



Institut für Berufs- und
Erwachsenenbildungsforschung



**JOHANNES KEPLER
UNIVERSITÄT LINZ**

PSYCHISCHE UND PHYSISCHE GESUNDHEITSBE- EINTRÄCHTIGUNGEN IM JUGENDALTER

im Auftrag des  **sozial**
MINISTERIUM

BUNDEMINISTERIUM
FÜR ARBEIT, SOZIALES
UND KONSUMENTENSCHUTZ

**Johann Bacher
Christina Koblbauer
Thomas Lankmayer
Gerald Pruckner
Sandra Rigler
Thomas Schober
Dennis Tamesberger**

DANKSAGUNG

Die vorliegende Studie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAŠK) durchgeführt. Wir bedanken uns für die finanzielle Förderung, die die Studie ermöglicht hat, sowie für die gute Zusammenarbeit und die inhaltlichen Anregungen durch die Sektion VI (Abteilung 4) stellvertretend namentlich beim Leiter der Abteilung, Herrn Mag. Hannes Edlinger, und dem für die Koordination zuständigen Mitarbeiter der Abteilung, Herrn Mag. Jörg Leitner.

Entscheidend beigetragen zu den Ergebnissen haben VertreterInnen aus dem Gesundheits-, Schul-, Sozial- und Arbeitsmarktbereich, die sich für ein ExpertInneninterview zur Verfügung gestellt haben. Herzlichen Dank!

Dank auch nochmals an jene Jugendlichen, die als InterviewerpartnerInnen in der ersten NEET-Studie aus dem Jahr 2013 teilgenommen haben. Eure Interviews waren so aussagekräftig, dass sie erneut für die in diesem Bericht untersuchten Forschungsfragen herangezogen werden konnten.

Unser besonderer Dank gilt der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, die uns die Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen überlassen hat. Namentlich möchten wir uns bei Herrn Mag. Werner Bencic für die wohlwollende Unterstützung des Projekts ganz herzlich bedanken.

Linz, 02.03.2016

Die AutorInnen der Studie

INHALTSÜBERSICHT

1. Einleitung.....	4
2. Literaturanalyse.....	10
3. MZ-Reanalyse des Ad-Hoc-Moduls „Psychische und physische Beeinträchtigungen“	30
4. Analyse von administrativen Daten – Arbeitsmarktintegration und Gesundheit Jugendlicher	58
5. Risikofaktoren und Ressourcen – Ergebnisse der Reanalyse der qualitativen Interviews mit NEET-Jugendlichen	87
6. Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen in OÖ – Ergebnisse der ExpertInnenbefragung	114
7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	138
8. Literaturverzeichnis	154

1 EINLEITUNG

JOHANN BACHER / CHRISTINA KOBLBAUER / THOMAS LANKMAYER / GERALD PRUCKNER / SANDRA RIGLER / THOMAS SCHOBER / DENNIS TAMESBERGER

1.1 Ausgangslage	5
1.2 Zielsetzung und Vorgehensweise	6
1.3 Kooperation und Arbeitsteilung	9

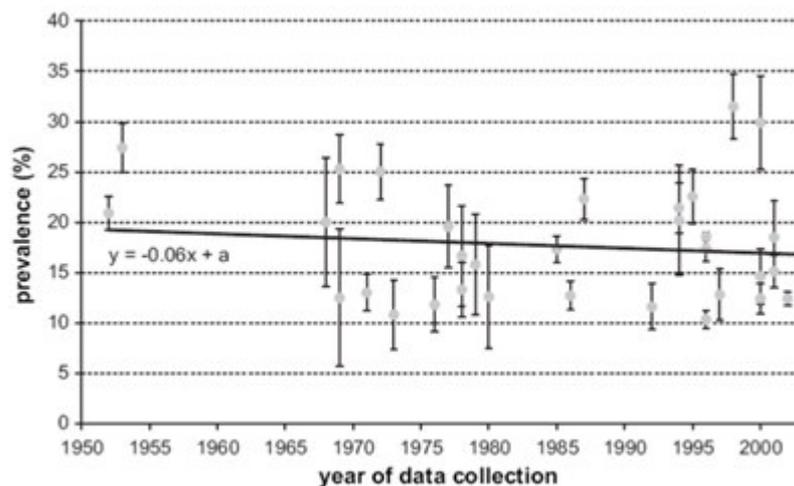
1.1 AUSGANGSLAGE

Empirische Befunde (u.a. McLeod/Fettes 2007; Cornaglia et al. 2012) verweisen darauf, dass sich die Bildungs- und Erwerbskarrieren von Jugendlichen mit (psychischen) Beeinträchtigungen deutlich von jenen ohne gesundheitlichen Einschränkungen unterscheiden. Beeinträchtigte Jugendliche erreichen zum einen mit geringerer Wahrscheinlichkeit höhere Bildungsabschlüsse und verfügen zum anderen über ein höheres Risiko, sich in einer NEET-Situation zu befinden.

Auch in der vom BMASK beauftragten NEET-Studie (Bacher et al. 2014) zeigte sich, dass Erkrankungen eine wichtige Ursache eines NEET-Status darstellen. Die Variable „Krankheit/Erkrankungen“ konnte allerdings mit dem Mikrozensus (MZ), welcher in Bacher et al. (2014) als Datenbasis herangezogen wurde, nicht näher spezifiziert werden, sodass z.B. unklar blieb, welche Erkrankung (psychische, physische usw.) vorliegen. Zudem wurden Erkrankungen nicht bei allen Gruppen von Jugendlichen erhoben. Die durchgeführten qualitativen Interviews geben allerdings Hinweise auf mehrfache psycho-soziale Belastungen und Beeinträchtigungen, u.a. durch Suchtmittelkonsum.

Medien berichten vermehrt von einer Zunahme psychischer Beeinträchtigungen im Jugendalter und führen diese u.a. auf gestiegene Anforderungen, welche an junge Menschen gestellt werden, zurück. Psychiatrische Kliniken sprechen von einer steigenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, wobei unklar ist, ob sich diese aus einer tatsächlichen Zunahme psychischer Beeinträchtigungen ergibt oder im Zusammenhang mit einem zunehmenden Problembewusstsein steht. Die Ergebnisse der Meta-Studie von Barkmann und Schulte-Markwort (2012, zit. n. Klasen 2012) deuten auf letztere Annahme hin (siehe Abbildung 1-1), da im Zeitverlauf sogar eine leichte Abnahme beobachtbar ist.

Abbildung 1-1: Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach dem Jahr der Studie (k=33 Studien)



Quelle: Klasen (2012, 7), nach Barkmann/Schulte-Markwort (2012)

Für Österreich ist ein Fehlen empirischer Evidenzen festzustellen. Die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen werden durch den WHO-HBSC-Survey (Bundesministerium für Gesundheit 2015) zwar sehr umfassend abgebildet. Zielgruppe der HBSC-Studie sind jedoch SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren. NEET-Jugendliche werden in der HBSC-Studie nicht erfasst, da sich diese definitionsgemäß nicht mehr im Bildungssystem befinden.

1.2 ZIELSETZUNG UND VORGEHENSWEISE

Um einen Beitrag zur Schließung der identifizierten Forschungslücke zu leisten, versucht die gegenständliche Untersuchung folgende Fragestellungen zu beantworten:

1. Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
2. Welche Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind besonders stark betroffen?
3. Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
4. Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?
5. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Arbeitsmarktintegration und gesundheitlichen Beeinträchtigungen? (Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Ursache und Folge der Arbeitsmarktintegration)
6. Unter welchen Konstellationen führen Risikofaktoren zu psychischen Beeinträchtigungen und wie können diese durch Ressourcen abgefedert werden?
7. Welche Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen gibt es derzeit in Oberösterreich? Wie kann die Angebotsstruktur verbessert werden?

Obwohl im Zuge der Untersuchung sowohl psychische als auch physische Beeinträchtigungen betrachtet werden, wird der Fokus auf Einschränkungen der psychischen Gesundheit gelegt.

Zur Vorbereitung der Untersuchung und zur Bündelung von Hintergrundinformationen für alle Forschungsfragen erfolgt zunächst eine **Literaturanalyse** (Kapitel 2). Zentrale wissenschaftliche Befunde zu Prävalenzen, Ursachen (Belastungsquellen) von psychischen Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter sowie Resilienz fördernden Faktoren im Umgang bzw. der Bewältigung von psychischen Beeinträchtigungen werden aufgearbeitet. Darüber hinaus erfolgt eine erste Auseinandersetzung mit dem Zusammenhang von Arbeitsmarktintegration und psychischen Beeinträchtigungen von Jugendlichen. In die Literaturanalyse gingen ca. 65 Publikationen ein, die einen Zeitraum von 1946 bis 2015 abdecken (siehe Tabelle 1-1). Unter den Publikationen befinden sich auch Meta-Studien, die systematisch vorhandene Studien statistisch reanalysieren, sodass tatsächlich wesentlich mehr Quellen in den Literaturteil eingeflossen sind.

Tabelle 1-1: Datenbasis der vorliegenden Studie

Datenquelle	Beschreibung
Literaturanalyse	ca. n=65 Quellen aus den Jahren 1946 bis 2015, primär aus OECD-Ländern, Fokus auf psychische Beeinträchtigungen
Mikrozensus-Ad-hoc-Moduls „Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“	n=3.230 ($n_{\text{eff}}= 2.084^{\text{a}}$) Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in österreichischen Privathaushalten im Jahr 2011; psychische und physische Beeinträchtigungen
Administrative Daten	n=100.000 Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in Oberösterreich in den Jahren 2005 bis 2012; Fokus auf allgemeine und psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit
Qualitative Interviews mit NEET-Jugendlichen	Reanalyse von n=24 Interviews aus Bacher et al. (2014), in denen psychische Beeinträchtigungen angesprochen werden

ExpertInneninterviews	n=12 ExpertInnen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Schulbereich in OÖ 2015, Fokus auf psychische Beeinträchtigungen
-----------------------	---

^a effektive Stichprobengröße unter Berücksichtigung des komplexen Stichprobendesigns (siehe Kapitel 3.2.4)

Kapitel 3 beinhaltet die **Reanalyse des MZ-Ad-Hoc-Moduls „Psychische und physische Beeinträchtigungen“**. Im Jahr 2011 nahmen $n=3.230$ ($n_{\text{eff}}= 2.084$) Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren an dieser Sonderbefragung des Mikrozensus teil. Psychische und physische Beeinträchtigungen wurden im Zuge der Befragung sehr umfangreich dokumentiert. Darüber hinaus beinhaltete der MZ Informationen über die Ausbildung und Erwerbstätigkeit von Jugendlichen, anhand derer alle relevanten Indikatoren für Desintegration von Jugendlichen (NEET-Status, sozio-ökonomischer Status usw.) bestimmt werden können. Die Reanalyse erlaubt die Beantwortung der Fragen 1 und 2 und eine sehr grobe Beschreibung des Gesundheitszustands von (arbeitslosen und inaktiven) NEET-Jugendlichen (Frage 3 und 4), da diese Gruppe im Ad-Hoc-Modul quantitativ nur geringe Fallzahlen ($n=219$, $n_{\text{eff}}= 152$) aufweist. Wegen des Panelcharakters des MZ kann ferner untersucht werden, wie sich gesundheitliche Beeinträchtigungen auf den NEET-Status in den Folgequartalen auswirken.

Eine vertiefende **Analyse von verlinkten Hauptverbandsdaten mit Individualdaten aus dem Krankenversicherungsregister der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und Daten der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung LKF** (kurz: administrative Daten) wird in Kapitel 4 vorgenommen. Ein Vorteil dieser Daten liegt in der Verfügbarkeit deutlich größerer Fallzahlen. Der zweite, wesentlich wichtigere Vorteil besteht darin, dass die Jugendlichen über die Zeit hinweg wesentlich länger und genauer verfolgt werden können als im MZ. Wegen der größeren Fallzahl und dem längeren Zeitraum stehen in Kapitel 4 die Forschungsfragen 3, 4 und 5 im Vordergrund, die sich auf die NEET-Jugendlichen beziehen.

Die Bestimmung des NEET-Status erfolgt durch die Zusammenführung von Informationen aus unterschiedlichen administrativen Datenquellen, die anhand einer pseudoanonymisierten Sozialversicherungsnummer verlinkt werden können. Beihilfedaten des BMF beinhalten Angaben zum Bezug der Familienbeihilfe und ermöglichen eine Einschätzung, ob sich Jugendliche noch in Ausbildung befinden (*education*). Das Vorliegen bzw. das Ausmaß einer Beschäftigung wird durch Registerdaten des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger ermittelt (*employment*). Diese erfassen neben den individuellen Arbeitsmarkthistorien auch weitere sozialversicherungsrelevante Informationen wie Zivil-/Präsenzdienst oder Kindererziehungszeiten. Schlussendlich enthalten die Daten des AMS Angaben zu Personen, die Leistungen des AMS wie Schulungs- und Trainingsmaßnahmen in Anspruch nehmen (*training*) bzw. als arbeitslos gemeldet sind.

Der Gesundheitszustand kann auf Basis der vorliegenden Daten der OÖ Gebietskrankenkasse über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abgeschätzt werden. Während anhand der Einnahme von Medikamenten und über der Dauer von stationären Aufenthalten eine recht eindeutige Interpretation des Gesundheitszustandes einer Person erfolgen kann, gestaltet sich die Beurteilung der Gesundheit über in Anspruch genommene Arztleistungen im niedergelassenen Bereich schwieriger. Nachdem Arztbesuche sowohl präventive als auch kurative Zwecke verfolgen, ist a priori nicht zweifelsfrei klar, ob höhere oder niedrigere Ausgaben für ärztliche Hilfe auf einen tendenziell besseren oder schlechteren Gesundheitszustand hinweisen.

Für die im gegenständlichen Projekt im Mittelpunkt stehenden psychischen Erkrankungen scheint dieses Problem weniger gravierend. Sowohl das Ausmaß von in Anspruch genommenen Psychopharmaka als auch die ärztliche Behandlung bei niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychologInnen bzw. einschlägige stationäre Aufenthalte lassen einen Schluss auf die mentale Gesundheit zu. Dennoch

muss darauf hingewiesen werden, dass auch unter Jugendlichen ein erheblicher Anteil von psychischen Erkrankungen (depressive Verstimmungen ...) unbehandelt bleibt. Beobachtungseinheiten, die keinerlei Leistungen in Anspruch nehmen, obwohl sie mentale Gesundheitsprobleme aufweisen, können in dieser Datenanalyse nicht korrekt erfasst werden.

Zur Identifikation von **Risikofaktoren und Ressourcen**, wie sie von der Forschungsfrage 6 angesprochen werden und welche das Entstehen von psychischen Beeinträchtigungen begünstigen bzw. diesem entgegenwirken, wird in Kapitel 5 eine Reanalyse der im Rahmen der NEET-Studie (Bacher et al. 2014) durchgeführten qualitativen Interviews vorgenommen. Von den insgesamt 80 Interviews mit NEET-Jugendlichen liefern 24 hinreichende Informationen bezüglich psychischer Beeinträchtigungen bzw. psycho-sozialer Problemlagen und stehen der Sekundärauswertung zur Verfügung.

Kapitel 6 setzt sich mit den vorhandenen **Unterstützungsangeboten für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen in OÖ** auseinander. Ziel dieses Kapitels ist es, das Unterstützungsangebot für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen in Oberösterreich hinsichtlich Lücken in der Versorgung zu analysieren, um darauf aufbauend Verbesserungspotenziale aus der Sicht von ExpertInnen festzuhalten, welche sich beruflich mit dem untersuchten Phänomen auseinandersetzen. Ausgehend von den Ergebnissen des IBE zur Evaluierung der Angebotslandschaft für ausgrenzungsgefährdete Jugendliche in Oberösterreich (Lentner et al. 2015) erfolgt eine Analyse von n=12 qualitativen, leitfadengestützten Interviews mit ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen (u.a. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendcoaching, Suchtmedizin usw.) zur Beantwortung der Fragestellung 7.

Abschließend erfolgt in Kapitel 7 eine **Zusammenfassung** der Ergebnisse der Studie. Darauf aufbauend werden **Schlussfolgerungen** abgeleitet.

Zusammenfassend lassen sich mit den genannten Kapiteln die Forschungsfragen wie folgt beantworten:

Forschungsfragen	Kapitel
1. Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?	Kapitel 3 teilw. Kapitel 4
2. Welche Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind besonders stark betroffen?	Kapitel 3, teilw. Kapitel 4
3. Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?	Kapitel 4 teilw. Kapitel 3
4. Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?	Kapitel 4 teilw. Kapitel 3
5. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Arbeitsmarktintegration und gesundheitlichen Beeinträchtigungen? (Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Ursache und Folge der Arbeitsmarktintegration)	Kapitel 4
6. Unter welchen Konstellationen führen Risikofaktoren zu psychischen Beeinträchtigungen und wie können diese durch Ressourcen abgefedert werden?	Kapitel 5
7. Welche Unterstützungsangebote gibt es derzeit in Oberösterreich? Wie kann die Angebotsstruktur verbessert werden?	Kapitel 6

Die Literaturanalyse (Kapitel 2) fließt in die Beantwortung aller Fragestellungen ein.

1.3 KOOPERATION UND ARBEITSTEILUNG

Die vorliegende Untersuchung wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) durchgeführt. Aufgrund der sehr umfassenden Bearbeitung des Untersuchungsgegenstandes mit einem Mix aus unterschiedlichen quantitativen und qualitativen Methoden gingen folgende Institutionen unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Johann Bacher eine Projektkooperation ein:

- Institut für Soziologie der JKU, Abteilung für empirische Sozialforschung, Univ.-Prof. Dr. Johann Bacher
- Institut für Volkswirtschaftslehre der JKU, Abteilung für Gesundheitsökonomie, Univ.-Prof. Dr. Gerald Pruckner
- IBE – Institut für Berufs- und Erwachsenenforschung an der JKU, Mag. Dieter Daume

Von den beteiligten Kooperationspartnern wurden nachfolgende Kapitel verfasst:

- Kapitel 2: Literaturanalyse: IBE (Thomas Lankmayer und Sandra Rigler)
- Kapitel 3: MZ-Reanalyse: Institut für Soziologie (Johann Bacher, Christina Koblbauer und Dennis Tamesberger)
- Kapitel 4: Analyse von administrativen Daten: Institut für Volkswirtschaftslehre (Gerald Pruckner und Thomas Schober)
- Kapitel 5: Risikofaktoren und Ressourcen: IBE (Thomas Lankmayer und Sandra Rigler)
- Kapitel 6: Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen in OÖ: IBE (Thomas Lankmayer und Sandra Rigler)

Kapitel 1 und Kapitel 7 wurden gemeinsam erstellt.

2 LITERATURANALYSE

THOMAS LANKMAYER / SANDRA RIGLER

2.1 Einleitung.....	11
2.2 Begriffsklärung: Psychische Gesundheit, Krankheit und Störung	11
2.3 Psychische Erkrankungen: Häufigkeit, Versorgung, Risiko- und Schutzfaktoren .	14
2.3.1 Häufigkeiten psychischer Erkrankungen	14
2.3.1.1 Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung.....	14
2.3.1.2 Prävalenz im Kindes- und Jugendalter.....	15
2.3.2 Nehmen psychische Erkrankungen zu?.....	18
2.3.3 Versorgung psychischer Erkrankungen	19
2.3.4 Risiko und Schutzfaktoren	19
2.3.4.1 Risikofaktoren.....	21
2.3.4.2 Schutzfaktoren	22
2.4 Psychische Gesundheit und Arbeitsmarktintegration	24
2.4.1 Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.....	24
2.4.2 Psychische Gesundheit bei Jugendlichen und Bildungs- und Erwerbskarrieren.	26
2.5 Zusammenfassung.....	27

2.1 EINLEITUNG

Im nachfolgenden Kapitel werden zentrale Befunde aus der Literatur überblicksmäßig dargestellt. Es wurde dabei auf Literatur aus den Bereichen Psychologie, Soziologie, Medizin und Ökonomie zurückgegriffen. Dabei werden v.a. relevante Themen für die empirischen Analysen behandelt. Zusätzlich wird dem Literaturteil ein kurzes Kapitel zu Begrifflichkeiten der psychischen Gesundheit vorangestellt. Auf folgende Fragestellungen wird in den nächsten Seiten näher eingegangen:

- Wie hoch sind Prävalenzraten (Häufigkeiten) von psychischen Störungen/Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und bei Kindern und Jugendlichen?
- Sind psychische Erkrankungen im Zunehmen?
- Wie gestaltet sich die Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen?
- Was sind zentrale Risiko- und Schutzfaktoren und in welcher Wechselwirkung stehen sie zueinander?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischer Beeinträchtigung und Arbeitsmarktintegration bei Jugendlichen?

2.2 BEGRIFFSKLÄRUNG: PSYCHISCHE GESUNDHEIT, KRANKHEIT UND STÖRUNG

Im Folgenden wird eine Klärung der Grundbegriffe der psychischen Gesundheit, Krankheit und Störung vorweggenommen. Dabei soll einerseits ein deutlicheres Verständnis der Begriffe gegeben werden und andererseits eine Klärung dessen, wie die Begriffe in der vorliegenden Studie verwendet werden, erfolgen.

Gesundheit wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1946 definiert als „*a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity*“ (WHO 1946, 2). Aus dieser Definition lassen sich für die psychische Gesundheit drei zentrale Aspekte ableiten: (1) Psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Teil der Gesundheit, (2) psychische Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit und (3) psychische Gesundheit ist eng verbunden mit der körperlichen Gesundheit und dem Verhalten.

Im Jahr 2001 definierte die Weltgesundheitsorganisation speziell die psychische Gesundheit als: „*a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*“ (WHO 2001, zit. n. WHO 2004, 12).

Kernelemente dieser Definition sind somit das eigene Wohlbefinden und das wirksame Funktionieren auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. Weder die psychische noch physische Gesundheit kann für sich alleine existieren, stattdessen hängen die drei Ebenen des psychischen, physischen und sozialen Funktionierens eng miteinander zusammen (WHO 2004, 12).

In Bezug auf den Krankheitsbegriff existieren verschiedene Modelle der Betrachtung (Faller/Lang 2010, 14ff; Franke 2012). Das *medizinische Krankheitsmodell* ortet Krankheiten auf der Ebene der Person als individuelles Thema, dessen Ursachen biologisch sind. Das *sozialwissenschaftliche Krankheitsmodell* postuliert Krankheiten in größeren sozialen Gefügen, wie etwa der Familie, und geht davon aus, dass deren Ursachen sowie Interventionen zu Veränderungen auch sozial sein können. Aktuell wird am häufigsten auf ein *bio-psycho-soziales Krankheitsmodell* Bezug genommen, bei dem

Krankheiten auf der biologischen, psychischen, sozialen und der ökologischen Ebene betrachtet werden (Perrez/Baumann 2005, 33ff).

Egger (2005) sieht dieses Modell derzeit als die bedeutendste Theorie zwischen „Körper“ und „Geist“, die ein ganzheitliches Krankheitsverständnis bringt. Krankheit und Gesundheit werden damit nicht als Zustand betrachtet, sondern als dynamischer Prozess, in dem sich der Mensch in jeder einzelnen Sekunde seines Lebens laufend bewegt. In diesem Zusammenhang versteht man unter Gesundheit die Kompetenz der Person, die als ein System erachtet wird, Störungen auf den verschiedenen Systemebenen selbstregulativ und wirksam zu kontrollieren. Umgekehrt ist die mangelnde Kompetenz dieser Bewältigung als Krankheit zu verstehen, die mit einer Überforderung oder einem Ausfall des Funktionssystems der Person einhergeht. Eine zentrale Aussage dieses Krankheitsmodells ist, dass Störungen stets auf biomedizinischer, psychologischer und ökosozialer Ebene, im Sinne eines ganzheitlichen und integrierten Systems, zu betrachten sind (ebd.).

Die Begriffe **Krankheit und Störung** werden in der psychologischen Literatur häufig voneinander abgegrenzt. Perrez und Baumann (2005, 32) argumentieren, dass der Krankheitsbegriff teilweise bestimmte Symptome oder Verläufe, biologische Prozesse und Ursachen miteinschließt, wie sie für physische Krankheiten oft typisch sind. Im Bereich der psychischen Funktionen sind derartige Zusammenhänge aber teilweise umstritten oder andere Konzepte sinnvoller, sodass der Begriff „psychische Störung“ vor allem von PsychologInnen häufiger verwendet wird. Oft erfolgt allerdings keine inhaltliche Abgrenzung der Begriffe, analog dazu werden auch in der hier vorliegenden Studie die Begriffe „psychische Störung“ und „psychische Krankheit/Erkrankung“ synonym verwendet.

Psychische Störung – Begriffsdefinition

Allgemein betrachtet können psychische Störungen als Normabweichungen beschrieben werden. Zu beachten ist, dass nicht jede Abweichung von der Norm mit einer Krankheit oder Störung gleichzusetzen ist. So werden Krankheiten als negative Normabweichungen verstanden, die Bewertung einer Normabweichung ist aber nicht zwingend eine negative (z.B. bei Hochbegabung). Zur Definition psychischer Störungen können verschiedene Normen herangezogen werden: die subjektive, die statistische, die soziale und die Funktionsnorm. Die subjektive Norm setzt die eigene Befindlichkeit als Maßstab, wobei Abweichungen von dieser Befindlichkeit als Kranksein empfunden werden. Die statistische Norm basiert auf einer Häufigkeitsverteilung, wobei seltene oder häufige Vorkommnisse als krank bezeichnet werden können. Die soziale Norm beschreibt das Abweichen von sozialen Normen als Störung oder Krankheit. Die Funktionsnorm legt Krankheiten als Funktionsbeeinträchtigungen fest. Für die einzelnen Normbegriffe sind jeweils auch Nachteile in deren Verwendung festzustellen: So ist unter Zugrundelegung der subjektiven Norm Fremd- und Selbsteinschätzung häufig nicht gleich, während bei der statistischen Norm das häufig vorkommende Merkmal das unerwünschte sein kann (z.B. Karies) und bei der Funktionsnorm eine Festlegung von Normen psychischer Funktionen sehr schwer fällt (Perrez/Baumann 2005, 34f).

Ob jemand als „krank“ oder „gesund“ gilt, wird insbesondere im Rahmen des medizinischen Versorgungssystems durch bestimmte Klassifikationssysteme festgelegt. Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Dilling et al. 2005) stellt eines dieser Systeme dar. Dieses bietet klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien für die Klassifikation von Krankheiten, wobei einzelne Krankheiten mittels spezifischer Codes bestimmten Krankheitsgruppen zugeteilt und in Untergruppen spezifiziert werden. Psychische Störungen werden in diesem System in einem eigenen Kapitel abgehandelt. Der Ausdruck „Störung“ wird im ICD-10 folgendermaßen gebraucht:

„Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind.“ (ebd., 23)

Dementsprechend werden individuelle Beeinträchtigungen der Person vorausgesetzt. Soziale Abweichungen ohne derartige Beeinträchtigungen stellen im Rahmen der Klassifikation keine Störung dar. Ein anderes international bedeutsames Klassifikationssystem, das sich ausschließlich auf die Einteilung psychischer Störungen fokussiert, bildet das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-V). Die Einteilung psychischer Störungen auf Basis der beiden Systeme ist in Tabelle 2-1 dargestellt. Die beiden Klassifikationssysteme stehen in Konkurrenz zueinander. Einzelne Diagnosen können somit auf Basis der unterschiedlichen Klassifikationssysteme anders ausfallen, auch wenn insgesamt weitgehende Übereinstimmungen deutlich werden.

Tabelle 2-1: Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 und DSM-V

ICD-10	DSM-V
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsstörungen • Schizophrenie-Spektrum und andere Psychotische Störungen
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Bipolare und verwandte Störungen • Depressive Störungen
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Angststörungen • Zwangsstörung und verwandte Störungen • Störungen im Zusammenhang mit Traumata und Stressoren
F3 Affektive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Dissoziative Störungen
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • „Somatic Symptom and Related Disorders“ • Fütter- und Essstörungen • Ausscheidungsstörungen • Schlaf-Wachstörungen • Sexuelle Dysfunktionen • Geschlechtsdysphorie
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Disruptive, Impulskontroll- und Verhaltensstörungen
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Neurokognitive Störungen • Persönlichkeitsstörungen • Paraphile Störungen
F7 Intelligenzminderung	<ul style="list-style-type: none"> • Andere psychische Störungen
F8 Entwicklungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen und andere unerwünschte Effekte von Medikamenten
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<ul style="list-style-type: none"> • Andere klinisch relevante Probleme
F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe	

Eigene Darstellung nach dem ICD der Weltgesundheitsorganisation, entnommen aus Dilling et al. (2005, 5) und Ehret/Berking (2013, 259)

2.3 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN: HÄUFIGKEIT, VERSORGUNG, RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

Nachdem die Grundbegriffe im Kontext psychische Erkrankung bzw. Gesundheit geklärt wurden, werden auf den nachfolgenden Seiten zunächst epidemiologische Studien zur Häufigkeit bzw. Prävalenz von psychischen Erkrankungen für die Allgemeinbevölkerung sowie für Jugendliche wiedergegeben. In diesem Zusammenhang wird auch der Frage nachgegangen, ob psychische Erkrankungen im Zunehmen sind. Anschließend wird ein kurzer Überblick über internationale epidemiologische Studien zur Versorgungssituation psychischer Erkrankungen skizziert. Zuletzt wird auf das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren eingegangen, welches häufig zur Erklärung der Entstehung psychischer Erkrankungen herangezogen wird.

2.3.1 HÄUFIGKEITEN PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Zur Erfassung des Ausmaßes psychischer Störungen werden in den empirischen Studien unterschiedliche Methodendesigns und Diagnosen verwendet, sodass die Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Studienergebnissen nur bedingt gegeben ist (u.a. Lieb 2006, 630; Gruber et al. 2014, 90f). Um Informationen über die Prävalenz psychischer Störungen innerhalb einer Bevölkerung zu erhalten, empfiehlt es sich daher, Meta-Analysen heranzuziehen, welche (quantitative) Forschungsergebnisse einzelner Studien zusammenfassen.

Prävalenz – Begriffsdefinition

Unter Prävalenz versteht man den „Anteil der Personen in einer definierten Risikopopulation, der zu einem definierten Zeitpunkt bzw. innerhalb einer definierten Zeitspanne die interessierende Zielgröße (z.B. Krankheit) aufzeigt.“ (Perrez/Baumann 2005, 153). Unterschieden werden Punkt-Prävalenzen, Perioden-Prävalenzen und Lebenszeit-Prävalenzen: Während sich die Punkt-Prävalenz auf den Anteil der Personen, die *zu einem bestimmten Zeitpunkt* eine psychische Störung aufweisen, bezieht, meint der Begriff der Perioden-Prävalenz den Anteil der Personen mit einer psychischen Störung in *einem bestimmten Zeitintervall* (z.B. einem Jahr). Die Lebenszeit-Prävalenz erfasst den Anteil der Personen, die bis zum Datum der Erhebung *einmal im Laufe des Lebens* eine psychische Störung aufgewiesen haben (ebd.).

2.3.1.1 PRÄVALENZ IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Eine häufig zitierte Meta-Analyse zur Prävalenz psychischer Störungen ist jene von Wittchen und Jacobi (2005), in der 27 Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in 16 europäischen Ländern berücksichtigt wurden. Die Autoren ermittelten eine allgemeine 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen von 27 % und eine Lebenszeit-Prävalenz von knapp 50 % in der europäischen Bevölkerung. Obwohl die Prävalenzraten zwischen den untersuchten Studien aufgrund unterschiedlicher Methoden und Studiendesigns variieren, besteht laut den Autoren Einigkeit darüber, dass die Prävalenzraten von Frauen deutlich höher sind als jene der Männer (33 % vs. 22 %) (ebd., 370).

2011 wurde die Meta-Analyse mit neuen Daten wiederholt und es konnte eine allgemeine 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen für die Europäische Union (EU) (EU 27 inkl. Schweiz, Norwegen und Island) von 38 % ermittelt werden. Die AutorInnen führen den Anstieg der Prävalenzrate nicht auf einen tatsächlichen Anstieg psychischer Störungen in der europäischen Bevölkerung, sondern auf das

Hinzufügen von insgesamt 14 neuen Diagnosen zurück. Ebenso wird explizit darauf verwiesen, dass es sich bei der ermittelten Prävalenzrate von 38,2 % um eine konservative Schätzung handelt und dass in den vergangenen Untersuchungen die Häufigkeit psychischer Störungen unterschätzt wurde: „*We conclude that the true size and burden of disorders of the brain in the EU was significantly underestimated in the past.*“ (Wittchen et al. 2011, 656).

Es wird somit ersichtlich, dass es sich bei psychischen Erkrankungen um kein Randphänomen handelt, sondern einen relativ großen Teil der Bevölkerung betrifft: Nach den ermittelten Prävalenzen von Wittchen und Jacobi (2005) leiden zirka 50 % der Bevölkerung irgendwann im Laufe des Lebens an einer psychischen Erkrankung. An dieser Stelle sei allerdings darauf hingewiesen, dass das Vorliegen einer psychischen Störung sich nicht zwingend negativ auf Lebensgestaltung und Bildungs- bzw. Erwerbsverläufe auswirkt. In den epidemiologischen Studien zu Prävalenzen von psychischen Störungen wird eine hohe Bandbreite an Diagnosen verwendet. Zum Beispiel gelten auch spezifische Phobien, wie jene vor Spinnen oder Schlangen, als psychische Störungen, die allerdings auf die tägliche Arbeit in einem Büro kaum einen Einfluss haben werden. Der OECD¹-Report „Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work“ (2012) unterstreicht dies: Auf Basis einer Befragung von Personen mit diagnostizierten psychischen Störungen in der Altersgruppe 50 bis 64 wird sichtbar, dass der Großteil der befragten Personen mit einer psychischen Störung über keine Behinderung („disability“) berichtet. Ein wesentlicher Anteil an Personen mit psychischen Störungen verfügt über wesentliche oder vollständige Kapazitäten und Ressourcen, um am Arbeitsmarkt reüssieren zu können (ebd., 26f). Die Einteilung in den Schweregrad der psychischen Störung orientierte sich an epidemiologischen Studien, die davon ausgehen, dass in jedem Land 5 % der erwerbstätigen Bevölkerung eine schwer (severe) und weitere 15 % eine moderate psychische Störung aufweisen. Die Prävalenzraten orientieren sich an nationale Gesundheitsbefragungen (OECD 2012, 20).

Somit gilt es bei der Interpretation der Prävalenzraten zu beachten, dass das Vorhandensein einer psychischen Störung nicht zwingend mit einer Beeinträchtigung der Teilhabe sowie einem Behandlungsbedarf gleichzusetzen ist.

2.3.1.2 PRÄVALENZ IM KINDES- UND JUGENDALTER

Epidemiologische Studien psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter finden sich in der Literatur vergleichsweise weniger wieder. In einer bereits etwas älteren Meta-Analyse von Roberts et al. (1998), welche 52 internationale Studien analysierte, wurde eine mittlere Prävalenzrate von 15,8 % bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 1 bis 18 Jahren ermittelt.

In Deutschland wurde zur Sammlung einer umfassenden Datenlage zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen die BELLA²-Studie (Hölling et al. 2014, 807) als Modul des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts in Berlin implementiert. Es liegen Daten von zwei Erhebungswellen (2003-2006 und 2009-2012) vor. Die Studienergebnisse (Tabelle 2-2) zeigen eine „symptombasierte Häufigkeit“ von 20 % für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren für Deutschland. Für die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen werden für die erste Welle der KiGGS-Studie für den Zeitraum 2009 bis 2012 Prävalenzwerte von 18 % berichtet. Im Vergleich zur Basiserhebung im Zeitraum von 2003 bis 2006 sind keine Veränderungen zu beobachten (ebd., 812).

¹ Organisation for Economic Co-Operation and Development

² Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten

Tabelle 2-2: Prävalenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland

		KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) Deutsche Normwerte, altersstandardisiert ^{a, b}	KiGGS Welle 1 (2009–2012) Deutsche Normwerte ^c	p-Wert ^d
		% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	
Gesamt		20,0 (19,1–20,9)	20,2 (18,9–21,6)	0,743
Geschlecht	Jungen	23,8 (22,5–25,1)	23,4 (21,5–25,4)	0,710
	Mädchen	16,0 (15,0–17,1)	16,9 (15,2–18,7)	0,357
Altersgruppen	3 bis 6 Jahre	19,3 (17,8–20,9)	17,2 (14,9–19,9)	0,158
	7 bis 10 Jahre	22,6 (21,1–24,2)	23,1 (20,6–25,8)	0,750
	11 bis 13 Jahre	21,5 (19,6–23,5)	23,3 (20,8–26,1)	0,256
	14 bis 17 Jahre	17,0 (15,5–18,7)	17,8 (15,9–20,0)	0,539
Sozialstatus	Niedrig	30,8 (28,5–33,2)	33,5 (29,6–37,6)	0,211
	Mittel	19,2 (18,1–20,3)	19,0 (17,5–20,6)	0,818
	Hoch	11,3 (10,4–12,3)	9,8 (8,6–11,3)	0,078

^aAltersstandardisiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010
^bKiGGS-Basiserhebung: N_(ungewichtet) = 14.447
^cKiGGS-Welle 1: N_(ungewichtet) = 10.353
^dChi-Quadrat-Test 2. Ordnung nach Rao-Scott

Quelle: Hölling et al. (2014, 812)

Für Österreich liegen keine umfassenden epidemiologischen Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor. Erwähnenswert ist die HBSC-Studie (Health-Behaviour in School-aged Children) (Ramelow/Felder-Puig 2013, 1f), welche die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von SchülerInnen in insgesamt 44 OECD-Ländern, inklusive Österreich, regelmäßig erhebt. In der Erhebung von 2010 berichteten 30 % der österreichischen SchülerInnen im Alter von 11-17 Jahren über mehrmalige psychische Beschwerden³.

Aktuell wird die MHAT-Studie⁴ (Mental Health in Austrian Teenagers) durchgeführt, welche eine ähnliche Erhebungsmethodik wie die bereits zitierte BELLA-Studie in Deutschland verfolgt und umfassende Daten zur psychischen Gesundheit österreichischer Jugendlicher (10-18 Jahre) ermittelt. Erste Ergebnisse (Philipp et al. 2014, 201ff) deuten auf eine Prävalenzrate für psychische Probleme von 18,9 % der österreichischen Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren hin. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es sich um die Ergebnisse der Pilotphase handelt, die primär zur Überprüfung der Akzeptanz und Durchführbarkeit der Studie gedacht war. Erhoben wurde diese Prävalenzrate im Rahmen einer Screeningphase, in der 408 SchülerInnen in österreichischen Schulen (Niederösterreich und Burgenland) mittels Selbstbeurteilungsverfahren befragt werden sollten. Nennenswert ist dabei ein Anteil von etwa 30 % an SchülerInnen, die nicht teilnahmen, wobei sich etwas mehr als die Hälfte nicht zur Teilnahme bereit erklärte, während der Rest aus verschiedenen Gründen abwesend war. Jene, die sich nicht bereit erklärten, zeigten gemäß systematisch erhobenen Angaben der LehrerInnen in höherem Ausmaß schulbezogene Probleme (z.B. mehr Abwesenheit, Konzentrationsprobleme). Das könnte auf eine Unterschätzung der Prävalenzrate hindeuten (ebd.).

