.ch/schweiz/absentismus-in-den-schulen-nimmt-zu-ld.1828828

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). Ilmenau: Springer.

Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen. (2024). *Nachhaltige Förderung der psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Ein Positionspapier der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ)*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern.

Ferreira, Y. & Vogt, J. (2022). Psychische Belastung und deren Herausforderungen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, *76*(3), 202–219. https://doi.org/10.1007/s41449-021-00292-5

Gahleitner, S. B. & Ortmann, K. (2006). Qualitative Sozialarbeitsforschung. Auf der Suche nach „sozialer Realität". *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2(Sonderausgabe), 40–44.

Gertel, E., Elsener, N., Gisiger, J. & Sousa, Y. (2025). *Evaluation Mobile Intervention bei Jugendkrisen. Schlussbericht*. Zürich: econcept AG.

Giertz, K., Grosse, L. & Gahleitner, S. B. (Hrsg.). (2021). *Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

Heiser, P. (2018). Awareness of Dying. Oder: Die Grounded Theory Methodologie. In P. Heiser (Hrsg.), *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung* (S. 205–233). Wiesbaden: Springer VS.

Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3., überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2016). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (13., überarbeitete Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Juventa.

International Federation of Social Workers. (2022). *Global definition of social work. Aktualisierte Fassung der Definition von 2014*. Verfügbar unter: https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/

Johansen, M., Stuen, H. K., Brekke, E., Jensen, C. B. & Landheim, A. (2024). A qualitative study of the experiences of young people with severe mental health problems and complex needs regarding youth flexible assertive community treatment. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1478345. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1478345

Kiegelmann, M. (2020). Forschungsethik. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227–245). Wiesbaden: Springer VS.

Kleemann, F., Krähnke, U. & Matuschek, I. (2013). *Interpretative Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.

Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.

Mahler, L. & Oster, A. (2023). Professionelle Nähe. Wie gelingen authentische therapeutische Beziehungen in der (Akut-)Psychiatrie? *Sozialpsychiatrische Informationen, 53(3),* 11–16.

McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., … Kessler, R. C. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *World Psychiatry, 22(4)*, 668–679. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1

Mey, G. & Mruck, K. (2011). Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl., S. 11–39). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Miethe, I. & Gahleitner, S. B. (2010). Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. In K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit* (S. 573–581). Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Napp, A.-K., Gilbert, M., Kaman, A., Möller, S., Devine, J., Erhart, M. & Ravens-Sieberer, U. (2024). Psychische Belastungen und Auffälligkeiten von Kindern und Eltern im Verlauf der COVID-19-Pandemie (2020–2022). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *189*, 55–62. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.06.006

Niekrenz, Y. & Witte, M. D. (2018). Jugend. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe* (S. 381–402). Wiesbaden: Springer VS.

Noack Napoles, J. (2005). *Erik H. Eriksons Identitätstheorie*. Oberhausen: ATHENA-Verlag.

Ortiz-Müller, W. (2021). Die Krisenkonzepte der 1940er–1970er Jahre: Traumatische Lebensveränderungs- und Entwicklungskrise. In W. Ortiz-Müller, S. B. Gahleitner & S. Gutwinski (Hrsg.), *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte* (3., überarb. Aufl., S. 48–51). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit. Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Plaistow, J., Masson, K., Koch, D., Wilson, J., Stark, R. M., Jones, P. B. & Lennox, B. R. (2014). Young people's views of UK mental health services. *Early Intervention in Psychiatry*, *8*(1), 12–23. https://doi.org/10.1111/eip.12060

Pro Juventute. (2023). *Jahresbericht 2023: 147. Beratung & Hilfe für Kinder und Jugendliche*. Zürich: Pro Juventute.

Pro Juventute. (2024). *Jahresbericht 2024: 147. Beratung & Hilfe für Kinder und Jugendliche*. Zürich: Pro Juventute.

Pro Juventute. (2024). *Pro Juventute Jugendstudie 2024. Umgang mit Stress, Krisen, Mediennutzung und Resilienz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz*. Zürich: Pro Juventute.

Pro Juventute. (2026). *Pro Juventute Jugendstudie 2026. Umgang mit Stress, Krisen, Mediennutzung und Resilienz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz*. Zürich: Pro Juventute.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). München: Oldenbourg.

Rajkumar, S., Castelli Dransart, D. A., Hollenstein, E., Patt, R., Aleman, S. & Wyss, K. (2025). *Evaluation: Suizidpräventionsprojekte im Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV. Schlussbericht Projekt AdoASSIP*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Regierungsrat des Kantons Zürich. (2022). *Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich, Sitzung vom 18. Mai 2022: Amt für Jugend und Berufsberatung, Kinder- und Jugendhilfe, Notfallteams* (RRB Nr. 769/2022). Zürich: Kanton Zürich.