Der hier dargestellte Ausschnitt ausgewählter Studien illustriert die Schwierigkeit bei der Beantwortung der Frage nach der Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen bei Jugendlichen. Laut Fliedl (2013, 85) und Hölling et al. (2014, 816) ist die Prävalenzrate von gut konzeptionierten Studien in einem Korridor von ca. 10-20 % einzustufen. Bei der Interpretation der Prävalenzraten ist zu beachten, dass die dargestellten Prävalenzen nicht zwingend mit einem Behandlungsbedarf gleichzusetzen sind.

³ abgefragt wurden: Einschlafschwierigkeiten, schlechte Laune/Gereiztheit, allgemein schlechter Gefühlszustand sowie Nervosität

⁴ Die Studie wird vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie AKH Wien durchgeführt. Informationen zur Studie finden sich auf der Website www.mhat.at.

Beispielsweise differenziert die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2007, 4f) bei Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (21,9 %) zwischen „wahrscheinlich“ (9,7 %) psychisch auffällig und Jugendliche mit zumindest Hinweisen auf psychische Auffälligkeit (12,2 %). Fliedl (2013, 86) zieht diese 9,7 % als Referenzwert für den Behandlungsbedarf psychischer Störungen österreichischer Kinder und Jugendlicher heran. In Tabelle 2-3 befindet sich eine Auswahl an aktuellen epidemiologischen Studien sowie Meta-Analysen zu Prävalenzraten von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 2-3: Auswahl an aktuellen epidemiologischen Studien und Meta-Analysen zur Prävalenz psychischer Störung in jungen Lebensjahren

Studie	Stichprobe	Prävalenzrate	Alter (Jahre)	Psychische Störungen: Erhebung/Klassifikation
Meta-Analysen				
Wittchen/Jacobi 2005 [16 europäische Länder]	27 Studien (>150.000)	27 % (12 Monate) 22 % Männer, 33 % Frauen	18-65 18-34	ICD-9/10 sowie DSM-III-R/DSM-IV Diagnosen anhand DIS, CIDI, SCAN oder verwandten Instrumenten
Roberts et al. 1998 [20 Länder, meist USA und UK]	52 Studien (58-8.462)	Spannweite: 1–51 % Mittelwert: 15,8 % (meist 6-Monate/1-Jahr) Jugendliche: 15 %	1-18 12/13-18	DSM-III, DSM III-R, Rutter Klassifikation, klinische Einschätzungen, etc.
Waddel et al. 2014 [USA, UK, Puerto Rico, Israel und Hongkong]	9 englischsprachige Studien	Mittelwert: 12,6 % (Perioden-Prävalenz 3/6/12-Monate)	4-17	DSM-IV oder ICD-10
Weitere aktuelle Studien (Primärerhebungen)				
MHAT ¹ -Studie (Pilot) (Philipp et al. 2014) [Österreich]	408	18,9 %	10-18	Selbstbeurteilung in Schulen (Youth Self Report, SCOFF)
KiGGS ² 2009-2012/ BELLA Studie (Hölling et al. 2014) [Deutschland]	12.368	20,2 % 17,8 %	3-17 14-17	Telefoninterviews, SDQ-Symptom- und Impactfragebogen (Elterninterviews)
TRAILS ³ Studie (Ormel et al. 2015) [Niederlande]	1.584	31 % (12-Monate) 45 %, schwer: 22 % (Lebenszeit)	11-19	DSM-IV auf Basis von CIDI
NCS-A ⁴ (Merikangas et al. 2010) [USA]	10.123	49,5 % (Lebenszeit); 27,6 % mit schweren Beeinträchtigungen	13-18	DSM-IV auf Basis von CIDI,
NCS-A (repl) ⁵ (Kessler et al. 2012) [USA]	10.148	40,3 % (12-Monate) 23,4 % (30-Tage)	13-17	DSM-IV auf Basis von CIDI + Elterninterviews

¹ MHAT = Mental Health in Austrian Teenagers

² KiGGS = Kinder- und Jugendgesundheits surveys

³ TRAILS = Tracking Adolescents' Individual Lives Survey

⁴ NCS-A = National Comorbidity Study-Adolescent Supplement

⁵ NCS-A (repl) = National Comorbidity Survey Replication- Adolescent Supplement

CIDI = Composite International Diagnostic Interview

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire nach Goodman

HBSC-SCL = Health Behaviour in school-aged Children Symptom Checklist

DIS = Diagnostic Interview Schedule

Anmerkung: die Prävalenzarten (Erläuterung siehe Kapitel 2.3.1) sind in Klammer angeführt. Ist keine Prävalenzart ausgewiesen, wird diese in den Studien nicht explizit angeführt. Die Erhebungsmethoden weisen jedoch auf eine Punktprevalenz hin.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass epidemiologische Untersuchungen zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen sich zumeist auf eine Altersspanne von bis zu maximal 17-18 Jahren beschränken (z.B. Roberts et al. 1998; Wittchen et al. 2011; Hölling et al. 2014). Somit liegen nur wenige explizite Studien zum psychischen Gesundheitszustand von Jugendlichen in der Alterskohorte der 15- bis 24-Jährigen bzw. von jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 24 Jahren vor.

2.3.2 NEHMEN PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN ZU?

Zur Frage, ob psychische Erkrankungen im Zunehmen sind, gibt es unterschiedliche Befunde. In der medialen Berichterstattung wird immer wieder von einer Zunahme psychischer Erkrankungen berichtet. Sozialversicherungsträger (z.B. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011, 6) führen eine Zunahme psychischer Erkrankungen auf eine Zunahme der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen – nahezu Verdreifachung seit Mitte der 1990er Jahre (Leoni 2014, 50f) – sowie auf eine zunehmende Beanspruchung von Gesundheitsleistungen zurück. Als zentrales Argument zur Stützung der Zunahme-Hypothese wird auf gesellschaftliche Veränderung und eine damit verbundene Zunahme von Risikofaktoren (z.B. berufliche Leistungsorientierung, mangelnde Bildungschancen, Instabilität vieler Lebensbereiche, Veränderung der Arbeitsbedingungen) und Rückgang von Schutzfaktoren (z.B. familiäre Kohäsion, soziale Unterstützung verwiesen) (Jacobi 2009, 19).

In der Psychologie wird die Zunahme-Hypothese zum Teil kontrovers diskutiert und mehrere Untersuchungen (u.a. Meta-Analyse von Richter et al. 2008; Jacobi 2009; Wittchen et al. 2011) weisen darauf hin, dass die Prävalenzraten psychischer Störungen sowohl im Erwachsenen- als auch im Kindes- und Jugendalter nicht zugenommen haben. Die zunehmende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Bereich der psychischen Versorgung wird primär auf eine erhöhte Wahrnehmung sowohl auf PatientInnenseite (z.B. Entstigmatisierung psychischer Störungen) als auch auf ärztlicher Seite (z.B. vermehrte Fortbildung zum Thema) zurückgeführt. Diese erhöhte Wahrnehmung kann dazu führen, dass mehr psychische Symptome bei sich selbst wahrgenommen werden und auch dem Arzt berichtet werden, wodurch die Diagnose leichter fällt als früher (Jacobi 2009, 22).

Es lässt sich festhalten, dass aufgrund unzureichender empirischer Evidenz sowie unterschiedlicher Messmethoden und Studiendesigns die Frage nach der Zunahme psychischer Erkrankungen mit dem aktuellen Forschungsstand nicht eindeutig beantwortet werden kann. Jedoch besteht Einigkeit über eine zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zur Versorgung psychischer Erkrankungen (z.B. Spießl/Jacobi 2008). Daher ist festzustellen, dass der Behandlungsbedarf psychischer Erkrankungen sowohl in der Erwachsenenbevölkerung als auch bei Jugendlichen auf nationaler und internationaler Ebene zunimmt.

2.3.3 VERSORGUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Internationale epidemiologische Untersuchungen weisen auf eine hohe Unterversorgung bei psychischen Erkrankungen hin. Der Grad der Unterversorgung variiert zwischen den verschiedenen Studien. Nach einem Review von 37 WHO-Studien sind, je nach Wahl der Stichproben und Art der Erkrankung, 30-78 % aller erwachsenen Personen mit einer psychischen Erkrankung unbehandelt (Thornicroft 2007, 807). Wittchen et al. (2011) ermitteln für die EU eine Versorgung von 26 % in der Erwachsenenbevölkerung. Versorgung bedeutet in diesem Kontext irgendeine Art der Behandlung (Psychopharmaka, Therapie etc.). Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen stellt sich noch schlechter dar als in der Erwachsenenbevölkerung (ebd.). Lambert et al. (2013) gehen von einer Inanspruchnahme von 5-20 % der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (bis 18 Jahren) aus.

Aufgrund unzureichender epidemiologischer Daten liegen für Österreich keine validen Informationen zum Versorgungsgrad im Bereich der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen vor. In einer vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenen Untersuchung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch österreichische Krankenversicherungen (Streissler-Führer 2013, 35) wird der Bedarf an psycho-sozialer Therapie anhand der Referenzwerte der bereits genannten BELLA-Studie aus Deutschland geschätzt und den in Anspruch genommenen psycho-sozialen Therapien in Österreich gegenübergestellt. Mit dem Hinweis auf Unschärfen bei den ermittelten Schätzwerten kommt die Autorin zu einem durchschnittlichen Bedarf an psycho-sozialer Therapie bei 4 % der österreichischen Kinder und Jugendlichen und einem Versorgungsgrad von etwas mehr als einem Viertel (26,3 %).

Eine detaillierte Auseinandersetzung zur Versorgungssituation und zum Unterstützungsangebot im Kontext psychischer Erkrankung erfolgt in Kapitel 6 (ExpertInnenbefragung zum Unterstützungsangebot) und wird daher an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

Eine frühzeitige Intervention bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist insofern wichtig, da ein Großteil der psychischen Erkrankungen bereits im Kindes- und Jugendalter sowie im jungen Erwachsenenalter zum ersten Mal auftritt und häufig bis ins Erwachsenenalter andauert (u.a. Kessler et al. 2005; Lambert et al. 2013, 619f). Dabei dürfte die niedrige Inanspruchnahme von Behandlungen und eine daraus resultierende Behandlungsverzögerung mit ein Grund für diese Entwicklung sein (Lambert et al. 2013, 623). Die empirischen Befunde zu Behandlungsverzögerungen und deren Konsequenzen weisen auf die Wichtigkeit einer ausreichenden Versorgung für psychische Erkrankungen, speziell bei Kindern und Jugendlichen, hin.

2.3.4 RISIKO UND SCHUTZFAKTOREN

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 6⁵ wird bei der Reanalyse der qualitativen Interviews mit NEET-Jugendlichen auf das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren (siehe unten) zurückgegriffen. Zur Interpretation und inhaltlichen Vorbereitung auf die Reanalyse werden daher zunächst die zentralen Befunde aus der Literatur zu Risiko- und Schutzfaktoren überblicksmäßig aufbereitet.

Zur Erklärung von psychischen Erkrankungen wird häufig auf das Konzept von Risiko- und Schutzfaktoren verwiesen (u.a. Blanz et al. 2006, 530ff; Lieb 2006, 629; Gutmann 2013). Unter Risikofaktoren werden Bedingungen verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer

⁵ Unter welchen Konstellationen führen Risikofaktoren zu psychischen Beeinträchtigungen und wie können diese durch Ressourcen abgedeckt werden?

psychischen Störung erhöhen. Hingegen beziehen sich Schutz- bzw. protektive Faktoren auf Merkmale, welche unter dem Vorliegen ungünstiger psycho-sozialer Bedingungen vor einer psychischen Störung schützen bzw. protektiv wirken (Blanz et al. 2006, 535ff). Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren greift auf Theorien zur Erklärung von (psychischer) Krankheit bzw. Gesundheit zurück. Dabei kommt dem vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1997) entwickelten Modell der Salutogenese zur Erhaltung der Gesundheit sowie dem Konzept der Resilienz eine entscheidende Rolle zu (u.a. Bettge 2004, 7ff; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, 13ff). Antonovskys Anfang der 1980er Jahre entwickeltes Modell der Salutogenese leitet einen Perspektivenwechsel von einer rein krankheitszentrierten zu einer gesundheitsorientierten Betrachtung ein (u.a. Sturzbecher/Dietrich 2007, 4; Schmid 2011, 37). Antonovsky setzte sich mit Faktoren auseinander, welche trotz einer Vielzahl von Risikokonstellationen und psycho-sozialen Belastungen zum Erhalt und Wiederherstellung von Gesundheit beitragen (Sturzbecher/Dietrich, 2007, 4). Die Fähigkeit, mit Belastungssituationen und widrigen Umständen kontrolliert umzugehen, bezeichnet Antonovsky (1997) als Koheränzgefühl, welches das Kernstück des Salutogenese-Modells bildet. Das Modell der Salutogenese entstammt den Gesundheitswissenschaften und versucht sowohl physische als auch psychische Gesundheit bzw. Krankheit zu erklären. Das Konzept der Resilienz hingegen hat ihren Ursprung in der Entwicklungspsychologie und fokussiert primär auf die psychische Gesundheit bzw. Krankheit (Bengel et al. 2009, 14ff). Die Resilienzforschung setzt sich mit der Frage auseinander, wie sogenannte „Risikokinder“ trotz widrigen Umständen (z.B. Armut, Gewalterfahrung in der Kindheit) sich dennoch psychisch gesund entwickeln können (Sturzbecher/Dietrich 2007 5). Ähnlich wie das Modell der Salutogenese liegt der Schwerpunkt der Resilienzforschung auf Ressourcen und Schutzfaktoren und kann somit als Ergänzung des Salutogenese-Modells verstanden werden (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, 13).

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Auflistungen von Risiko- und Schutzfaktoren wieder. Die jeweiligen Risiko- und Schutzfaktoren basieren auf unterschiedlichen methodischen Zugängen. Trotz Abweichungen bei den einzelnen Faktoren zeigen sich dennoch Übereinstimmungen in einzelnen Punkten. Zumeist werden sie in personenbezogene und umweltbezogene Risiko- und Schutzfaktoren eingeteilt (u.a. Laucht et al. 2000; Bettge 2004, 14ff). Wie die einzelnen Schutz- und Risikofaktoren Einfluss nehmen und zu einer Erkrankung führen, ist im Detail jedoch noch weitgehend unerforscht (u.a. Blanz et al. 2006, 542; Gruber et al. 2014).

Dem Konzept von Risiko- und Schutzfaktoren wird auch in der Prävention von psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle beigemessen, da präventive Maßnahmen darauf abzielen, Risikofaktoren zu vermeiden und Schutzfaktoren zu stärken (u.a. Lieb 2006, 629; Gruber et al. 2014, 96).

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über zentrale Befunde zu Risiko- und Schutzfaktoren gegeben. Eine Beschreibung der einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren wird an dieser Stelle nicht im Detail vorgenommen, da diese in Kapitel 5 am Beispiel von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen noch näher beschrieben werden.

2.3.4.1 RISIKOFAKTOREN

Die generelle psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie die Entstehung von psychischen Störungen werden von einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren bestimmt. Zur Erklärung der Entwicklungsprozesse, die zu psychischen Störungen führen können, wird häufig auf das Konzept der unterschiedlichen Verarbeitung von Risiken (Blanz et al. 2006, 530ff) zurückgegriffen. Diese Risiken können die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bereits von Anfang an bestimmen oder erst im weiteren Entwicklungsverlauf auftreten. Gleichzeitig können die Risiken unmittelbar oder erst verzögert, z.B. in der späteren Kindheit oder Adoleszenz, wirken. Wichtig bei der Interpretation von Risikofaktoren ist eine Differenzierung der Betrachtung hinsichtlich Risiken, die zur Entstehung einer psychischen Störung beitragen, und jenen Risiken, die erst nach entstandener psychischer Störung zu weiteren ungünstigen Entwicklungen eines Kindes oder Jugendlichen beitragen. Darüber hinaus gilt zu beachten, dass nicht die Art des Risikofaktors entscheidend ist, sondern die Ausprägung und Chronizität des spezifischen Risikofaktors: Zum Beispiel ist nicht die Art der psychischen Störungen, an denen ein Elternteil leidet, ausschlaggebend, sondern, ob sich aus der Störung eine Beeinträchtigung der Beziehungsebene ergibt. Gleiches lässt sich am Beispiel der Scheidung der Eltern beschreiben. Doolittle/Deutsch (1999, zit. n. Sturzbecher/Dietrich 2007, 15) weisen darauf hin, dass die negativen Effekte aus den elterlichen – v.a. bei jahrelang andauernden – Konflikten entstehen und nicht auf die Scheidung/Trennung der Eltern an sich zurückzuführen sind.

Wie bereits angeführt, wird in der Literatur zumeist zwischen personenbezogenen (z.B. biologische Risiken, Temperamentsmerkmale) und umweltbezogenen (z.B. Familie, soziales Umfeld) Risikofaktoren differenziert. In der Resilienzforschung werden die individuellen Faktoren auch als „Vulnerabilitätsfaktoren“ und die umweltbezogenen Faktoren als Risikofaktoren oder Stressoren bezeichnet (u.a. Wustmann 2007; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011). Tabelle 2-4 enthält eine exemplarische Auflistung der Risikofaktoren aus der Resilienzforschung.

Die von Wustmann (2007) aufgelisteten Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen, finden sich im Wesentlichen – zumeist in abstrahierter Form – auch bei anderen AutorInnen wieder (u.a. Bettge 2004, 33ff; Blanz et al. 2006, 536; Barkmann/Schulte-Markwort 2007). Im Zusammenhang mit familiären Risikofaktoren wird häufig auf den Family Adversity Index von Rutter und Quinton (1977) hingewiesen. Er umfasst familiäre Risikofaktoren (psychische Erkrankung einer Hauptbezugsperson, kriminelles oder dissoziales Verhalten eines Elternteils, Vater ohne qualifizierenden Schulabschluss und ohne abgeschlossene Berufsausbildung, Mutter oder Vater alleinerziehend, kritisch gespannte Partnerschaft der Eltern, vier oder mehr Kinder in der Familie, enge Wohnverhältnisse, Fremdunterbringung des Kindes), deren nachteilige Langzeitfolgen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als empirisch gesichert gelten (u.a. Bettge 2004, 35; Sturzbecher/Dietrich 2007, 11; Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, 22).

Es ist auch darauf hinzuweisen, dass das Vorhandensein einzelner Risikofaktoren sich nicht zwingend negativ auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken muss. Einerseits können protektive Faktoren (siehe Kapitel 2.3.4.2) einem negativen Entwicklungsprozess entgegenwirken. Andererseits weisen empirische Untersuchungen darauf hin, dass Risikobedingungen selten isoliert, sondern häufig zusammen auftreten und kumulieren (Rutter 2000 zit. n. Wustmann 2007, 132). Nach dem Konzept der Risiko-Akkumulation erhöht sich das Risiko mit der Summe der Risikofaktoren. Empirisch nachgewiesen wurde das Akkumulations-Prinzip z.B. bei Kindern und Jugendlichen mit widrigen familiären Bedingungen: Das Risiko von kinderpsychiatrischen Störungen verdoppelte sich beim Vorliegen von mindestens zwei und verdreifachte sich beim Vorliegen von drei oder mehreren familiären Risikofaktoren (Blanz et al. 2006, 537).

Tabelle 2-4: Risikofaktoren

Vulnerabilitätsfaktoren (individuelle Risikofaktoren)*	Stressoren (umgebungsbezogene Risikofaktoren)*
<ul style="list-style-type: none"> • Prä-, peri- und postnatale Faktoren (z. B. Frühgeburt, Geburtskomplikationen, niedriges Geburtsgewicht, Erkrankung des Säuglings) • Neuropsychologische Defizite • Psychophysiologische Faktoren (z. B. sehr niedriges Aktivationsniveau) • Genetische Faktoren (z. B. Chromosomenanomalien) • Chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Neurodermitis, schwere Herzfehler, hirnorganische Schädigungen) • Schwierige Temperamentsmerkmale, frühes impulsives Verhalten, hohe Ablenkbarkeit • Unsichere Bindungsorganisation • Geringe kognitive Fertigkeiten: niedriger Intelligenzquotient, Defizite in der Wahrnehmung und sozial-kognitiven Informationsverarbeitung • Geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung 	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger sozio-ökonomischer Status, chronische Armut • Aversives Wohnumfeld • Chronische familiäre Disharmonie • Elterliche Trennung und Scheidung • Wiederheirat eines Elternteils, häufig wechselnde Partnerschaften der Eltern • Arbeitslosigkeit der Eltern • Alkohol-/Drogenmissbrauch der Eltern • Psychische Störungen oder Erkrankungen eines bzw. beider Elternteile • Niedriges Bildungsniveau der Eltern • Erziehungsdefizite/ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern (z. B. inkonsequentes, zurückweisendes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten, körperliche Bestrafungen, mangelnde Feinfühligkeit und Responsivität) • Sehr junge Elternschaft (vor dem 18. Lebensjahr) • Häufige Umzüge, häufiger Schulwechsel • Migrationshintergrund • Soziale Isolation der Familie • Verlust eines Geschwisters, engen Freundes • Geschwister mit einer Behinderung, Lern- oder Verhaltensstörung • Mehr als vier Geschwister • Mobbing/Ablehnung durch Gleichaltrige

Quelle: Wustmann (2007, 131)

* Begrifflichkeiten durch die AutorInnen ergänzt

2.3.4.2 SCHUTZFAKTOREN

Wie bereits erwähnt, orientiert sich das Konzept der Schutzfaktoren primär an Antonovskys Modell der Salutogenese und an dem Modell der Resilienz. Beide Ansätze gehen der Frage nach, wie sich Personen trotz widriger Umstände und Risikokonstellationen dennoch gesund entwickeln können. Somit wirken Schutzfaktoren als eine Art „Puffer“ vor widrigen Umständen und fördern eine gesunde psychische Entwicklung. Im Kontext der Schutzfaktoren gilt zu beachten, dass diese erst beim Vorhandensein von Risikokonstellationen ihre protektive Wirkung entfalten (Blanz et al. 2006, 540; Sturzbacher/Dietrich 2007, 14). Ebenso wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass Schutzfaktoren nicht auf die bloße Abwesenheit von Risikofaktoren zu reduzieren sind (u.a. Bettge 2004, 33; Blanz et al. 2006; Sturzbacher/Dietrich 2007,14).

Schutzfaktoren werden neben der groben Unterteilung zwischen personen- und umweltbezogenen Faktoren häufig auch auf der personalen, familiären und sozialen Ebene angesiedelt (u.a. Bettge 2004, 15; Ravens-Sieberer et al. 2007, 800; Bengel et al. 2009, 48ff). In der Literatur gibt es eine Vielzahl an verschiedenen Auflistungen, welche auf unterschiedlichen methodischen Zugängen und empirischen Befunden beruhen. Nachfolgend wird eine exemplarische Auflistung von Wustmann (2007) gegeben, welche eine zusammenfassende Darstellung nach einem Literaturreview darstellt. Die hier vorgestellten Schutzfaktoren finden sich im Kern auch bei anderen AutorInnen wieder (u.a. Bettge 2004, 33ff; Sturzbacher/Dietrich 2007, 14ff; Bengel et al. 2009).

Tabelle 2-5: Schutzfaktoren

Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
<p>Kindbezogene Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive Temperamenteigenschaften • Intellektuelle Fähigkeiten • Erstgeborenes Kind • Weibliches Geschlecht (in der Kindheit) <p>Resilienzfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemlösefähigkeiten • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen • Positives Selbstkonzept/Selbstvertrauen/hohes Selbstwertgefühl • Fähigkeit zur Selbstregulation • Internale Kontrollüberzeugung • Realistischer Attribuierungsstil • Hohe Sozialkompetenz: Empathie/Kooperations- und Kontaktfähigkeit (verbunden mit guten Sprachfertigkeiten)/Soziale Perspektivenübernahme/Verantwortungsübernahme/Humor • Aktives und flexibles Bewältigungsverhalten (z. B. die Fähigkeit, soziale Unterstützung zu mobilisieren, Entspannungsfähigkeiten) • Sicheres Bindungsverhalten/Explorationslust Lernbegeisterung/schulisches Engagement • Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung • Religiöser Glaube/Spiritualität/Kohärenzgefühl • Talente, Interessen und Hobbys • Körperliche Gesundheitsressourcen 	<p>Innerhalb der Familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind. eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert • Autoritativer/demokratischer Erziehungsstil • Zusammenhalt (Kohäsion), Stabilität und konstruktive Kommunikation in der Familie • Enge Geschwisterbindungen • Hohes Bildungsniveau der Eltern • Unterstützendes familiäres Netzwerk • Hoher sozio-ökonomischer Status <p>In den Bildungsinstitutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klare, transparente, konsistente Regeln und Strukturen • Wertschätzendes Klima (Wärme, Respekt und Akzeptanz gegenüber dem Kind) • Hoher, aber angemessener Leistungsstandard • Positive Verstärkung der Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des Kindes • Positive Peerkontakte/positive Freundschaftsbeziehungen • Zusammenarbeit mit dem Elternhaus und anderen sozialen Institutionen <p>Im weiteren sozialen Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetente und fürsorgliche Erwachsene außerhalb der Familie, die Vertrauen und Zusammengehörigkeitssinn fördern und als positive Rollenmodelle dienen (z. B. Großeltern, Nachbarn, Freunde, ErzieherInnen, LehrerInnen) • Ressourcen auf kommunaler Ebene • Vorhandensein prosozialer Rollenmodelle, Normen und Werte in der Gesellschaft

Quelle: zusammengeführt (Tabellenform verändert und Inhalte leicht gestrafft) nach Wustmann (2007, 165-166)

2.4 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ARBEITSMARKTINTEGRATION

Die vorliegende Studie setzt sich auch mit dem Zusammenhang zwischen psychischer Beeinträchtigung und Arbeitsmarktintegration von Jugendlichen (Forschungsfrage 5⁶) auseinander. Daher werden in diesem Kapitel die zentralen Befunde aus der Literaturanalyse zu diesem Thema wiedergegeben.

Dabei können zwei grundsätzliche Fragestellungen verfolgt werden: Erstere thematisiert, welche Auswirkungen psychische Beeinträchtigungen bereits in jungen Lebensjahren auf die Bildungs- und Erwerbsverläufe haben. Die zweite Fragestellung widmet sich dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit, wobei hier ein Fokus auf die Kausalität gerichtet wird – Führen psychische Erkrankungen zu Arbeitslosigkeit oder sind psychische Erkrankungen das Resultat von dieser? Auf nachfolgenden Seiten wird zunächst auf den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit für die Allgemeinbevölkerung eingegangen, bevor explizit die Auswirkungen von psychischen Beeinträchtigungen auf die Bildungs- und Erwerbskarrieren von Jugendlichen thematisiert werden.

2.4.1 ZUSAMMENHANG VON ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT

Auf die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wurde im deutschsprachigen Raum bereits 1931 in der Schrift vom Arzt und Gesundheitspolitiker Julius Moses „Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit“ aufmerksam gemacht. Ausgehend von den gesammelten Praxiserfahrungen berichten ausgewählte SozialmedizinerInnen über vielfältige Beeinträchtigungen der (psychischen) Gesundheit, welche durch die Arbeitslosigkeit ausgelöst wurden (Hollederer 2008, 29). Zwei Jahre später wurde die Marienthal-Studie rund um das Forscherteam Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1933) veröffentlicht. In dem Klassiker der empirischen Sozialforschung werden auf Basis von Beobachtungen die psycho-sozialen Belastungen der Arbeitslosigkeit beschrieben und vier Haltungstypen (ungebrochen, resigniert, verzweifelt, apathisch) abgeleitet (Jahoda et al. 1975, 64ff).

Seitdem beschäftigt sich eine Vielzahl an wissenschaftlichen Arbeiten und empirischen Untersuchungen mit dem Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Angesichts der langen Forschungstradition bestehen eine breite Sammlung an Quer- und Längsschnittstudien zu dieser Thematik sowie mehrere Überblicksarbeiten und verschiedene theoretische Modelle⁷ zur Erklärung des Zusammenhanges von Arbeitslosigkeit und (psychischer) Gesundheit. In Rahmen der vorliegenden Studie wird von einer detaillierten Aufarbeitung der empirischen Befunde abgesehen⁸, stattdessen wird auf den nachfolgenden Seiten ein Ausschnitt aus zentralen Befunden aus jüngeren Meta-Analysen, Überblicksarbeiten und Längsschnittstudien⁹ dargestellt.

⁶ Welcher Zusammenhang besteht zwischen Arbeitsmarktintegration und gesundheitlichen Beeinträchtigungen? (Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Ursache und Folge der Arbeitsmarktintegration)

⁷ Zum Beispiel Jahodas (1983) Theorie der „psychischen Deprivation“, das „Vitamin-Modell“ von Warr (1987) oder Fryers (1986) „Handlungs-Restriktionstheorie“

⁸ Eine überblicksmäßige Darstellung des Wissenstandes findet sich etwa bei Hollederer 2011.

⁹ Zur Beantwortung der Kausalitätsfrage werden Längsschnittuntersuchungen präferiert, da Querschnittstudien dafür ungeeignet sind (u.a. Paul/Moser 2001, 91; Hollederer 2002, 416; Weber et al. 2007, 2959)

Dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit besteht, gilt in der Arbeitslosenforschung heute als unbestritten und wird in mehreren empirischen Untersuchungen nachgewiesen (u.a. Bartley 1994, 333; Paul/Moser 2001, 84; Holleder 2008, 29). Die Wirkungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und individuellem Gesundheitszustand hingegen ist bisher noch nicht gänzlich geklärt und stellt eine zentrale Fragestellung in der Arbeitslosenforschung dar. Zur Erklärung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit haben sich zwei zentrale Hypothesen herauskristallisiert – die Kausalitäts- und Selektionshypothese (u.a. Paul/Moser 2001/2009; Grobe/Schwartz 2003, 3; Weber et al. 2007, 2959; Holleder 2011, 36).

Die **Kausalitätshypothese** (social causation-Hypothese) besagt, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Die **Selektions- oder Drifthypothese** hingegen sieht Arbeitslosigkeit als Folge psychischer Beeinträchtigungen: Personen mit psychischer Beeinträchtigung sind zum einen einem höheren Arbeitslosenrisiko ausgesetzt (=Drifthypothese) und zum anderen verweilen sie tendenziell länger in der Arbeitslosigkeit als Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen (=Selektionshypothese) (u.a. Paul/Moser 2001 und 2009; Holleder 2002, 416), wobei anzumerken ist, dass die Bezeichnungen Selektions- und Drifthypothese oft synonym verwendet werden.

Kausalitäts- und Selektions- bzw. Drifthypothese schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können auch gleichzeitig wirken (Holleder 2002, 416). Paul und Moser (2001) und Holleder (2002/2008/2011) sprechen in diesem Zusammenhang von dem sogenannten „Circulus vitiosus“: Personen mit psychischen Beeinträchtigungen verfügen über ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden. Der Zustand der Arbeitslosigkeit führt zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Befindens, was wiederum die Arbeitssuche zusätzlich erschwert und zu einer längeren Dauer der Arbeitslosigkeit führt (Paul/Moser 2001, 104; Holleder 2011, 37).

In der Vergangenheit widmete man sich im Rahmen von empirischen Erhebungen v.a. der Kausalitätshypothese (Paul/Moser 2001, 107; Paul/Moser 2009, 265; Holleder 2011, 38ff). Als prominenter Vertreter wird hier die Meta-Analyse von McKee-Ryan et al. (2005, 67), welche 104 empirische Studien verwertet, exemplarisch angeführt. Laut den Autoren kann die kausale Beziehung zwar nicht zur Gänze geklärt werden, dennoch finden die StudienautorInnen einen starken Beleg, der die Kausalitätshypothese stützt. McKee-Ryan et al. (2005, 67) verweisen allerdings diesbezüglich darauf, dass ein reduziertes psychisches Befinden im Zusammenhang mit anderen Faktoren stehen kann, welche mit Arbeitslosigkeit stark korrelieren. Als Beispiele werden finanzielle Probleme, der individuelle Stellenwert der Arbeit („work-role centrality“) oder der persönliche Umgang mit dem Jobverlust genannt.

Paul und Moser (2001, 107; 2009, 268) widmen sich in ihren Arbeiten beiden Hypothesen. Mittels Meta-Analyse-Techniken konnte nachgewiesen werden, dass Arbeitslosigkeit psychische Symptome verursacht und dies der wichtigste kausale Faktor bei der Erklärung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Belastung darstellt. Gleichzeitig zeigte sich aber auch, dass psychisch belastete Menschen leichter arbeitslos werden und länger in der Arbeitslosigkeit verweilen als unbelastete Menschen. Somit konnten die Autoren beide Hypothesen belegen, jedoch wirken Kausalitätseffekte stärker als die Selektionseffekte.

Im Zusammenhang mit Ursachen und Wirkungsweisen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass empirische Befunde für beide Hypothesen bestehen (u.a. Paul/Moser 2001/2009; Berth et al. 2011; Olesen et al. 2013). Somit führt Arbeitslosigkeit zu einer Einschränkung der psychischen Gesundheit und im Umkehrschluss die Beschäftigungsaufnahme zu einer Verbesserung dieser. Gleichzeitig sind Personen mit psychischen Beeinträchtigungen von einem höheren Arbeitslosenrisiko betroffen, welches zu einer Verlängerung der Arbeitslosendauer führt und

diese wiederum zu einer weiteren Verschlechterung der psychischen Gesundheit beiträgt, wobei Kausalitätseffekte stärker wirken als Selektionseffekte (u.a. Paul/ Moser 2001 und 2009; Weber et al. 2007; Holleederer 2011, 69).

2.4.2 PSYCHISCHE GESUNDHEIT BEI JUGENDLICHEN UND BILDUNGS- UND ERWERBSKARRIEREN

Die bisher angeführten Befunde beziehen sich primär auf die Allgemeinbevölkerung, deshalb werden an dieser Stelle zusätzlich explizite Untersuchungen zu Jugendlichen angeführt.

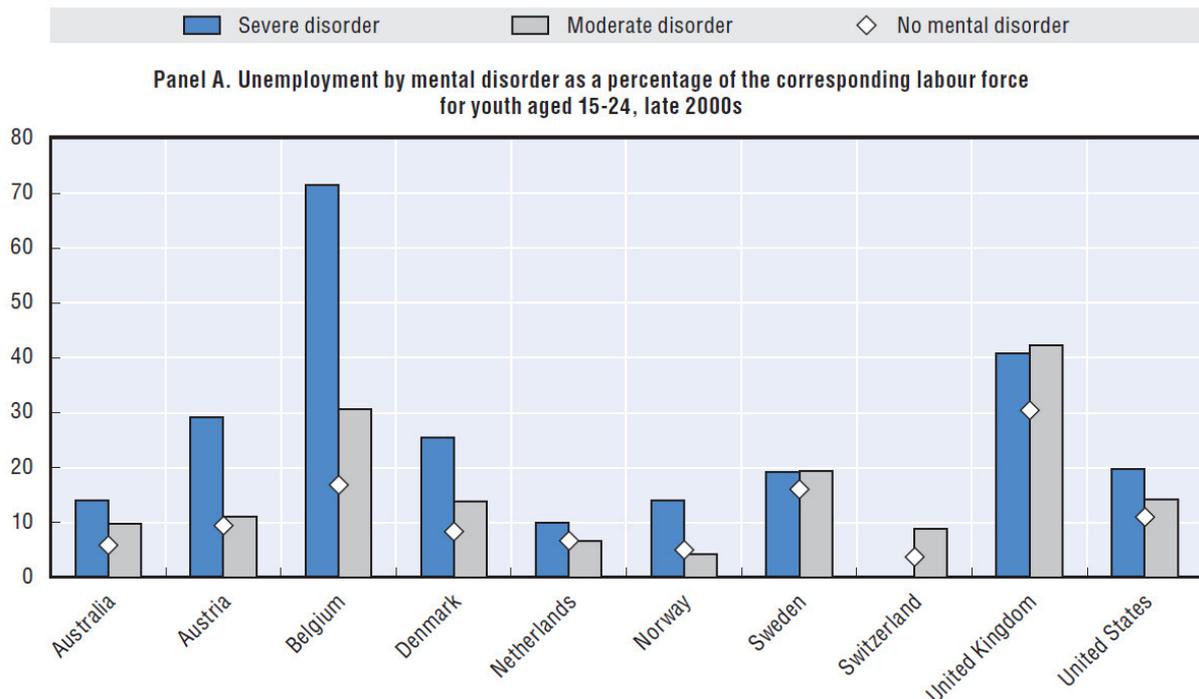
Paul und Moser (2001, 100) konnten die Kausalitätshypothese sowohl für Erwachsene als auch für „jüngere Menschen“ (Jugendliche am Übergang von Schule in den Beruf) nachweisen. So zeigte sich bei SchülerInnen, die nach dem Austritt aus der Schule erwerbslos waren, dass sich das psychische Befinden verschlechterte, während beim Übertritt in die Erwerbstätigkeit sich dieses verbesserte (ebd., 97). Ebenso zeigen sich bei Jugendlichen am Übergang Selektionseffekte, wenngleich die Effekte als „unbedeutend“ ausfallen (ebd., 102): Junge Menschen, die später arbeitslos werden, sind schon während der Schulzeit psychisch stärker belastet als junge Menschen, die nach der Schule einen Job finden. Im Rahmen von zwei Längsschnittstudien widmete sich Schaufeli (1997) der Selektions- und Kausalitätshypothese bei Jugendlichen. Zur Berücksichtigung sozialer Unterschiede wurden frühe SchulabgängerInnen und „college graduates“ untersucht. Dieser methodische Zugang lieferte interessante Ergebnisse und deutet darauf hin, dass die Effekte zwischen Jugendlichen unterschiedlicher Bildungsschichten variieren: Während sich Arbeitslosigkeit bei den frühen SchulabgängerInnen negativ auf die psychische Gesundheit auswirkte und der Übertritt in die Erwerbstätigkeit sich positiv auswirkte, konnten diese Kausalitätseffekte bei den „college graduates“ nicht festgestellt werden. Hier hatte der Arbeitsmarktstatus keinen Effekt auf das psychische Befinden (ebd., 288).

Aktuelle empirische Befunde von Längsschnittanalysen deuten darauf hin, dass sich die psychischen Probleme in der Kindheit und Adoleszenz negativ auf die Bildungskarrieren auswirken (u.a. McLeod/Fettes 2007, 17; Veldman et al. 2014; Veldman et al. 2015, 590). Ebenso finden sich Längsschnittanalysen, die aufzeigen, dass psychische Probleme in der Kindheit oder Adoleszenz die Wahrscheinlichkeit erhöhen, weder in Beschäftigung noch in Ausbildung zu sein (u.a. Cornaglia et al. 2012, 3; Veldman et al. 2015, 590).

In dem bereits genannten OECD-Bericht (2012,186) wird die Arbeitslosenquote für Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit und ohne psychischer Störung angeführt (Abbildung 2-1). Die Zahlen für Österreich zeigen, dass Jugendliche mit einer schweren (severe)¹⁰ psychischen Störungen eine deutlich höhere Arbeitslosenquote aufwiesen, als Jugendliche ohne bzw. mit nur einer moderaten Störung.

¹⁰ Die Einteilung in den Schweregrad der psychischen Störung orientierte sich an epidemiologischen Studien, die davon ausgehen, dass in jedem Land 5 % der erwerbstätigen Bevölkerung eine schwer (severe) und weitere 15 % eine moderate psychische Störung aufweisen (siehe oben). Die Prävalenzraten orientieren sich an nationale Gesundheitsbefragungen (OECD 2012, 20).

Abbildung 2-1: Arbeitslosenrate bei Jugendlichen mit und ohne psychische Störung in ausgewählten OECD-Ländern



Quelle: OECD (2012, 186); Zahlen basieren auf nationalen Gesundheits-Befragungen (eine Beschreibung der jeweiligen Erhebungsmethode findet sich ebd., 21f).

Abschließend lässt sich somit festhalten, dass ein Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit während der Kindheit und Adoleszenz und den Bildungs- und Erwerbsverläufen besteht, jedoch es hinsichtlich der Fragen der Kausalität noch ein Forschungsbedarf herrscht. Die Kausalitäts- und Selektionshypothese bei Jugendlichen werden in den Kapiteln drei und vier behandelt.

2.5 ZUSAMMENFASSUNG

Nachfolgend werden die zentralen Befunde der Literaturanalyse anhand der eingangs gelisteten Fragestellungen zusammenfassend wiedergegeben.

Wie hoch sind Prävalenzraten psychischer Erkrankungen?

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an empirischen Untersuchungen zu Prävalenzen psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung wieder. Vergleichsweise weniger empirische Befunde stehen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Da in den – zumeist psychologischen – Untersuchungen die Altersobergrenze bei 17 bzw. 18 Jahren angesiedelt ist, existieren nur wenige Untersuchungen zur Zielgruppe der 15- bis 24-Jährigen bzw. für die 20- bis 24-Jährigen. Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Forschungsdesigns variieren die Prävalenzraten zwischen den verschiedenen Untersuchungen zum Teil erheblich. Die Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung innerhalb eines Jahres kann bei etwa jeder dritten Person angesiedelt werden. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zeigen sich bei etwa jeder/jedem Fünften psychische Auffälligkeiten. Die relativ hoch erscheinenden Prävalenzraten sind vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass eine hohe Bandbreite an Diagnosen bzw. Auffälligkeiten verwendet wurde und nicht alle berücksichtigten Personen einen Behandlungsbedarf aufweisen bzw.

sich die psychische Störungen nicht zwingend auf die Teilhabe am Bildungs- und Arbeitsmarkt auswirkt.

Sind psychische Erkrankungen im Zunehmen?

Die Frage nach der Zunahme psychischer Erkrankungen kann auf Basis der empirischen Evidenz nicht klar beantwortet werden. Einerseits weisen steigende Zahlen der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen sowie Krankenstandstagen aufgrund psychischer Beeinträchtigung auf eine Zunahme von psychischen Erkrankungen hin. Auf der anderen Seite liefern epidemiologische Untersuchungen Befunde, welche die These der Nicht-Zunahme bekräftigten. Ungeachtet dessen, ob psychische Erkrankungen im Steigen sind oder nicht, herrscht in der Literatur Einigkeit über eine zunehmende Problemwahrnehmung und Behandlungsbedarf im Bereich der psychischen Gesundheit sowohl in der Erwachsenenbevölkerung als auch bei Kindern und Jugendlichen.

Wie gestaltet sich die Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen?

Auf Basis epidemiologischer Studien scheint ein hoher Grad an Unterversorgung hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und bei Kindern und Jugendlichen zu bestehen, wobei sich die Versorgungssituation bei Kindern und Jugendlichen noch schlechter darstellt als bei Erwachsenen. Aufgrund unzureichender epidemiologischer Daten zur Prävalenz fehlen valide Informationen zum Grad der Inanspruchnahme psychischer Versorgungsleistungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich. Schätzungen zufolge, welche sich auf Prävalenzraten aus Deutschland beziehen, besteht für etwa 4 % der Kinder und Jugendlichen ein Versorgungsbedarf, von denen etwa ein Viertel irgendeine Leistung im Bereich der psychischen Versorgung beansprucht.

Empirische Befunde verweisen darauf, dass ein Großteil der psychischen Erkrankungen erstmals im Kinder-/Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter auftritt und bis ins Erwachsenenalter andauert. Dabei ist Studien zu Folge die hohe Dauer der Behandlungsverzögerung mit ein Grund für diese Entwicklung. Dies weist auf die Bedeutung einer entsprechenden Versorgung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie auf Angebote, die möglichst frühzeitig präventiv ansetzen, hin.

Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischer Beeinträchtigung und Arbeitsmarktintegration bei Jugendlichen?

Dass ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung besteht, gilt in der Arbeitslosenforschung heute als unbestritten und wird in mehreren empirischen Untersuchungen nachgewiesen. Die Wirkungsrichtung zwischen Arbeitslosigkeit und individuellem Gesundheitszustand hingegen ist bisher noch nicht gänzlich geklärt und stellt eine zentrale Fragestellung in der Arbeitslosenforschung dar. Zur Erklärung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden die Kausalitäts- und Selektionshypothese herangezogen, welche in einer Wechselwirkung zueinander stehen: Somit führt Arbeitslosigkeit zu einer Einschränkung der psychischen Gesundheit (Kausalitätshypothese) und im Umkehrschluss die Beschäftigungsaufnahme zu einer Verbesserung dieser. Gleichzeitig sind Personen mit psychischen Beeinträchtigungen von einem höheren Arbeitslosenrisiko betroffen (=Drifthyypothese) und verweilen länger in diesem Status (=Selektionshypothese), was wiederum zu einer weiteren Verschlechterung der psychischen Gesundheit beiträgt. In mehreren Längsschnittuntersuchungen konnten Belege für beide Hypothesen gefunden werden, wobei Kausalitätseffekte stärker als Selektions- bzw. Drifteffekte wirken.

Auch für Jugendliche weisen empirische Befunde auf einen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit hin. Explizite Untersuchungen zur Wirkungsrichtung finden sich jedoch für Jugendliche vergleichsweise weniger wieder. Aktuelle empirische Befunde von Längsschnittanalysen deuten darauf hin, dass sich psychische Probleme in der Kindheit und Adoleszenz negativ auf die Bildungskarrieren auswirken. Ebenso finden sich Längsschnittanalysen, die aufzeigen, dass psychische Probleme in der Kindheit oder Adoleszenz die Wahrscheinlichkeit erhöhen, weder in Beschäftigung noch in Ausbildung zu sein.

Abschließend lässt sich somit festhalten, dass ein Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit während der Kindheit und Adoleszenz und den Bildungs- und Erwerbsverläufen besteht, jedoch hinsichtlich der Fragen der Kausalität bei jungen Menschen noch ein Forschungsbedarf besteht. Auf die Kausalitätshypothese bei Jugendlichen wird in den Kapiteln 3 und 4 noch näher eingegangen.

Was sind zentrale Risiko- und Schutzfaktoren und in welcher Wechselwirkung stehen sie zueinander?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 6 (Kapitel 5) wird bei der Reanalyse der qualitativen Interviews mit NEET-Jugendlichen auf das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren zurückgegriffen. Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren wird häufig zur Erklärung der Entstehung psychischer Erkrankungen herangezogen und wird v.a. in der Salutogenese und der Resilienzforschung angewendet. Beide Theorien setzen sich mit Faktoren auseinander, welche trotz einer Vielzahl von Risikokonstellationen und psycho-sozialen Belastungen zum Erhalt und der Wiederherstellung von Gesundheit beitragen. Während Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung erhöhen, wirken Schutzfaktoren als eine Art „Puffer“ vor widrigen Umständen und fördern eine gesunde psychische Entwicklung. In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Auflistungen von Risiko- und Schutzfaktoren wieder. Diese werden zumeist auf der personenbezogenen (biologische Eigenschaften, Temperamentsmerkmale etc.) und umweltbezogenen (Familie, soziales Umfeld etc.) Ebene angesiedelt. Wie die einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren Einfluss nehmen und zu einer Erkrankung führen, ist im Detail jedoch noch weitgehend unerforscht.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass sich die (internationale) Literatur zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen sehr vielfältig und komplex gestaltet, während sich eine (sozial-)wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Folgen psychischer Beeinträchtigung im Hinblick auf Bildungs-/Erwerbsverläufe und Lebensgestaltung von Jugendlichen vergleichsweise weniger findet. Ebenso stehen für Österreich nur wenige epidemiologische Daten zur psychischen Gesundheit in der Gesamtbevölkerung allgemein und speziell für Kinder und Jugendliche zur Verfügung. Insofern knüpft die vorliegende Studie an den bestehenden Forschungsbestand an und versucht, offene Fragen im Kontext psychische Gesundheit und (Arbeitsmarkt-)Integration bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren zu beantworten.

3 MZ-REANALYSE DES AD-HOC-MODULS „PSYCHISCHE UND PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN“

JOHANN BACHER / CHRISTINA KOBLBAUER / DENNIS TAMESBERGER

3.1 Einleitung	31
3.2 Methodisches Vorgehen.....	32
3.2.1 Datenbasis und Zielpopulation.....	32
3.2.2 Gesundheitliche Beeinträchtigung	32
3.2.3 Vermutete Einflussfaktoren	33
3.2.3.1 NEET-Status	33
3.2.3.2 Individualmerkmale der Jugendlichen	34
3.2.4 Datenanalyse	35
3.2.5 Verteilung der Einflussfaktoren	35
3.3 Ergebnisse	39
3.3.1 Häufigkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen	39
3.3.2 Gesundheitliche Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung sozial- struktureller Merkmale	41
3.3.2.1 Psychische Beeinträchtigungen.....	41
3.3.2.2 Physische Beeinträchtigungen	44
3.3.3 Betroffenheit von NEET-Jugendlichen.....	48
3.3.4 Gesundheitliche Beeinträchtigungen und NEET-Status in den Folgequartalen .	49
3.4 Zusammenfassung.....	52
3.5 Anhang	56

3.1 EINLEITUNG

Bereits zu Beginn der 1930er Jahre stellen Jahoda et al. (1975/1933) fest, dass Arbeitslosigkeit bzw. Nicht-Erwerbstätigkeit deutliche Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit von Menschen haben kann. Weber et al. (2007) können anhand einer Metaanalyse, welche Literatur der Datenbanken von PubMed und PsycInfo zwischen Mitte der 1980er Jahre und 2007 aufarbeitet, die negative Beziehung zwischen Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit bestätigen. Sowohl Jahoda et al. (1975/1933) als auch Weber et al. (2007) verweisen darauf, dass dieser Zusammenhang von sozialstrukturellen Merkmalen moderiert wird und somit Beschäftigungslosigkeit bei bestimmten Gruppen unterschiedlich wirkt.

Während der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen empirisch gut abgesichert ist (siehe Kapitel 2), ist für Österreich ein Mangel an empirischen Untersuchungen festzustellen, welche sich mit dem Zusammenhang von NEET- und Gesundheitsstatus befassen. Bacher et al. (2014, 147ff) können einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen nachweisen. Als Datenbasis für die Untersuchung wurde der Mikrozensus (MZ) herangezogen. Anhand von diesem lassen sich gesundheitliche Beeinträchtigungen jedoch nur sehr unzureichend erfassen, da beispielsweise die Art der Beeinträchtigung nicht differenziert werden kann. Zusätzlich zur MZ-Auswertung wurden auch qualitative Interviews durchgeführt, welche ebenfalls Hinweise darauf geben, dass Jugendliche, welche sich in einer NEET-Situation befinden, vermehrt gesundheitliche Einschränkungen aufweisen.

Die vorliegende Auswertung versucht im Anschluss an die NEET-Studie aus dem Jahr 2013 (Bacher et al. 2014) einen Beitrag zur Schließung der identifizierten Forschungslücke zu leisten, indem Antworten auf folgende Forschungsfragen gesucht werden:

1. Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
2. Welche Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind besonders stark betroffen?
3. Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
4. Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?

Auf der Grundlage der in der Literaturanalyse diskutierten Wirkungszusammenhänge (siehe Kapitel 2) wird von der Annahme ausgegangen, dass ein Zusammenhang von sozialstrukturellen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Gemeindegröße, Migrationshintergrund, Familienform, Kinder unter 3 Jahren, früher Schulabgang und sozio-ökonomischer Status) und vom NEET-Status mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Erkrankungen besteht. Es wird angenommen, dass benachteiligte Jugendliche ein höheres Gesundheitsrisiko aufweisen.

3.2 METHODISCHES VORGEHEN

3.2.1 DATENBASIS UND ZIELPOPULATION

Als Datenbasis der vorliegenden Untersuchung dienen die Daten des Ad-hoc-Moduls „Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung aus dem Jahr 2011. In der Analyse berücksichtigt werden als Zielpopulation alle Personen zwischen 15 und 24 Jahren.

Bei der MZ-Befragung handelt es sich um eine nach Bundesländern geschichtete Haushaltsstichprobe (Kytir/Stadler 2004). Ein ausgewählter Haushalt nimmt fünf Mal in Folge (Baumgartner et al. 2014, 5) an der Befragung teil. Das jährlich wechselnde Sondermodul („Ad-hoc-Modul“) ist jedoch lediglich von jenen Personen zu beantworten, welche sich das erste Mal in der Arbeitskräfteerhebung befinden (Leitner/Ihle 2010, 4).

Sowohl für die Mikrozensusbefragung als auch für das Sondermodul besteht für die ausgewählten Haushalte eine gesetzliche Auskunftspflicht (ebd., 4). An der Arbeitskräfteerhebung nahmen im Jahr 2011 $n=4.312$ Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren zum ersten Mal teil. Am Ad-hoc-Modul beteiligten sich hingegen lediglich $n=3.230$ Jugendliche.

Weiterführende Analysen zeigen, dass die jüngere Altersgruppe, Jugendliche, welche der zweiten Migrationsgeneration angehören, und jene, welche in einer Paarfamilie leben, die Befragung nach dem MZ signifikant häufiger abbrechen. Dies deutet darauf hin, dass sich jüngere, nicht-erwerbstätige Personen durch das Sondermodul nicht angesprochen fühlten, da sie nicht erwerbstätig sind. Eine weitere Ursache könnte die heikle Thematik des Ad-hoc-Moduls sein, welche zu einer erhöhten Teilnahme-Verweigerung führt. Aufgrund dieser Abweichungen werden die Daten re-gewichtet (siehe Abschnitt 3.2.4).

3.2.2 GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNG

Die Erfassung des Gesundheitszustands der Jugendlichen erfolgt anhand der in Abbildung 3-4 im Anhang ersichtlichen Frage des Ad-hoc-Moduls (Leitner/Ihler 2010, 5). Den ausgewählten Personen wird in der Erhebung eine Liste mit 17 Erkrankungsbildern vorgelegt, für welche sie einschätzen sollen, ob diese in dauerhafter/chronischer Form vorliegen. Als „lang andauernde“ Beeinträchtigungen/Erkrankungen definiert der Mikrozensus solche, welche über mindestens sechs Monate hinweg bestehen oder voraussichtlich bestehen werden. Mehrfachantworten sind in der Befragung zulässig, sodass auch das Vorliegen mehrerer dauerhafter Beeinträchtigungen gleichzeitig festgestellt werden kann. Ist in den weiteren Ausführungen über die Mikrozensusauswertung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Rede, so ist damit stets eine chronische/lang andauernde Form gemeint – selbst wenn die Chronizität der Beeinträchtigung nicht explizit erwähnt wird.

Zur Klassifikation der gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurde eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenmethode mit anschließender VARIMAX-Rotation) vorgenommen. Auf Basis dieser können „Lernschwächen“, „chronische Angststörungen“, „Depressionen“, „andere nervliche oder psychische Probleme“ und „andere lang andauernde Gesundheitsprobleme“ als psychische Beeinträchtigungen identifiziert werden. Die Zuordnung dieser Items zu einem Faktor entspricht dem von der WHO entwickelten internationalen Krankheitsklassifikationssystem ICD-10 (Bundesministerium für Gesundheit 2013, 201ff). Dieses beinhaltet darüber hinausgehend noch eine Vielzahl weiterer psychischer Erkrankungsbilder (u.a. organische psychische Störungen, Verhaltensstörungen, affektive Störungen), welche im Mikrozensus nicht mit derartiger Genauigkeit erhoben werden.

In der Analyse wird eine Person dann als psychisch beeinträchtigt eingestuft, wenn diese eine der in Tabelle 3-1 ersichtlichen psychischen Einschränkungen aufweist. Die verbleibenden im Mikrozensus erfassten Erkrankungsbilder werden unter physische Beeinträchtigungen zusammengefasst.

Tabelle 3-1: Klassifikation gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Psychische Beeinträchtigungen	Physische Beeinträchtigungen
<ul style="list-style-type: none"> • Lernschwäche • Angststörungen • Depression • andere psychische Probleme • andere lang andauernde Gesundheitsprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Probleme mit Armen, Händen • Probleme mit Beinen, Füßen • Probleme mit Rücken, Nacken • Hauterkrankungen • Probleme mit Herz, Blutdruck, Kreislauf • Probleme mit Brustkorb, Atmung • Probleme mit Magen, Leber, Nieren, Verdauung • Diabetes • Krebs • Epilepsie • schwere Kopfschmerzen • andere fortschreitende Krankheiten

3.2.3 VERMUTETE EINFLUSSFAKTOREN

3.2.3.1 NEET-STATUS

NEET steht für „Not in Employment, Education or Training“ und bezieht sich auf die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen. Von NEET-Jugendlichen ist somit dann die Rede, wenn bei jungen Erwachsenen zwischen 15 und 24 Jahren die Integration in den Arbeitsmarkt, in das Bildungssystem und in Trainingsmaßnahmen fehlt.

Anders als die Jugendarbeitslosenrate berücksichtigt der NEET-Indikator nicht nur Jugendliche, welche aktiv nach Arbeit suchen (arbeitslos), sondern ebenso jene, welche inaktiv (Nicht-Erwerbspersonen) sind und sich nicht in Ausbildung oder Training befinden (zur Definition von NEET siehe zusammenfassend Tamesberger 2013 oder Bacher et al. 2014).

Um an die Erkenntnisse der Arbeitslosigkeitsforschung anknüpfen zu können, wird eine Differenzierung der NEET-Jugendlichen hinsichtlich ihrer Arbeitsmarktnähe vorgenommen. Dafür wird zwischen arbeitslosen und inaktiven (erwerbslosen) NEET-Jugendlichen unterschieden (siehe unten Variable „Arbeitsmarktnähe“). Zusätzlich wird die Variable AMS-Vormerkung verwendet, wodurch sich eine direkte Schnittstelle zur Analyse der verlinkten Hauptverbandsdaten ergibt. Der Rückgriff auf das Labour-Force-Konzept ermöglicht hingegen einen stärkeren Anschluss an die internationale Forschung.

3.2.3.2 INDIVIDUALMERKMALE DER JUGENDLICHEN

Neben dem NEET-Status werden weitere sozialstrukturelle Individualmerkmale von Jugendlichen als mögliche Einflussfaktoren und Moderatoren in der Analyse berücksichtigt:

Geschlecht der Jugendlichen. Zur Erfassung des Geschlechts wird die Variable „Geschlecht“ (BSEX) (Statistik Austria 2012a, 3) aus den Daten der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung herangezogen.

Alter der Jugendlichen. In der Untersuchung wird zwischen zwei Altersgruppen unterschieden – den 15- bis 19-Jährigen und den 20- bis 24-Jährigen. Die Feststellung des Alters wird anhand der Variable „Alter“ (BALT) (ebd., 3) vorgenommen.

Größe des Wohnorts. Um die Größe des Wohnorts der Jugendlichen zu erfassen, wird die Mikrozensus-Variablen „Gemeindegrößenklasse“ (XEINW) (Statistik Austria 2012b, 5) verwendet. Für die Analysen wird zwischen drei Größen-Kategorien differenziert – Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen, Gemeinden zwischen 5.001 und 30.000 EinwohnerInnen und Städten mit mehr als 30.000 EinwohnerInnen.

Migrationshintergrund. Der Migrationsstatus wird durch die Variable „Migrationshintergrund“ (XMIGR_GEN) (ebd., 7) bestimmt. Verfügbar ist die Information, ob eine Jugendliche/ein Jugendlicher keinen bzw. einen Migrationshintergrund der ersten oder zweiten Migrationsgeneration aufweist. Ein Migrationshintergrund in erster Generation bedeutet, dass die oder der Jugendliche selbst im Ausland geboren wurde. Ein Migrationshintergrund in zweiter Generation zeigt hingegen an, dass die oder der Jugendliche in Österreich geboren wurde, die Eltern jedoch außerhalb Österreichs.

Familienform. Die Familienform, in welcher die Jugendlichen derzeit leben, wird durch eine Synthese der Variablen „Familientyp“ (XFTYP2) und „Stellung zur Familienreferenzperson“ (XFSTELL) (ebd., 6) erhoben. Voneinander abgegrenzt werden hierbei Jugendliche, welche in einer Paarfamilie, einer Ein-Eltern-Familie oder einem eigenen Haushalt leben.

Kind unter drei Jahren im Haushalt. Durch die Variable „Anzahl Kinder <3 Jahren in der Familie“ (XKIND3) (ebd., 7) wird bestimmt, ob sich ein Kind unter drei Jahren in der Familie befindet. Die Variable wird als Indikator für Betreuungsverpflichtungen von Jugendlichen gegenüber Kleinkindern angenommen.

Früher Schulabgang. Erfasst wird der frühe Schulabgang durch eine Synthese der Variablen „Höchste abgeschlossene Bildung“ (XKARTAB) (ebd., 7) und „Waren Sie in Ausbildung?“ (KAUSBJN) (Statistik Austria 2012a, 9). Hierdurch wird angezeigt, ob eine Jugendliche/ein Jugendlicher maximal über den Abschluss einer Pflichtschule bzw. einer einjährigen Berufsbildenden Mittleren Schule verfügt und sich aktuell nicht mehr im Bildungssystem befindet.

Sozio-ökonomischer Status des Haushalts. Der sozio-ökonomische Status des Haushalts wird auf Grundlage der Variablen „Höchste abgeschlossene Bildung“ (XKARTAB) (Statistik Austria 2012b, 7), „Berufliche Stellung“ (XDBERHG08) (ebd., 4) und „Erwerbstätigkeit“ (XERWSTAT) (ebd., 5), gebildet. Für die Variablen wurde zunächst auf Personenebene eine multiple Korrespondenzanalyse gerechnet. Der ermittelte erste Faktor lässt sich als sozio-ökonomischer Status interpretieren. Die beiden Pole werden gebildet zum einen von Hochschulabsolventen mit hoher beruflicher Position und zum anderen von arbeitslosen Personen mit keinem oder nur einem Pflichtschulabschluss. Anschließend wird für jeden Haushalt der Mittelwert berechnet und in die Analysen einbezogen. Ein höherer Wert drückt einen höheren sozio-ökonomischen Status des Haushalts aus.

Arbeitsmarktnähe von NEET-Jugendlichen. Zur Feststellung der Nähe zum Arbeitsmarkt werden die Variablen „Erwerbstätigkeit“ (XERWSTAT) (ebd., 5) und „Vormerkung beim AMS als arbeitssuchend“ (RXAMS) (Statistik Austria 2015a, Absatz 1) herangezogen. Durch diese beiden Variablen kann zum einen die Information gewonnen werden, ob eine Jugendliche/ein Jugendlicher entsprechend des LFK arbeitssuchend ist, und zum anderen, ob diese/dieser beim AMS als arbeitssuchend vorgemerkt ist. Ein Vergleich der beiden Datenquelle erfolgt in Abschnitt 3.2.5.

Kapitel 3.2.5 berichtet über die Häufigkeitsverteilung der sozialstrukturellen Merkmale.

3.2.4 DATENANALYSE

Die Datenstruktur des Mikrozensus erfordert die Berücksichtigung eines Designeffekts (Bacher et al. 2014). Für 2011 ergibt sich ein durchschnittlicher Designeffekt von 1,55, welcher in der Gewichtung der Daten einbezogen wird. Daraus resultierte eine effektive Stichprobengröße von $n_{\text{eff}} = 2.084$. Wegen der Ausfälle im Ad-hoc-Modul erfolgte eine schrittweise Nachgewichtung (Re-Gewichtung) nach dem Familienstand und dem Migrationshintergrund, um Repräsentativität hinsichtlich der sozialstrukturellen Merkmale innerhalb eines Schwankungsbereichs von $\pm 1,5\%$ zu erreichen.

Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz wird eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festgelegt. Tendenziell signifikante Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 10 % werden ebenfalls gekennzeichnet.

3.2.5 VERTEILUNG DER EINFLUSSFAKTOREN

Im Jahr 2011 befinden sich 7,3 % der Jugendlichen in einer NEET-Situation. Absolut betrachtet sind dies hochgerechnet 73.766 Jugendliche in Österreich. Von den NEET-Jugendlichen sind entsprechend dem Labour-Force-Konzept (LFK) 45 % arbeitslos – bezogen auf alle Jugendlichen sind dies 3,3 %. Inaktiv¹¹ sind 55 % der NEET-Jugendlichen bzw. 4,0 % aller Jugendlichen. Verwendet man zur Erfassung der Arbeitslosigkeit die AMS-Vormerkung, so sind 6,1 % der Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren als arbeitssuchend vorgemerkt, z.T. befinden sich diese in Schulungsmaßnahmen. Etwa 62 % der AMS-Vorgemerkten sind arbeitslos bzw. lehrstellensuchend (siehe Tabelle 3-2).

Bezüglich des Geschlechts zeigt Tabelle 3-2, dass der Frauenanteil 2011 bei 50,5 % liegt. Weiters gehören im Untersuchungsjahr 53 % der älteren Altersgruppe an. Mit mehr als 44 % lebt ein verhältnismäßig großer Anteil in kleinen Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen. Einen Migrationshintergrund weisen beinahe 20 % der Jugendlichen auf, wobei 11,7 % der ersten und 8,0 % der zweiten Migrationsgeneration angehören. Knapp 150.000 Jugendliche (14,8 %) leben 2011 in einer Ein-Eltern-Familie. Anhand von Tabelle 3-2 wird ebenso ersichtlich, dass 4,5 % der jungen Erwachsenen mit einem Kind unter drei Jahren im Haushalt leben und somit vermutlich Betreuungsverpflichtungen haben. Mehr als 8 % der Jugendlichen gehören der Gruppe der frühen SchulabgängerInnen an und können somit maximal einen Pflichtschulabschluss vorweisen. Während knapp 9,3 % der Jugendlichen in einem Haushalt mit niedrigem sozio-ökonomischen Status leben, können 8,4 % der 15-bis 24-Jährigen diesbezüglich einen hohen Status vorweisen.

¹¹ Als inaktiv werden jene NEET-Jugendlichen klassifiziert, welche gemäß LFK nicht arbeitslos sind.

Tabelle 3-2: Sozialstrukturelle Merkmale der 15- bis 24-Jährigen (Anteilswerte und Absolutzahlen)

		Absolut ^{a)}	in %
NEET-Status	nein	937.600	92,7
	ja, davon (100 %)	73.766	7,3
	... arbeitslos (LFK)	33.486	3,3 (45,4 %)
	... inaktiv (LFK)	40.280	4,0 (54,6 %)
AMS-Vormerkung	nein	949.762	93,9
	ja, davon (100 %)	61.604	6,1
	... arbeitslos/lehrstellensuchend	38.321	3,8 (62,2 %)
	... andere Gründe	23.283	2,3 (37,8 %)
Geschlecht	männlich	500.345	49,5
	weiblich	511.021	50,5
Alter	15 bis 19 Jahre	477.050	47,2
	20 bis 24 Jahre	534.316	52,8
Gemeindegröße	bis 5.000 EinwohnerInnen	448.903	44,4
	5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen	237.312	23,5
	30.001 und mehr EinwohnerInnen	325.151	32,1
Migrationshintergrund	ohne	812.393	80,3
	1. Generation	117.928	11,7
	2. Generation	81.045	8,0
Familienform	Paarfamilie	633.317	62,6
	Ein-Eltern-Familie	149.958	14,8
	eigener Haushalt	228.091	22,6
Kind bis 3	nein	966.233	95,5
	ja	45.133	4,5
Früher Schulabgang	nein	927.409	91,7
	ja	83.957	8,3
Sozio-ökonomischer Status	niedrig (Index < -0,7)	93.663	9,3
	mittel (Index zw. -0,7 und 0,7)	832.775	82,3
	hoch (Index > 0,7)	84.928	8,4

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}}=2.084$

a) hochgerechnet auf die Zahl von 1.011.366 Jugendlichen der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen

Im Vergleich von NEET-Jugendlichen und Nicht-NEET-Jugendlichen ergeben sich in allen sozialstrukturellen Merkmalen mit Ausnahme des Geschlechts signifikante Unterschiede (siehe Tabelle 3-16 im Anhang). In Übereinstimmung mit allen bisherigen Analysen zum NEET-Status gehören NEET-Jugendliche häufiger der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen und der ersten Migrationsgeneration an, leben häufiger in Städten mit mehr als 30.000 EinwohnerInnen oder in einem eigenen Haushalt und der Haushalt hat häufiger Betreuungspflichten gegenüber Kinder bis 3 Jahren. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede für den Schulabgang und den sozio-ökonomischen Status des Haushalts. Während sich unter den Nicht-NEET-Jugendlichen etwa 4,5 % frühe SchulabgängerInnen befinden, sind es unter den NEET-Jugendlichen 57,2 %. NEET-Jugendliche leben zudem häufiger in Haushalten mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status, was einerseits dadurch bedingt ist, dass sie in einem eigenen Haushalt leben und daher der soziale Status der Eltern nicht in die Berechnung eingeht. Andererseits leben sie häufig in einem Ein-Eltern-Haushalt, also bei einem alleinerziehenden Elternteil.

Inaktive NEET-Jugendliche unterscheiden sich von den arbeitslosen NEET-Jugendlichen signifikant in der Gemeindegröße, der Familienform, den Betreuungspflichten gegenüber Kindern unter 3 Jahren

und dem sozio-ökonomischen Status des Haushalts (siehe Tabelle 3-16).¹² Inaktive NEET-Jugendliche leben häufiger in einem eigenen Haushalt (durchaus mit PartnerIn) mit Betreuungspflichten gegenüber Kindern unter 3 Jahren und/oder in kleineren Gemeinden. Im Vergleich zu arbeitslosen NEET-Jugendlichen verfügt der Haushalt über einen höheren sozialen Status, den die Partnerin/der Partner mitbringt, da z.B. hinsichtlich des frühen Schulabgangs keine signifikanten Unterschiede bestehen. Darüber hinaus gehören inaktive häufiger der älteren Altersgruppe an als arbeitslose NEET-Jugendliche.

Zwischen dem MZ und den AMS-Daten zeigen sich bei näherer Betrachtung Abweichungen (siehe Tabelle 3-3), die nur teilweise inhaltlich erklärt werden können. So sind 39,2 % der beim AMS vorgemerkten Jugendlichen entsprechend dem Mikrozensus erwerbstätig. Ihr durchschnittliches Erwerbsmaß beträgt 36,2 Stunden. Die Vermutung, dass die AMS-vorgemerkten Jugendlichen nur geringfügig beschäftigt sind, kann nicht aufrechterhalten werden. Weitere 10,6 % der AMS-Vorgemerkten befinden sich laut Mikrozensus im Bildungssystem. Teilweise könnte es sich hier um eine überbetriebliche Lehre oder Ausbildung handeln.

Tabelle 3-3: MZ-Status von AMS-vorgemerkten 15- bis 24-Jährigen

	erwerbstätig	Schule/tertiäre Bildungseinrichtung	Training	arbeitslos- NEET	inaktiv- NEET	Präsenz-/ Zivildienst	Gesamt
AMS- Vormerkung	39,2 %	10,6 %	8,5 %	29,6 %	11,9 %	0,2 %	100,0 (n _{eff} =127)

Geht man umgekehrt vom MZ aus und untersucht die Frage, in welchem Ausmaß einzelne sozialstrukturelle Gruppen vom AMS erfasst werden, so zeigt sich, dass 46,3 % der arbeitslosen NEET-Jugendlichen und 81,7 % der inaktiven NEET-Jugendlichen nicht vom AMS erfasst werden (siehe Tabelle 3-4).

Tabelle 3-4: AMS-Vormerkung, MZ-Arbeitssuche und MZ-AMS-Kontakt nach MZ-Status

	Art der AMS-Vormerkung					Basis n _{eff}
	keine AMS- Vormerkung	Arbeitslose	Teilneh- merInnen an Schulungen	Lehrstellen- suchende	sonstige Arbeits- suchende	
MZ-Status						
erwerbstätig	95,4 %	2,0 %	2,3 %	0,3 %	0,0 %	1.079
Bildung	98,2 %	0,6 %	1,0 %	0,0 %	0,1 %	806
Training	[28,6 %]	[7,1 %]	[64,3 %]	[0,0 %]	[0,0 %]	14
NEET- arbeitslos	46,3 %	40,6 %	5,8 %	7,2 %	0,0 %	69
NEET-inaktiv	81,7 %	15,9 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	82
Zivil-/Präsenzdienst	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	34
Gesamt	94,0 %	3,3 %	2,2 %	0,5 %	0,0 %	2.084
	Arbeitssuche in der letzten Woche – Selbstauskünfte Jugendliche			Kontakt mit AMS bei Arbeitssuche – Selbstauskünfte Jugendliche		
MZ-Status	Nein	Ja	Basis n _{eff}	Ja	Nein	Basis n _{eff}
erwerbstätig	95,5 %	4,5 %	1.079	25,0 %	75,0 %	48

¹² Auch in den anderen Merkmalen sind Abweichungen vorhanden, wie etwa beim Geschlecht, die Differenzen verfehlen aber die statistische Signifikanzschwelle von 5%.

Bildung	96,5 %	3,5 %	806	17,9 %	82,1 %	28
Training	[26,7 %]	[73,3 %]	14	[90,9 %]	[9,1 %]	11
NEET- arbeitslos	2,9 %	97,1 %	69	83,6 %	16,4 %	67
NEET-inaktiv	91,6 %	8,4 %	82	a)	a)	7
Zivil-/Präsenzdienstler	97,1 %	2,9 %	34	a)	a)	1
Gesamt	92,2 %	7,8 %	2.084	54,3 %	45,7 %	162

a) zu kleine Fallzahlen für die Berechnung von Prozenten

Besonders auffallend ist der Unterschied zu Selbstauskünften der Jugendlichen zu AMS-Kontakten. Laut Selbstangaben haben 83,6 % der arbeitslosen NEET-Jugendlichen, die auf Arbeitssuche sind, Kontakt mit dem AMS¹³. Von den arbeitslosen NEET-Jugendlichen mit Arbeitssuche sind dagegen nur 53,7 % beim AMS registriert. Über die Ursachen der Differenzen¹⁴ zwischen MZ-Selbstauskünften der Jugendlichen und AMS-Registrierung können hier nur erste Vermutungen angestellt werden. Mögliche Erklärungen sind:

- Unterschiedliche Bezeichnungen. Jugendliche, die sich in einer AMS-Maßnahme, z.B. einer überbetrieblichen Lehre befinden, bezeichnen diesen Status als „erwerbstätig“ oder „in Ausbildung“, während er vom AMS als „Teilnahme an Schulungen“ klassifiziert wird.
- Unterschiedliche Stichtage. Die AMS-Registerdaten und die MZ-Daten zum NEET-Status und zu AMS-Kontakten beziehen sich auf unterschiedliche Stichtage.
- AMS-Kontakte ohne Registrierungen. Jugendliche können aus ihrer Sicht Kontakt mit dem AMS haben, wenn sie z.B. auf der Homepage nach einer Stelle suchen oder beim AMS anrufen. Derartige Kontakte müssen zu keiner Registrierung führen.
- Soziale Wünschbarkeit. Arbeitslose Jugendliche können sich beim Interview „gezwungen“ fühlen, AMS-Kontakte zu nennen, obwohl sie diese nicht haben, da in der Gesellschaft AMS-Kontakte von ihnen erwartet werden. Vorstellbar ist, dass soziale Wünschbarkeit dazu führt, dass Jugendliche einen sozial erwünschten Status, wie „erwerbstätig“ oder „in Ausbildung“ nennen, während sozial nicht-anerkannte Statuskategorien, wie „arbeitslos“, bei der Beantwortung vermieden werden.

Umgekehrt kann eine AMS-Registrierung ohne Arbeitslosigkeit auftreten. Jugendliche in Ausbildung oder in einer Anstellung können beim AMS als arbeitssuchend registriert sein.

Die Analysen machen deutlich, dass MZ-Daten und der NEET-Indikator eine sinnvolle Ergänzung darstellen, da sie ausgrenzgefährdete Jugendliche erfassen, die nicht beim AMS registriert sind.

¹³ Der Wert stimmt mit dem in Bacher et al. (2014) berichteten Durchschnittswert von 86 % für die Jahre 2006 bis 2012 gut überein.

¹⁴ Die dargestellten Abweichungen haben 2014 zu einer neuen Gewichtung des MZ geführt (Meraner et al. 2015), durch die eine bessere Übereinstimmung mit dem Erwerbstatus aus Verwaltungsdaten erreicht werden kann. Dennoch erscheint es uns wichtig, die Gründe für die Diskrepanzen inhaltlich und methodisch tiefergehend zu beleuchten.