Reiss, F., Kaman, A., Napp, A.-K., Devine, J., Li, L. Y., Strelow, L., Erhart, M., Hölling, H., Schlack, R. & Ravens-Sieberer, U. (2023). Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, *66*(7), 727–735. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03720-5

Scherr, A. & Bauer, U. (2024). *Jugendsoziologie. Eine Einführung in Theorien, Konzepte und ausgewählte Forschungsergebnisse* (10., erweiterte, vollständig überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Scherrer, G. (2025, 14. Januar). Psychiatrie, Depression, TikTok: Was gegen die Krise der Jugend nützt. *Neue Zürcher Zeitung.* Verfügbar unter: https://www.nzz.ch/meinung/psychiatrie-depression-tiktok-was-gegen-die-krise-der-jugend-nuetzt-ld.1865559

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2023). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2021*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016* (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2022). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen mit Fokus Covid-19* (Obsan Bulletin 02/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G. & Voracek, M. (Hrsg.). (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (3. Aufl.). Wien: Facultas.

Stein, C. (2012). Krisenintervention. *Neuropsychiatrie*, *26*, 106–110. https://doi.org/10.1007/s40211-012-0026-6

Stein, C. (2020). *Spannungsfelder der Krisenintervention: Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis* (2., erw. & überarb. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P. & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., … Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Strübing, J. (2014). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Strübing, J., Hirschauer, S., Ayass, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie, 47*(2), 83–100. https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006

Von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeli, L., Haemmerle, P. & Andreae, A. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters in der Schweiz: Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie.

Walitza, S. (2024, 25. Januar). *Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Früherkennung, interprofessionelle Bewältigung, Prävention* [Präsentation]. RPK-Fachtagung, Zürich.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227–255). Weinheim: Beltz. Verfügbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-5630

Witzel, A. & Reiter, H. (2022). *Das problemzentrierte Interview. Eine praxisorientierte Einführung*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

World Health Organization. (2022). *Mental health: strengthening our response*. Verfügbar unter: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization. (2022). 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. In *ICD-11: International Classification of Diseases*. Verfügbar unter: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#334423054

Wyss, L. & Keller, K. (2020). *Versorgungspfade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen*. Basel: Schulpsychologischer Dienst Kanton Basel-Stadt.

Zukunftsrat U24. (n.d.). Was ist der Zukunftsrat U24? Verfügbar unter: https://zukunfts-rat.ch/zukunftsrat-u24/

Verzeichnis verwendeter KI-Systeme

Verwendetes KI-System	Verwendungsweck
OpenAI. (2026). ChatGPT Plus Version 5.5. Verfügbar unter: https://chatgpt.com/	- Textoptimierung (Satzbau, Verständlichkeit, Lesefluss) - Strukturierung von Textabschnitten (- Formulierungshilfen für wissenschaftliche Übergänge und Zusammenfassungen - Korrekturlesen
ZHAW Transkiptions-Service. Institut für Informatik. Verfügbar unter: https://transcription.init-lab.ch	- Transkription
DeepL SE. (2026). DeepL Translator Verfügbar unter: https://www.deepl.com/de/home	- zur Übersetzung einzelner Wörter, Sätze und Textpassagen.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Persönliche Erklärung Einzelarbeit 94
Anhang 2: Interviewleitfaden 95
Anhang 3: Codebaum Maxqda 99

Anhang 2: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

1. Einstiegsphase / Joining
Begrüssung, Vorstellung und Informationen

Begrüssen und mich vorstellen.
Herzlichen Dank, dass du dir die Zeit für dieses Gespräch nimmst Bevor wir beginnen, möchte ich dich noch über einige wichtige Punkte informieren.Wie bereits am Telefon vom.. im Gespräch vom… erwähnt, führe ich im Rahmen in meinem Studium in Sozialer Arbeit meine Masterhesis durch. Ich möchte gerne untersuchen, wie Jugendliche die mal psychisch belastet waren oder sind «Unterstützung» von Fachpersonen erleben. Es geht dabei um deine persönlichen Erfahrungen und was du mir darüber erzählen möchtest. Alles, was du erzählst, ist für mich interessant.

- Rolle klären (ich bin hier als Studentin, nicht als MIK Beraterin)

«du darfst mir alles erzählen, gute und schlechte Erfahrungen»
Das Interview wird so geführt, dass du die Möglichkeit hast, frei und ausführlich über alles zu erzählen, was dir wichtig ist. Ich werde dir nachher eine Frage stellen und dir dann zuhören, ohne dich zu unterbrechen. Ich werde mir lediglich ein paar Notizen machen. Danach werde ich gezielte Nachfragen stellen, um bestimmte Themen weiter zu vertiefen. Es gibt keine zeitliche Begrenzung für das Gespräch, erfahrungsgemäss dauert es aber ca. eine Stunde – je nachdem, wie viel du mir erzählen möchtest.

Anonymisierung:
Deine Erzählungen und Daten werden von Anfang an anonymisiert, sodass keinerlei Rückschlüsse auf deine Person möglich sind.

Schweigepflicht:
Ich stehe unter Schweigepflicht. Deine Erzählungen und Daten werde ich niemandem weitersagen. Eine Ausnahme ist jedoch, wenn du mir Dinge erzählst, die ich deinen Eltern weitererzählen muss, z.B. wenn du selbst- oder fremdgefährdend bist. Falls du mir eine solche Information übermittelst, werde ich im Anschluss an das Interview jedoch mein weiteres Vorgehen mit dir planen.

Aufnahme des Interviews:
Um mich voll und ganz auf unser Gespräch zu konzentrieren, würde ich das Interview gerne mit meinem Handy als Sprachaufnahme aufnehmen. So kann ich dir aufmerksam zuhören. Bist du damit einverstanden? Die Aufnahme wird nach der Transkription gelöscht.

Einverständniserklärung
Neben deinem mündlichen Einverständnis für das Interview, benötige ich dies auch noch schriftlich von dir. Weil du noch nicht 18 bist, brauche ich ebenfalls eine Einverständniserklärung deiner Eltern.

Hast du noch Fragen zum Ablauf oder allgemein zum Interview?
Im Anschluss an das Interview würde ich gerne noch einen Kurzfragebogen zusammen mit dir ausfüllen. Bist du einverstanden?

2. Eröffnungsfrage (Erzählstimulus)
ES 1

Dir ist es mal psychisch nicht so gut gegangen und du hast Hilfe von Professionellen in Anspruch genommen. Mich interessiert wie deine Erfahrungen mit den Unterstützungsangeboten waren.

«Erzähl doch einmal, wie es dazu kam, dass du Unterstützung gesucht hast und wie es dann weitergegangen ist?»

ES 2

Du hast ja gesagt, dass es dir mal nicht so gut gegangen ist, magst du mir ein bisschen davon erzählen?

- Das Wort “erzählen” benutzen.
- Beispiele erzählen lassen.
- Magst du mir die Situation genauer erzählen.
- Gibt es noch ein anderes Beispiel dazu?

Erzähl doch mal…..Wie war das für dich… Kannst du dich erinnern…“.

1. **Zugang und Informationslage**

ES: Magst du mir erzählen, wie du schlussendlich zu Fachstelle X gelangt bist?

- Wie bist du auf das Angebot aufmerksam geworden?
- Was hat dir geholfen, Kontakt aufzunehmen?
- Was war es, dass dich dazu gebracht hast «jetzt hole ich Hilfe»
- Gab es Hürden oder Unsicherheiten? Magst du mir davon erzählen?

2. **Eindrücke und Erwartungen**

- Wenn du dich zurückerinnerst: Was ist dir durch den Kopf gegangen, bevor du das erste Mal zu Unterstützung X hingegangen bist? Wie war der erste Kontakt/das erste Gespräch?
- Erzähl mal von deinem ersten Tag/erste Beratung dort, wie lief das ab?

3. **Erlebte Unterstützung in Bezug auf das Entlastungsempfinden**

- Erzähl doch mal, was dir bei Unterstützung X, besonders aufgefallen ist, was hat dir gutgetan, was vielleicht weniger?
- Gab es etwas, das für dich einen Unterschied gemacht hat, egal, ob positiv oder negativ?
- Wenn du an Unterstützung X zurückdenkst: Was hat dir besonders im Kopf geblieben?
- Erinnerst du dich an Situationen, in denen du dich gut oder weniger gut verstanden gefühlt hast? Magst du mir davon erzählen?
- Hast du dort auch mal eigene Ideen oder Wünsche geäussert hast? Wenn ja was ist dann passiert?

- Kannst du dich an eine Situation erinnern, in der du gesagt hast, was du willst oder nicht willst? Wie wurde darauf reagiert
- Wie war das für dich, wenn Entscheidungen getroffen wurden, wer hat diese getroffen und wie wurdes du miteinbezogen?
- Magst du mir erzählen, wie es dir jeweils nach Unterstützung X ging? An was hast du das gemerkt?
- …oder wie hast du gemerkt, dass es dir besser/schlechter ging?

4. Beziehung zu Fachpersonen

- Erzähl doch mal, wie du die Menschen erlebt hast, die dich dort begleitet oder unterstützt haben.
- Wie würdest du beschreiben, wie der Kontakt zu den Leuten war, die mit dir gearbeitet haben?“
- Oder: Wenn du an die Zeit zurückdenkst: Wie war das Miteinander zwischen dir und den Fachkräften
- Gab es etwas, das dir geholfen hat, Vertrauen zu fassen oder das es eher schwierig gemacht hat?
- Wie war das mit dem Vertrauen, hast du dich sicher oder unsicher gefühlt?
- Wie war das mit den verschiedenen Personen, gab es jemanden, zu dem du leichter Zugang gefunden hast, oder jemand, bei dem das nicht so war? Und warum war es deiner Meinung nach so?

5. Rahmenbedingungen und Strukturen

- Erzähl mal, wie das für dich war mit Terminen und Abläufen, wie hat das alles so funktioniert?
- Wie hast du die Organisation erlebt z. B. wie schnell etwas ging oder wie Termine vereinbart wurden?“
- Gab es etwas an den Abläufen, das dir leichtgefallen oder eher anstrengend war?
- Wenn du an die Gespräche zurückdenkst: Wo war das, und wie war das für dich dort zu sprechen?
- Erzähl doch mal, ob es Momente gab, in denen du dir gewünscht hättest, dass etwas anders läuft z. B. mit Terminen, Öffnungszeiten, Beratungsorte oder Abläufen?
- Hattest du das Gefühl, dass die Angebote zu dir passten? Wenn ja/nein, warum?