3.3 ERGEBNISSE

3.3.1 HÄUFIGKEIT GESUNDHEITLICHER BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Die Häufigkeit des Auftretens der einzelnen erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Erkrankungen ist in Tabelle 3-5 wiedergegeben. Die im Jahr 2011 am häufigsten angegebene gesundheitliche Einschränkung bei jungen Erwachsenen ist eine Beeinträchtigung im Bereich des Rückens oder Nackens. Hierunter leiden 5,3 % der Jugendlichen. Absolut gesehen sind dies 53.383 Personen. Ebenfalls sehr häufig können Hauterkrankungen (4,5 %) und schwere Kopfschmerzen (3,3 %) beobachtet werden. Am seltensten festzustellen sind hingegen Krebserkrankungen mit 0,1 %. Ebenfalls mit sehr geringer Häufigkeit treten den Angaben der Jugendlichen zufolge Diabetes (0,3 %), Epilepsie (0,3 %) und andere fortschreitende Krankheiten (0,3 %) auf.

Tabelle 3-5: Gesundheitliche Beeinträchtigungen von Jugendlichen

	Anteil	Vu(95%)	Vo(95%)	Absolut ^{a)}	Vu(95%)	Vo(95%)
Probleme mit Rücken oder Nacken	5,3	4,3	6,3	53.383	43.452	63.314
Hauterkrankungen	4,5	3,6	5,3	45.133	36.292	53.974
schwere Kopfschmerzen	3,3	2,5	4,1	33.486	25.398	41.573
Probleme mit Beinen oder Füßen	3,1	2,4	3,8	31.059	23.804	38.314
Probleme mit Brustkorb oder Atmung	2,4	1,8	3,1	24.750	18.308	31.193
Lernschwäche	2,1	1,5	2,7	20.868	14.921	26.815
Probleme mit Armen oder Händen	1,7	1,2	2,2	17.471	12.475	22.466
Probleme mit Herz, Blutdruck oder Kreislauf	1,7	1,2	2,2	17.471	11.257	22.684
Probleme mit Magen, Leber, Nieren oder Verdauung	1,6	1,1	2,2	16.500	10.950	22.051
Depression	1,0	0,5	1,5	10.191	5.513	14.869
andere psychische Probleme	1,0	0,6	1,4	10.191	5.890	14.493
chronische Angststörungen	0,9	0,4	1,3	8.735	4.513	12.958
andere lang andauernde Gesundheitsprobleme	0,7	0,3	1,0	6.794	3.167	10.422
Epilepsie	0,3	0,1	0,6	3.397	1.098	5.697
andere fortschreitende Krankheiten	0,3	0,1	0,6	3.397	1.137	5.657
Diabetes	0,3	0,1	0,5	2.912	612	5.211
Krebs	0,1	0,0	0,2	971	0	2.497

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}}=2.084$

a) hochgerechnet auf die Zahl von 1.011.366 Jugendlichen der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen

Vu(95%) untere Grenze des 95%-Vertrauensintervalls

Vo(95%) obere Grenze des 95%-Vertrauensintervalls

Lesehilfe: 5,3 % der Jugendlichen weisen gesundheitliche Beeinträchtigungen im Bereich des Rückens oder Nackens auf. Absolut betrachtet sind dies hochgerechnet 53.383 Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in Österreich. Der Anteil liegt mit 95%iger Sicherheit zwischen 4,3 % (Vu) und 6,3 % (Vo).

Differenziert man entsprechend der in Kapitel 3.2.2 vorgenommenen Klassifikation der gesundheitlichen Einschränkungen zwischen psychischen und physischen Beeinträchtigungen, so leiden 3,6 % der 15- bis 24-Jährigen an mindestens einer psychischen Beeinträchtigung (siehe Tabelle 3-6). In Absolutzahlen sind dies 36.713 Personen zwischen 15 und 24 Jahren in Österreich. Von mindestens einer physischen Beeinträchtigung sind hingegen beinahe 18 % der Jugendlichen betroffen. Insgesamt sind im Jahr 2011 mehr als 19 % der jungen Erwachsenen (psychisch oder physisch) gesundheitlich eingeschränkt. 32 % der beeinträchtigten Jugendlichen leiden nicht nur an einer Erkrankung, sondern zeitgleich an mindestens zwei.

Tabelle 3-6: Psychische und physische Beeinträchtigungen von Jugendlichen

	Anteil	Standardfehler	Vu(95%)	Vo(95%)	Absolut	Vu(95%)	Vo(95%)
Psychische Beeinträchtigung	3,6 %	0,410	2,8	4,4	36.713 ^{a)}	28.585	44.840
Physische Beeinträchtigung	17,6 %	0,835	16,0	19,3	178.304 ^{a)}	161.752	194.856
Beeinträchtigung insgesamt	19,4 %	0,866	17,7	21,1	195.800 ^{a)}	179.248	212.967
Mehrfachbelastung, wenn zumindest eine Beeinträchti- gung vorliegt.	32,0 %	2,159	27,8	36,2	62.604 ^{a)}	54.328	70.880

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}}=2.084$

a) hochgerechnet auf die Zahl von 1.011.366 Jugendlichen der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen

Vu(95%) untere Grenze des 95%-Vertrauensintervalls

Vo(95%) obere Grenze des 95%-Vertrauensintervalls

Lesehilfe: 3,6 % der Jugendlichen weisen psychische Beeinträchtigungen auf. Absolut betrachtet sind dies hochgerechnet 36.713 Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren in Österreich. Der Anteil liegt mit 95%iger Sicherheit zwischen 2,8 % (Vu) und 4,4 % (Vo).

Die im Ad-hoc-Modul ermittelten Häufigkeiten an psychischen Beeinträchtigungen weichen deutlich von den in der Literaturanalyse festgestellten Prävalenzraten (siehe Kapitel 2) ab. Eine relativ gute Übereinstimmung wird aber mit dem Schwellenwert der OECD, dem zur Folge in jedem Land 5 % der erwerbstätigen Bevölkerung eine schwere psychische Beeinträchtigung aufweisen, erzielt (OECD 2012). Auch mit dem aus der BELLA-Studie für Österreich abgeleiteten Wert des Bedarfs an psychosozialen Therapieplätzen für 4 % der Kinder und Jugendlichen (Streissler-Führer 2013, 35).

Die Unterschiede zu den anderen berichteten Studien lassen sich vermutlich wie folgt erklären:

- **Direkte Messungen der Beeinträchtigungen im MZ.** Die psychischen Beeinträchtigungen werden direkt gemessen, so z.B. wird direkt nach Depressionen gefragt und nicht nach einzelnen Indikatoren (siehe z.B. Goodman et al. 1998) wie Traurigkeit, Ruhelosigkeit, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsschwäche, Nachdenklichkeit, Unbeherrschtheit und/oder Einsamkeit. In Kapitel 2 zitierte Studien basieren oft auf Einzelindikatoren. Wären auch im Sondermodul des Mikrozensus Einzelindikatoren für Depressionen erfasst worden, würde sich möglicherweise ein höherer Anteil für Depressionen ergeben.
- **Chronizität.** Im Mikrozensus wird explizit nach dauerhaften Beeinträchtigungen gefragt, die mindestens ein halbes Jahr andauern oder andauern werden. Auch episodisch auftretende Einschränkungen sind möglich, müssen aber bereits ebenfalls länger bestehen. In den Studien von Kapitel 2 ist hingegen häufig nur das Auftreten in einem bestimmten Zeitraum relevant und nicht die Chronizität. Wird z.B. danach gefragt, ob bestimmte Symptome im letzten halben Jahr irgendwann einmal aufgetreten sind, ergeben sich höhere Prozentwerte als bei der Frage, ob diese andauernd mindestens über das letzte halbe Jahr hinweg bestanden haben.

Diese beiden Faktoren erklären die geringeren Prävalenzraten im Ad-hoc-Modul des Mikrozensus. Im MZ werden die psychischen Beeinträchtigungen sehr restriktiv und streng in Form von „dauerhaften“ Beeinträchtigungen erfasst, während in der Literatur oft nur erhoben wird, ob ein bestimmtes Symptom in einem bestimmten Zeitraum einmal oder mehrmals auftrat. Hinzu kommt, dass es sich um Selbstauskünfte oder um Fremdauskünfte von Familienangehörigen handelt. Der Vorteil der Methode der Selbstauskünfte ist, dass theoretisch die sogenannte Dunkelziffer aufgedeckt werden kann, also Einschränkungen berichtet werden, für die noch kein Arzt konsultiert wurde. Allerdings kann es umgekehrt – insbesondere bei einer direkten Befragung – wegen sozialer Wünschbarkeit zu einer Untererfassung kommen, wenn aus Scham eine psychische Erkrankung nicht berichtet wird.

3.3.2 GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG SOZIALSTRUKTURELLER MERKMALE

3.3.2.1 PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Tabelle 3-7 zeigt, bei welchen sozialstrukturellen Merkmalen psychische Beeinträchtigungen bei Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren häufiger auftreten. Besonders häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind:

- NEET-Jugendliche. Während mehr als 15 % der NEET-Jugendlichen von einer psychischen Beeinträchtigung betroffen sind, ist dies bei Jugendlichen, welche sich in Erwerbstätigkeit, Ausbildung oder in einer Trainingsmaßnahme befinden, bei lediglich 2,7 % der Fall. Innerhalb der NEET-Jugendlichen sind inaktive NEET-Jugendliche mit 20,5 % besonders stark betroffen, während psychische Beeinträchtigungen bei arbeitslosen NEET-Jugendlichen bei „nur“ 8,7 % auftreten. Dieser Wert ist zwar deutlich höher als jener bei den Nicht-NEET-Jugendlichen, aber ebenfalls deutlich kleiner als bei den inaktiven NEET-Jugendlichen. Innerhalb der inaktiven NEET-Jugendlichen zeigen frühe SchulabgängerInnen, Jugendliche, die in Ein-Eltern-Familien mit einem geringen sozio-ökonomischen Status leben, ein höheres Risiko, während junge Mütter mit einem eigenen, sozio-ökonomisch besser gestellten Haushalt ein geringeres Risiko innerhalb der inaktiven Gruppe haben¹⁵.
- Frühe SchulabgängerInnen. Mehr als 16 % der 15- bis 24-Jährigen, welche höchstens über einen Pflichtschulabschluss verfügen, weisen einen beeinträchtigten psychischen Gesundheitszustand auf. Unter jenen, welche einen höheren Ausbildungsgrad vorweisen können, liegt dieser Anteilswert mit 2,5 % deutlich niedriger.
- Jugendliche mit niedrigem sozio-ökonomischen Status: Während sich 13,5 % der Jugendlichen, welche einen niedrigen sozio-ökonomischen Status aufweisen, mit einer psychischen Beeinträchtigung konfrontiert sehen, ist dies in höheren sozialen Schichten bedeutend seltener der Fall.

Signifikante (auf Basis der Odds-Ratio), aber schwächere Zusammenhänge bestehen für:

- AMS-Registrierung. Am AMS als arbeitssuchend vorgemerkte Jugendliche weisen zu 6,3 % psychische Beeinträchtigungen auf. Bei den nicht-vorgemerkten Jugendlichen trifft dies auf 3,4 % zu. Im Vergleich zum NEET-Status ergibt sich damit ein deutlich geringeres Risiko für vom AMS-vorgemerkte Jugendliche. Erklärbar ist dies dadurch, dass sich unter den AMS-vorgemerkten Jugendlichen auch erwerbstätige Jugendliche, Jugendliche in schulischer Ausbildung und in Trainingsmaßnahmen mit einem geringeren Beeinträchtigungsrisiko. Enthalten sind in dieser Gruppe auch inaktive NEET-Jugendliche mit einem insgesamt höheren Risiko, die bei einer Gesamtbetrachtung weniger ins Gewicht fällt. Auf Basis des Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests sind die Unterschiede zwischen AMS-registrierten und den Nicht-AMS-registrierten Jugendlichen hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigung insignifikant. Eine Detailbetrachtung nach „arbeitslos/Lehrstellensuchend“ und „andere Gründe“ für die AMS-Vormerkung erbringt keine nennenswerten Unterschiede.
- Gemeindegröße. Bezüglich der Gemeindegröße fällt auf, dass mit zunehmender Gemeindegröße der Anteil an psychisch beeinträchtigten Jugendlichen steigt.
- Familienform. Die dargestellten Ergebnisse liefern ebenso einen Hinweis darauf, dass die Familienform, in welcher die Jugendlichen aufwachsen, für deren psychischen Gesundheitsstatus von Bedeutung ist. Lediglich 2,8 % der 15- bis 24-Jährigen, die derzeit in einer Paarfamilie leben,

¹⁵ Ergebnisse aus bivariater Analyse mittels t-Test

leiden an einer psychischen Einschränkung. Hingegen sind 6,1 % der jungen Erwachsenen in Ein-Eltern-Familien und 4,5 % der in einem eigenen Haushalt lebenden 15- bis 24-Jährigen von psychischen Beeinträchtigungen betroffen.

Der Migrationshintergrund, das Geschlecht, das Alter und Kinder unter 3 Jahren sind dagegen irrelevant für das Auftreten psychischer Erkrankungen.

Tabelle 3-7: Psychische Beeinträchtigungen nach sozialstrukturellen Merkmalen (Häufigkeitsverteilung)

		psychische Beeinträchtigung	keine psychische Beeinträchtigung	Basis n_{eff}
NEET	nein	2,7 %	97,3 %	1.933
	ja, davon	15,1 %	84,9 %	152
	...arbeitslos	8,7 %	91,3 %	69
	...inaktiv	20,5 %	79,5 %	83
Chi ² =61,590; p=0,000; Cramers V=0,172; OR=6,3996*** für differenzierten NEET-Status Chi ² =76,493; p=0,000; Cramers V=0,192; OR(1 vs. 2)= 2,6693**; OR(1 vs. 3)=8,5958***				
AMS-Vormerkung	nein	3,4 %	96,6 %	1.957
	ja, davon	6,3 %	93,7 %	127
	...arbeitslos/lehrstellensuchend	7,6 %	92,4 %	79
	...andere Gründe	6,2%	93,8%	48
Chi ² =2,919; p=0,131; Cramers V=0,037; OR=2,0160* für differenzierte AMS-Vormerkung Chi ² =4,708; p=0,095; Cramers V=0,048; OR(1 vs. 2)= 2,1335(*); OR(1 vs. 3)=1,6871				
Geschlecht	männlich	3,7 %	96,3 %	1.031
	weiblich	3,6 %	96,4 %	1.053
Chi ² =0,009; p=1,000; Cramers V=0,002; OR=0,9872				
Alter	15-19 Jahre	3,4 %	96,6 %	982
	20-24 Jahre	3,8 %	96,2 %	1.101
Chi ² = 0,309; p=0,638; Cramers V=0,012; OR=1,1382				
Gemeindegröße	mehr als 30.000 EW	5,4 %	94,6 %	670
	5.001 bis 30.000 EW	3,3 %	96,7 %	488
	bis 5.000 EW	2,5 %	97,5 %	925
Chi ² =9,518; p=0,009; Cramers V=0,068; OR(1 vs. 2)=0,8899; OR(1 vs. 3)=0,5526*				
Migrationshintergrund	ohne	3,3 %	96,7 %	1.674
	1. Generation	5,8 %	94,2 %	243
	2. Generation	3,0 %	97,0 %	167
Chi ² =3,762; p=0,152; Cramers V=0,042; OR(1 vs. 2)=1,8025(*); OR(1 vs. 3)=0,8902				
Familienform	Paarfamilie	2,8 %	97,2 %	1.305
	Ein-Eltern-Familie	6,1 %	93,9 %	310
	eigener Haushalt	4,5 %	95,5 %	470
Chi ² =9,272; p=0,010; Cramers V=0,067; OR(1 vs. 2)=1,9698**; OR(1 vs. 3)=1,3063				
Kind bis 3	nein	3,7 %	96,3 %	1.990
	ja	2,2 %	97,8 %	93
Chi ² =0,590; p=0,772; Cramers V=0,017; OR=0,6269				
Früher Schulabgang	nein	2,5 %	97,5 %	1.911
	ja	16,1 %	83,9 %	174
Chi ² =83,740; p=0,000; Cramers V=0,200; OR=7,3156***				
Sozio-ökonomischer Status	niedrig (Index < -0,7)	13,5 %	86,5 %	193
	mittel (Index zw. -0,7 und 0,7)	2,8 %	97,2 %	1.715
	hoch (Index > 0,7)	0,6 %	99,4, %	175
Chi ² =61,981; p=0,000; Cramers V=0,172; OR (für intervallskalierten Status) =0,1901***				

Daten re-gewichtet, n_{eff} = effektive Stichprobengröße unter Berücksichtigung des Designeffekts

(*) $p < 0,1$ (2-seitig) * $p < 0,05$ (2-seitig) ** $p < 0,01$ (2-seitig) *** $p < 0,001$ (2-seitig)

OR= bivariate Odd Ratios

Auch in der multivariaten Analyse anhand von logistischen Regressionen bleibt der signifikante Zusammenhang zwischen NEET-Status, Gemeindegröße, frühem Schulabgang, sozio-ökonomischer Lage des Haushalts und psychischem Gesundheitszustand bestehen (siehe Tabelle 3-8). Allerdings weisen nach Kontrolle von sozialstrukturellen Variablen nur inaktive NEET-Jugendliche ein höheres psychisches Beeinträchtigungsrisiko auf, das sich deutlich reduziert, wenn zusätzlich der frühe

Schulabgang in die Analyse einbezogen wird. Die Tatsache, dass zwischen dem frühen Schulabgang und den psychischen Erkrankungen bivariat, aber vor allem multivariat ein stärkerer Zusammenhang besteht als zwischen dem NEET-Status und den psychischen Erkrankungen, kann – mit gebotener Vorsicht – als Hinweis betrachtet werden, dass psychische Beeinträchtigungen bei einem Teil der Jugendlichen biografisch bereits früher in der Kindheit oder frühen Jugend aufgetreten sind, wie dies auch in der Literatur vermutet wird (siehe Kapitel 2).

Das Risiko von arbeitslosen NEET-Jugendlichen unterscheidet sich nicht signifikant von jenem der Nicht-NEET-Jugendlichen. Das bivariat festgestellte höhere Risiko der arbeitslosen NEET-Jugendlichen lässt sich damit erklären, dass diese häufiger in Haushalten mit geringerem sozio-ökonomischen Status und in größeren Gemeinden leben.

Das signifikant höhere Risiko von Jugendlichen, welche in Ein-Eltern-Familien leben, bleibt nach Kontrolle von weiteren Variablen nicht länger bestehen. Es handelt sich somit um keinen robusten Befund. Jugendliche, welche mit Kindern unter drei Jahren im Haushalt leben und vermutlich über Betreuungsverpflichtungen verfügen, sehen sich signifikant seltener mit einer Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustands konfrontiert. Dies stimmt mit dem dargestellten niedrigeren Risiko von jungen Müttern innerhalb der inaktiven NEET-Jugendlichen überein.

Die dargestellten Ergebnisse können nicht als Bestätigung der Kausalitätshypothese betrachtet werden (siehe Kapitel 2). Das heißt, es ist nicht möglich, den NEET-Status oder frühen Schulabgang als Ursache psychischer Beeinträchtigungen zu bestätigen. Vielmehr besteht ebenso die Möglichkeit, dass sich eine psychische Einschränkung auf den Bildungsverlauf und/oder den NEET-Status auswirkt.

Tabelle 3-8: Psychisches Beeinträchtigungsrisiko in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Merkmalen (multivariat)

	Odd Ratio	Odd Ratio
Konstante	0,0245***	0,0265***
NEET		
kein NEET-Status (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
NEET-Status „arbeitslos“ (1=ja, 0=nein)	0,7529	0,5126
NEET-Status „inaktiv“ (1=ja, 0=nein)	7,7513***	4,7634***
Geschlecht (1=weiblich, 0=männlich)	1,0766	1,0845
Alter (1=20 bis 24 Jahre, 0=15 bis 19 Jahre)	1,2514	1,1088
Gemeindegröße		
mehr als 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	0,6037(*)	0,6104(*)
bis 5.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	0,4488**	0,4637**
Migrationshintergrund		
ohne Migrationshintergrund (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
1. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,7987	0,7375
2. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,5095	0,4821
Familienform		
Paarfamilie (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
Ein-Eltern-Familie (1=ja, 0=nein)	1,4906	1,3825
eigener Haushalt (1=ja, 0=nein)	1,0194	1,0592
Kind bis 3 (1=ja, 0=nein)	0,1909*	0,1871*

Früher Schulabgang (1=ja, 0=nein)		2,9152**
Sozio-ökonomischer Status (numerisch)	0,1996***	0,2795***
Pseudo R²	0,1357	0,1482

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}}=2.084$

(*) $p < 0,1$ (2-seitig) * $p < 0,05$ (2-seitig) ** $p < 0,01$ (2-seitig) *** $p < 0,001$ (2-seitig)

Lesehilfe: Inaktive NEET-Jugendliche weisen ein fast fünfmal so hohes Beeinträchtigungsrisiko auf wie Jugendliche, welche sich in Ausbildung, Erwerbstätigkeit oder einer Trainingsmaßnahme befinden.

Bezieht man anstelle des NEET-Status die differenzierte AMS-Vormerkung in die multivariate Analyse ein, so zeigt sich, dass weder der AMS-Status „arbeitslos/lehrstellensuchend“ noch der Status „andere Gründe“ in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten psychischer Beeinträchtigungen steht. Die zuvor beobachteten signifikanten Beziehungen zwischen Einschränkungen der psychischen Gesundheit und sozialstrukturellen Merkmalen (Gemeindegröße, früher Schulabgang, Sozio-ökonomischer Status) bleiben weitgehend bestehen. Lediglich das signifikant geringere Beeinträchtigungsrisiko von Jugendlichen mit Kindern unter 3 Jahren im Haushalt kann anhand dieses Modells nicht mehr bestätigt werden.

3.3.2.2 PHYSISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Entsprechend Tabelle 3-9 treten physische Beeinträchtigungen unter folgenden Bedingungen deutlich häufiger auf:

- **NEET-Status.** 27 % der NEET-Jugendlichen weisen eine physische Beeinträchtigung auf. Unter jenen, welche sich in keinem NEET-Status befinden, sind hingegen knapp 17 % körperlich eingeschränkt. Im Unterschied zu den psychischen Beeinträchtigungen bestehen zwischen den arbeitslosen und inaktiven NEET-Jugendlichen keine Unterschiede. Die im Ad-hoc-Modul festgestellte Prävalenzrate von NEET-Jugendlichen weicht deutlich von den von Bacher et al. (2014, 165) ermittelten Häufigkeiten gesundheitlicher Beeinträchtigungen von NEET-Jugendlichen (9 %) ab. Die beobachteten Unterschiede sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Art der Messung zurückzuführen. In der vorangegangenen Untersuchung konnten gesundheitliche Beeinträchtigungen nur festgestellt werden, wenn sie eine sehr massive Einschränkung darstellten und etwa zur Erwerbsunfähigkeit oder den Bezug einer Invaliditätspension führten (Bacher et al. 2014, 113). Die vorliegende Untersuchung berücksichtigt hingegen alle langandauernden Beeinträchtigungen, auch jene psychosomatischer Natur.
- **Gemeindegröße:** Während in Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen etwas mehr als 13 % der 15- bis 24-Jährigen an einer körperlichen Beeinträchtigung leiden, sind es in Städten mit mehr als 30.000 EinwohnerInnen 23,6 %.
- **Familienform.** Knapp 14 % der Jugendlichen, welche in einer Paarfamilie leben, zeigen einen beeinträchtigten Gesundheitsstatus. Hingegen sind mehr als 24 % der Jugendlichen in Ein-Eltern-Familien oder eigenem Haushalt davon betroffen.
- **Früher Schulabgang.** Junge Erwachsene, welche höchstens einen Pflichtschulabschluss vorweisen können, haben ein signifikant höheres Risiko als jene, welche höhere Bildungsabschlüsse erreicht haben.
- **Sozio-ökonomischer Status des Haushalts.** Jugendliche in Haushalten mit einem geringeren sozio-ökonomischen Status weisen mit 26,9 % ein deutlich höheres Risiko auf.

Zusätzlich weisen ältere Jugendliche ein höheres Risiko auf. Während sich etwas mehr als 19 % der 20- bis 24-Jährigen mit einem beeinträchtigten psychischen Gesundheitszustand konfrontiert sehen, ist dies in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen lediglich bei 16 % der Fall.

Keine signifikanten Unterschiede sind nach AMS-Vormerkung, Geschlecht, Migrationshintergrund und Betreuungsverpflichtungen erkennbar.

Tabelle 3-9: Physische Beeinträchtigungen nach sozialstrukturellen Merkmalen (Häufigkeitsverteilung)

		physische Beeinträchtigung	keine physische Beeinträchtigung	Basis n _{eff}
NEET	nein	16,9 %	83,1 %	1.932
	ja, davon	27,0 %	73,0 %	152
	...arbeitslos	27,5 %	72,5 %	69
	...inaktiv	26,5 %	73,5 %	83
Chi ² =9,907; p=0,003; Cramers V=0,069; OR=1,8273** für differenzierten NEET-Status Chi ² =9,935; p=0,007; Cramers V=0,069; OR (1 vs. 2)=1,8725*; OR(1 vs. 3)=1,7016*				
AMS-Vormerkung	nein	17,5 %	82,5 %	1.957
	ja, davon	19,0 %	81,0 %	127
	...arbeitslos/lehrstellensuchend	19,0 %	81,0 %	79
	...andere Gründe	19,1 %	80,9 %	47
Chi ² =0,189; p=0,631; Cramers V=0,010; OR=1,1262 für differenzierte AMS-Vormerkung Chi ² =0,326; p=0,910; Cramers V=0,010; OR (1 vs. 2)=1,1320; OR(1 vs. 3)=1,1061				
Geschlecht	männlich	16,5 %	83,5 %	1.031
	weiblich	18,7 %	81,3 %	1.053
Chi ² =1,769; p=0,186; Cramers V=0,029; OR=1,1619				
Alter	15-19 Jahre	16,0 %	84,0 %	983
	20-24 Jahre	19,1 %	80,9 %	1.102
Chi ² =3,604 ; p=0,058; Cramers V=0,042; OR=1,2458*				
Gemeindegröße	ab 30.000 EW	23,6 %	76,4 %	670
	5.001 bis 30.000 EW	17,6 %	82,4 %	488
	bis 5.000 EW	13,3 %	86,7 %	926
Chi ² =28,419; p=0,000; Cramers V=0,117; OR (1 vs. 2)=1,0053; OR (1 vs. 3)=0,5713***				
Migrationshintergrund	ohne	17,5 %	82,5 %	1.674
	1. Generation	16,0 %	84,0 %	243
	2. Generation	21,4 %	78,6 %	168
Chi ² =2,104; p=0,349; Cramers V=0,032; OR (1 vs. 2)=0,8867; OR(1 vs.3)=1,2927				
Familienform	Paarfamilie	13,7 %	86,3 %	1.305
	Ein-Eltern-Familie	24,2 %	75,8 %	310
	eigener Haushalt	24,3 %	75,7 %	469
Chi ² =37,310; p=0,000; Cramers V=0,134; OR(1 vs. 2)=1,6033***; OR(1 vs. 3)=1,7343***				
Kind bis 3	nein	17,3 %	82,7 %	1.990
	ja	23,7 %	76,3 %	93
Chi ² =2,444; p=0,125; Cramers V=0,034; OR=1,4844(*)				
Früher Schulabgang	nein	16,6 %	83,4 %	1.911
	ja	28,7 %	71,3 %	174
Chi ² =16,052; p=0,000; Cramers V=0,088; OR=2,0051***				
Sozio-ökonomischer Status	niedrig (Index < -0,7)	26,9 %	73,1 %	193
	mittel (Index zw. -0,7 und 0,7)	16,6 %	83,4 %	1.715
	hoch (Index > 0,7)	17,1 %	82,9 %	175
Chi ² =12,771; p=0,002; Cramers V=0,078; OR(für intervallskalierten Status)=0,8164(*)				

Daten re-gewichtet, n_{eff}=effektive Stichprobengröße unter Berücksichtigung des Designeffekts

(*) p < 0,1 (2-seitig) * p < 0,05 (2-seitig) ** p < 0,01 (2-seitig) *** p < 0,001 (2-seitig)

OR= bivariate Odd Ratios

Im Zuge der multivariaten logistischen Regressionsanalyse (siehe Tabelle 3-10) geht der signifikante Zusammenhang zwischen einer NEET-Situation, dem Alter und dem Auftreten physischer Beeinträchtigungen verloren. Es handelt sich für diese Variablen somit um keine robusten Befunde. Die Zusammenhänge können auch durch andere Variablen erklärt werden.

Das geringere Beeinträchtigungsrisiko von Jugendlichen in kleineren Gemeinden (bis 5.000 EinwohnerInnen) und Kleinstädten (5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen) wird jedoch auch durch die multivariate Analyse bestätigt. Andere empirische Studien (Verheij 1996; Vlahov/Galea 2002) erklären dieses Phänomen dadurch, dass in urbanen Räumen häufiger Armut und Verschmutzungen

der Umwelt vorzufinden sind, welche das Entstehen bestimmter Erkrankungen (u.a. Asthma, Bronchitis) begünstigen. Bei genauer Betrachtung des Auftretens einzelner Erkrankungsformen in Abhängigkeit von der Größe des Wohnorts zeigt auch die vorliegende Untersuchung, dass unter anderem Probleme mit dem Brustkorb oder der Atmung, welche auf eine schlechtere Qualität der Umwelt zurückgeführt werden können, signifikant häufiger in städtischen Gebieten beobachtet werden können. Plausibel ist auch die Erklärung, dass in ländlichen und kleinstädtischen Regionen die BewohnerInnen möglicherweise strengere Schwellenwerte zur Beurteilung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben und/oder wegen einer geringeren Versorgung mit Fachärztinnen/Fachärzten seltener Erkrankungen diagnostiziert werden.

Die Ergebnisse der multivariaten Untersuchung verweisen – anders als die bivariate Analyse – darauf, dass für Jugendliche, welche der ersten Migrationsgeneration angehören und somit nicht in Österreich geboren wurden, eine geringere Wahrscheinlichkeit besteht, an einer physischen Beeinträchtigung zu leiden als für Autochthone und Jugendliche der zweiten Migrationsgeneration. Antecol und Bedard (2006) erklären diese Beobachtung unter anderem durch einen Selektionseffekt der Art, dass vor allem Menschen in besserer gesundheitlicher Verfassung migrieren. Allerdings gehen die Autorinnen davon aus, dass gesundheitliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund mit der Zeit abnehmen und nach einer Aufenthaltsdauer von ca. 15 Jahren gänzlich verschwinden. Da es sich bei der untersuchten Gruppe um 15-bis 24-Jährige handelt, sind nur 27,7 % der Jugendlichen, welche der ersten Migrationsgeneration angehören, bereits länger als 15 Jahre in Österreich (Mittelwert=9,2 Jahre) und es zeigt sich der von Antecol und Bedard beschriebene bessere Gesundheitszustand auch in der vorliegenden Untersuchung. Eine mögliche weitere Erklärung für den besseren Gesundheitszustand könnte – analog zur Gemeindegröße – sein, dass ZuwanderInnen der ersten Generation strengere subjektive Schwellenwerte zur Beurteilung von Beeinträchtigungen haben und/oder weniger häufig zur Ärztin/zum Arzt gehen, sodass vorliegende Beeinträchtigungen als „normal“ betrachtet werden und nicht als Erkrankungen wahrgenommen werden.

Auch die in der bivariaten Analyse ermittelte erhöhte Beeinträchtigungswahrscheinlichkeit von Jugendlichen, welche nicht mit beiden Elternteilen zusammenleben, wird durch die multivariate logistische Regressionsanalyse bestätigt. Diese Beobachtung lässt vielfältige Erklärungsansätze zu. So scheint bezüglich des höheren Risikos von Jugendlichen in Ein-Eltern-Familien die Annahme plausibel, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen des Kindes die elterliche Beziehung belasten und zur Trennung führen (Conger et al. 2010). Betrachtet man die spezifischen Erkrankungsformen, von welchen nicht in Paarfamilien lebende Jugendliche signifikant häufiger betroffen sind (u.a. Probleme mit Rücken/Nacken, Kopfschmerzen), so fällt auf, dass es sich hierbei um psychosomatische Beschwerden handelt, welche auf Überlastung und Überforderung mit der derzeitigen Lebenssituation zurückgehen können (siehe dazu Klußmann 1986, 209f).

Die signifikant höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit von Jugendlichen, welche lediglich einen Pflichtschulabschluss vorweisen können, wird ebenfalls durch die Ergebnisse der multivariaten Analyse gestützt. Auch in dieser Gruppe treten signifikant häufiger Probleme mit dem Rücken und Nacken auf, welche möglicherweise auf eine psychische Ursache zurückzuführen sind.

Tabelle 3-10: Physisches Beeinträchtigungsrisiko in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Merkmalen (multivariat)

	Odd Ratio	Odd Ratio
Konstante	0,2114***	0,2115***
NEET		
kein NEET-Status (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
NEET-Status „arbeitslos“ (1=ja, 0=nein)	1,4034	1,1426
NEET-Status „inaktiv“ (1=ja, 0=nein)	1,4572	1,2164
Geschlecht (1=weiblich, 0=männlich)	1,0969	1,1034
Alter (1=20 bis 24 Jahre, 0=15 bis 19 Jahre)	1,0668	1,0469
Gemeindegröße		
mehr als 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	0,7248*	0,7190*
bis 5.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	0,5436***	0,5466***
Migrationshintergrund		
ohne Migrationshintergrund (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
1. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,5824**	0,5669**
2. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	1,0702	1,0389
Familienform		
Paarfamilie (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
Ein-Eltern-Familie (1=ja, 0=nein)	1,7305***	1,7081***
eigener Haushalt (1=ja, 0=nein)	1,6894**	1,6760**
Kind bis 3 (1=ja, 0=nein)	1,0916	1,0721
Früher Schulabgang (1=ja, 0=nein)		1,5167*
Sozio-ökonomischer Status (numerisch)	0,8036(*)	0,8384
Pseudo R²	0,0342	0,0360

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}}=2.084$

(*) $p < 0,1$ (2-seitig) * $p < 0,05$ (2-seitig) ** $p < 0,01$ (2-seitig) *** $p < 0,001$ (2-seitig)

Lesehilfe: Jugendliche, welche die Schule früh abbrechen, haben ein mehr als 1,5-mal so hohes Risiko an einer physischen Beeinträchtigung zu leiden wie Jugendliche, welche einen höheren Bildungsabschluss erreichen. Für Jugendliche, welche der ersten Migrationsgeneration angehören, besteht hingegen ein nur halb so hohes Risiko wie für Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Bezieht man anstelle des NEET-Status die differenzierte AMS-Vormerkung in die multivariate Analyse ein, so zeigt sich, dass für Personen, welche beim AMS als arbeitssuchend vorgemerkt sind, kein erhöhtes physisches Beeinträchtigungsrisiko besteht. Dies gilt sowohl für die Gruppe der „Arbeitslosen/Lehrstellensuchenden“ als auch für jene mit anderen Gründen für die AMS-Vormerkung. Zuvor beobachtete signifikante Zusammenhänge zwischen physischen Einschränkungen und sozialstrukturellen Merkmalen zeigen sich auch in diesem Modell.

3.3.3 BETROFFENHEIT VON NEET-JUGENDLICHEN

Konzentriert man sich nun auf die NEET-Jugendlichen und geht der Frage nach, welche NEET-Jugendlichen besonders häufig von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen sind, so zeigen sich für die psychischen Beeinträchtigungen folgende Zusammenhänge (siehe Tabelle 3-11):

- Arbeitssuche. Arbeitslose bzw. beim AMS als arbeitssuchend vorgemerkte NEET-Jugendliche weisen ein geringeres Risiko auf. Umgekehrt haben – wie bereits berichtet – inaktive NEET-Jugendliche ein deutlich höheres Risiko.
- Alter. Ein deutlich höheres Risiko von psychischen Beeinträchtigungen berichten ältere NEET-Jugendliche im Vergleich zu jüngeren NEET-Jugendlichen.
- Früher Schulabgang. Ebenfalls ein deutlich höheres Risiko liegt bei frühem Schulabgang vor.

Keine signifikanten Unterschiede sind für das Geschlecht, den Migrationshintergrund (mit einer Ausnahme), die Gemeindegröße, die Familienform, von Kindern unter 3 Jahren im Haushalt und dem sozio-ökonomischen Status des Haushalts beobachtbar.

Tabelle 3-11: Psychisches Beeinträchtigungsrisiko von NEET-Jugendlichen

	Odd Ratio	Odd Ratio
Konstante	0,0231***	0,02655***
AMS-Vormerkung (1=ja, 0=nein)	0,1450**	
Arbeitslos – LFK (1=ja, 0=nein)		0,0838**
Geschlecht (1=weiblich, 0=männlich)	0,9060	1,1789
Alter (1=20 bis 24 Jahre, 0=15 bis 19 Jahre)	5,1624**	4,8974**
Gemeindegröße		
mehr als 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	1,8036	1,5337
bis 5.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	2,0673	1,3009
Migrationshintergrund		
ohne Migrationshintergrund (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
1. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,3575	0,2723*
2. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,5401	0,3972
Familienform		
Paarfamilie (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
Ein-Eltern-Familie (1=ja, 0=nein)	2,1101	2,3343
eigener Haushalt (1=ja, 0=nein)	0,4085	0,3329
Kind bis 3 (1=ja, 0=nein)	0,3306	0,2657
Früher Schulabgang (1=ja, 0=nein)	5,3716**	4,3167*
Sozio-ökonomischer Status (numerisch)	0,5234	0,2108(*)
Pseudo R²	0,2804	0,3124

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}} = 152$

(*) $p < 0,1$ (2-seitig) * $p < 0,05$ (2-seitig) ** $p < 0,01$ (2-seitig) *** $p < 0,001$ (2-seitig)

Bei den physischen Beeinträchtigungen erweisen sich innerhalb der NEET-Jugendlichen folgende Faktoren als relevant.

- Früher Schulabgang. Frühe SchulabgängerInnen berichten ein höheres Beeinträchtigungsrisiko.

- Sozio-ökonomischer Status des Haushaltes. Jugendliche in Haushalten mit geringem sozio-ökonomischen Status berichten ein geringeres Risiko für physische Erkrankungen.
- Arbeitssuche. Ein geringeres Risiko liegt ebenfalls bei arbeitslosen bzw. am AMS als arbeitssuchend vorgemerkten NEET-Jugendlichen vor. Umgekehrt tritt bei inaktiven NEET-Jugendlichen ein höheres Risiko auf.

Keine signifikanten Unterschiede sind für das Alter, das Geschlecht, den Migrationshintergrund, die Gemeindegröße, die Familienform und bei Kindern unter 3 Jahren im Haushalt beobachtbar.