6. Kooperation und Koordination zwischen Angeboten

- Wie war das für dich, dass mehrere Personen oder Stellen gleichzeitig beteiligt waren.
- Wie wurdest du in diesem Zusammenspiel informiert und auf dem Laufenden gehalten?
- Erzähl mal, wie du mitbekommen hast, was die anderen (z. B. Schule, Therapie, Jugendhilfe) gemacht oder geplant haben.

7. Rückblick & Reflexion

- Wenn du zurückschaust: Hat dir die Unterstützung X geholfen in dieser Zeit? Wenn ja, **was hat dir insgesamt am meisten geholfen?**
- Gab es etwas, das dich eher belastet oder enttäuscht hat?
- Was würdest du dir wünschen, wenn du wieder in so einer Situation wärst?
- Was würdest du anderen Jugendlichen raten, die Hilfe suchen?

8. Abschluss & Entlastung

- Gibt es noch etwas, das dir wichtig ist oder das du ergänzen möchtest?
- Danke für deine Offenheit.

Themenfelder

Krise / Belastung

- Wie lange dauerte Krise
- Welche Symptome hattest du?
- Welche Auswirkungen hatte die Belastung?
- Welche Einschränkungen gab es? (Freunde, Schule?)
- Wie war die Entlastung nach der Unterstützung für dich spürbar?

Erlebte Unterstützung

- Was war für dich besonders hilfreich?
- Wie hast du das gemerkt?
- Was hättest du gebraucht, dass es dir geholfen hätte?
- Gab es Momente, in denen du dich verstanden oder ernst genommen gefühlt hast? Oder eben gerade das Gegenteil?
- Wie wurde mit deinen Ideen, Wünschen oder Grenzen umgegangen?
- Hast du dich aktiv einbezogen gefühlt (z. B. bei Entscheidungen)?
-

Beziehung

- Wie hast du die Beziehung zur Fachperson erlebt?
- Wie wurde der Vertrauensaufbau gestaltet?

Aufsuchende Beratung

- Wie waren deine Erfahrungen damit?
- Warum hat es dir geholfen / nicht geholfen?

Unterstützungsangebote?

- Wo hast du Hilfe gesucht?
- Wo hast du Hilfe bekommen?
- War das Angebot sozialarbeiterisch oder medizinisch? Psychologisch? Schulisch?
- Welche Angebote haben dir besser geholfen als andere?
- Könntest du erklären warum?

Informationen

- Wer hat dir geraten Hilfe zu holen?
- Wie wurdest du informiert über Hilfe?
- Wurdest du informiert, wie die Unterstützung aussehen wird?
- Hast du gewusst was dich erwartet?

Strukturen der Hilfe

- Wie waren die Strukturen?
- Stationär, ambulant aufsuchend?
- Wie fandest du, wo und wie die Gespräche stattfanden (z. B. Ort, Online, bei dir zu Hause)?
- War es kurzfrisitg oder langfristig angelegt?
- Termine ausserhalb Schule, hybrid/online möglich?

Zugang und Koordination

- Was hat dir geholfen, Kontakt aufzunehmen?
- Wie war das für dich am Anfang?
- Wie hast du Wartezeiten, Abläufe, Terminplanung usw. erlebt?
- Wie einfach war die Anmeldung?
- Konntest du das selbstständig machen?
- Öffnungszeiten? Wie war die Kommunikation und Zugänge? (auch online möglich?)
- Hat sich jemand zuständig gefühlt und etwas organisiert?
-