Tabelle 3-12: Physisches Beeinträchtigungsrisiko von NEET-Jugendlichen

	Odd Ratio	Odd Ratio
Konstante	0,1082**	0,1222**
AMS-Vormerkung (1=ja, 0=nein)	0,3555*	
Arbeitslos – LKF (1=ja, 0=nein)		0,4101*
Geschlecht (1=weiblich, 0=männlich)	0,9482	1,0756
Alter (1=20 bis 24 Jahre, 0=15 bis 19 Jahre)	1,5501	1,4566
Gemeindegröße		
mehr als 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	2,4911	2,0573
bis 5.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	1,1250	0,8781
Migrationshintergrund		
ohne Migrationshintergrund (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
1. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	1,0383	0,9689
2. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,4640	0,4145
Familienform		
Paarfamilie (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie	
Ein-Eltern-Familie (1=ja, 0=nein)	1,3132	1,3529
eigener Haushalt (1=ja, 0=nein)	0,5885	0,5578
Kind bis 3 (1=ja, 0=nein)	0,5518	0,5292
Früher Schulabgang (1=ja, 0=nein)	2,4204*	2,2794(*)
Sozio-ökonomischer Status (numerisch)	0,3550*	0,2924**
Pseudo R²	0,1379	0,1283

Daten re-gewichtet, $n_{\text{eff}} = 152$

(*) $p < 0,1$ (2-seitig) * $p < 0,05$ (2-seitig) ** $p < 0,01$ (2-seitig) *** $p < 0,001$ (2-seitig)

3.3.4 GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND NEET-STATUS IN DEN FOLGEQUARTALEN

Im MZ werden ausgewählte Haushalte und ihre Mitglieder fünfmal befragt. Da der Gesundheitszustand in der Erstbefragung erhoben wird, stehen für jede Jugendliche/jeden Jugendlichen theoretisch vier weitere Beobachtungen zur Verfügung. Allerdings werden in den Folgebefragungen nicht immer alle Haushaltsmitglieder erfasst. Für den Großteil der $n=3.230$ ($n_{\text{eff}}=2.084$) Jugendlichen liegt jedoch zumindest eine Folgeinformation vor. Für die weitere Analyse wird die abhängige Variable „Auftrittshäufigkeit von NEET in den Folgequartalen“ gebildet. Bei 86,7 % der Jugendlichen tritt in den vier Folgequartalen kein NEET-Status auf. Ein NEET-Status ist bei 8,9 % ein- oder zweimal zu beobachten, bei 4,4 % tritt ein NEET-Status drei- oder viermal auf.

Geht man der Frage nach, welcher Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Auftrittshäufigkeit eines NEET-Status in den Folgequartalen vorliegt, so zeigen sich ein schwacher Drift- und ein wesentlich stärkerer Selektionseffekt. Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt es häufiger zu einem Wechsel von einem Nicht-NEET-Status in einen NEET-Status (Drifteffekt). Bei Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist ein häufigeres Verweilen in einem NEET-Status in den Folgequartalen (Selektionseffekt) beobachtbar. Gesundheitliche Beeinträchtigungen erschweren den Ausstieg aus NEET deutlich. In Zahlen ausgedrückt ergibt sich folgendes Bild:

- **Kein-NEET-Status und Beeinträchtigungen.** Liegen eine psychische Beeinträchtigung und kein NEET-Status vor (siehe Tabelle 3-13), sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass die/der Jugendliche in einem Nicht-NEET-Status in den Folgequartalen verbleibt, von 91,0 % auf 82,4 % und bei physischen von 91,4 % auf 87,7 %.
- **NEET-Status und Beeinträchtigungen.** Besteht ein NEET-Status (siehe Tabelle 3-14), so steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die/der Jugendliche in den Folgequartalen drei- oder viermal im NEET-Status verbleibt. Bei den psychischen Beeinträchtigungen ist der Anstieg von 33,3 % (keine psychischen Beeinträchtigungen) auf 86,4 % (psychische Beeinträchtigungen) massiv. Es kommt somit zu einer Verfestigung der NEET-Situation. Bei physischen Erkrankungen fällt die Zunahme mit 37,0 % auf 56,4 % etwas schwächer aus, ist aber nach wie vor stark.

Tabelle 3-13: Auftrittshäufigkeit des NEET-Status in Folgequartalen in Abhängigkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Vorliegen keines NEET-Status bei der Erstbefragung

Kein NEET-Status bei der Erstbefragung		0 mal	1 bis 2 mal	3 bis 4 mal
Psychische Beeinträchtigung	nein ($n_{\text{eff}}=1.791$)	91,0 %	7,5 %	1,5 %
	ja ($n_{\text{eff}}=51$)	82,4 %	11,8 %	5,9 %
Chi ² =7,750; p=0,021; Cramers V=0,065; β (aus ordinaler logistischer Regression)=0,820*				
Physische Beeinträchtigung	nein ($n_{\text{eff}}=1.531$)	91,4 %	7,2 %	1,4 %
	ja ($n_{\text{eff}}=310$)	87,7 %	9,7 %	2,6 %
Chi ² =4,887; p=0,087; Cramers V=0,052; β (aus ordinaler logistischer Regression)=0,423*				

Tabelle 3-14: Auftrittshäufigkeit des NEET-Status in Folgequartalen in Abhängigkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Vorliegen eines NEET-Status bei der Erstbefragung

NEET-Status bei der Erstbefragung		0 mal	1 bis 2 mal	3 bis 4 mal
Psychische Beeinträchtigung	nein ($n_{\text{eff}}=117$)	38,5 %	28,2 %	33,3 %
	ja ($n_{\text{eff}}=22$)	4,5 %	9,1 %	86,4 %
Chi ² =21,604; p=0,000; Cramers V=0,394; β (aus ordinaler logistischer Regression)=2,653***				
Physische Beeinträchtigung	nein ($n_{\text{eff}}=100$)	37,0 %	26,0 %	37,0 %
	ja ($n_{\text{eff}}=39$)	23,1 %	20,5 %	56,4 %
Chi ² =4,479; p=0,106; Cramers V=0,180; β (aus ordinaler logistischer Regression)=0,773*				

Die bivariaten Zusammenhänge bilden sich in den multivariaten Befunden ab (siehe Tabelle 3-15):

- **Physische Beeinträchtigungen.** Physische Beeinträchtigungen stellen unabhängig von sozialstrukturellen Merkmalen und der Ausgangssituation ein Risiko dar, dass NEET in den Folgequartalen auftritt. In diesem Befund drückt sich ein allgemein erschwerter Arbeitszugang von körperlich Beeinträchtigten (siehe dazu Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013) aus, der unabhängig von einem frühen Schulabgang und anderen Benachteiligungsmerkmalen besteht und auf Informationsdefizite sowie Vorbehalte und allgemeine Befürchtungen verweist (Von Kardorff/Ohlbrecht/Schmidt 2013, 7).

- Psychische Beeinträchtigungen. Psychische Beeinträchtigungen wirken nur in Kombination mit einem NEET-Status. Liegen ein NEET-Status und psychische Beeinträchtigungen vor, wird es immer schwieriger, aus dem NEET-Status zu gelangen. Das Fehlen eines NEET-Status, also die Integration in das Schulsystem, in den Arbeitsmarkt oder eine Trainingsmaßnahme, ist somit ein Schutzschild vor negativen Effekten psychischer Beeinträchtigungen.

Darüber hinaus hängt die Auftrittshäufigkeit eines NEET-Status in den Folgequartalen von der Gemeindegröße, dem Migrationshintergrund, dem Vorhandensein von Kindern unter 3 Jahren im Haushalt, dem frühen Schulabgang und dem sozio-ökonomischen Status ab. Im Einklang mit bisherigen Befunden der NEET-Forschung (siehe Bacher et al. 2014; Tamesberger/Bacher 2014) erhöht sich die Auftrittshäufigkeit eines NEET-Status in den Folgequartalen für die 1. Generation, bei einem frühen Schulabgang und bei Betreuungspflichten. Sie ist in Städten im Vergleich zu Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen deutlich höher und nimmt mit dem sozio-ökonomischen Status des Haushalts ab. Jugendliche in sozio-ökonomisch besser gestellten Haushalten weisen eine signifikant geringere Auftrittshäufigkeit eines NEET-Status in den Folgequartalen auf. Differenziert man den NEET-Status weiter, so ergibt sich sowohl für arbeitslose als auch inaktive NEET-Jugendliche ein höheres Folgerisiko, wobei jenes für die inaktiven NEET-Jugendlichen deutlich höher ist.

Tabelle 3-15: Auftrittsrisko eines NEET-Status in den Folgequartalen in Abhängigkeit von Merkmalen der Erstbefragung (Ergebnisse einer ordinalen Regression)

	Schätzer Regressionskoeffizient β
Schwelle 1 (Übergang von 0-mal zu 1–2-mal NEET)	2,589 ***
Schwelle 2 (Übergang von 1–2-mal zu 3–4-mal NEET)	4,247 ***
psychische Beeinträchtigungen PSYCH (1=ja, 0=nein)	0,449
physische Beeinträchtigungen PHYS (1=ja, 0=nein)	0,360 (*)
NEET-Status Erstbefragung (1=ja, 0=nein)	2,262 ***
Interaktion PSYCH mit NEET	2,491 **
Interaktion PHYS mit NEET	-0,338
Geschlecht (1=weiblich, 0=männlich)	0,076
Alter (1=20 bis 24 Jahre, 0=16 bis 19 Jahre)	0,141
Gemeindegröße	
mehr als 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie
5.001 bis 30.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	0,195
bis 5.000 EinwohnerInnen (1=ja, 0=nein)	-0,324 (*)
Migrationshintergrund	
ohne Migrationshintergrund (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie
1. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,440 *
2. Migrationsgeneration (1=ja, 0=nein)	0,159
Familienform	
Paarfamilie (1=ja, 0=nein)	Referenzkategorie
Ein-Eltern-Familie (1=ja, 0=nein)	-0,282
eigener Haushalt (1=ja, 0=nein)	-0,323
Kind bis 3 Jahre im Haushalt (1=ja, 0=nein)	0,905 **
Früher Schulabgang (1=ja, 0=nein)	0,600 *
Sozio-ökonomischer Status des Haushalts	-0,649 ***
Pseudo-R² (Nagelkerke)	0,285

Re-gewichtete Daten, $n_{\text{eff}}=1.981$

3.4 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Untersuchung wird geleitet von folgenden Forschungsfragen:

- 1) Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
- 2) Welche Gruppen sind besonders stark betroffen?
- 3) Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
- 4) Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine quantitative Sekundärdatenanalyse auf Basis der Daten des Ad-hoc-Moduls der Arbeitskräfteerhebung aus dem Jahr 2011 durchgeführt (siehe Kapitel 3.2.1). Für die vorgenommenen Analysen steht somit ein Datensatz von $n=3.230$ Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren zur Verfügung. Unter Berücksichtigung des Designeffekts ergibt sich eine effektive Stichprobengröße von $n_{\text{eff}}=2.084$.

Um den Zusammenhang von Individualmerkmalen Jugendlicher mit dem Gesundheitszustand zu überprüfen, wurden bivariate Tabellenanalysen und logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

Der psychische und physische Gesundheitszustand der 15- bis 24-Jährigen wird anhand des Auftretens von 17 verschiedenen dauerhaft auftretenden Erkrankungsbildern gemessen. Als dauerhaft wird im Mikrozensus ein Referenzrahmen von einem halben Jahr vorgegeben (siehe Kapitel 3.2.2). Ein NEET-Status wird definitionsgemäß angenommen, wenn sich eine Jugendliche/ein Jugendlicher weder in Ausbildung noch in Beschäftigung oder einer Trainingsmaßnahme befindet (siehe Kapitel 3.2.3.1).

Die Forschungsfragen lassen sich wie folgt beantworten:

Forschungsfrage 1: Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?

Im Jahr 2011 sind 3,6 % der 15- bis 24-Jährigen von chronischen psychischen Beeinträchtigungen betroffen. Absolut gesehen sind dies 36.713 Personen. An chronischen physischen Beeinträchtigungen leiden hingegen beinahe 18 % der Jugendlichen. Gleichzeitig fällt auf, dass mit 32,0 % ein sehr hoher Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Jugendlichen mit Komorbidität konfrontiert ist. Diese weisen mehrere gesundheitliche Beeinträchtigungen gleichzeitig auf. Die Ergebnisse stimmen relativ gut mit dem OECD-Schwellenwert von 5 % für schwere psychische Beeinträchtigungen überein sowie mit dem aus der BELLA-Studie abgeleiteten Bedarf von psycho-sozialen Therapieplätzen für 4 % der Kinder- und Jugendlichen. Im Vergleich zur Literatur (siehe Kapitel 2) ergeben sich – mit Annahme der OECD-Schwellen und der abgeleiteten BELLA-Schwelle – deutlich geringere Prävalenzraten, was vor allem darauf zurückzuführen sein dürfte, dass im Mikrozensus Beeinträchtigungen direkt und nicht über Indikatoren erfasst werden und gefordert wird, dass die Beeinträchtigungen bereits über einen Zeitraum von mindestens sechs Monate vorliegen (siehe Kapitel 3.3.1).

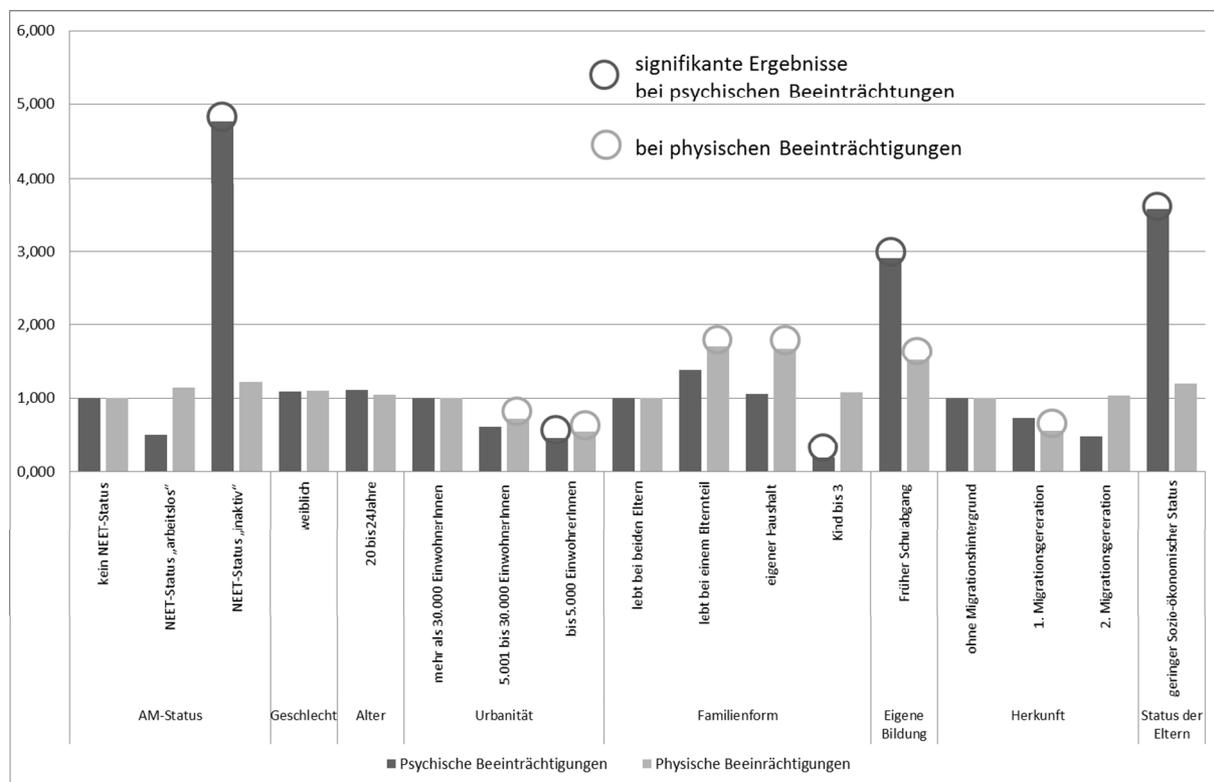
Forschungsfrage 2: Welche Gruppen sind besonders stark betroffen?

Die *bivariate Analyse* zeigt, dass Jugendliche, welche sich in einem NEET-Status befinden, über einen geringen Bildungsabschluss (früher Schulabgang) verfügen und eine geringen sozio-ökonomischen Status vorweisen können, besonders stark von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Im Zuge der Differenzierung zwischen arbeitslosen und inaktiven NEET-Jugendlichen sticht ins Auge, dass diese beiden Gruppen sehr stark voneinander abweichen und das Problemausmaß unter inaktiven NEET-Jugendlichen deutlich größer ist als bei arbeitslosen NEET-Jugendlichen. Signifikant häufiger

– jedoch in bedeutend geringerem Ausmaß – sehen sich auch Jugendliche, welche beim AMS als arbeitssuchend vorgemerkt sind, in Städten mit mehr als 30.000 EinwohnerInnen leben und in Ein-Eltern-Familien aufwachsen, mit einer eingeschränkten psychischen Gesundheit konfrontiert. *Multivariat* erweisen sich ein inaktiver NEET-Status, der frühe Schulabgang, der sozio-ökonomische Status, die Gemeindegröße und Betreuungsverpflichtungen als relevant für den psychischen Gesundheitszustand von Jugendlichen. Der Einfluss der inaktiven NEET-Situation geht jedoch bei Hinzunahme des Bildungsabschlusses in das Regressionsmodell in seiner Stärke zurück (siehe Kapitel 3.3.2.1).

Als besonders betroffen von dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen können somit inaktive NEET-Jugendliche, frühe SchulabgängerInnen, Jugendliche in Haushalten mit geringem sozio-ökonomischen Status, Jugendliche in Städten mit mehr als 30.000 EinwohnerInnen und Jugendliche ohne Betreuungspflichten betrachtet werden. Abbildung 3-1 bringt dies zum Ausdruck.

Abbildung 3-1: Beeinträchtigungen in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Merkmalen



Lesehilfe: Werte > 1,00 bedeuten ein größeres; Werte < 1,00 ein geringeres Risiko als die Vergleichsgruppe (in Bezug auf das Alter dient als Vergleichsgruppe die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen)

Bivariat signifikant häufiger betroffen von physischen Beeinträchtigungen sind Jugendliche, welche sich in einer NEET-Situation befinden, welche der älteren Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen angehören, in Ein-Eltern-Familien oder einem eigenen Haushalt leben und die Schule früh verlassen haben. Im Unterschied zu den psychischen Erkrankungen kann keine stärkere Betroffenheit von inaktiven NEET-Jugendlichen im Vergleich zu arbeitslosen NEET-Jugendlichen festgestellt werden. Deutlich seltener erkranken hingegen Jugendliche, welche in Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen leben. Im Zuge der *multivariaten Analyse* als relevant für den körperlichen Gesundheitszustand erweisen sich die Gemeindegröße, die Familienform, der frühe Schulabgang und die Zugehörigkeit zur ersten Migrationsgeneration. Während das Leben in einem eigenen Haushalt oder einer Ein-Eltern-Familie und ein früher Schulabgang mit einem höheren Erkrankungsrisiko einhergehen, zeigt sich für Jugendliche, welche der ersten Migrationsgeneration angehören und in Gemeinden bzw. Kleinstädten unter 30.000 EinwohnerInnen leben, ein gegenteiliger Zusammenhang, also ein geringeres Krankheits-

risiko. Einer NEET-Situation kommt multivariat für das Vorliegen physischer Beeinträchtigungen keine Relevanz zu. Der bivariate Zusammenhang kommt dadurch zustande, dass NEET-Jugendliche häufiger frühe SchulabgängerInnen sind (siehe Kapitel 3.3.2.2).

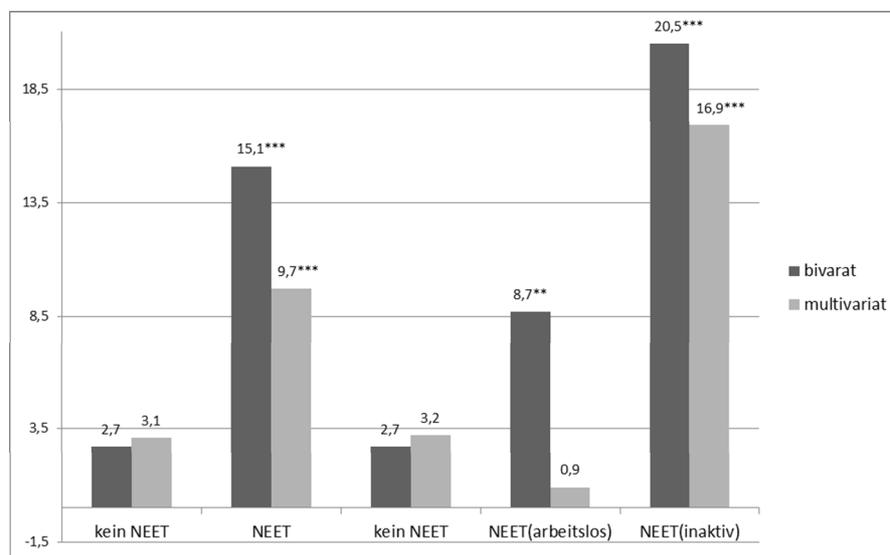
Besonders gefährdet von dauerhaften physischen Beeinträchtigungen sind frühe SchulabgängerInnen, Jugendliche in Städten ab 30.000 EinwohnerInnen, Autochtone und MigrantInnen der zweiten Generation (im Vergleich zur ersten Generation) sowie (bei psychosomatischen Beschwerden) Jugendliche, die nicht mehr bei den Eltern leben. Der NEET-Status – obwohl bivariat signifikant – geht mit keinem erhöhten physischen Beeinträchtigungsrisiko einher.

Forschungsfrage 3: Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?

NEET-Jugendliche haben bivariat mit 15,1 % bzw. 27,0 % im Vergleich zu 2,7 % bzw. 16,9 % sowohl ein höheres Risiko von psychischen als auch von physischen Beeinträchtigungen. Hinsichtlich der Einschränkungen des psychischen Gesundheitszustands sind deutliche Diskrepanzen zwischen inaktiven und arbeitslosen NEET-Jugendlichen vorzufinden (20,5 % bei inaktiven NEET-Jugendlichen vs. 8,7 % bei arbeitslosen NEET-Jugendlichen). Von körperlichen Erkrankungen sind hingegen beide Gruppen gleichermaßen betroffen.

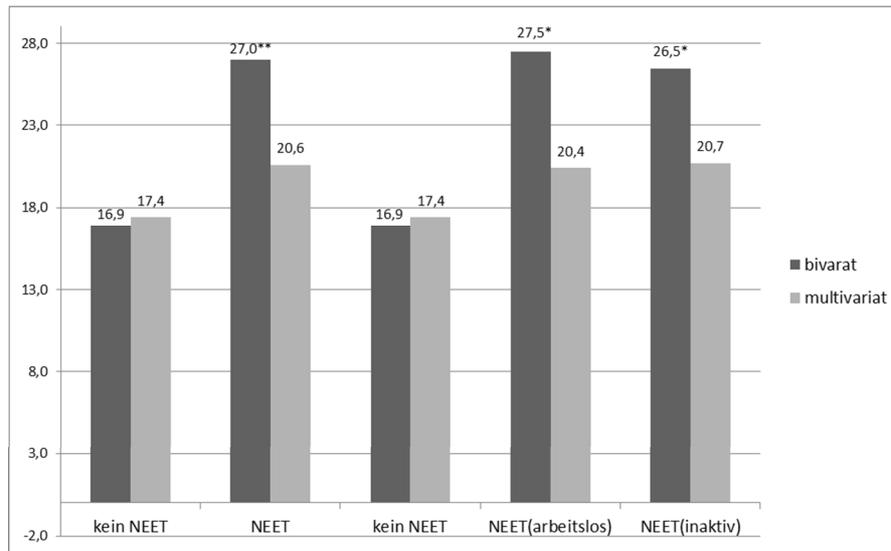
Werden sozialstrukturelle Variablen (inklusive des frühen Schulabgangs) statistisch kontrolliert, reduzieren sich die Unterschiede der Gruppen. Es verbleibt ein einziger signifikanter Unterschied: Inaktive NEET-Jugendliche sind signifikant häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen (siehe Abbildung 3-2 und 3-3).

Abbildung 3-2: Psychische Beeinträchtigungen in Abhängigkeit vom NEET-Status ohne und mit Kontrolle von anderen Einflussfaktoren



bivariat = ohne Kontrolle von Einflussfaktoren; multivariat = mit Kontrolle von Einflussfaktoren (Erwartungswerte aus linearem Wahrscheinlichkeitsmodell, Signifikanzen aus der logistischen Regression)

Abbildung 3-3: Physische Beeinträchtigungen in Abhängigkeit vom NEET-Status ohne und mit Kontrolle von anderen Einflussfaktoren



bivariat = ohne Kontrolle von Einflussfaktoren; multivariat = mit Kontrolle von Einflussfaktoren (Erwartungswerte aus linearem Wahrscheinlichkeitsmodell, Signifikanzen aus der logistischen Regression)

Dieses Ergebnis bedeutet, dass die festgestellten Zusammenhänge zwischen NEET-Status und Beeinträchtigungen mit Ausnahme der psychischen Beeinträchtigungen durch andere Drittvariablen erklärt werden können. Bei den psychischen Beeinträchtigungen sind bedeutsame Drittvariablen die Gemeindegröße, der frühe Schulabgang, der sozio-ökonomische Status und Betreuungspflichten. Als relevante Drittvariablen bei den physischen Beeinträchtigungen kommen der Migrationshintergrund, die Gemeindegröße, die Familienform und der frühe Schulabgang in Betracht.

Forschungsfrage 4: Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?

Ein deutlich höheres psychisches Erkrankungsrisiko besteht für inaktive NEET-Jugendliche, für NEET-Jugendliche mit einem frühen Schulabgang, für ältere NEET-Jugendliche und für NEET-Jugendliche in Haushalten mit geringerem sozio-ökonomischen Status. Ein geringeres Risiko bringen NEET-Jugendliche mit Migrationshintergrund der ersten Generation mit (siehe Kapitel 3.3.3).

Als relevant für die körperliche Gesundheit erweisen sich der frühe Schulabgang, der sozio-ökonomische Status des Haushalts und Arbeitssuche (Arbeitslosigkeit gemäß LFK und AMS-Vormerkung). *Ein höheres Risiko haben frühe SchulabgängerInnen, inaktive NEET-Jugendliche und NEET-Jugendliche aus Haushalten mit geringem sozio-ökonomischen Status* (siehe Kapitel 3.3.3).

Bezüglich der kausalen Richtung des Zusammenhangs zwischen NEET-Situation und gesundheitlicher Einschränkung zeigt die Untersuchung, dass *zum einen ein schwacher Drifteffekt und zum anderen ein stärkerer Selektionseffekt vorhanden sind*. Das heißt, unter Vorliegen eines beeinträchtigten Gesundheitszustands steigt die Wahrscheinlichkeit, in einen NEET-Status abzudriften (=Drifteffekt). Befinden sich Jugendliche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits in einem NEET-Status, gestaltet es sich für diese sehr schwierig, diesen wieder zu verlassen (=Selektionseffekt). Beide Effekte können am deutlichsten im Zusammenhang mit einem beeinträchtigten psychischen Gesundheitszustand beobachtet werden (siehe Kapitel 3.3.4). *Des Weiteren lassen die Analysen die Hypothese zu, dass psychische Beeinträchtigungen biografisch bereits vor der NEET-Phase auftreten, da der frühe Schulabgang den Einfluss des NEET-Status auf die psychischen Erkrankungen deutlich abschwächt*. Die Ergebnisse sind somit insgesamt – auch wenn dies empirisch nicht nachgewiesen

werden kann – mit dem Modell des „Circulus vitiosus“ von Hollederer (2011) vereinbar (siehe Kapitel 2.4), wobei dieser insbesondere für die inaktiven NEET-Jugendlichen zutrifft.

Methodisch zeigt die Studie, dass der aus dem Mikrozensus (MZ) abgeleitete NEET-Status ein besserer Prädiktor für den Gesundheitszustand ist als die AMS-Vormerkung. Zwischen dem MZ und den AMS-Vormerkungen bestehen deutliche Diskrepanzen. Die dargestellten Abweichungen haben 2014 zu einer neuen Gewichtung des MZ geführt (Meraner et al. 2015), durch die eine bessere Übereinstimmung mit dem Erwerbstatus aus Verwaltungsdaten erreicht werden kann. Dennoch erscheint es uns wichtig, die Gründe für die Diskrepanzen inhaltlich und methodisch tiefergehend durch weiterführende Studien zu beleuchten, da es sich um zentrale sozialpolitische Indikatoren handelt.

Die aus den Ergebnissen resultierenden Schlussfolgerungen werden in Kapitel 7 behandelt.

3.5 ANHANG

Abbildung 3-4: Messung gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Ich lese Ihnen nun einige mögliche dauerhafte (mindestens sechs Monate andauernde) gesundheitliche Probleme und chronische Krankheiten vor. Bitte geben Sie an, ob Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen leiden:

Intervieweranleitung:

Karte vorlegen

Dauerhaft sind Einschränkungen, wenn sie über mindestens sechs Monate andauern oder wahrscheinlich andauern werden. Vorübergehende Krankheiten sind nicht von Interesse.

Krankheiten, die episodisch auftreten, können ebenfalls langandauernd sein (z.B. Epilepsie seit zehn Jahren).

Die Beantwortung ist vom Befragten selbst vorzunehmen, es soll nicht aufgrund angegebener Schmerzen oder Beschwerden eine Diagnose gestellt werden.

Die in Klammern angegebenen Krankheiten bitte nicht vorlesen, sie dienen zur Erklärung falls der Befragte den medizinischen Begriff nicht versteht.

Probleme mit Armen oder Händen (einschließlich Arthritis oder Rheuma)

Probleme mit Beinen oder Füßen (einschließlich Arthritis oder Rheuma)

Probleme mit Rücken oder Nacken (einschließlich Arthritis oder Rheuma)

Hauterkrankungen, einschließlich allergischer Reaktionen und schwerer Entstellungen

Probleme mit Herz, Blutdruck oder Kreislauf

Probleme mit Brustkorb oder Atmung (einschließlich Asthma und Bronchitis)

Probleme mit Magen, Leber, Nieren oder Verdauung

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Krebs

Epilepsie (einschließlich epileptischer Anfälle)

Schwere Kopfschmerzen, wie z.B. Migräne

Lernschwäche beim Lesen, Schreiben oder Rechnen

Chronische Angststörungen (z.B. Panikattacken)

Depression

Andere nervliche oder psychische Probleme (z.B. Schizophrenie, affektive Störungen, Magersucht, Burn out)

Andere fortschreitende Krankheiten (einschließlich Multiple Sklerose, HIV, Alzheimer-Krankheit, Parkinson-Krankheit)

Andere lang andauernde Gesundheitsprobleme (einschließlich Fettleibigkeit, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit)

Tabelle 3-16: Erwerbsstatus nach sozialstrukturellen Merkmalen

		kein NEET- Status $n_{\text{eff}}=1.932$	NEET-Status $n_{\text{eff}}=151$	NEET-Status „arbeitslos“ $n_{\text{eff}}=69$	NEET-Status „inaktiv“ $n_{\text{eff}}=82$
Geschlecht	männlich	49,7 %	46,1 %	52,2 %	40,2 %
	weiblich	50,3 %	53,9 %	47,8 %	59,8 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=0,767; p=0,381; Cramers V=0,019; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=2,149; p=0,143; Cramers V=0,119					
Alter	15-19 Jahre	48,1 %	35,5 %	43,5 %	28,0 %
	20-24 Jahre	51,9 %	64,5 %	56,5 %	72,0 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=8,918; p=0,003; Cramers V=0,065; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=3,916; p=0,048; Cramers V=0,161					
Gemeindegröße	mehr als 30.000 EW	31,2 %	45,0 %	43,5 %	45,8 %
	5.001 bis 30.000 EW	23,4 %	23,2 %	31,9 %	15,7 %
	bis 5.000 EW	45,4 %	31,8 %	24,6 %	38,6 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=14,223; p=0,001; Cramers V=0,083; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=6,614; p=0,037; Cramers V=0,209					
Migrationshintergrund	ohne	82,2 %	57,0 %	65,2 %	51,2 %
	1. Generation	10,1 %	31,8 %	23,2 %	37,8 %
	2. Generation	7,8 %	11,3 %	11,6 %	11,0 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=69,773; p=0,000; Cramers V=0,183; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=3,859; p=0,145; Cramers V=0,160					
Familienform	Paarfamilie	64,6 %	37,7 %	43,5 %	32,9 %
	Ein-Eltern-Familie	14,4 %	20,5 %	27,5 %	14,6 %
	eigener Haushalt	21,1 %	41,7 %	29,0 %	52,4 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=46,177; p=0,000; Cramers V=0,149; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=9,083; p=0,011; Cramers V=0,245					
Kind bis 3	nein	96,6 %	81,6 %	92,8 %	73,2 %
	ja	3,4 %	18,4 %	7,2 %	26,8 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=73,714; p=0,000; Cramers V=0,188; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=9,786; p=0,002; Cramers V=0,255					
Früher Schulabgang	nein	95,5 %	42,8 %	37,7 %	47,0 %
	ja	4,5 %	57,2 %	62,3 %	53,0 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=512,374; p=0,000; Cramers V=0,496; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=1,333; p=0,248; Cramers V=0,094					
Sozio-ökonomischer Status	niedrig (Index < -0,7)	5,9 %	52,0 %	75,4 %	32,9 %
	mittel (Index zw. -0,7 und 0,7)	85,2 %	46,0 %	24,6 %	63,4 %
	hoch (Index > 0,7)	8,9 %	2,0 %	0,0 %	3,7 %
Chi ² (kein NEET,NEET)=357,267; p=0,000; Cramers V=0,414; Chi ² (arbeitslos NEET, inaktiv NEET)=27,752; p=0,000; Cramers V=0,429					

4 ANALYSE VON ADMINISTRATIVEN DATEN – ARBEITSMARKTINTEGRATION UND GESUND- HEIT JUGENDLICHER

GERALD PRUCKNER / THOMAS SCHOBER

4.1 Einleitung.....	59
4.2 NEET-Jugendliche in administrativen Daten.....	59
4.2.1 Bestimmung des Arbeitsmarktstatus.....	59
4.2.2 NEET-Raten im Vergleich.....	61
4.3 Arbeitssuchende NEET-Jugendliche.....	62
4.3.1 Merkmale arbeitssuchender NEET-Jugendlicher.....	62
4.3.1.1 Merkmale zum Zeitpunkt der Arbeitssuche.....	62
4.3.1.2 Merkmale bei der Geburt.....	63
4.3.2 Gesundheitsstatus.....	65
4.3.2.1 Allgemeine Gesundheit.....	65
4.3.2.2 Psychische Gesundheit.....	71
4.3.3 Gesundheit und Arbeitsmarktstatus im Zeitverlauf.....	75
4.3.3.1 Gesundheit in Abhängigkeit vom Arbeitsmarktstatus.....	75
4.3.3.2 Entwicklung des Arbeitsmarktstatus bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen.....	77
4.4 Inaktive NEET-Jugendliche.....	78
4.4.1 Merkmale inaktiver NEET-Jugendlicher.....	79
4.4.1.1 Merkmale zum Zeitpunkt der Inaktivität.....	79
4.4.1.2 Merkmale bei der Geburt.....	80
4.4.2 Gesundheitszustand inaktiver NEET-Jugendlicher.....	82
4.4.2.1 Allgemeiner und psychischer Gesundheitszustand.....	82
4.4.2.2 Gesundheitszustand von inaktiven NEET-Jugendlichen nach Arbeitslosigkeit.....	82
4.4.3 Gesundheitszustand von jungen Müttern.....	83
4.5 Schlussfolgerungen.....	85

4.1 EINLEITUNG

Kapitel 4 analysiert die Arbeitsmarktintegration und die Gesundheit Jugendlicher zwischen 15 und 24 Jahren mit Hilfe von administrativen Registerdaten aus dem österreichischen Sozialversicherungssystem. Ein Vorteil gegenüber Befragungsdaten wie dem Mikrozensus ist, neben der größeren Stichprobe, dass sowohl der Arbeitsmarktstatus als auch die Gesundheit anhand von objektiven Aufzeichnungen bestimmt und gemessen werden kann. Eine Einschränkung ist jedoch, dass mit Krankenversicherungsdaten kein vollständiges Bild vom Gesundheitszustand einer Person gezeichnet werden kann. Einerseits kann der präventive oder kurative Charakter einer Leistungsanspruchnahme im Gesundheitssystem nicht vollständig unterschieden werden, andererseits bleiben unbehandelte Gesundheitsprobleme sowie Leistungen, die außerhalb des Krankenversicherungssystems abgewickelt werden, unberücksichtigt. Nichtsdestotrotz lassen viele beobachtbare Leistungen, wie Krankenhausaufenthalte oder die Verschreibung von Psychopharmaka, auf gesundheitliche Probleme Jugendlicher schließen. Kapitel 4 analysiert den Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dem NEET-Status.

Kapitel 4.2 veranschaulicht die Bestimmung des NEET-Status anhand administrativer Daten und vergleicht die resultierenden NEET-Raten in Österreich mit jenen aus dem Mikrozensus. Die Analyse des Gesundheitszustands in den Kapiteln 4.3 und 4.4 beschränkt sich auf Jugendliche in Oberösterreich, die bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) krankenversichert sind.

4.2 NEET-JUGENDLICHE IN ADMINISTRATIVEN DATEN

4.2.1 BESTIMMUNG DES ARBEITSMARKTSTATUS

Die Bestimmung des NEET-Status erfolgt durch die Zusammenführung von Informationen aus drei administrativen Datenquellen, die anhand einer pseudoanonymisierten Sozialversicherungsnummer verknüpft werden können. Beihilfedaten des BMF (Bundesministerium für Finanzen) beinhalten Angaben zum Bezug der Familienbeihilfe und ermöglichen eine Einschätzung, ob sich Jugendliche noch in Ausbildung befinden. Das Vorliegen bzw. das Ausmaß einer Beschäftigung wird durch Registerdaten des HV (Hauptverband der Sozialversicherungsträger) ermittelt. Diese erfassen neben den individuellen Arbeitsmarkthistorien auch weitere sozialversicherungsrelevante Informationen wie Zivil-/Präsenzdienst oder Kindererziehungszeiten. Schlussendlich enthalten die Daten des AMS (Arbeitsmarktservice) Angaben zu Personen, die Leistungen des AMS wie Schulungs- und Trainingsmaßnahmen in Anspruch nehmen bzw. als arbeitslos/arbeitssuchend¹⁶ gemeldet sind. Für jede Jugendliche/jeden Jugendlichen wird der Arbeitsmarktstatus jährlich am 31.10 ermittelt, wobei für einzelne Auswertungen noch vertiefende Unterscheidungen (u.a. nach der Dauer der Arbeitslosigkeit) erfolgen.