Anhang 3: Codebaum Maxqda

Liste der Codes	Häufigkeit
Codesystem	556
Mobile aufsuchende Angebote	0
M: Unfair erlebter Umgang mit Verbindlichkeiten	1
M: Hilfreiche Drehschreibe (Vermittlung zu Therapie)	2
M: Psychiatrische Spitex als wenig hilfreich erlebt	1
M und Setting: Passendes Setting als Ressource	1
Offenes Angebot half am meisten	1
M: Praktische Umsetzungs-Hilfe	5
M: Entlastung durch geteilte Erfahrung von Fachperson	1
Hilfreiche Schlüsselfiguren	2
M: Alltagsnahe Unterstützung	3
M: Hilfe wirksam erlebt in Bezug auf psychische Belastung	8
M: Flexible, personenzentrierte Unterstützung	1
M: Alltagsnahe Unterstützung als hilfreich erlebt	1
M: Alltagsnahe Exposition statt schematischer Übung	2
M: Aufsuchendes Angebot als alltagsnahe stabilisierende Unterstützung	1
M: Aufsuchende Hilfe ohne erkennbare Wirkung	1
M: Es war dreimal ein absoluter Reinfall.	1
M: Sich Zeit nehmen als wirksamer Unterstützungsfaktor	4
M: Wirksamkeit erst im Verlauf entstanden	2
M: Abwechslung	1
M: Ort als störend erlebt	1
M: Sehr schnelles Terminangebot	1
Etwas perönliches hilft beim Vertrauensaufbau	1
M: Terminvereinbarungen wurden unkompliziert erlebt	2
Folgen der Hilfe	0
Halt und Stabilisierung	0
S: SSA als niederschwellige, verässliche Anlaufstelle erlebt	1
M: Entlastung durch regelmässige Ansprechbarkeit	5
geholfen: Wissen „Es sind Leute für mich da" (In-vivo-nah)	3
M: Sich als Ganzes gesehen fühlen	1
A: Gehört werden durch Erzählraum	1
SSA: Positiv erlebtes "einfach reden"	1
Bewältigung	0
A: Wirksame traumabezogene Psychotherapie	1
K: Wirksame Einzelintervention und Therapien	5
K: Routinen, Struktur ist hilfreich	1
K: Stabilisierung durch Struktur + verlässliche Unterstützung (Routine, Hilfe, Medikation)	1
M: Sich getragen gefühlt	1
A und M Sich verstanden fühlen als erlebten Wirkfaktor	4
M: Erlebtes Gehörtwerden	4
A: Erlebtes Gehört werden	1
M: Schrittweise Exposition erlebt	1
M: Aufsuchend als Entlastung	2
Empowerment	0
Selbstwirksamkeit als Therapie: Heilung wird als Selbstleistung erlebt	1
K: Entlastung von Selbsabwertung	1
A: Stärkt selbstwirksamkeit	1
K: Empowerment durch Beziehung und eigenes Tun (Freunde, selber machen, Selbstvertrauen)	2
Ohnmacht	0
K: Sich nicht wahrgenommen gefühlt	2
A: In Psychotherapie Beziehung als „Schüler–Lehrer" erlebt	1
Schule: Hilfe als Entmündigung erlebt	3
Reduziert gefühlt auf ein Ereignis	2
A: Reduktion auf ein Erklärungsmuster	1
A: Nicht gehört worden	2
A: Nicht gehört gefühlt	3
S: Nicht erngenommen worden	1
A: Nicht anerkennung der eigenen Identität	2
Beschämung und Überforderung	0
Überforderung	0
K und Setting: Nicht-passendes Alterssetting in Klinik	3
K: Unpassende Erwartungen an PatientInnen	2
K: Platzierung in Erwachsenenpsychiatrie als nicht jugendgerecht erlebt	2
Es ist extrem, extrem toxisch...	1
K: Überforderung im Klinksetting	3
K: Nach Klinik überfordert mit Alltag	1
K: Überforderung mit Therapieanforderungen	1
K: Erster Klinikeintritt überfordernd erlebt	1
Weitere Belastungen	0

Scham	2
K: Belästigung durch alte Männer erlebt	1
K: traumatische Peerdynamik	1
Unterstützung als zersplittert und belastend erleben (zu viele Stellen)	1
K: Belastende Peer-Dynamiken im stationären Setting	5
M: Abbruch der Unterstützung als Schuldzuschreibung erlebt	1
A: Hilfsangebot als Bremse: Unterstützung behindert subjektiv den Übergang zurück ins Leben	1
K: Klinik als Verursachende neuer Probleme	6
K: In einer "Blase" eingepackt	1
K: Enttäuschte Erwartungen	1
Scham und Peinlichkeit bei Rückkehr in bekannte Klinik	1
A: Schuldig gefühlt anderen Jugendlichen Platz wegzunehmen	1
K: Angst vor der Realität in der sie niemand versteht	1
Unterstützung als Terminstress	1
Familienstigma	1
Andere trauern „mehr", ich „zu wenig"	2
K: Klinikaufenthalt verschärft Wiedereinstieg Schule	1
K: Retraumatisierung durch wiederholtes Erzählen der Lebensgeschichte	1
Interventionen lösten Schulgefühle aus	2
Hilfe angenommen aus Pflichtgefühl	3
K: Ambivalente Entlastung, "wollte nicht mehr weg"	2
K: Klinik als individuell falsches Setting erlebt	1
K: Vermeidungsverhalten in Klinik	1
A: Therapie auch als Belastung "null Bock"	1
K: Fehlende Auffangstruktur nach Unterstützung in Klinik	1
SSA: Unterstützung beruhigt und stresst zugleich	1
Von Schule stigmatisiert gefühlt	4
Schule: Institutionalierung des Problems	1
nicht geredet aus Angst vor Konsequenzen	1
K: Vermeidung von Interaktion wegen Konkurrenzkampf	1
Selbstfürsorge kollidiert mit Leistungserwarungen	1
Aufforderungsdruck als Blockade	2
Folgenlose Hilfe	0
Unterstützung als Abfertigung unter Zeitdruck erleben	1
A: Abgefertigt geworden	1
K: Unverständliche Handlungen	1
Rahmen der Hilfe	0
Standardisierun, Reglementierung vs. Individuelisierung	0
S: Übergangsbrücke zurück ins „normale Leben"	1
K: Bedürfnisorientierte Begleitung	2
Rollenbilder prägen das (Nicht-)Verstehen	1
K: Abgefertigt werden	3
K: Struktur und Regeln als "anderes System" erlebt	1
K: Wenn-Dann Regeln nicht hilfreich	1
A: Unwohlsein durch spezielles Setting	1
A: Erlebte Herablassung (Überlegenheit, Hochnäsigkeit)	1
K: Sich im Hilfesystem allein gelassen fühlen, fehlende Ansprechbarkeit in Klinik	1
K Personal: Therapeut:innen als funktional statt engagiert wahrgenommen	3
K: Unterstützung abhängig vom Personal	2
K: Unsicher gefühlt (Angst vor Fachperson)	2
K: Genervt über standardisierte Massnahmen	1
A: Öffnung nur über Kontextfaktoren (Vorgeschichte), nicht über Beziehung	1
M: Gespräche stabilisierend und erschöpfend erlebt	1
K: Emotionales Abgewiesenwerden im Hilfesetting	3
A: Geskriptete Gespräche	1
A: Grenzverletzung / Unprofessionell	1
Unpassende Bemutterung	1
A: Hilfe als „Ausgefragt-werden" erlebt	1
K: Standardfragen verhindern Vertrauen	1
A, B.: Distanzierte Professionalität	1
A: Keine Gemeinsamkeiten wegen Alter	3
A: nicht verstanden gefühlt	1
K: Nicht zugehört	2
M: "gern haben" als Wirkfaktor von Hilfe	2
wünscht sich passungsorientierte Unterstützung statt „One-size-fits-all"	1
Wunsch nach alltagsnager und flexibler Hilfe	1
S: Begrenzte Flexibilität als strukturelle Barriere	1
Passung wenn Flexibilität vorhanden	2
A: Bedürfnisorientierung erlebt	2
M: Flexible, bedarfsorientierte Treffpunkte	1
K: Zugangshürde Vorgespräch	1
A: Anfängliches Misstrauen --blockiert	1

Instrasparenz und Verwirrung vs. Transparenz und Orientierung	0
K: Fehlende Aufklärung retrospektiv erkannt	1
Optionen aufzeigen	4
A: Diagnose ohne Orientierung	1
A: Wahrung von Autonomie durch Transparenz	1
Wunsch Unterstützung mit transparenten Optionen	2
Wunsch: Unterstützung als aufklärende Orientierung statt autoritäre Anweisung	1
Wunsch nach Informationen über Unterstützung	4
Wünscht sich ehrliche Informationen und Aufklärung	2
Wünscht sich Transparenz und Vorbereitung	2
A: Orientierungslosigkeit im Hilfeprozess	2
A: Wartelisten als „schwarzes Loch“	1
M: Transparenz erlebt	2
Hoffnung nach Orientierung, "was" es ist.	1
K: Klinik soll informierte Entscheidung sein	1
K: Fehlende Aufklärung Diagnosen	1
K: Fehlende Aufklärung und Mitbestimmung bei medikamentöser Behandlung	1
K: Verwirrung durch diagnostische Uneinheitlichkeit	1
A: Verpasste Hilfe durch professionelles Schweigen	1
Hilflose Eltern	3
A: Fehlende Erklärung mündet in Abwehr	1
K: vergebene Hoffnung nach Orientierung und Handlungsfähigkeit durch Unterstützung	2
M: Informationen gegeben	1
A: Durch Transparenz Orientierung gewonnen	1
M: Psychiatrisch als nicht hilfreich, sozialarbeiterisch als unterstützend erlebt	2
Hoffnung auf Hilfe	2
Soziale Unterstützung nicht gleich psychiatrische Unterstützung	1
A: Keine Infos über verlässliche Orte der Hilfe	1
A: Pflicht-Weiterweisen, statt echter Fürsorge	1
Zwang vs. Selbstbestimmung	0
lass mich alleine. Weil ich kann das selber machen	1
M: Freiwilligenkeit als wirksamer Lösungsansatz	1
Druck und Bevormundung	0
Aufgedrängte "falsche" Hilfe	1
S: Von Schule verordnete Hilfe SSA	6
Schule: Nicht gehört werden / fehlende Bedürfnisorientierung	1
Schule: Paternalistische Fürsorge	3
A: Druck zur Intimität erlebt	1
Überengagement-Bevormundung von Schule wegen Mitleid	1
K: Erleben von fehlender Partizipation	2
S: Erleben von fehelnder Partizipation	2
K: Traumatsiche Erfahrungen in Klinik	1
K: Nichteinbezug in Entscheidungen	1
K: Autonomieverlust bei erstmaligem Klinikaufenthalt FU	1
K: Erlebter Zwang bei medikamentöser Behandlung	4
K: Zwanghafte Massnahmen	4
Bekenntnis zu Eigenständigkeit	1
Selbstbestimmung durch Fachwissen	1
K: Nur wenn freiwillig auch sinnvoll	3
A: Therapeutische Beziehung kollegial-professionell	2
K: Sich hintergangen gefühlt	1
Fremdbestimmung im Aufnahmeprozess erlebt (Entscheidung ohne eigene Stimme)	1
Kein Einbezug in Enscheidungen	2
Wunsch nach mehr Gehör	3
Gewünscht: Unterstützung als „verfügbar ohne Aufdrängen“	1
Passung wenn freiwillig und frei	3
A: Mangels Alternativen in Behandlung bleiben/mich "hineinzwängen“	3
Machtgefälle vs. Augenhöhe	0
Fehlende Autonomie erlebt	1
A: Opfer-Meister Gefälle erlebt	1
K: Arzt–Patient“-Gefälle erlebt	2
A: Therapeut-Patient Gefälle erlebbar	1
SSA: Wärem als Gegenmittel zu Klinik (weisse Kittel)	1
M: weniger Hirarchie, mehr auf Augenhöhe	2
M: Bezugsperson als „Kollegin“ (peer-nahes Rollenverständnis)	1
SSA: Vertrauen durch lockeres Auftreten	2
A: Therapeutin "menschlich" erlebt	1
M: Personbezogene statt rollenbasierte Beziehung	1
M: "Wie Kollegin" erzeugt Wohlgefühl	2
Symbolische Nähe oder Identifikationsmoment	1
A: Vertrauen durch lockeres Auftreten	1
M: Beziehung auf Augenhöhe	5