Anhand der vorhandenen Datenquellen werden in Kapitel 4 grundsätzlich zwei Arten von NEET-Jugendlichen unterschieden: *Arbeitssuchende*, die als arbeitssuchend beim AMS gemeldet sind, sowie so genannte *Inaktive* ohne AMS-Vormerkung. Während sich NEET-Jugendliche in der ersten Gruppe

¹⁶ Die Begriffe „arbeitslos“ und „arbeitssuchend“ werden in den Analysen der administrativen Daten (Kapitel 4) synonym verwendet, da bei der Bildung der Kategorien hierarchisch vorgegangen wurde. Als „arbeitssuchend“ bzw. „arbeitslos“ wurden Jugendliche nur dann eingestuft, wenn sie nicht beschäftigt sind, keine sonstigen SV-Status (Zivil-/Präsenzdienst, Krankengeldbezug oder Rehabilitationszeit) aufweisen, an keiner Trainingsmaße teilnehmen und – sofern die vorausgehenden Merkmale zutreffen – beim AMS als „arbeitssuchend“ gemeldet sind. Durch dieses Vorgehen ist gewährleistet, dass die meisten beim AMS als arbeitssuchend registrierten Jugendlichen auch arbeitslos sind.

aufgrund ihrer Meldung beim AMS direkt in den vorhandenen Daten beobachten lassen, wird in der zweiten Gruppe der Status indirekt bestimmt. Inaktive NEET-Jugendliche haben in der Vergangenheit Familienbeihilfe bezogen bzw. eine Ausbildung gemacht. Am entsprechenden Stichtag ist in den HV-Daten jedoch kein Eintrag vorhanden, die Jugendlichen gehen keiner Beschäftigung nach und weisen auch keine sonstigen sozialversicherungsrelevanten (SV-)Zeiten wie Karenz oder Präsenz-/Zivildienst auf.

Die Bestimmung des Ausbildungs-Status erfolgt – wie bereits erwähnt – über den Bezug von Familienbeihilfe. Minderjährige Kinder haben in Österreich grundsätzlich Anspruch auf Familienbeihilfe (Familienlastenausgleichsgesetz §2). Erst ab dem Erreichen der Volljährigkeit muss für den Bezug im Allgemeinen eine (Berufs-)Ausbildung nachgewiesen werden. Für Minderjährige ist daher eine Unterscheidung von Jugendlichen in Ausbildung und inaktiven NEET-Jugendlichen mit den vorhandenen Daten nicht möglich. Die Analyse der inaktiven NEET-Jugendlichen beschränkt sich daher auf Personen im Alter von 18 bis 24 Jahren. Fällt eine Jugendliche/ein Jugendlicher am entsprechenden Stichtag in mehrere Kategorien, dominiert der jeweilige Arbeitsmarktstatus in folgender Reihenfolge: Beschäftigung, sonstige SV-Zeiten (Karenz, Präsenz-/Zivildienst, Krankengeldbezug oder Rehabilitationszeit), Trainingsmaßnahme, Arbeitssuche, Ausbildung, Inaktiv. Eine weitere Einschränkung im Zusammenhang mit inaktiven Personen ist die fehlende Information zum tatsächlichen Aufenthaltsort. Verlassen Jugendliche nach der Ausbildung das Land, um im Ausland zu arbeiten oder zu studieren, scheinen sie in den Registerdaten nicht mehr auf und werden fälschlicherweise als inaktive NEET-Jugendliche klassifiziert.

Abbildung 4-1: Arbeitsmarktstatus einer Kohorte im Verlauf

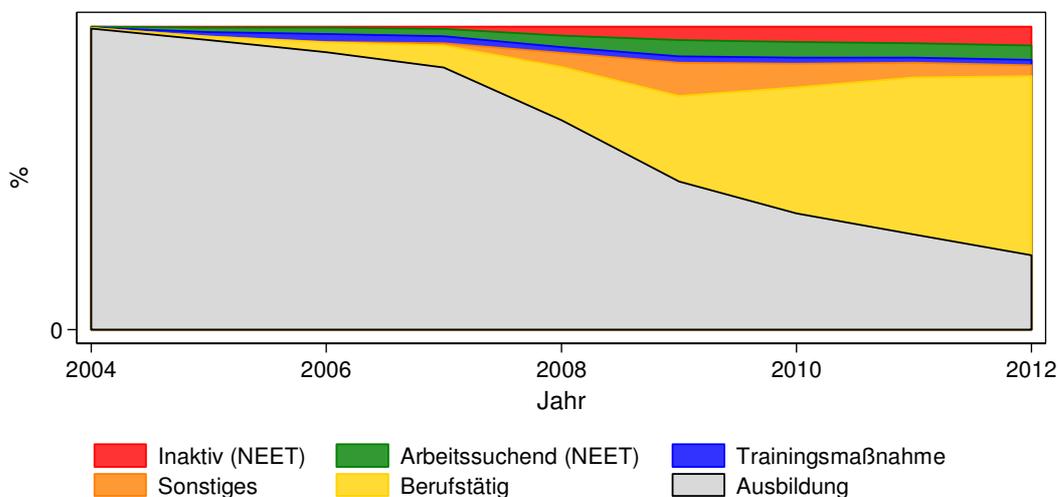


Abbildung 4-1 veranschaulicht die zeitliche Entwicklung des Arbeitsmarktstatus für Jugendliche, die zwischen November 1989 und Oktober 1990 geboren sind. Während sich am Stichtag im Jahr 2004, im Alter von 14 Jahren, sämtliche Mitglieder dieser Kohorte in Ausbildung befinden, treten im Zeitverlauf vermehrt Jugendliche in den Arbeitsmarkt ein. Im Jahr 2012, im Alter von 22 Jahren, befinden sich 24,5 % in Ausbildung, 59,1 % gehen einer Beschäftigung nach, 1,7 % befinden sich in einer Trainingsmaßnahme und 3,6 % befinden sich in einem sonstigen sozialversicherungsrelevanten Status (Präsenz-/Zivildienst, Karenz, Krankengeldbezug/Rehabilitationszeit). In die Kategorie der NEET-Jugendlichen fallen jene 4,8 %, die beim AMS als arbeitssuchend gemeldet sind, sowie 6,2 % inaktive Personen (Spalte 1 in Tabelle 4-1).

In gleicher Weise kann für alle 15- bis 24-Jährigen der Arbeitsmarktstatus im Jahr 2012 bestimmt werden. Spalte 2 in Tabelle 4-1 zeigt, dass sich mehr als die Hälfte der Jugendlichen in Ausbildung

und knapp ein Drittel in Beschäftigung befindet. Als NEET sind in dieser Gruppe 3,8 % arbeitssuchende und 4,5 % inaktive Personen klassifiziert.

Tabelle 4-1: Arbeitsmarktstatus im Jahr 2012 (in %)

	(1) 22-Jährige	(2) 15- bis 24-Jährige
Ausbildung	24,5	53,5
Beschäftigung	59,1	32,0
Trainingsmaßnahme	1,7	2,1
Präsenz-/Zivildienst	0,9	2,7
Karenz	2,3	1,2
Krankengeldbezug/Rehabilitationszeit	0,4	0,2
NEET		
arbeitssuchend	4,8	3,8
inaktiv	6,2	4,5
N	65.154	769.749

4.2.2 NEET-RATEN IM VERGLEICH

Der Anteil an NEET-Jugendlichen auf Basis der administrativen Registerdaten lässt sich den Werten aus dem Mikrozensus (für Details siehe Kapitel 3) gegenüberstellen, wobei gewisse Differenzen aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden bzw. Definitionen zu erwarten sind.

Tabelle 4-2 zeigt, dass anhand der administrativen Daten etwas höhere NEET-Raten ermittelt werden. Entsprechend der Registerdaten befinden sich 3,8 % der Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren in einem arbeitssuchenden NEET-Status. Im Mikrozensus sind es hingegen lediglich 3,4 %. Im Vergleich zu den administrativen Daten weist der MZ ebenso einen deutlich geringeren Anteil an inaktiven NEET-Jugendlichen aus (3,5 % vs. 4,5 %). In beiden Datenquellen zeigt sich, dass bei Männern der Anteil an arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen höher ist als bei Frauen. Bei den Inaktiven ist das Geschlechterverhältnis hingegen jeweils umgekehrt. Ebenfalls kann in beiden Datenquellen eine Zunahme der NEET-Raten mit dem Alter der Jugendlichen beobachtet werden. Im Mikrozensus steigt in der Gruppe der 15- bis 17-Jährigen der Anteil an arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen von 2,4 % auf 4,0 % bei den 21- bis 24-Jährigen, in den administrativen Daten von 2,0 % auf 4,9 %. Aufgrund der eingangs erwähnten Probleme lässt sich der Anteil an inaktiven NEET-Jugendlichen unter 18 Jahren nicht exakt ermitteln. Bei den 21- bis 24-Jährigen liegt dieser Anteil im Register mit 8,4 % deutlich über dem Wert aus dem Mikrozensus.

Tabelle 4-2: NEET-Raten 2012 in administrativen Daten und Mikrozensus

	Arbeitssuchende		Inaktive	
	(1) Register	(2) Mikrozensus	(3) Register	(4) Mikrozensus
Alle	3,8	3,4	4,5	3,5
Geschlecht				
weiblich	3,6	3,0	4,8	4,2
männlich	3,9	3,8	4,1	2,8
Alter				
15- bis 17-Jährige	2,0	2,4		1,4
18- bis 20-Jährige	4,5	3,5	4,7	3,4
21- bis 24-Jährige	4,9	4,0	8,4	5,0

4.3 ARBEITSSUCHENDE NEET-JUGENDLICHE

Bevor in weiterer Folge näher auf den Gesundheitszustand beziehungsweise auf die Gesundheitsausgaben von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen eingegangen wird, sollen zunächst deren sozio-ökonomischen Charakteristika dargestellt werden. Ein Vergleich dieser Gruppe von Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen mit gleichaltrigen Kohorten, die sich in Ausbildung oder in Beschäftigung befinden, erlaubt erste wichtige Einblicke in vorhandene Unterschiede im sozialen Status. Alle Auswertungen in diesem Kapitel beziehen sich auf Jugendliche, die im entsprechenden Kalenderjahr in der OÖGKK krankenversichert sind.

4.3.1 MERKMALE ARBEITSSUCHENDER NEET-JUGENDLICHER

4.3.1.1 MERKMALE ZUM ZEITPUNKT DER ARBEITSSUCHE

Im Jahr 2012 befinden sich in Oberösterreich 2.932 Jugendliche, die zwischen 15 und 24 Jahre alt und beim AMS als arbeitssuchend gemeldet sind, in einer NEET-Situation. Wie in Tabelle 4-3 ersichtlich, beträgt das durchschnittliche Alter dieser Personen 20,3 Jahre. 46,3 % sind weiblich, der Anteil jener, die auch Arbeitslosengeld beziehen, beträgt 72,0 %. Im Kalenderjahr sind die Personen durchschnittlich 5,5 Monate auf Arbeitssuche.

Tabelle 4-3: Merkmale von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen in Oberösterreich

Durchschnittliches Alter	20,3
Anteil weiblich (in %)	46,3
Anteil Arbeitslosenbezug (in %)	72,0
Durchschnittliche Monate auf Arbeitssuche im Jahr 2012	5,5
N	2.932

Vergleicht man die Gruppe der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen mit der gleichaltrigen Kohorte, welche sich in Beschäftigung oder Ausbildung befindet, so werden deutliche Unterschiede erkennbar (siehe Tabelle 4-4). Während 27,6 % der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen im urbanen Umfeld leben, ist dieser Anteil unter den Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung mit 17,9 % niedriger. Zudem befindet sich in der Gruppe der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen ein höherer Anteil von Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft (13,5 % vs. 6,7 %).

Tabelle 4-4: Merkmale von Jugendlichen und deren Eltern im Vergleich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung
Stadt über 30.000 Einw. (in %)	27,6	17,9
Österreichische StaatsbürgerInnen	86,5	93,3
SES der Eltern		
niedriger SES	26,2	12,7
mittlerer SES	67,5	73,4
hoher SES	6,3	13,9
N	2.932	96.625

Der damit angedeutete Unterschied im sozialen Status verfestigt sich mit dem Blick auf die Eltern der Jugendlichen in beiden Gruppen. Mit 26,2 % ist der Anteil von Eltern mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status (SES; engl. socio-economic status), gemessen am Einkommen und Bildungsab-

schluss, in der Gruppe der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen mehr als doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe.¹⁷ Demgegenüber ist ein hoher SES der Eltern bei der Gruppe in Beschäftigung/Ausbildung doppelt so häufig wie bei den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (13,9 % vs. 6,3 %).

4.3.1.2 MERKMALE BEI DER GEBURT

Ein Match der Daten aus der Sozialversicherung mit dem österreichischen Geburtenregister erlaubt es, für die beiden Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sozio-ökonomische bzw. soziodemografische Kennzahlen am Beginn des Lebens einander gegenüber zu stellen.¹⁸ Vergleicht man das durchschnittliche Geburtsgewicht in beiden Gruppen von Jugendlichen in Tabelle 4-5, so fällt auf, dass arbeitssuchende NEET-Jugendliche mit einem um 59 Gramm signifikant niedrigeren Geburtsgewicht zur Welt gekommen sind. Obwohl diese Unterschiede streng genommen keinen kausalen Schluss erlauben, soll an dieser Stelle auf eine Kausalanalyse von Black et al. (2007) hingewiesen werden. Die AutorInnen finden langfristig negative Effekte eines niedrigeren Geburtsgewichtes auf Körpergröße, Intelligenzquotient, Bildung und Einkommen. Beim Apgar-Score¹⁹ können hingegen keinen statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Tabelle 4-5: Merkmale von Jugendlichen und ihren Müttern zum Zeitpunkt der Geburt

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Geburtsgewicht (Gramm)	3.275	3.334	-59	0,000
Apgar-Score (nach 1 Minute)	9,7	9,8	-0,1	0,222
Mutter in Österreich geboren (in %)	77,6	89,4	-11,8	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt Merkmale der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (Spalte 1) und Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (Spalte 2) bzw. deren Mütter im Vergleich. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2), und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Weitere Charakteristika von Kind und Mutter zum Zeitpunkt der Geburt weisen auf ein sozio-ökonomisches Gefälle bereits am Beginn des Lebens hin. Der Anteil von Müttern, die im Inland geboren wurden, ist mit 77,6 % für die Gruppe der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen deutlich niedriger als in der Beschäftigungs-/Ausbildungsgruppe (89,4 %).

Hoch signifikante und von der Größenordnung relevante Unterschiede sind auch in Bezug auf das Bildungsniveau der Mutter zu beobachten (Tabelle 4-6). 50,0 % der Mütter arbeitssuchender NEET-Jugendlicher haben als höchste abgeschlossene Schulbildung die Pflichtschule angegeben. Mit 28,7 % ist dieser Anteil bei den Müttern von jenen in Ausbildung/Beschäftigung nur etwas mehr als halb so hoch. Während bezüglich eines Lehrabschlusses der Mutter zwischen beiden Gruppen keine großen Unterschiede festgestellt werden können (35,7 bzw. 39,4 %), sind Mütter mit einer guten oder sehr guten Ausbildung in der Beschäftigungs- und/oder Ausbildungsgruppe deutlich häufiger repräsentiert. Hier beträgt der Anteil jener, die einen Fachschulabschluss oder mehr aufweisen, 31,9 %. Hingegen

¹⁷ Zur Bestimmung des SES wurde das Einkommen der Eltern auf Basis der Beitragsgrundlagen im Jahr 2012 herangezogen. Hoher SES bedeutet ein Einkommen über dem 90. Perzentil oder ein akademischer Grad. Mittlerer SES bedeutet ein Einkommen zwischen dem 30. und 90. Perzentil. Niedriger SES unter dem 30. Perzentil. Der SES wurde für alle bekannten Väter und Mütter getrennt bestimmt. Als SES der Eltern zählt, wenn verfügbar, der höhere Wert. Mit dieser Methode lässt sich für 85,8 % der arbeitssuchenden und 86,2 % der Jugendlichen in Beschäftigung/Ausbildung der SES der Eltern ermitteln.

¹⁸ Der Datenmatch ist naturgemäß nicht perfekt. Dennoch lassen sich 63,2 % der Arbeitssuchenden und 71,2 % in Beschäftigung/Erwerbstätigkeit einem Eintrag im Geburtenregister zuweisen.

¹⁹ Der Apgar-Score bildet auf einer bis 10 reichenden Skala den klinischen Zustand von Neugeborenen ab.

verfügten nur 14,3 % der Mütter arbeitssuchender NEET-Jugendlicher über ein über die Pflichtschule oder Lehre hinausgehendes (Aus-)Bildungsniveau.

Tabelle 4-6: Merkmale der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt (in %)

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Pflichtschule, AHS-Unterstufe	50,0	28,7
Lehre (mit Berufsschule)	35,7	39,4
Mittlere (Fach-)Schule (ohne Matura)	10,0	18,2
Höhere Schule (AHS, BHS) (mit Matura)	3,2	8,6
Lehrer- oder berufsbildende Akademie	1,0	2,8
Universität, Kunst-, Fachhochschule	0,1	2,3
unbekannt	0,1	0,1
Chi ² =451,9; p=0,000		
Beruf/Lebensunterhalt		
berufstätig in Land- und Forstwirtschaft	1,2	3,5
berufstätig in sonstigem Wirtschaftszweig	64,6	72,3
Studentin/Schülerin	0,3	0,7
Pensionistin	0,3	0,1
nicht berufstätig	33,6	23,4
unbekannt	0,0	0,1
Chi ² =129,2; p=0,000		
Stellung im Beruf		
Selbstständige, Freiberuflerin	1,0	1,7
mithelfende Familienangehörige	1,6	3,7
Angestellte, Beamtin, Lehrling in Angestelltenberuf	43,0	61,1
Arbeiterin, Lehrling in Arbeiterberuf	54,4	33,3
unbekannt	0,0	0,2
Chi ² =230,4; p=0,000		
Familienstand		
ledig	27,6	24,6
verheiratet	67,6	72,7
verwitwet	0,6	0,3
geschieden	4,2	2,4
Chi ² =42,6; p=0,000		
Religionszugehörigkeit		
römisch-katholisch	72,3	85,9
evangelisch	5,6	3,9
altkatholisch	0,0	0,0
israelitisch	0,1	0,0
islamitisch	14,1	4,5
sonstige gesetzlich anerkannte Religion	3,3	1,9
keine Eintragung, unbekannt, ohne Bekenntnis	4,6	3,7
Chi ² =414,8; p=0,000		

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Merkmale der Mütter arbeitssuchender NEET-Jugendlicher (Spalte 1) und Jugendlicher in Beschäftigung/Ausbildung (Spalte 2) im Vergleich. Der Chi-Quadrat-Test prüft, ob das Merkmal in beiden Gruppen gleich verteilt ist.

Ein sehr ähnliches Bild zeichnet der Erwerbsstatus der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt. Bei Jugendlichen in Ausbildung/Beschäftigung war die Mutter mit 75,8 % deutlich häufiger berufstätig als bei arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen mit 65,8 %. Nahezu zwei Drittel (61,1 %) der berufstätigen Mütter in der Vergleichsgruppe (berufstätig/Ausbildung) können der Kategorie „Angestellte, Beamtin oder Lehrling in Angestelltenberuf“ zugeordnet werden. Derselbe Prozentanteil unter den Müttern der NEET Jugendlichen beläuft sich auf 43,0 %. Mit 54,4 % war die Kategorie „Arbeiterin, Lehrling im

Arbeiterberuf“ unter diesen Müttern am häufigsten anzutreffen. Die Mütter aus der Gruppe Beschäftigung/Ausbildung waren demgegenüber nur zu einem Drittel (33,3 %) Arbeiterinnen.

Bezüglich des Familienstandes der Mutter zeigen sich keine gravierenden Unterschiede. Der Anteil der ledigen Mütter ist für die arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen etwas höher (27,6 % in Vergleich zu 24,6 %), und jener der verheirateten Mütter etwas niedriger (67,6 % im Vergleich zu 71,7 %). Die Anteile in Bezug auf das Religionsbekenntnis der Mutter spiegeln die bereits angesprochenen Unterschiede zwischen In- und Ausländerinnen wider. Die Mütter von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen gehören signifikant weniger häufig der römisch-katholischen Kirche an (72,3 vs. 85,9 %). Der Anteil an Müttern mit islamischen Religionsbekenntnis ist hingegen in dieser Gruppe mehr als dreimal so hoch (14,1 vs. 4,5 %).

Ohne hier auf kausale Interpretationen einzugehen, wird klar ersichtlich, dass der sozio-ökonomische Status von NEET-Jugendlichen geringer ist als jener in der Vergleichsgruppe. Das gilt sowohl für die Lebensphase zwischen 15 und 24 Jahren als auch bereits zum Zeitpunkt der Geburt.

4.3.2 GESUNDHEITSSTATUS

Im folgenden Abschnitt wird der Gesundheitszustand von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen analysiert und jenem der Vergleichsgruppe von Personen in Ausbildung oder Beschäftigung gegenüber gestellt. Diesbezüglich ist anzumerken, dass zur Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes keine Diagnosen oder medizinischen Untersuchungsergebnisse zur Verfügung stehen. Vielmehr wird der Gesundheitsstatus über die Höhe der Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich sowie über die Anzahl der im Spital verbrachten Tage angenähert.

Die Höhe der Gesundheitsausgaben spiegelt nicht notwendigerweise den Gesundheitszustand eines Menschen wider. Ausgaben im niedergelassenen Bereich umfassen zum einen kurative Leistungen, die mit dem Gesundheitszustand korrelieren. Zum anderen sind in diesen Ausgaben auch präventive Komponenten enthalten, die keinen unmittelbaren Rückschluss auf den gesundheitlichen Zustand einer Person erlauben. Prophylaktische Zahnarztbesuche sowie die Teilnahme an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen stellen Beispiele für letztere Kategorie dar. Es ist plausibel, anzunehmen, dass die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus sowie die Höhe der Ausgaben für Medikamente bessere Prädiktoren des individuellen gesundheitlichen Zustandes sind als die Ausgaben für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich. Damit wird unterstellt, dass ein Krankenhausaufenthalt (vor allem für junge Menschen) in erster Linie therapeutischen Zwecken dient, und dass Medikamente überwiegend zur Behandlung medizinischer Probleme verschrieben und nicht vorbeugend eingenommen werden.

4.3.2.1 ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Tabelle 4-7 stellt die Höhe der durchschnittlichen Ausgaben arbeitssuchender NEET-Jugendlicher in Oberösterreich für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich im Jahr 2012 jener der Vergleichsgruppe gegenüber. Die in der Tabelle 4-7 enthaltenen Zahlen zeigen, dass NEET-Jugendliche deutlich höhere Ausgaben für Arztbesuche aufweisen. Der Unterschied von 68,6 € ist statistisch hoch signifikant. Mit 85,3 € ist die Differenz bei den weiblichen Jugendlichen zwar weitaus größer als bei den Männern (53,0 €), allerdings muss betont werden, dass das Ausgabenniveau der Frauen insgesamt jenes der Männer deutlich übertrifft. Die signifikant höheren pro Kopf Ausgaben der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen können durchgängig über alle Altersgruppen hinweg beobachtet werden.

Tabelle 4-7: Ausgaben für Arztbesuche im niedergelassenen Bereich im Vergleich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	264,2	195,6	68,6	0,000
Geschlecht				
weiblich	321,7	236,4	85,3	0,000
männlich	214,7	161,6	53,0	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	235,6	169,1	66,5	0,000
18- bis 20-Jährige	244,1	198,6	45,5	0,000
21- bis 24-Jährige	289,1	209,9	79,3	0,000

Anmerkung: Die Tabelle zeigt die durchschnittlichen extramuralen Gesundheitsausgaben arbeitssuchender NEET-Jugendlicher (Spalte 1) sowie Jugendlicher in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Ein sehr ähnliches Bild zeigt sich für die Aufspaltung der Ausgaben in jene für AllgemeinmedizinerInnen (Tabelle 4-8) und Fachärztinnen/Fachärzte (Tabelle 4-9). Die Ausgaben für AllgemeinmedizinerInnen sind in der Gruppe der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen im Durchschnitt um rund 50 % höher als in der Vergleichsgruppe der Jugendlichen in Ausbildung oder Beschäftigung. Erhebliche Unterschiede existieren auch bei den Ausgaben für Facharztbesuche, die für beide Geschlechter und unterschiedliche Altersgruppen beobachtet werden können.

Tabelle 4-8: Ausgaben für Arztbesuche die der praktischen Ärztin/beim praktischen Arzt im Vergleich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	95,4	62,8	32,6	0,000
Geschlecht				
weiblich	104,0	68,0	36,0	0,000
männlich	87,9	58,4	29,5	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	85,2	53,9	31,3	0,000
18- bis 20-Jährige	95,9	68,6	27,3	0,000
21- bis 24-Jährige	98,1	64,4	33,7	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben arbeitssuchender NEET-Jugendlicher (Spalte 1) sowie Jugendlicher in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Tabelle 4-9: Ausgaben für Facharztbesuch (ohne Zahnärztin/Zahnarzt) im Vergleich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	100,9	76,5	24,4	0,000
Geschlecht				
weiblich	142,2	106,5	35,6	0,000
männlich	65,2	51,4	13,8	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	86,0	67,2	18,8	0,008
18- bis 20-Jährige	83,2	74,6	8,6	0,072
21- bis 24-Jährige	119,6	83,4	36,2	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben arbeitssuchender NEET-Jugendlicher (Spalte 1) sowie Jugendlicher in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Deutliche Unterschiede treten auch hinsichtlich der Ausgaben für Medikamente auf (Tabelle 4-10). Mit durchschnittlich 133,2 € konsumieren arbeitssuchende NEET-Jugendliche wesentlich mehr Medikamente als die Vergleichsgruppe (77,9 €). Während der Unterschied bei den weiblichen Jugendlichen nicht statistisch signifikant ist, geben männliche NEET-Jugendliche mehr als doppelt so viel wie die Jugendlichen in Ausbildung oder Beschäftigung für Medikamente aus. In Bezug auf das Alter zeigt sich, dass die Differenz bei den 21-bis 24-Jährigen am größten ist.

Tabelle 4-10: Ausgaben für Medikamente im Vergleich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	133,2	77,9	55,3	0,083
Geschlecht				
weiblich	102,3	78,5	23,8	0,623
männlich	160,0	77,4	82,5	0,051
Alter				
15- bis 17-Jährige	54,3	74,6	-20,3	0,771
18- bis 20-Jährige	137,0	91,0	46,0	0,573
21- bis 24-Jährige	154,6	71,4	83,2	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben arbeitssuchender NEET-Jugendlicher (Spalte 1) sowie Jugendlicher in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Die Gegenüberstellung der Ausgaben für Medikamente nach unterschiedlichen Medikamentengruppen (siehe Tabelle 4-11) zeigt die größten Unterschiede für Medikamente des Nervensystems. Jugendliche in Beschäftigung oder Ausbildung geben pro Jahr 10,1 € für diese Kategorie von Medikamenten aus. Für arbeitssuchende NEET-Jugendliche steigt dieser Wert auf 41,9 € an. Der Unterschied ist hoch signifikant.²⁰ Weitere statistisch signifikante Unterschiede finden sich für Medikamente des Muskel- und Skelettsystems sowie für antiparasitäre Substanzen, Insektizide und Repellenzien. Die quantitative Bedeutung dieser Medikamentenkategorien ist allerdings sehr gering.

Tabelle 4-11: Ausgaben für Medikamentengruppen im Vergleich

	(1) AS	(2) B/A	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alimentäres System und Stoffwechsel (ATC Gruppe A)	5,6	5,8	-0,2	0,984
Blut und blutbildende Organe (B)	27,7	10,9	16,9	0,431
Cardiovasculäres System (C)	0,7	1,5	-0,8	0,780
Dermatika (D)	2,6	2,8	-0,2	0,665
Urogenitalsystem und Sexualhormone (G)	0,8	0,7	0,1	0,808
Hormone, systemisch (ohne Sexualhormone) (H)	0,4	4,0	-3,6	0,420
Antiinfektiva für systemische Gabe (J)	11,2	12,6	-1,4	0,939
Antineoplastische und immunmodulierende Substanzen (L)	24,6	12,7	11,9	0,124
Muskel- und Skelettsystem (M)	2,6	1,7	0,9	0,021
Nervensystem (N)	41,9	10,1	31,8	0,000
Antiparasitäre Substanzen, Insektizide, Repellenzien (P)	0,2	0,1	0,1	0,000
Respirationstrakt (R)	5,7	5,6	0,1	0,913
Sinnesorgane (S)	0,3	0,2	0,0	0,735
Verschiedene (V)	0,0	0,9	-0,9	0,050

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ausgaben für unterschiedliche Medikamentengruppen arbeitssuchender NEET-Jugendlicher (Spalte 1) sowie Jugendlicher in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

²⁰ Auf die mit der psychischen Gesundheit in Verbindung stehenden Ausgabenkategorien von NEET Jugendlichen wird weiter unten näher eingegangen (siehe dazu Kapitel 4.3.2.2).

Die Beobachtung, dass arbeitssuchende NEET-Jugendliche einen deutlich höheren Medikamenten-Konsum aufweisen, wird durch die Zahlen in Tabelle 4-12 untermauert. Diese Tabelle enthält die Anteile jener Jugendlichen, die überhaupt Medikamente konsumieren. In der Gruppe der Jugendlichen, welche sich in Ausbildung oder Beschäftigung befinden, ist dies bei 58,1 % der Fall. Unter den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen beträgt dieser Anteil 66,5 %. Der Unterschied von 8,4 Prozentpunkten ist hoch signifikant. Der höchste Anteil mit einem positiven Medikamentenkonsum ergibt sich mit 74,5 % für die weiblichen arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen.

Tabelle 4-12: Anteil (in %) Jugendlicher mit Ausgaben für Medikamente im Vergleich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	66,5	58,1	8,4	0,000
Geschlecht				
weiblich	74,5	63,9	10,6	0,000
männlich	59,5	53,2	6,3	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	67,4	55,5	11,8	0,000
18- bis 20-Jährige	66,9	60,5	6,4	0,000
21- bis 24-Jährige	65,9	58,0	7,9	0,000

Anmerkung: Diese Tabelle zeigt die Anteile von Leistung in Anspruch nehmenden arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (Spalte 1) sowie Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (2) in %. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Auch bezüglich der jährlich im Krankenhaus verbrachten Tage weichen die beiden untersuchten Gruppen voneinander ab (Tabelle 4-13). Mit 1,4 Tagen im Jahr ist die Spitalsaufenthaltsdauer der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen mehr als doppelt so hoch, verglichen mit der Gruppe der Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung. Die Unterschiede sind für beide Geschlechter etwa gleich hoch. Auffallend ist, dass die 15- bis 17-Jährigen NEET-Jugendlichen mit 1,9 Tagen die höchste Krankenhausaufenthaltsdauer aufweisen.

Tabelle 4-13: Tage im Krankenhaus

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	1,4	0,6	0,7	0,000
Geschlecht				
weiblich	1,5	0,7	0,8	0,000
männlich	1,3	0,6	0,7	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	2,0	0,7	1,3	0,000
18- bis 20-Jährige	1,4	0,6	0,7	0,000
21- bis 24-Jährige	1,2	0,6	0,6	0,000

Anmerkung: Diese Tabelle zeigt die durchschnittliche Anzahl von Spitalstagen für arbeitssuchende NEET-Jugendliche (Spalte 1) und Jugendliche in Beschäftigung oder Ausbildung (Spalte 2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2), und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem zwischen den untersuchten Gruppen können auch mit Hilfe von Regressionen aufgezeigt werden, in denen gleichzeitig für individuelle Merkmale kontrolliert wird. Tabelle 4-14 zeigt die Regressionsergebnisse für den Einfluss der Arbeitssuche auf die Höhe der Gesundheitsausgaben (Arztbesuche und Medikamente) beziehungsweise auf die Krankenhaustage. Die Schätzergebnisse bestätigen die Wirkung der Arbeitssuche (Dummy-Variable, die für arbeitssuchende NEET-Jugendliche den Wert 1 annimmt) auf die Ausgaben für ärztliche Hilfe und Medikamente sowie auf die Anzahl der Tage in stationärer Behandlung. Im Vergleich zu einem Jugendlichen in Ausbildung oder Beschäftigung weist

eine arbeitssuchende NEET-Jugendliche/ein arbeitssuchender NEET-Jugendlicher ceteris paribus rund 62 € höhere Ausgaben für Arztbesuche und um 0,8 mehr Tage im Krankenhaus auf. Der Unterschied bei den Medikamenten beträgt rund 52 €, ist allerdings statistisch nicht signifikant.

Tabelle 4-14: Regressionsergebnisse für den allgemeinen Gesundheitszustand

	(1) Arztbesuche	(2) Medikamente	(3) KH-Tage
Konstante	131,98*** (2,11)	98,25*** (22,88)	0,64*** (0,04)
arbeitssuchend	61,94*** (4,80)	51,66 (27,82)	0,76*** (0,11)
18- bis 20-Jährige	29,41*** (1,87)	18,64 (18,02)	-0,08 (0,04)
21- bis 24-Jährige	43,74*** (1,72)	3,22 (8,79)	-0,13*** (0,04)
weiblich	76,35*** (1,47)	-0,54 (10,82)	0,05 (0,03)
Stadt über 30.000 Einw.	18,05*** (1,92)	-2,84 (10,28)	0,02 (0,03)
Österreichische StaatsbürgerInnen	-2,57 (1,99)	-31,96 (20,24)	0,05 (0,04)
N	99.557	99.557	99.557

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse von Ordinary Least Squares (OLS) Regressionen von unterschiedlichen Gesundheitsausgaben sowie Krankenhaustagen auf den NEET-Status und individuelle Merkmale. Die erste Zeile zeigt die jeweilige abhängige Variable an. Heteroskedastie-robuste Standardfehler in Klammern. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Während die Kontrollvariablen für die Medikamentenausgaben durchwegs insignifikant bleiben, finden sich bei den Ausgaben für ärztliche Hilfe positive Einflüsse des Alters und des Geschlechts. Im Vergleich zu den 15- bis 17-Jährigen erhöhen sich die Ausgaben in den höheren Altersgruppen. Weibliche Jugendliche geben mehr für Arzthilfe aus als männliche Versicherte. Darüber kann ein signifikant positiver Einfluss der Größe des Wohnortes beobachtet werden. Jugendliche, die in einer Stadt mit über 30.000 EinwohnerInnen leben, weisen um ca. 18 € höhere Ausgaben für Arztkonsultationen aus. Mögliche Erklärungsansätze für dieses Ergebnis könnten zum einen das ärztliche Verschreibungsverhalten im urbanen Raum beziehungsweise die höhere Ärztedichte in größeren Städten sein und zum anderen könnte auch das häufigere Auftreten von Verschmutzungen in urbanen Räumen hierfür verantwortlich sein (siehe Kapitel 3.3.2.2). Bei den Krankenhaustagen ist ein negativer Einfluss des Alters festzustellen, welcher für die Gruppe der 21- bis 24-Jährigen hoch signifikant ist.

Tabelle 4-15: Regressionsergebnisse für arbeitssuchende NEET-Jugendliche – allgemeiner Gesundheitszustand

	(1) Arztbesuche	(2) Medikamente	(3) KH-Tage
Konstante	152,71*** (15,50)	-7,35 (29,77)	1,33** (0,42)
arbeitslos > 3 Monate	30,92** (9,49)	123,18** (46,85)	0,41 (0,22)
Arbeitslosengeldbezug	25,23* (12,04)	-171,07 (127,13)	0,50 (0,32)
18- bis 20-Jährige	-18,53 (15,83)	160,69 (127,90)	-0,97 (0,51)
21- bis 24-Jährige	16,16 (17,69)	203,47* (88,55)	-1,30* (0,54)
weiblich	104,81*** (9,62)	-59,15 (50,45)	0,15 (0,23)
Stadt über 30.000 Einw.	51,10*** (11,55)	30,45 (39,56)	-0,07 (0,26)
Österreichische StaatsbürgerInnen	12,36 (10,78)	56,48 (53,87)	0,46 (0,27)
N	2.932	2.932	2.932

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse von Ordinary Least Squares (OLS) Regressionen von unterschiedlichen Gesundheitsindikatoren auf den NEET-Status und individuelle Merkmale. Die erste Zeile zeigt die jeweilige abhängige Variable an. Heteroskedastie-robuste Standardfehler in Klammern. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

In einer alternativen Spezifikation, die nur mehr arbeitssuchende NEET-Jugendlichen enthält, wird der Einfluss einer längeren Arbeitslosendauer sowie des Bezuges von Arbeitslosengeld untersucht (Tabelle 4-15). Eine Arbeitslosendauer von mehr als drei Monaten wirkt sich sowohl in Bezug auf Arztbesuche als auch für Medikamente ausgabensteigernd aus. Im Vergleich zu Jugendlichen mit einer kürzeren Dauer der Arbeitslosigkeit steigen die Ausgaben für Arztkonsultationen um 31 € und jene für Medikamente um 123 € signifikant an. Der Effekt auf den Medikamentenkonsum ist auch quantitativ sehr bedeutsam. Bezogen auf den Mittelwert von 133 €, steigt diese Ausgabenkategorie für Jugendliche mit einer längeren Arbeitslosendauer um 92 %. Ob und in welchem Ausmaß die Zunahme der Ausgaben für Medikamente auf Psychopharmaka beziehungsweise auf Medikamente des Nervensystems zurückgeführt werden kann, wird im nächsten Abschnitt thematisiert. Auf die Behandlungsdauer im Krankenhaus hat eine längere Arbeitslosigkeit keinen signifikanten Einfluss.

Der Bezug von Arbeitslosengeld wirkt sich lediglich auf die Höhe der Ausgaben für ärztliche Hilfe aus. Diese steigen ceteris paribus um rund 25 €, während die Ausgaben für die beiden anderen Gesundheitskomponenten nicht signifikant beeinflusst werden. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang ist, dass für den Bezug von Arbeitslosengeld in den Vergangenheit eine Beschäftigung bestanden haben muss und sich der Arbeitsplatzverlust negativ auf die Gesundheit auswirkt. Zusätzlich stehen Arbeitslosengeldbezieher vermutlich auch unter höherem Druck, eine Beschäftigung zu finden. Dies könnte die Gesundheit direkt beeinflussen, die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitsbereich könnte jedoch auch als Rechtfertigung für mangelnde Arbeitsfähigkeit dienen. Die wichtigsten Effekte der übrigen Kontrollvariablen sind jenen in Tabelle 4-14 sehr ähnlich.