A: Sicherheit durch professionelle Grenzen	1
A: Psychotherapie dialogisch/partnerschaftlich erlebt	1
A: Beziehung auf Augenhöheist "cool" und besser	1
K: Altersnahe, informelle Beziehung als entlastend erlebt	2
K: Sympathie erzeugte postive Stimmung	2
M: Ernstgemeinte Zuwendung statt formaler Rolle	1
S: Ernstgemeint Zuwendung statt formale Rolle	1
M: Vertrauen durch Vertraulichkeit	1
A: Ernstgemeinte Zuwendung	2
A: Vertrauen durch Vertraulichkeit	1
K: Verstanden gefühlt	1
A: sich durch eine Gemeinsamkeit "mehr identifizieren können mit der Fachperson	1
M: wir hatten mega viel gemeinsam	2
Echtheit/Authentizität der Fachperson ist sofort spürbar,gespieltes' Interesse wird schnell entlarvt	1
Fokus der Hilfe	0
Erkennen und Klassifizieren	0
A: Diagnose als Entlastung und Selbstvergewisserung	2
K: Fehlender Fokus auf Veränderung und Bewältigung	1
A: in Vivo: Sie versuchten nicht zu helfen, sondern sie versuchten herauszufinden, was es ist.	4
negativ: Sich "behandelt" als Objekt fühlen	2
Sich als Objekt fühlen	2
Schule: Selbstschutz durch Themenvermeidung aus Angst vor Konsequenzen	2
A: Hilfe als Risiko statt Ressource erlebt	2
Angst vor Stigma	2
K: Angst vor Stigma wegen Diagnosen	1
Pathologisierung	0
Identifizierung mit Diagnose	1
K: Diagnostische Inkonsistenz	2
K: Erlebte Pathologisierung	1
K: Erlebte Fehldiagnostik	1
K: Diagnostische Überpathologisierung	2
A: Symptomorientierte statt diagnosezentrierte Unterstützung als hilfreich erlebt	1
K: Unberechtigt problematisiert werden	1
A: Diagnosefokus statt Hilfe	1
A: Pathologisierung und Bewertung erlebt	1
Pathologisierung als "Geschäft"	1
A: Weiterverweisen statt Begleiten	1
Kümmern und Bewältigen	0
S: Schule geduldig erlebt	3
Reden können	1
M: "echtes" Interesse wahrgenommen wegen" sofortiger" Hilfe?	2
A: "Da sein" für einen	1
Bedingunglose Zugehörigkeit	1
M: Verlässliche Hilfe	2
M: „Handlungswerkzeug" mitgegeben (hilfreich)	1
A: Handlungserkzeuge mitgegeben	1
A: Sich gesehen fühlen	2
A: Therapieraum als „Wohlfühlort"	1
K: Sich ernst genommen fühlen durch echtes Zuhören	1
A: Passung entsteht wenn Setting Schutz bietet	1
Wunsch nach sofortiger Hilfe	2
Wunsch nach praktischer Hilfe beim Verändern	1
Allgemein hinderliche Bedingungen	0
A: Therapeutische Hilflosigkeit	3
S: Erschwerende schulische Interventionen	1
A: 1 Jahr Wartezeit	1
K: Fachliche Kompetenz in Frage gestellt	1
A: Therapeutische Hilflosigkeit bei gleichzeitiger Anerkennung professionellen Handelns	1
Setting: Psychotherapie als störungsspezifisch unpassend erlebt	1
Allgemeinde Förderliche Bedingungen	0
Sehnsucht nach verlässlichem Umfeld	1
Zugang und Erreichbarkeit der Hilfen	0
Hinderlich:	0
A: Erschöpfender Suchprozess	3
Verzweifelte Suche nach Hilfe	3
A, Gruppe: Scham als Zugangsbremse zu Unterstützung	1
M: Hürde Kontaktaufnahme via Telefon	1
A: Unglauben als Zugangshürde	1
A: Zugangshürde "Hingehen" zum Termin	3
Fehlende Gemeinsamkeiten als Barriere für Unterstützung	1
A: Wartezeit	4
Förderlich:	0