Sowohl die hier präsentierten Mittelwertvergleiche als auch die Ergebnisse der Regressionsanalysen legen nahe, dass sich der (allgemeine) Gesundheitszustand (ausgedrückt in Krankenhaustagen und Ausgaben im niedergelassenen Bereich) von NEET-Jugendlichen und jenen, die sich in Beschäftigung oder in Ausbildung befinden, deutlich unterscheidet. Arbeitssuchende NEET-Jugendliche sind häufiger in stationärer Behandlung und weisen zudem signifikant höhere Ausgabenniveaus für

ärztliche Hilfe und den Konsum von Medikamenten auf. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit (mehr als drei Monate) werden diese Unterschiede noch verstärkt. Während sich die bisher präsentierten quantitativen Ergebnisse auf den allgemeinen Gesundheitszustand bezogen haben, liegt der Schwerpunkt der Analyse im nächsten Abschnitt auf der psychischen Gesundheit.

4.3.2.2 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Tabelle 4-16 vergleicht die durchschnittlichen Ausgaben und Krankenhaustage für die Behandlung von psychischen Erkrankungen von Jugendlichen. Sowohl für die Inanspruchnahme von Leistungen bei FachärztInnen für Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie als auch beim Medikamentenkonsum für das Nervensystem (ATC Gruppe N) weisen arbeitssuchende NEET-Jugendliche mit einer Differenz von 4,3 € bzw. 31,8 € deutlich höhere Ausgaben auf. Auch bei den Krankenhaustagen im Zusammenhang mit psychischen bzw. Verhaltensstörungen (ICD-10-Diagnosen im Kapitel V; siehe Bundesministerium für Gesundheit 2013, 201ff) übertreffen arbeitssuchende NEET-Jugendliche die Vergleichsgruppe signifikant.

Tabelle 4-16: Ausgaben und Krankenhaustage im Bereich psychischer Gesundheit

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Fachärztin/Facharzt für psychische Erkrankungen	6,1	1,8	4,3	0,000
Nervensystem (ATC N)	41,9	10,1	31,8	0,000
KH-Tage psychische-/Verhaltensstörungen	0,5	0,1	0,4	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ausgaben und Krankenhaustage für arbeitssuchende NEET-Jugendliche (Spalte 1) sowie Jugendliche in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Eine weitere interessante Kennzahl ist der Anteil an Personen, die überhaupt Leistungen im Bereich psychischer Gesundheit beanspruchen. Vergleicht man etwa die entsprechenden Facharztbesuche, so wird deutlich, dass diese Anteile unter den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen drei- bis viermal so hoch sind wie in der Vergleichsgruppe (Tabelle 4-17). Ein nahezu identisches Bild zeigt sich für den Anteil an Jugendlichen mit Krankenhausaufhalten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (Tabelle 4-18). Auch hier können signifikant höhere Anteile mit einschlägigen stationären Aufenthalten unter den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen beobachtet werden. Das gilt in einem ähnlichen Ausmaß für beide Geschlechter und alle Altersgruppen.

Tabelle 4-17: Anteil (in %) Jugendlicher mit Facharztausgaben im psychischen Bereich

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	3,8	1,1	2,7	0,000
Geschlecht				
weiblich	4,0	1,4	2,6	0,000
männlich	3,7	0,9	2,8	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	2,8	0,8	1,9	0,000
18- bis 20-Jährige	4,1	1,2	3,0	0,000
21- bis 24-Jährige	3,9	1,3	2,6	0,000

Anmerkung: Diese Tabelle zeigt die Anteile von Leistung in Anspruch nehmenden arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (Spalte 1) sowie Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (2) in %. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Tabelle 4-18: Anteil (in %) Jugendlicher mit Krankenhausaufenthalten bei psychischen und Verhaltensstörungen

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	3,0	0,7	2,3	0,000
Geschlecht				
weiblich	2,7	0,8	1,9	0,000
männlich	3,4	0,7	2,7	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	4,2	0,9	3,3	0,000
18- bis 20-Jährige	3,0	0,8	2,2	0,000
21- bis 24-Jährige	2,7	0,6	2,2	0,000

Anmerkung: Diese Tabelle zeigt die Anteile von Leistung in Anspruch nehmenden arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (Spalte 1) sowie Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (2) in %. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Der Anteil von Jugendlichen, die Medikamente für das Nervensystem in Anspruch nehmen, ist verglichen mit den beiden vorangegangenen Ausgabenkomponenten insgesamt höher. Die ausgewiesenen Prozentzahlen in Tabelle 4-19 beziehen sich auf alle einschlägigen Verschreibungen, die über die Gebietskrankenkassen eingereicht und abgerechnet werden.²¹

12,3 % der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen haben 2012 ein Medikament für das Nervensystem (ATC Gruppe N) in Anspruch genommen. Für die Gruppe jener, die in Beschäftigung beziehungsweise in Ausbildung sind, beträgt dieser Prozentsatz lediglich 4,4 %. Besonders hoch ist der Anteil unter den 21-bis 24-Jährigen arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen.

Tabelle 4-19: Anteil (in %) Jugendlicher mit Medikamentenkonsum im Bereich Nervensystem

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Alle	12,3	4,4	7,9	0,000
Geschlecht				
weiblich	12,4	5,1	7,3	0,000
männlich	12,3	3,9	8,4	0,000
Alter				
15- bis 17-Jährige	12,4	3,4	9,0	0,000
18- bis 20-Jährige	11,3	4,7	6,7	0,000
21- bis 24-Jährige	13,1	5,0	8,2	0,000

Anmerkung: Diese Tabelle zeigt die Anteile von Leistung in Anspruch nehmenden arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (Spalte 1) sowie Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (2) in %. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Die Aufspaltung der Medikamentengruppe N in die einzelnen Unterkategorien (Tabelle 4-20) zeigt, dass arbeitssuchende NEET-Jugendliche in allen Bereichen in höherem Ausmaß betroffen sind. Bemerkenswert sind die Unterschiede im Bereich der Psychoanaleptika, insbesondere für Antidepressiva. Der Anteil jener, die diese Substanzen verschrieben bekommen, ist unter den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen dreimal so hoch. Quantitativ nicht ganz so bedeutend, aber ebenfalls mit erheblichen Unterschieden zwischen den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen und der Vergleichsgruppe, sind die Analgetika und Psycholeptika.

²¹ Über psychische Erkrankungen, die nicht medikamentös behandelt oder nicht über die Gebietskrankenkasse abgerechnet werden, kann naturgemäß keine Aussage getätigt werden.

Tabelle 4-20: Anteil (in %) Jugendlicher mit Medikamentenkonsum im Bereich Nervensystem im Detail

	(1) arbeitssuchend	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Nervensystem (ATC Gruppe N)	12,3	4,4	7,9	0,000
Anästhetika (N01)	0,2	0,1	0,0	0,474
Analgetika (N02)	4,0	1,4	2,6	0,000
Antiepileptika (N03)	1,7	0,7	1,0	0,000
Antiparkinsonmittel (N04)	0,1	0,0	0,0	0,075
Psycholeptika (N05)	2,9	0,7	2,3	0,000
Psychoanaleptika (N06)	6,6	2,1	4,5	0,000
Antidepressiva (N06A)	5,8	1,8	4,1	0,000
Psychostimulanzien (N06B)	0,4	0,2	0,3	0,000
Nervensystem sonstige (N07)	1,6	0,3	1,2	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Anteile von Leistung in Anspruch nehmenden arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen (Spalte 1) sowie Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (2) in %. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Eine neuerliche Regressionsanalyse zeigt den Einfluss der Arbeitssuche und individueller Merkmale auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich beziehungsweise stationäre Aufenthalte zur Behandlung von psychischen Erkrankungen (Tabelle 4-21). Die Schätzkoeffizienten bestätigen die Ergebnisse, die bereits im Mittelwertvergleich sichtbar wurden. Der Anteil von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen, die einschlägige ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, ist um 2,6 Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe. Bei den Krankenhausaufenthalten ist der Anteil unter den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen um 2,3 Prozentpunkte höher. Der Einfluss der übrigen Kontrollvariablen ist zum Teil statistisch signifikant, die quantitative Bedeutung ist aber durchwegs gering.

Arbeitssuchende NEET-Jugendliche haben zudem eine um 7,5 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit Medikamenten aus der ATC Gruppe N zu konsumieren (Spalte 1 in Tabelle 4-22). Für Psycholeptika und Psychoanaleptika (Antidepressiva) ist diese Wahrscheinlichkeit für die NEET Jugendlichen um 2 beziehungsweise um 4 Prozentpunkte höher (Spalten 2 und 3 in Tabelle 4-22).

Tabelle 4-21: Regressionsergebnisse – Leistungen bei psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen (Linear Probability Models LPM)

	(1) FA für psychische Erkrankungen	(2) KH-Aufenthalt psych. Störung
Konstante	0,004*** (0,001)	0,008*** (0,001)
arbeitssuchend	0,026*** (0,004)	0,023*** (0,003)
18- bis 20-Jährige	0,003*** (0,001)	-0,001 (0,001)
21- bis 24-Jährige	0,004*** (0,001)	-0,004*** (0,001)
weiblich	0,004*** (0,001)	0,000 (0,001)
Stadt über 30.000 Einw.	0,006*** (0,001)	0,002* (0,001)
Österreichische StaatsbürgerInnen	0,002** (0,001)	0,001 (0,001)
N	99.557	99.557

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse von Ordinary Least Squares (OLS) Regressionen von unterschiedlichen Gesundheitsausgaben sowie Krankenhaustagen auf den NEET Status und individuelle Merkmale. Die erste Zeile zeigt die jeweilige abhängige Variable an. Heteroskedastie-robuste Standardfehler in Klammern. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabelle 4-22: Regressionsergebnisse – Medikamente für das Nervensystem bei Jugendlichen (LPM)

	(1) Nervensystem (ATC N)	(2) Psycholeptika (ATC N05)	(3) Psychoanaleptika (ATC N06)
Konstante	0,029*** (0,002)	0,005*** (0,001)	0,007*** (0,001)
arbeitssuchend	0,075*** (0,006)	0,022*** (0,003)	0,043*** (0,005)
18- bis 20-Jährige	0,013*** (0,002)	0,002*** (0,001)	0,007*** (0,001)
21- bis 24-Jährige	0,016*** (0,002)	0,003*** (0,001)	0,011*** (0,001)
weiblich	0,012*** (0,001)	-0,002** (0,001)	0,008*** (0,001)
Stadt über 30.000 Einw.	0,020*** (0,002)	0,004*** (0,001)	0,010*** (0,001)
Österreichische StaatsbürgerInnen	-0,005** (0,002)	-0,001 (0,001)	0,002 (0,001)
N	99.557	99.557	99.557

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse von Ordinary Least Squares (OLS) Regressionen von unterschiedlichen Gesundheitsausgaben sowie Krankenhaustagen auf den NEET Status und individuelle Merkmale. Die erste Zeile zeigt die jeweilige abhängige Variable an. Heteroskedastie-robuste Standardfehler in Klammern. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

In Tabelle 4-23 ist erkennbar, dass es signifikante Einflüsse der Dauer der Arbeitslosigkeit beziehungsweise des Bezuges von Arbeitslosengeld auf einzelne Ausgabenkategorien gibt. Eine Dauer der Arbeitslosigkeit von mehr als drei Monaten erhöht die Wahrscheinlichkeit, ein Medikament der ATC Gruppe N verschrieben zu bekommen, um 4,6 Prozentpunkte (Spalte 3) und jene für ein Antidepressivum (Spalte 4) um 2,5 Prozentpunkte. Ein Arbeitslosengeldbezug hat ebenfalls positive und signifikante Effekte auf die Wahrscheinlichkeit für ein Antidepressivum sowie einen einschlägigen Krankenhausaufenthalt. Wie bei den erhöhten Ausgaben für Arztbesuche (Tabelle 4-15), können als mögliche Erklärungen für diese Zusammenhänge einerseits Beeinträchtigung der Gesundheit als Folge eines Arbeitsplatzverlustes sowie der erhöhte Druck, eine Beschäftigung zu finden, genannt werden. Was die Medikamentenverschreibungen betrifft, so zeigen die Kovariaten, dass im urbanen Bereich signifikant mehr Präparate der ATC Gruppe N verschrieben werden.

Tabelle 4-23: Regressionsergebnisse für arbeitssuchende NEET-Jugendliche – psychische Gesundheit

	(1) FA für psych. Erkrankungen	(2) KH-Aufenthalt psych. Störung	(3) Nervensystem (ATC N)	(4) Psychoanaleptika (ATC N06)
Konstante	0,004 (0,009)	0,030** (0,011)	0,073*** (0,019)	0,020 (0,014)
arbeitslos > 3 Monate	0,012 (0,007)	0,010 (0,006)	0,046*** (0,012)	0,025** (0,009)
Arbeitslosengeldbezug	0,012 (0,008)	0,021* (0,008)	-0,001 (0,016)	0,024* (0,012)
18- bis 20-Jährige	0,004 (0,010)	-0,024 (0,012)	-0,015 (0,021)	-0,022 (0,016)
21- bis 24-Jährige	-0,002 (0,011)	-0,031* (0,013)	-0,002 (0,022)	-0,028 (0,018)
weiblich	0,001 (0,007)	-0,007 (0,006)	0,001 (0,012)	0,014 (0,009)
Stadt über 30.000 Einw.	0,002 (0,008)	0,002 (0,007)	0,034* (0,014)	0,013 (0,011)
Österreichische StaatsbürgerInnen	0,021** (0,008)	0,006 (0,007)	0,023 (0,014)	0,031** (0,010)
N	2.932	2.932	2.932	2.932

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt die Ergebnisse von Ordinary Least Squares (OLS) Regressionen von unterschiedlichen Gesundheitsindikatoren auf individuelle Merkmale für arbeitssuchende NEET-Jugendliche. Die erste Zeile zeigt die jeweilige abhängige Variable an. Heteroskedastie-robuste Standardfehler in Klammern. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Arbeitssuchende NEET-Jugendliche weisen also nicht nur im Bereich der allgemeinen Gesundheitsausgaben deutlich höhere Niveaus auf. Sämtliche Ausgabenkategorien, die auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen hinweisen, sind ebenfalls signifikant höher. Das gilt sowohl für den niedergelassenen als auch für den stationären medizinischen Sektor. Der offensichtliche statistische Zusammenhang zwischen dem NEET-Status und den Gesundheitsausgaben im Bereich psychischer Erkrankungen erlaubt allerdings keine kausale Interpretation. Die bisher präsentierte empirische Analyse kann die Frage nicht zweifelsfrei beantworten, ob der NEET-Status den Gesundheitszustand (die Höhe der Gesundheitsausgaben) determiniert, oder ob umgekehrt ein schlechter Gesundheitszustand zum NEET-Status führt. Darüber hinaus könnten beobachtbare oder nicht beobachtbare dritte Faktoren (confounders) einen Einfluss auf die Gesundheit und den NEET-Status haben. Im folgenden Abschnitt erfolgt eine „Annäherung“ an eine kausale Interpretation der Zusammenhänge, indem versucht wird, die zeitliche Dimension der administrativen Daten auszunutzen.

4.3.3 GESUNDHEIT UND ARBEITSMARKTSTATUS IM ZEITVERLAUF

Paneldaten für die Gesundheit und die Arbeitsmarktbeteiligung für die Jahre 2005 bis 2012 ermöglichen ein „Nachverfolgen“ von Personen über die Zeit und somit Aussagen darüber, ob gesundheitliche Probleme bereits vor Eintreten eines NEET-Status zu beobachten sind (Drifteffekt; siehe Kapitel 2 und 3), beziehungsweise ob Arbeitslosigkeit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorangeht (in Kapitel 2 und 3 als Kausalitätshypothese definiert). Dazu erfolgt einerseits eine Analyse der Entwicklung von Gesundheitsausgaben in Abhängigkeit vom Arbeitsmarktstatus (Kapitel 4.3.3.1) sowie der Entwicklung des Arbeitsmarktstatus in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes beziehungsweise der Gesundheitsausgaben (Kapitel 4.3.3.2).

4.3.3.1 GESUNDHEIT IN ABHÄNGIGKEIT VOM ARBEITSMARKTSTATUS

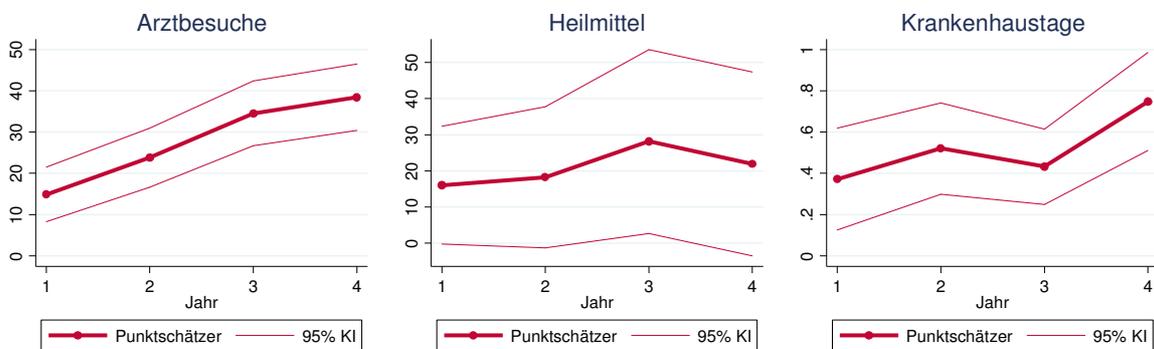
Um die Entwicklung der Gesundheit(-sausgaben) zu analysieren, werden im Folgenden Jugendliche, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind (Treatmentgruppe), mit nicht betroffenen 15- bis 24-Jährigen (Kontrollgruppe) verglichen. Die Treatmentgruppe wird dabei so definiert, dass Jugendliche gesucht werden, die zu einem Zeitpunkt t als arbeitssuchend gemeldet sind und drei Jahre zuvor in Beschäftigung beziehungsweise in Ausbildung waren. Die Kontrollgruppe umfasst Jugendliche, die über die gleichen vier Perioden hinweg durchgängig beschäftigt oder in Ausbildung sind. Die tatsächlichen Kalenderjahre, in denen der jeweilige Arbeitsmarktstatus auftritt, werden mit dieser Vorgangsweise allesamt auf die Perioden 1 bis 4 normiert. Dieser Vergleich ermöglicht eine Einschätzung über den Verlauf von Gesundheitsvariablen vor der Arbeitslosigkeit beziehungsweise zum Zeitpunkt des Eintrittes der Arbeitslosigkeit.

Abbildung 4-2 (allgemeiner Gesundheitszustand) und Abbildung 4-3 (psychischer Gesundheitszustand) zeigen die Differenz zwischen Treatment- und Kontrollgruppe für einzelne Ausgabenkategorien auf Basis einer Regressionsanalyse, in der für Geschlecht, Alter und das jeweilige Kalenderjahr kontrolliert wird. Sowohl bei den Arztbesuchen als auch bei der Anzahl der Krankenhaustage wird deutlich, dass die Unterschiede zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit deutlich erkennbar sind. Das spricht dafür, dass zumindest ein Teil des Unterschiedes im Gesundheitszustand beider Gruppen nicht auf den Umstand der Arbeitslosigkeit zurückgeführt werden kann. Eine plausible Erklärung für dieses Resultat könnten zum einen jene sein, dass zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigungen das Arbeitslosigkeitsrisiko erhöhen. Zum

anderen könnte auch der bereits angesprochene unterschiedliche sozio-ökonomische Status beider Gruppen eine Rolle spielen. Auch wenn die Unterschiede bezüglich der Arztbesuche und Krankenhaustage schon vor der Arbeitslosigkeit über die Perioden hinweg größer werden, ist mit dem Ereignis der Arbeitslosigkeit in Periode 4 eine starke Zunahme von Abweichungen (die möglicherweise auf den solitären Einfluss des geänderten Arbeitsmarktstatus erklärt werden kann) zu beobachten.

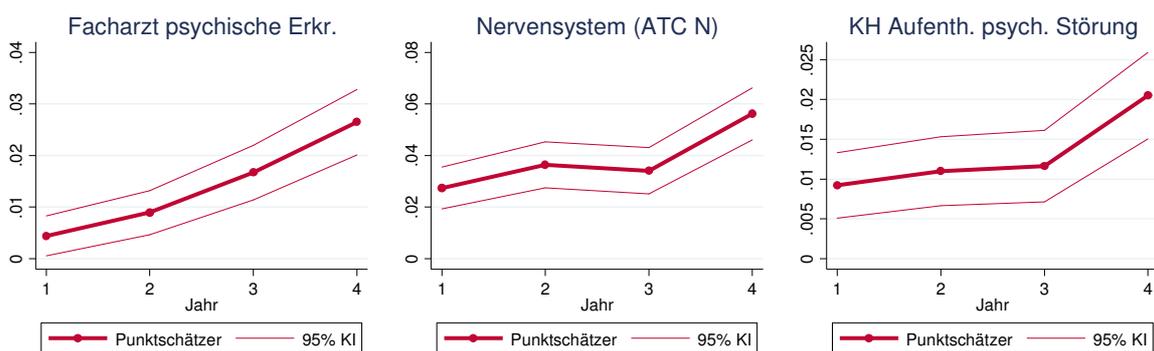
Vor allem die Tage in stationärer Behandlung steigen in Periode 4 besonders stark an. Der Unterschied in der Anzahl von Krankenhaustagen beträgt ca. 0,4 Tage in Periode 1, er steigt dann auf rund 0,55 Tage in Periode 3 an, bevor in Periode 4 ein starker Anstieg auf knapp 0,8 Tage zu verzeichnen ist. Die Ausgaben für Arztbesuche zeigen hingegen eine deutliche Zunahme über die Perioden hinweg. Dieser Umstand weist auf keinen expliziten Effekt der Arbeitslosigkeit an sich hin. Die Entwicklung der Heilmittelausgaben zeigt keinen eindeutigen Trend, die Differenz ist nur in der dritten Periode signifikant am 95%-Niveau.

Abbildung 4-2: Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes vor Eintritt der Arbeitssuche



Anmerkung: Ausbildung/Beschäftigung im Jahr 1-3 und arbeitssuchend im Jahr 4 (Treatmentgruppe, N=5.782) vs. Ausbildung/Beschäftigung im Jahr 1-4 (Kontrollgruppe, N=101.952)

Abbildung 4-3: Entwicklung des psychischen Gesundheit vor Eintritt der Arbeitssuche



Anmerkung: Ausbildung/Beschäftigung im Jahr 1-3 und arbeitssuchend im Jahr 4 (Treatmentgruppe, N=5.782) vs. Ausbildung/Beschäftigung im Jahr 1-4 (Kontrollgruppe, N=101.952)

Eine getrennte Analyse von einzelnen Leistungen im Bereich psychischer Gesundheit bestätigt beziehungsweise verstärkt die Ergebnisse für die aggregierten Variablen. Wie bereits zuvor können deutliche Unterschiede zwischen der NEET- und der Vergleichsgruppe bezüglich Ausgaben für FachärztInnen zur Behandlung psychischer Erkrankungen, Medikamente der ATC Gruppe N und Krankenhausaufenthalte mit einer Aufnahmediagnose „psychische Störung“ beobachtet werden. Die Unterschiede sind hoch signifikant, und steigen über die Perioden hinweg an. Was die Unterschiede

bei den Medikamenten für das Nervensystem und die einschlägigen Krankenhausaufenthalte betrifft, so sind die Anstiege von Periode 1 auf Periode 3 relativ moderat. In Periode 4 steigen die Unterschiede dann deutlich an, was für einen zusätzlichen kausalen Effekt der Arbeitslosigkeit spricht. Auch die Facharztausgaben zur Behandlung von psychischen Problemen im niedergelassenen Bereich steigen in Periode 4 deutlich an, die Dynamik dieser Ausgabenkategorie war aber bereits von Periode 2 auf 3 zu beobachten.

Die beobachteten Muster sind mit der Interpretation konsistent, dass der Umstand der Arbeitslosigkeit zu einem stärkeren Anstieg von allgemeinen und auf psychische Erkrankungen bezogene Gesundheitsausgaben führt, wodurch die Kausalitätshypothese gestützt wird. Zeitgleich mit dem Eintreten der Arbeitslosigkeit verschlechtert sich offensichtlich der Gesundheitszustand. Andererseits sind aber bereits vor Eintritt des NEET-Status erhebliche Unterschiede in den gesundheitlichen Ausgabenniveaus sowie in der Anzahl an Tagen stationärer Behandlung zu beobachten. Erklärungen dafür sind einerseits eine Selektion von Jugendlichen mit bestimmten soziodemografischen bzw. sozioökonomischen Merkmalen in den NEET-Status, also Unterschiede in den Gruppen bereits vor dem Eintreten der Arbeitslosigkeit, als auch eine umgekehrte Wirkung von Gesundheitsproblemen auf die Arbeitsmarktteilnahme von Jugendlichen (Drifteffekt).

4.3.3.2 ENTWICKLUNG DES ARBEITSMARKTSTATUS BEI GESUNDHEITLICHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

In diesem Abschnitt steht der Verlauf des Arbeitsmarktstatus bei Jugendlichen mit Gesundheitsausgaben im psychischen Bereich im Fokus. Hierzu wird wiederum eine Treatment- und eine Kontrollgruppen definiert und die Anteile an NEET-Jugendlichen, die beim AMS als arbeitssuchend gemeldet sind, werden miteinander verglichen. Die Treatmentgruppe beinhaltet Jugendliche, die Leistungen im psychischen Bereich in Anspruch nehmen und davor drei Jahre lang keine Ausgaben in diesem Bereich hatten. Die Kontrollgruppe weist im gesamten Zeitraum keine Leistungen auf. Die Differenz wird wiederum anhand von Punktschätzern aus Regressionsgleichungen dargestellt, in denen für Geschlecht, Alter und das jeweilige Kalenderjahr kontrolliert wird. Im Unterschied zum vorangegangenen Abschnitt unterscheiden sich die entsprechenden Treatment- und Kontrollgruppe je nach untersuchter Ausgabenkategorie.

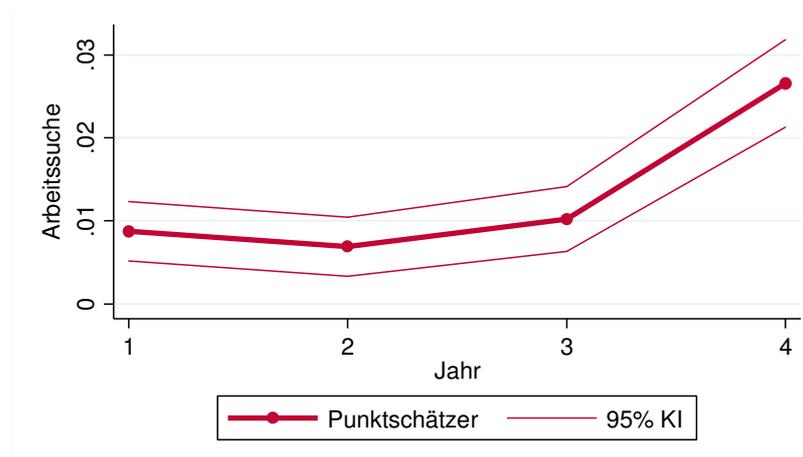
In Abbildung 4-4 wird als Treatment die Inanspruchnahme einer Leistung im psychischen Bereich (Facharztbesuche, Medikamente oder einschlägige Krankenhausaufenthalte) definiert. Es zeigt sich, dass bereits vor dem Auftreten der gesundheitlichen Probleme im Jahr 4 ein moderater aber statistisch signifikanter Unterschied im Anteil arbeitssuchender NEET-Jugendlicher von ca. einem Prozentpunkt besteht. Mit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zur Behandlung von psychischen Störungen in Periode 4 steigt der Unterschied im Anteil arbeitssuchender NEET-Jugendlicher zwischen Treatment- und Kontrollgruppe auf drei Prozentpunkte deutlich an.

Ganz ähnlich ist das Bild, wenn die psychische Beeinträchtigung nur über einschlägige Krankenhausaufenthalte erfasst wird. Auch in diesem Fall beobachten wir bereits vor Periode 4 einen signifikanten Unterschied in der Arbeitslosigkeit zwischen der Treatment- und Kontrollgruppe von rund 1,5 Prozentpunkten. Mit dem Krankenhausaufenthalt in Periode 4 erhöht sich dieser Unterschied dann auf 6 Prozentpunkte.

In der Betrachtung der Entwicklung des Arbeitsmarktstatus zeigt sich das zeitliche Zusammentreffen von gesundheitlichen Problemen und Arbeitslosigkeit noch deutlicher als im vorangegangenen Abschnitt. Diese Ergebnisse sprechen gemeinsam mit den Resultaten in Kapitel 4.3.3.1 dafür, dass die kausalen Effekte zwischen psychischer Beeinträchtigung und Arbeitslosigkeit in beide Richtungen

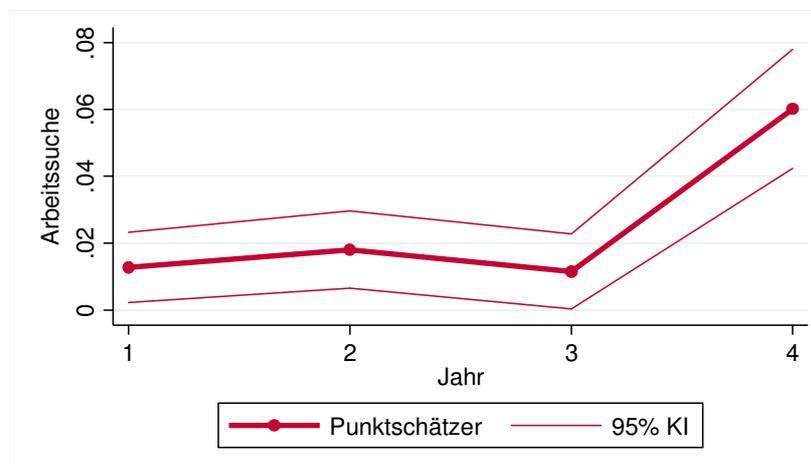
wirken beziehungsweise von dritten Faktoren beeinflusst sind. Bemerkenswert ist allerdings, dass psychische medizinische Leistungen bereits vor dem Eintreten der Arbeitslosigkeit in einem erheblichen Ausmaß in Anspruch genommen werden, während das Phänomen Arbeitslosigkeit erst mit der psychischen Erkrankung in einem nennenswerten Umfang auftritt. Abschließend bleibt an dieser Stelle festzuhalten, dass eine zuverlässige Kausalanalyse mit den vorhandenen Daten nicht gewährleistet werden kann.

Abbildung 4-4: Arbeitslosigkeit im Zeitablauf



Anmerkung: gesundheitlichen Probleme im psychischen Bereich im Jahr 4 und davor nicht (Treatmentgruppe, N=7.491) vs. keine Probleme in allen Jahren (Kontrollgruppe, N=89.700)

Abbildung 4-5: Arbeitslosigkeit im Zeitablauf



Anmerkung: Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankung im Jahr 4 und davor nicht (Treatmentgruppe, N=1.380) vs. keine Aufenthalt in allen Jahren (Kontrollgruppe, N=105.347)

4.4 INAKTIVE NEET-JUGENDLICHE

Wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben, werden inaktive NEET-Jugendliche dadurch bestimmt, dass sie am entsprechenden Stichtag keinen Eintrag in den Registerdaten aufweisen. Sie befinden sich daher, im Gegensatz zu den Jugendlichen in Kapitel 4.3, laut AMS nicht aktiv auf Arbeitssuche. Gleichzeitig sind viele von ihnen in der oberösterreichischen GKK (mit-)versichert, so dass Aussagen über die

Gesundheitsausgaben getroffen werden können.²² Kapitel 4.4.1 zeigt die Merkmale dieser Jugendlichen. Im Kapitel 4.4.2 werden die Gesundheitsausgaben charakterisiert, und in Kapitel 4.4.3 erfolgt eine Analyse der Situation junger Mütter als eigenständige Gruppe.

4.4.1 MERKMALE INAKTIVER NEET-JUGENDLICHER

4.4.1.1 MERKMALE ZUM ZEITPUNKT DER INAKTIVITÄT

Im Jahr 2012 können in Oberösterreich 1.374 inaktive NEET-Jugendliche aus im Alter von 18 bis 24 Jahren beobachtet werden (Tabelle 4-24). Bis zum entsprechenden Stichtag sind die Jugendlichen im Mittel bereits 4,6 Monate inaktiv. Auffallend ist der hohe Frauenanteil. Während bei den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen in vorangegangenen Kapiteln das Geschlechterverhältnis annähernd ausgeglichen ist, sind hier mit 61,4 % die Frauen deutlich in der Mehrheit.

Tabelle 4-24: Merkmale von inaktiven NEET-Jugendlichen in Oberösterreich

Durchschnittliches Alter	21,6
Anteil weiblich (in %)	61,4
Durchschnittliche Monate inaktiv	4,6
N	1.374

Für die inaktiven NEET-Jugendlichen lässt sich der letzte Eintrag bestimmen, bevor sie die administrativen Daten verlassen und nach der gewählten Definition als inaktiv gelten. Tabelle 4-25 zeigt, dass der letzte Eintrag für mehr als die Hälfte der Betroffenen eine Ausbildung und für mehr als ein Viertel eine Beschäftigung ist. Immerhin 16,8 % sind beim AMS als arbeitssuchend gemeldet, die restlichen Jugendlichen weisen sonstige Sozialversicherungszeiten auf, bevor sie inaktiv werden.

Tabelle 4-25: Letzter beobachteter Eintrag vor bzw. erster Eintrag nach der Inaktivität

Davor (in %)	
Beschäftigung	27,7
Arbeitssuche	16,8
Ausbildung	51,5
Krankengeldbezug/Rehabilitationszeit	1,2
Karenz	1,2
Präsenz-/Zivildienst	1,5
Summe	100,0
Danach ^a (in %)	
Beschäftigung	45,8
Trainingsmaßnahme	0,1
Arbeitssuche	22,7
Ausbildung	8,8
Krankengeldbezug/Rehabilitationszeit	0,4
Karenz	0,9
Präsenz-/Zivildienst	2,1
kein Eintrag	19,3
Summe	100,0

Anmerkungen: ^a Je nach Datenquelle können Einträge bis Anfang oder Mitte 2014 beobachtet werden.

²² Es ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der NEET-Jugendlichen im Krankheitsfall Leistungen nicht mehr in Anspruch nimmt und aus diesem Grund im Krankenversicherungsregister nicht aufscheint. Niedrige Gesundheitsausgaben sind dann nicht notwendigerweise ein Hinweis auf einen besseren Gesundheitszustand.

Für die meisten Jugendlichen kann auch eine „Rückkehr“ in die Registerdaten beobachtet werden. Beinahe 46 % der vormals inaktiven NEET-Jugendlichen finden zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) eine Beschäftigung, weitere 23 % tauchen als arbeitssuchend erneut auf. Für rund 20 % der zum Stichtag 2012 inaktiven NEET-Jugendlichen findet sich auch eineinhalb Jahre danach keinen Eintrag in den Registerdaten.

Ein Vergleich der Gruppe der inaktiven NEET-Jugendlichen mit der gleichaltrigen Kohorte in Beschäftigung oder Ausbildung zeigt, dass die in der Gruppe der arbeitslosen NEET-Jugendlichen beobachteten Unterschiede im sozio-ökonomischen Status deutlich geringer ausfallen (Tabelle 4-26). Der Anteil an inaktiven NEET-Jugendlichen, die im städtischen Bereich leben, ist mit fast 30 % nach wie vor deutlich höher als der gleiche Anteil unter den Jugendlichen in Beschäftigung/Ausbildung. Bezüglich Staatsbürgerschaft und des Anteils an Eltern mit niedrigem SES können keine großen Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen festgestellt werden. Inaktive NEET-Jugendliche haben jedoch mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit Eltern mit einem hohen sozio-ökonomischen Status (23,0 %) verglichen mit der Kontrollgruppe (14,0 %). Das stützt die Vermutung, dass in der Gruppe der inaktiven NEET-Jugendlichen auch Kinder gut gebildeter Eltern enthalten sind, die beispielsweise aufgrund eines Auslandsaufenthaltes in den Registern nicht mehr beobachtet werden können.

Tabelle 4-26: Merkmale von Jugendlichen und deren Eltern im Vergleich

	(1) inaktiv	(2) beschäftigt/Ausbildung
Stadt über 30.000 Einw. (in %)	29,4	18,2
Österreichische StaatsbürgerInnen	95,2	93,4
SES der Eltern		
niedriger SES	12,6	13,1
mittlerer SES	64,4	72,9
hoher SES	23,0	14,0
Summe	100,0	100,0

Anmerkung: Bei 95,9 % der inaktiven NEET-Jugendlichen bzw. 81,4 % der Jugendlichen in Beschäftigung/Ausbildung kann zumindest ein Elternteil in den Hauptverbandsdaten zugeordnet und damit der SES bestimmt werden.

4.4.1.2 MERKMALE BEI DER GEBURT

Auch für die Gruppe der Inaktiven können die Sozialversicherungsdaten mit dem österreichischen Geburtenregister verbunden werden, um weitere sozio-ökonomische Merkmale zum Zeitpunkt der Geburt zu vergleichen.²³

Tabellen 4-27 und 4-28 verdeutlichen, dass weder beim Geburtsgewicht der Neugeborenen noch bei der Erwerbstätigkeit oder der Bildung der Mutter ein negatives sozio-ökonomisches Gefälle für die Gruppe der inaktiven NEET-Jugendlichen beobachtet werden kann. Sowohl die höchste abgeschlossene Ausbildung als auch die Stellung im Beruf der Mutter deutet vielmehr auf einen vergleichsweise höheren sozialen Status der Mütter inaktiver NEET-Jugendlicher hin.

²³ Ein Match ist nicht bei allen Jugendlichen möglich. 79,9 % der inaktiven NEET-Jugendlichen bzw. 63,0 % der Jugendlichen in Beschäftigung/Ausbildung können eindeutig zugeordnet werden.