K: Informationen über Klinik von TikTok	1
Kjz als einfache Anlauf- und Triagestellen erlebt	1
Begleitung von Kolleg als Türöffner	1
"Glück" mit der Klinik	1
Familie hat geholfen	1
Wunsch nach Normalisierung psychischer Pausen	1
Freunde haben geholfen	2
Wunsch verstanden zu werden	2
von Peers Unterstützung als Nicht-Problematisierung	1
Wunsch sich ernstgenommen zu fühlen	1
Wunsch nach "schnelleren" Angeboten	3
Beziehungsmodus und Gespräche	0
S: Ungleiche Stimmungen wahrgenommen	1
Förderlich: Resonanz/Matching/Atmosphäre	0
SSA: Über Umwege ins Gespräch	1
K: Beziehungswirksame, aber fachlich begrenzte Unterstützung	1
Vertrauen wegen Erfahrung der Erwachsenen	1
M: Schutz im Setting	1
M: Sympathie als Vertrauensindikator	4
A: Sympathie als Vertrauensindikator	1
M: Matching	2
M: Beziehungsaufbau vor Angebotsnutzung	1
M: Familienassoziationen förderte Vertrauen	1
"Heimelig" besser als Büromässig	2
Autonomie, Gehörtwerden und Machtverhältnisse	0
Hinterlich: Zwang und Entmündigung	0
Autonomie vs. Hilfe und Fürsorge	1
K: Platzierung als Ungerechtigkeit	1
Freiheitsdrang mit individuellem Trauma erklärt	1
Förderlich: Gehört werden und Partizipation	0
Pragmatische Haltung besser als Kontrollieren	1
A: Selbstbestimmter Abbruch	3
M: Kein Druck als Voraussetzung für Hilfeannahme	1
K: Klinik als Ort an dem man Gehör findet	1
Settingsdynamiken, Stigma	0
Förderlich: Zugehörigkeit	0
Alltag leben wollen als Schutzstrategie	1
Zugehörigkeit stabilisiert	2
Peers am hilfreichsten	1
Hinderlich: Stigma, Angst, Toxisch	0
Schule: Mangelnde Sensibilität	1
K: Wahrgenommener Zusammenhang zwischen Stigmatisierung und Klinikaufenthalt	1
A: Unsichere Setting weil männlich	2
Ambivalenz gegenüber Mitarbeitenden der Klinik	1
K Personal: Hohe Fluktuation als nervig erlebt	1
K: Strukturelle Unterbesetzung führt zu ethischen Dilemmata	1
K: Strukturelle Überlastung des Personals als Erklärung für problematisches Handeln	1
K: „Leidens-Wettbewerb" um Aufmerksamkeit	1
M: Erlebte Grenzverletzung im Schutzraum	1
A: Familiärer Druck im Hilfeprozess	1
subjektives Entlastungsempfinden	0
Belastung, Überforderung, Nebenwirkungen	0
K: Institutionelle Unpassung	1
K: Strukturelle Überlastung des Personals	4
Plötzlicher Einschnitt	1
K: Klinik als zu grossen Einschnitt-Unverhältnismässig	1
Generell wenig Matching bei Unterstützung	1
M: Sie hatte einfach gar keine Ahnung, was sie mit mir machen so.	1
K: Fachperson hilflos erlebt	1
A: Fehlende Passung, Fachlichkeit von Therapeutn hinterfragt	4
Entlastungsmechanismus	0
S: Hilfreiche schulische Interventionen	4
K: Erster Aufenthalt hilfreich – zweiter nicht wirksam	1
K: Weniger Handykonsum eröffnete neue Handlungen	1
K: Entmaskierung wird möglich	1
Übernommene Koordination entlastend erlebt	1
Vernetzung der Hilfestellen mit Einwilligung entlastend erlebt	5
K: Schutz durch Abstand und Abgrenzung	2
Hilfesuch- und Annahmeprozess	0
K: Biografisch begründete Haltung ggü. Klinik und Unterstützung	1
Bedürfnis nach emotionalem Halt	1
Zugang zu Hilfe über Druck statt Freiwilligkeit	1

K: Einweisung: Freiwilligkeit als Drohkulisse	1
selbstständig um Hilfe gebeten	5
K: Extreme Angst vor Klinik	4
Angstbedingte Ablehnung trotz erkannter Notwendigkeit	1
Unterstützung notwendig, aber nicht gewollt	2
Erstmalige Hilfesuche mit Klinikaufenthalt	2
Selbstbestimmter Abbruch Klinik	1
Fehlende Hilfesuche	2
Erstmalige Hilfe organisiert durch Mutter	3
Retrospektive Deutungen	0
Deutung über ganze Hilfe sind positiv	1
K: Retrospektive Neubewertung von Unterstützung/Schutz	1
Rückblickende Relativierung einer erlebten Fremdentscheidung	4
„nicht Familie, sondern Unterstützung"	1
K: Sehr viele gehen dorthin, obwohl sie es nicht brauchen.	1
O: Krisentelefon als Akut-Containment erlebt (Panik → reguliert)	1
O: Schriftlicher Kontakt als sicherer Kanal bei Scham/Unangenehmheit	1
A: Outcome-gebundene Bewertung von Hilfe	2
S: Begrenzte Handlungsmacht	1
K: Klinik als Türöffner	1
K: Wenn ich mich zeige, wird Hilfe passgenauer (Selbstöffnung als Schlüssel)	1
K: Widersprüchliche Hilfelogik, festhalten vs. wegstossen	1
A: Moralischer Druck	1
versteht Hilfe als Handlungsinput	1
A: Notlösung/ Online Hilfe als Ersatz bei Versorgungslücke	1
Resignation gegenüber der Vergangenheit	1
Paraphrasierte Segmente	1