Tabelle 4-27: Merkmale von Jugendlichen und ihren Müttern zum Zeitpunkt der Geburt

	(1) inaktiv	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Geburtsgewicht (Gramm)	3.313	3.332	-19	0,235
Apgar-Score (nach 1 Minute)	8,8	8,8	-0,0	0,894
Mutter in Österreich geboren (in %)	88,6	91,1	-2,6	0,004

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt Merkmale der inaktiven NEET-Jugendlichen (Spalte 1) und Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung (Spalte 2) im Vergleich. Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2), und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Tabelle 4-28: Merkmale der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt (in %)

	(1) inaktiv	(2) beschäftigt/Ausbildung
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Pflichtschule, AHS-Unterstufe	22,3	30,2
Lehre (mit Berufsschule)	31,1	39,1
Mittlere (Fach-)Schule (ohne Matura)	22,7	18,3
Höhere Schule (AHS, BHS) (mit Matura)	11,5	7,6
Lehrer- oder berufsbildende Akademie	5,9	2,8
Universität, Kunst-, Fachhochschule	6,4	2,0
unbekannt	0,0	0,0
Chi ² =689,7; p=0,000		
Beruf/Lebensunterhalt		
berufstätig in Land- und Forstwirtschaft	2,5	4,4
berufstätig in sonstigem Wirtschaftszweig	70,6	70,7
Studentin/Schülerin	1,6	0,7
Pensionistin	0,2	0,1
nicht berufstätig	25,1	24,1
unbekannt	0,0	0,0
Chi ² =34,6; p=0,000		
Stellung im Beruf		
Selbstständige, Freiberuflerin	1,8	1,8
mithelfende Familienangehörige	3,0	4,8
Angestellte, Beamtin, Lehrling in Angestelltenberuf	71,9	58,9
Arbeiterin, Lehrling in Arbeiterberuf	23,3	34,4
unbekannt	0,0	0,1
Chi ² =65,0; p=0,000		
Familienstand		
ledig	20,9	23,5
verheiratet	77,2	74,0
verwitwet	0,2	0,3
geschieden	1,7	2,2
Chi ² =6,7; p=0,081		
Religionszugehörigkeit		
römisch-katholisch	84,7	87,5
evangelisch	5,0	4,0
altkatholisch	0,1	0,0
israelitisch	0,0	0,0
islamitisch	4,6	3,7
sonstige gesetzlich anerkannte Religion	1,8	1,5
keine Eintragung, unbekannt, ohne Bekenntnis	3,8	3,4
Chi ² =718,5; p=0,000		

4.4.2 GESUNDHEITZUSTAND INAKTIVER NEET-JUGENDLICHER

4.4.2.1 ALLGEMEINER UND PSYCHISCHER GESUNDHEITZUSTAND

Vergleicht man in Tabelle 4-29 die Gesundheitsausgaben inaktiver NEET-Jugendlicher mit jenen von Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung, verdichtet sich der Eindruck, dass es sich bei den inaktiven Jugendlichen um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Es sind keine eindeutigen Trends ersichtlich: Bei den Ausgaben für Arztbesuche liegen die Werte signifikant unter, beim Medikamentenkonsum und bei den Krankenhaustagen über jenen der Vergleichsgruppe. Im Bereich psychischer Gesundheit ist hingegen der Anteil an Personen, die Leistungen in Anspruch nehmen, in allen Kategorien bei den inaktiven NEET-Jugendlichen größer. Anders als in Kapitel 3, in welchem von einer stärkeren Betroffenheit von inaktiven NEET-Jugendlichen ausgegangen wird, zeigen die Registerdaten jedoch, dass Inaktive Leistungen in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen als arbeitssuchende NEET-Jugendliche (siehe Kapitel 4.3). Beispielsweise ist der Anteil an Personen die Medikamente für das Nervensystem konsumieren bei den arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen 12,3 %, verglichen mit 7,6 % bei den Inaktiven.

Tabelle 4-29: Gesundheitsausgaben und Krankenhaustage im Vergleich

	(1) inaktiv	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Allgemeine Gesundheit (in €)				
Arztbesuche	176,2	205,4	-29,2	0,000
Praktische Ärztin/Praktischer Arzt	50,0	66,1	-16,0	0,000
Fachärztin/Facharzt	77,5	79,9	-2,5	0,576
Medikamente	285,0	79,1	205,9	0,000
Krankenhaustage	1,1	0,6	0,5	0,000
Anteil (in %) mit positiver Leistungsanspruchnahme bei psychischer Gesundheit				
FA für psychische Erkrankungen	3,1	1,2	1,9	0,000
KH psychische Störung	1,7	0,7	1,0	0,000
Nervensystem (ATC N)	7,6	4,8	2,8	0,000
N	1.374	70.612		

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt Gesundheitsausgaben und Krankenhaustage für inaktive NEET-Jugendliche (Spalte 1) sowie Jugendliche in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

4.4.2.2 GESUNDHEITZUSTAND VON INAKTIVEN NEET-JUGENDLICHERN NACH ARBEITSLOSIGKEIT

Um der Heterogenität der Gruppe der inaktiven NEET-Jugendlichen stärker Rechnung zu tragen, erfolgt im nächsten Schritt eine Analyse nur für jene Jugendlichen, die im Anschluss an eine Episode der Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche in die Kategorie „inaktiv“ gefallen sind. Bei dieser Subgruppe ist davon auszugehen, dass es sich mehrheitlich um (sozial) benachteiligte Personen handelt.

Tabelle 4-30 zeigt, dass bei dieser Gruppe die Gesundheitsausgaben und Krankhaustagen in allen Kategorien über jenen von Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung liegen. Statistisch signifikant (auf dem 5%-Niveau) sind die Unterschiede für alle Arztbesuche, Arztbesuche bei der praktischen Ärztin/beim praktischen Arzt, Krankenhaustage und die Anteile an Personen mit Leistungen im Bereich psychischer Gesundheit. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass es sich bei der untersuchen Jugendlichen um eine vergleichsweise kleine Gruppe handelt. Sehr hohe Ausgaben für einzelne Individuen, die insbesondere für Medikamente zu finden sind, haben daher einen großen Einfluss auf den jeweiligen Mittelwert. Auffallend ist auch, dass die Werte meist über jenen der

arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen liegen. Im Bereich psychischer Gesundheit beispielsweise, ist der Anteil arbeitssuchender NEET-Jugendlicher mit Besuchen bei Fachärzten für psychische Gesundheit „nur“ 3,8 % (Tabelle 4-17), verglichen mit 8,2 % bei den inaktiven NEET-Jugendlichen.

Die Hypothese, dass „sozial benachteiligte“ inaktive so wie arbeitslose NEET-Jugendliche einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Jugendliche in Beschäftigung oder Ausbildung wird durch diese Ergebnisse gestützt.

Tabelle 4-30: Gesundheit inaktiver Jugendlicher mit vorangehender Arbeitslosigkeit im Vergleich

	(1) inaktiv nach Arbeitssuche	(2) beschäftigt/Ausbildung	(3) Differenz	(4) p-Wert
Allgemeine Gesundheit (in €)				
Arztbesuche	251,4	205,4	46,0	0,004
Praktische Ärztin/Praktischer Arzt	83,0	66,1	17,0	0,001
Fachärztin/Facharzt	98,1	79,9	18,1	0,082
Medikamente	266,2	79,1	187,1	0,114
Krankenhaustage	1,6	0,6	1,0	0,000
Anteil (in %) mit positiver Leistungsanspruchnahme bei psychischer Gesundheit				
FA für psychische Erkrankungen	8,2	1,2	7,0	0,000
KH psychische Störung	4,3	0,7	3,7	0,000
Nervensystem (ATC N)	15,2	4,8	10,3	0,000
N	231	70.612		

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt Gesundheitsausgaben und Krankenhaustage für inaktive NEET-Jugendliche mit vorangegangener Arbeitssuche (Spalte 1) sowie Jugendliche in Beschäftigung oder Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

4.4.3 GESUNDHEITZUSTAND VON JUNGEN MÜTTERN

Vorangehende Studien zeigen ein deutlich höheres NEET Risiko für Frauen mit Betreuungspflichten (vgl. Bacher et al. 2014). Aus diesem Grund wird abschließend auf diese Gruppe gesondert eingegangen und der Gesundheitszustand von jungen Müttern mit Kindern unter drei Jahren untersucht. Im Jahr 2012 können unter den Versicherten der OÖGKK 2.773 Mütter im Alter von 18 bis 24 Jahren mit Kindern unter 3 Jahren beobachten werden.²⁴ Tabelle 4-31 zeigt die Verteilung des Arbeitsmarktstatus. Knapp zwei Drittel der jungen Mütter sind in Karenzurlaub bzw. beziehen Kinderbetreuungsgeld, 28,6 % gehen einer Beschäftigung nach.

Tabelle 4-31: Arbeitsmarktstatus von jungen Müttern (in %)

Beschäftigung	28,6
Trainingsmaßnahme	1,1
Ausbildung	2,8
Arbeitssuche	0,6
Inaktiv	0,9
Krankengeldbezug/Rehabilitationszeit	0,2
Karenz	65,8
Summe	100,0

²⁴ Die Identifizierung der Mütter erfolgt durch den Krankenhausaufenthalt zur Entbindung. Auf Basis dieses Stichtages erfolgt die Bestimmung des Alters des Kindes. In den vorliegenden Daten kann allerdings nicht beobachtet werden, ob Mutter und Kind im selben Haushalt leben.

Um Aussagen über den Gesundheitszustand dieser Personengruppe treffen zu können, werden in Tabelle 4-32 junge Mütter mit gleichaltrigen weiblichen Jugendlichen ohne Kinder, die sich in Beschäftigung oder Ausbildung befinden, verglichen. Bei den Ausgaben für Arztbesuche und bei den Krankenhaustagen zeigen sich deutliche Unterschiede. Junge Mütter geben im Durchschnitt rund 370 € für Arztbesuche im niedergelassenen Bereich aus. Die gleichen Ausgaben für die Vergleichsgruppe betragen ungefähr 250 €. Ein Teil der Unterschiede ist allerdings auf Leistungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes (z.B. pränatale Untersuchungen der werdenden Mutter) beziehungsweise auf medizinische Unterstützungen nach der Geburt (z.B. Hebammenleistungen) zurückzuführen. Auch was die Anzahl der Krankenhaustage betrifft, ist davon auszugehen, dass der Großteil des Unterschiedes auf die Geburt an sich sowie auf notwendige Nachfolgeaufenthalte zurückzuführen ist. Bei den Medikamentenausgaben zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Allerdings finden sich signifikante Unterschiede bei den Ausgaben für psychische Störungen oder Erkrankungen. Der Anteil an Personen mit einschlägigen Facharztbesuchen ist bei den Müttern um 0,6 Prozentpunkte höher. Beim Anteil junger Frauen mit Medikamentenkonsum für das Nervensystem beträgt die Differenz 2,9 Prozentpunkte. Inwieweit diese höheren Ausgaben auf depressive Episoden rund um die Geburt oder auf eine Überlastung der Mütter mit der Pflege des Kindes zurückgeführt werden kann, ist aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht zweifelsfrei zu beantworten. Kein statistisch signifikanter Unterschied zeigt sich bei den Krankenhausaufenthalten aufgrund psychischer Erkrankungen.

Im Vergleich zu den untersuchten NEET-Jugendlichen verzeichnen die jungen Mütter eine geringere Leistungsanspruchnahme. Beispielsweise ist bei den weiblichen arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen der Anteil an Personen mit Facharztbesuchen für psychische Erkrankungen mit 4,0 % (siehe Tabelle 4-17) etwa doppelt so hoch, und auch der Anteil mit Medikamentenausgaben für das Nervensystem ist mit 12,4 % (Tabelle 4-19) deutlich höher.

Tabelle 4-32: Gesundheitsausgaben und Krankenhaustage junger Mütter im Vergleich

	(1) Mütter	(2) Frauen in B/A	(3) Differenz	(4) p-Wert
Allgemeine Gesundheit (in €)				
Arztbesuche	373,4	251,5	121,8	0,000
Praktische Ärztin/Praktischer Arzt	82,1	72,6	9,5	0,000
Fachärztin/Facharzt	209,4	113,7	95,7	0,000
Medikamente	61,7	83,4	-21,7	0,560
Krankenhaustage	2,2	0,6	1,6	0,000
Anteil (in %) mit positiver Leistungsanspruchnahme bei psychischer Gesundheit				
FA für psychische Erkrankungen	2,0	1,4	0,6	0,017
KH psychische Störung	0,5	0,6	-0,1	0,511
Nervensystem (ATC N)	8,5	5,6	2,9	0,000

Anmerkungen: Diese Tabelle zeigt Gesundheitsindikatoren von jungen Müttern (Spalte 1) und Frauen in Beschäftigung/Ausbildung (2). Spalte (3) zeigt die Differenz (1)-(2) und Spalte (4) zeigt den p-Wert des entsprechenden t-Tests.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass junge Mütter höhere Ausgaben für extra- und intramurale medizinische Ausgaben als eine gleichaltrige Vergleichsgruppe ohne Kinder verzeichnen. Die Unterschiede sind aber auf medizinische Leistungen rund um den Geburtsvorgang beziehungsweise auf vor- und nachgelagerte Untersuchungen zurückzuführen. Für die vergleichsweise höheren Aufwendungen im Bereich psychischer Gesundheit könnten depressive Episoden im Zusammenhang mit der Geburt und Pflege der Säuglinge verantwortlich sein. Im Vergleich zu den gleichaltrigen arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen weisen die jungen Mütter erheblich niedrigere Ausgaben für Leistungen zur ambulanten Behandlung von psychischen Problemen auf.

4.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

In Kapitel 4 erfolgte eine Analyse des sozio-ökonomischen Status sowie der Höhe der Gesundheitsausgaben für NEET-Jugendliche unter Verwendung von administrativen Registerdaten aus dem österreichischen Sozialversicherungssystem. Auf Basis dieser Datenquellen kann ein Anteil von 3,8 % der Jugendlichen ermittelt werden, die als arbeitslos gemeldet sind. 4,5 % der 18- bis 24-Jährigen können als inaktive NEET-Jugendliche klassifiziert werden, da sie in den Registerdaten zu einem bestimmten Stichtag nicht mehr aufscheinen.

Es zeigt sich, dass der sozio-ökonomische Status von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen geringer ist als jener in der Vergleichsgruppe der Jugendlichen, die sich in Ausbildung oder Beschäftigung befinden. Das gilt sowohl für die Lebensphase zwischen 15 und 24 Jahren als auch bereits zum Zeitpunkt der Geburt (Bildung und Erwerbsstatus der Mutter, Geburtsgewicht, ...).

Eine Verknüpfung von allgemeinen Sozialversicherungsdaten mit dem Leistungsregister der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse erlaubt eine deskriptive Analyse der Gesundheitsausgaben von NEET-Jugendlichen und damit einen Hinweis auf deren Gesundheitszustand. Erhebliche Unterschiede in der Höhe der Gesundheitsausgaben im niedergelassenen Bereich als auch in der Anzahl der Krankenhaustage deuten auf ein Gefälle im Gesundheitszustand zwischen arbeitslosen NEET-Jugendlichen und der Vergleichsgruppe von Jugendlichen in Beschäftigung/Ausbildung hin. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit werden diese Unterschiede noch verstärkt.

Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede zwischen arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen und jenen in der Vergleichsgruppe für medizinische Ausgaben zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Sektor sind die einschlägigen Ausgaben für arbeitssuchende NEET-Jugendliche signifikant höher.

Gesonderte Analysen der zeitlichen Aufeinanderfolge von Arbeitslosigkeit und Ausgaben für psychische Erkrankungen zeigen, dass sich die psychische Gesundheit von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen mit dem Auftreten von Arbeitslosigkeit verschlechtert. Andererseits können für arbeitssuchende NEET-Jugendliche bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit signifikant höhere Ausgaben im psychischen Bereich beobachtet werden. Obwohl diese Analyse streng genommen die kausale Ursache von Arbeitslosigkeit auf psychische Probleme nicht unzweifelhaft nachweisen kann, so wird offensichtlich, dass es schon vor der Arbeitslosigkeit Unterschiede in den Gruppen gegeben haben muss (Selektion) und/oder auch eine umgekehrte Wirkung von Gesundheitsproblemen auf die Arbeitsmarktteilnahme gibt. Bemerkenswert an den deskriptiven Ergebnissen ist, dass psychische medizinische Leistungen bereits vor dem Eintreten der Arbeitslosigkeit in einem erheblichen Ausmaß in Anspruch genommen werden, während das Phänomen Arbeitslosigkeit erst mit der psychischen Erkrankung nennenswert auftritt.

Ein strenger kausaler Effekt lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht nachweisen. Das Identifizieren von kausalen Effekten mit quantitativen Methoden ist selbst in umfangreichen Paneldaten eine große Herausforderung. Auch im Bereich Gesundheit und Arbeitsmarktteilnahme können unbeobachtete Faktoren beide Variablen beeinflussen, was auf den ersten Blick als Effekt in die eine oder andere Richtung interpretiert wird. Beispielsweise kann Mobbing am Arbeitsplatz oder generelle Unzufriedenheit mit der Beschäftigung sowohl die Gesundheit als auch die Beschäftigungswahrscheinlichkeit direkt beeinflussen. Bei der Gesundheit ist ein weiteres Problem, dass der latente „wahre“ Gesundheitszustand mit den beobachtbaren Gesundheitsausgaben auch im Hinblick auf die zeitliche Zuordnung nicht gleichzusetzen ist. So können sich gesundheitliche Probleme über die Zeit

hinweg aufstauen und erst (zu) spät behandelt werden, obwohl sich der Gesundheitszustand bereits zuvor verschlechtert hat.

Eine Methode zur Identifikation von kausalen Zusammenhängen in der empirischen Mikroökonomie ist das Ausnützen von natürlichen oder unerwarteten Schocks als Quasi-Experimente. Im Bereich Gesundheit und Arbeitsmarkt könnte hier als Beispiel Kuhn et al. (2009) genannt werden, die anhand von Werkschließungen den Effekt von Arbeitslosigkeit auf die (psychische) Gesundheit analysieren, sowie Halla und Zweimüller (2013), die Verkehrsunfälle als Gesundheitsschocks verwenden, um Folgen auf dem Arbeitsmarkt zu untersuchen.

5 RISIKOFAKTOREN UND RESSOURCEN – ERGEBNISSE DER REANALYSEN DER QUALITATIVEN INTERVIEWS MIT NEET-JUGENDLICHEN

THOMAS LANKMAYER / SANDRA RIGLER

5.1 Reanalyse der qualitativen Interviews der NEET-Studie.....	88
5.1.1 Untersuchungsdesign und Methodik.....	88
5.1.2 Sozialstrukturelle Merkmale	89
5.1.3 Art der psychischen Beeinträchtigung	89
5.1.4 Risikofaktoren.....	90
5.1.4.1 Familiäre Risikofaktoren	91
5.1.4.2 Soziale Risikofaktoren	96
5.1.4.3 Personale Risikofaktoren	100
5.1.4.4 Zusammenschau – Risikofaktoren	101
5.1.5 Ressourcen	102
5.1.5.1 Familiäre Ressourcen.....	103
5.1.5.2 Soziale Ressourcen	104
5.1.5.3 Personale Ressourcen.....	107
5.1.5.4 Zusammenschau – Ressourcen	108
5.2 Das Wechselspiel von Risikofaktoren und Ressourcen	109
5.2.1 Fallbeispiel Nora: Ressourcen als Wegweiser	110
5.3 Schlussfolgerungen.....	113

5.1 REANALYSE DER QUALITATIVEN INTERVIEWS DER NEET-STUDIE

5.1.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN UND METHODIK

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 6 unter welchen Konstellationen Risikofaktoren zu psychischen Beeinträchtigungen führen und ob diese durch Ressourcen abgedeckt werden können wurde das im Rahmen der NEET-Studie (Bacher et al. 2014) erhobene Datenmaterial erneut analysiert. Als Vorbereitung zur Reanalyse der Interviews wurde eine Literaturanalyse vorangestellt (siehe Kapitel 2). Diese diente einerseits dazu, den Fokus der Auswertung auf konkrete Fragestellungen zu richten, und andererseits wurden die Erkenntnisse der Analyse mit empirischen Befunden aus der Literatur²⁵ angereichert.

Die qualitative Methodik erlaubt es, die Lebenswelten/das Milieu der Interviewten einzufangen und Sinnzusammenhänge sowie Deutungen aus Sicht der Befragten festzuhalten. Wenngleich von der befragten Gruppe keine repräsentativen Aussagen auf die Grundgesamtheit geschlossen werden können, ermöglicht die qualitative Auswertungstechnik in Anlehnung an Mayring (2007) durch systematische und objektive Identifizierung spezieller Charakteristika vom Besonderen auf das Allgemeine zu schließen. Dadurch können für die untersuchte Gruppe (ausgrenzungsgefährdete Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen) typische Merkmale abgeleitet werden.

Der Auswertungsfokus lag auf von Ausgrenzung bedrohten Jugendlichen²⁶ mit psychischen Beeinträchtigungen²⁷. Dazu wurden in einer Vorselektion²⁸ 39 narrative und teil-standardisierte Interviews aus dem gesamten Datenmaterial (n=80) ausgewählt. Diese wurden in einem zweiten Schritt nach dem vier-Augen-Prinzip gesichtet, um für die Analyse geeignete Interviews zu nominieren. Zentrales Auswahlkriterium war der eindeutige Nachweis einer psychischen Beeinträchtigung. Dieses wurde einerseits durch die Inanspruchnahme von Jugendangeboten für diese spezielle Zielgruppe (die Teilnahme der Angebote setzt eine Diagnose voraus) bzw. von Angeboten im Bereich der psychischen Versorgung (z.B. Psychotherapie) und andererseits durch die Beschreibung der Jugendlichen ersichtlich. Interviews, bei denen Hinweise für eine psychische Beeinträchtigung vorlagen, die sich auf Basis der Schilderungen der Jugendlichen oder über die Inanspruchnahme entsprechender Angebote nicht eindeutig nachweisen ließen, wurden nicht in die Analyse einbezogen. Ebenso wurden Interviews ausgeschlossen, bei denen zwar eine psychische Beeinträchtigung klar hervorging, jedoch das Interviewmaterial nicht ausreichend relevante Informationen hinsichtlich der Fragestellungen beinhaltete.

Schließlich wurden insgesamt 24 Interviews mit ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen für die Reanalyse nominiert. Die zugrunde liegende Forschungsfrage wurde wie folgt präzisiert:

²⁵ In Kapitel 2 (Literaturanalyse) wurden bereits die zentralen Befunde aus der Literaturanalyse zu Risiko- und Schutzfaktoren skizziert. Bei bereits dargelegten Befunden wird in nachfolgenden Seiten auf eine Quellenangabe verzichtet und stattdessen ein Verweis auf die entsprechenden Unterkapitel in Kapitel 2 verwiesen. Bei zusätzlich herangezogenen Referenzen aus der Literatur werden die gewohnten Zitierweisen eingehalten.

²⁶ Als von sozialer Ausgrenzung bedrohte Jugendliche werden im Rahmen dieser Studie arbeitslose Jugendliche, Jugendliche mit geringer Bildung und Jugendliche im NEET-Status betrachtet. Eine drohende soziale Ausgrenzung wird somit im Fall von Arbeitslosigkeit und eines NEET-Status angenommen, wobei die Dauer der beiden Zustände mitbetrachtet wird.

²⁷ Im Rahmen der Analyse werden unter den Begriff der psychischen Beeinträchtigung sowohl diagnostizierte psychische Störungen als auch psychische bzw. psycho-soziale (z.B. prekäre Wohnsituationen, normabweichende Verhaltensweisen) Problemlagen summiert, die eine Teilhabe am Bildungs- und Arbeitsmarkt einschränken.

²⁸ Die Vorselektion basierte auf Basis der im Rahmen der NEET-Studie erstellten Kurzportraits zu den jeweiligen Interviews.

- Welche Art der psychischen Beeinträchtigung weisen die Jugendlichen auf?
- Welche Risikofaktoren für psychische Beeinträchtigungen lassen sich bei ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen identifizieren?
- Welche Ressourcen sind zur Abfederung der Risikofaktoren und Belastungsquellen vorhanden?
- Wie gestalten sich Wechselwirkungen und Zusammenspiel von Risikofaktoren und Ressourcen?

5.1.2 SOZIALSTRUKTURELLE MERKMALE

In die Reanalyse der Interviews mit ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen (15 bis 24 Jahre) mit Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung wurden – wie bereits erwähnt – insgesamt 24 Interviews einbezogen. Tabelle 5-1 enthält einen Überblick über die zentralen sozialstrukturellen Merkmale der interviewten Personen:

Tabelle 5-1: Sozialstrukturelle Merkmale der in die Reanalyse einbezogenen Jugendlichen

Überblick über sozialstrukturelle Merkmale der n=24 befragten Jugendlichen					
Geschlecht	männlich (13)		weiblich (11)		
Alter	unter 18 Jahre (7)		18-20 Jahre (10)		über 20 Jahre (7)
Migrationshintergrund	ja (6)		nein (18)		
Wohnregion	Stadt* (19)		Land/dezentral (5)		
Wohnsituation	bei Eltern(teil) (11)		eigene Wohnung (8)		betreute Wohnformen** (5)
Familienstand	Single (16)		Partnerschaft (5)		
Bildungsniveau	Pflichtschule (20)		Lehre/Fachschule (4)		
Anzahl Geschwister	0 (2)	1-2 (9)	3-4 (7)	4 > (4)	k.a.(2)
Sozio-ökonomischer Status Eltern²⁹	niedrig (9)		mittel (11)		k.a. (4)
Aktueller Status	Jugendangebot (16)		Ausbildung (1)		NEET (7)
NEET-Verlaufs-Typ³⁰	kurze Phase(n) (3)		dauerhaft (8)		Pendler (13)
NEET-Dauer³¹	< 1 Jahr (5)	1-2 Jahre (7)	über 2 Jahre (10)	k.a. (2)	

*Linz, Wels, Wien und Dornbirn

** 1 Person davon zurzeit in Notschlafstelle

5.1.3 ART DER PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNG

Wie in Kapitel 5.1.1 erläutert, wurden in die Reanalyse der Interviews mit ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen ausschließlich jene miteinbezogen, bei denen das Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung klar nachweisbar war. Die psychischen Beeinträchtigungen werden einerseits im Rahmen der Interviews von den Jugendlichen selbst beschrieben, andererseits durch die Inanspruchnahme von Jugendangeboten für diese spezielle Zielgruppe deutlich. Auffällig ist eine weitgehende

²⁹ Die Einteilung orientierte sich dabei an dem höchsten Bildungsabschluss der Eltern und am beruflichen Status sowie an zusätzlichen Schilderungen zur ökonomischen Situation der Eltern. Aufgrund fehlender Hintergrundinformationen über die elterliche Situation konnte in manchen Fällen eine Abgrenzung nicht immer eindeutig vollzogen werden.

³⁰ Die hier dargestellten Verlaufstypen wurden in die Kategorien „kurze Phase(n)“ (max. 2 kurze bis zu je einem halben Jahr dauernde NEET-Phasen), „dauerhaft“ und „Pendler“ eingeteilt. Letzteres sind Personen, die über einen längeren Zeitraum keiner durchgängigen Ausbildung oder Beschäftigung nachgehen konnten und zwischen Maßnahmen, Arbeitslosenzeiten und/oder kurzen Hilfstätigkeiten pendelten. Personen der Kategorie „dauerhaft“ befinden sich mindestens ein Jahr in einem NEET-Status, können aber auch kurze Unterbrechungen durch Jugendangebote – meist AMS-Kurse – aufweisen.

³¹ Die in obenstehender Tabelle dargestellte NEET-Dauer bezieht sich auf jene Phase, in der die Jugendlichen keinen kontinuierlichen Beschäftigungs- bzw. Erwerbsstatus aufweisen. Meist ist der Anfang der NEET-Phase der fehlgeschlagene Übergang von der Schule ins Erwerbsleben und es gelingt nicht, sich langfristig im Bildungs- oder Erwerbssystem zu integrieren. Diese Phasen dauern bei den meisten über ein Jahr, bei fast der Hälfte sogar länger als zwei Jahre an.

Offenheit der Jugendlichen zu diesem Thema. Ein großer Teil der Befragten spricht im Rahmen des Interviews über psychische Beeinträchtigungen, beschreibt diese oder nennt auch spezifische Diagnosen bzw. Behandlungen.

Internationale Epidemiologische Studien (vorwiegend USA) (u.a. Merikangas et al. 2010, 980f; Kessler et al. 2012, 372f) zeigen, dass die häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter (13-18 Jahren) Angststörungen sind. Am zweithäufigsten treten im Jugendalter Verhaltensstörungen auf, an dritter Stelle stehen affektive Störungen (Störungen, die vor allem in einer Veränderung der Stimmung bestehen, z.B. Depression oder Manie) und an vierter Stelle die Suchterkrankungen. Eine eindeutige Zuordnung der Art der Beeinträchtigung der interviewten Personen zu diesen Kategorien im Sinne von „Diagnosen“ ist auf Basis der Interviews nicht möglich. Dennoch weisen die subjektiv beschriebenen Beeinträchtigungen häufig zumindest auf einzelne wesentliche Symptome der vier genannten Kategorien an psychischen Störungen hin. Sieben Jugendliche berichten über eine Substanzsucht oder über einen mehrfachen Substanzkonsum, der nicht selten als Reaktion auf schwierige Lebensumstände (z.B. in Familie, Schule oder Übergang Schule/Arbeit) einsetzt und dabei sozusagen als „Selbstmedikation“ dient, die zur Beruhigung bzw. Entspannung verwendet wird.

Das Spektrum der konsumierten Substanzen reicht dabei von Cannabis bis hin zu Heroin, wobei der Großteil der Jugendlichen mit Suchterkrankung (fünf von sieben) sich zur Zeit des Interviews in einer Substitutionstherapie befindet (und somit eine Opioidabhängigkeit vorliegt). Des Öfteren werden auch affektive, emotionale Problematiken umschrieben, die Jugendlichen sprechen dabei teilweise von konkreten Diagnosen, wie einer „Depression“. Einzelne Jugendliche erzählen auch über Suizidversuche in Zusammenhang mit einer schlechten emotionalen Verfassung. Themen sind ebenso massive Ängste, Panikanfälle sowie Belastungsreaktionen in Zusammenhang mit traumatischen Lebensereignissen. Als konkretes Beispiel wird eine „Anpassungsstörung“ genannt. Deutlich werden aus den Gesprächen Verhaltensauffälligkeiten im psycho-sozialen Kontext, wie etwa sehr aggressives, impulsives oder kriminelles Verhalten. Diesbezüglich werden Übergriffe auf Personen, Diebstahl, Gesetzeskonflikte oder Ähnliches beschrieben. Zudem wird von zwei Jugendlichen die Borderline-Persönlichkeitsstörung genannt, die eine massive emotionale Instabilität zum Ausdruck bringt.

Außerdem zeigt sich, dass Beeinträchtigungen des Öfteren nicht isoliert dargestellt, sondern immer wieder in Zusammenhang mit weiteren psychischen bzw. psycho-sozialen Beeinträchtigungen beschrieben werden. Diese Komorbidität deckt sich mit den Erkenntnissen epidemiologischer Studien, die einen nicht zu vernachlässigenden Anteil an Jugendlichen, bei denen nicht nur eine, sondern mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert wurde, aufzeigen (u.a. Merikangas et al. 2010, 980f; Kessler et al. 2012, 372f).

5.1.4 RISIKOFAKTOREN

Unter Risikofaktoren werden Bedingungen verstanden, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Störung erhöhen (für eine nähere Ausführung siehe Kapitel 2.3.4.1 „Risikofaktoren“). Die Interviews mit ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen wurden bei der Reanalyse speziell auf das Auftreten solcher Risikofaktoren hin untersucht.

Wie in der Literaturanalyse des Kapitels ausgeführt, können Risiken entweder unmittelbar oder auch verzögert wirken. Theoretisch wichtig wäre bei der Interpretation der Risikofaktoren eine Differenzierung zwischen Risiken, die zu einer psychischen Störung beitragen, und Risiken, die bei einer bereits vorliegenden psychischen Störung zu einer weiteren ungünstigen Entwicklung führen (Blanz et al. 2006, 530ff). Aufgrund des komplexen Wechselspieles und zeitlicher Unschärfe, etwa hinsichtlich des Beginns der psychischen Störung, kann diese Differenzierung in den Interviews nicht immer erfolgen.

Wie in Ausführungen aber deutlich wird, können viele der Faktoren beide Rollen einnehmen (siehe Kapitel 5.2). Nicht nur die Art des Risikofaktors, sondern auch die Ausprägung und Chronizität des spezifischen Risikofaktors ist entscheidend (Blanz 2006, 537). Die nachfolgenden Analysen beschreiben einerseits die Arten der Risikofaktoren und andererseits auch die Ausprägung der Risikofaktoren und nehmen diesbezüglich auch auf Zitate Bezug, um die Risikofaktoren in der subjektiven Wahrnehmung der Jugendlichen zu illustrieren.

Unterschieden wird zwischen personalen, sozialen und familiären Risikofaktoren. Dabei zeigt sich bei keinem Jugendlichen das Auftreten eines einzelnen, isolierten Risikofaktors, sondern vielmehr beschreiben alle Jugendlichen eine Kumulation der Risikofaktoren. Dies steht im Einklang mit Befunden aus der Literatur, die ein erhöhtes Risiko für eine kinderpsychiatrische Störung beim Vorliegen mehrerer Risikofaktoren nachweisen (Blanz 2006, 537). Im Folgenden soll auf die Arten an Risikofaktoren eingegangen werden, die in den Interviews als Belastungsquelle identifiziert wurden.

5.1.4.1 FAMILIÄRE RISIKOFAKTOREN

Familiären Risikofaktoren kommt in der Literatur eine maßgebliche Bedeutung zu, wie sich etwa anhand des Family Adversity Index von Rutter und Quinton (1977) erkennen lässt. Dieser listet empirisch abgesicherte Faktoren auf, die ungünstige Langzeitfolgen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach sich ziehen (siehe Kapitel 2.3.4.1). Analog zu den Ausführungen in der Literatur zeigt sich in der Reanalyse der Interviews eine ganz besondere Bedeutung der familiären Risikofaktoren. Bei einem Großteil der Jugendlichen springt eine massive Häufung von Risikofaktoren auf der familiären Ebene ins Auge. Interessant ist auch, dass sich in jedem einzelnen der reanalytierten Interviews zumindest ein familiärer Risikofaktor zeigt. Einen Überblick über die Faktoren bietet Tabelle 5-2, eine detailliertere Beschreibung folgt im Anschluss.

Scheidung oder Trennung der Eltern

Der in den Interviews am häufigsten angesprochene Faktor, der auch in der Literatur (siehe Kapitel 2.3.4.1) als Risikofaktor für die Entstehung einer psychischen Erkrankung angeführt wird, ist die Scheidung der Eltern, wobei dieser Aspekt in der Literatur differenziert betrachtet wird. Wie bereits in Kapitel 2 (Literaturanalyse) beschrieben, weisen empirische Befunde darauf hin, dass sich die Scheidung der Eltern nicht zwingend negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken muss, sondern dass die negativen Effekte auf daraus entstehende oder sich verschärfende familiäre Konflikte zurückzuführen sind. Diese Differenziertheit wird auch bei den Interviews sichtbar: Die Scheidung bzw. Trennung der Eltern erfolgt in den analysierten Fällen zum einen in völlig unterschiedlichen Lebensabschnitten und wird zum anderen von den Jugendlichen sehr unterschiedlich thematisiert: Teilweise wird dies nur am Rande als Angabe in den soziodemografischen Fragen deutlich, teilweise wird dieser Faktor explizit als Belastung mit Auswirkungen auf die eigene Person beschrieben. Letzteres geht etwa aus nachfolgendem Zitat hervor: „[...] Ja, und dann waren halt so familiäre Dinge... Meine Eltern haben sich scheiden lassen, und das hat mich halt dann noch mehr runtergezogen, in den Drogensumpf [...]“ (I24)

Als Belastung wird im Zusammenhang mit der Trennung/Scheidung der Eltern konkret der stete Wechsel der Wohnkonstellation, einmal bei der Mutter und dann wieder beim Vater, beschrieben. In der Literatur (siehe Kapitel 2.3.4.1) wird zu den Risikofaktoren auch der Umstand eines alleinerziehenden Elternteils, der oft als Konsequenz auf die Trennung der Eltern folgt, gezählt.

Ungünstige Erziehungspraktiken

Wie beispielsweise Schneewind (2012, 124) den Forschungsstand zu günstigen Erziehungspraktiken zusammenfasst, ist eine autoritative Erziehung im Sinne des Konzeptes „Freiheit in Grenzen“ für die Entwicklung des Kindes (etwa der psycho-sozialen Reife, des Selbstvertrauens, der Resistenz gegenüber deviantem Verhalten) förderlich. Dieser Erziehungsstil kennzeichnet sich zusammenfassend durch elterliche Wertschätzung (vor allem durch Anerkennung, Unterstützung, Respekt), durch Fordern und Grenzen setzen sowie durch die Gewährung und Förderung der Eigenständigkeit.

Diese förderlichen Bedingungen werden in den Interviews aber nur selten geschildert. Viele Jugendliche bringen zum Ausdruck, dass ihre Eltern sehr wenig Zeit für sie aufbringen und kaum Verständnis für ihre jeweiligen Situationen haben. Damit einher geht häufig eine geringe Unterstützung, wobei die Jugendlichen im Interview zwar manches Mal differenziert auf finanzielle Hilfestellungen durch die Eltern verweisen, jedoch eine Unterstützung im Sinne einer elterlichen Wertschätzung vermissen. Diese fehlende Wertschätzung und Unterstützung suchen manche Jugendliche in einem anderen Umfeld, etwa durch Verbringen der freien Zeit im Park, wo sie Kontakte mit Peers knüpfen können, wie aus nachfolgendem Zitat hervorgeht: *„Naja, ich weiß nicht, meine Eltern haben nur gestritten [kurze Pause, Anm.]. Meine Schwester war die ganze Zeit unterwegs. Ich war alleine im Park den ganzen Tag.“* (I38)

Ein anderer Teil der Jugendlichen fühlt sich hingegen besonders in letzterem Aspekt – nämlich der Förderung der Eigenständigkeit – sehr eingeschränkt. Als übertrieben streng empfundene Regeln, eine starke Bevormundung, hohe Erwartungen, besonders in Bezug auf Leistung, gepaart mit Bestrafungen, üben einen großen Druck auf die Jugendlichen aus.

Also verstanden gefühlt habe ich mich nicht. Weil, als erstes haben sie mir Xbox [Spielekonsole, Anm.], Fernseher, Laptop, haben sie mir alles weggenommen und bis jetzt habe ich es noch nicht zurückgekriegt. [...] Sie haben ihrer Meinung nach das Beste getan, meiner Meinung nach eigentlich überhaupt nicht. (I19)

Familiäre Konflikte

In engem Zusammenhang mit ungünstigen Erziehungspraktiken werden wiederholte Konflikte und Streitigkeiten mit den Eltern sowie eine allgemeine familiäre Disharmonie berichtet. So beschreibt ein Jugendlicher etwa die Strenge seiner Mutter als nahezu unerträglich und verweist in diesem Zusammenhang auch auf seinen Vater, zu dem er mittlerweile keinen Kontakt mehr habe:

„Meine Mutter ist einfach zu streng, also checkt es einfach nicht, dass ich erwachsen bin mit 18 Jahren. Ich fühl mich zwar wirklich noch nicht so, aber ich hoff, dass es einfach irgendwann ‚finito‘ ist, dass ich sagen kann, okay, meine Mutter kann sich schleichen dann endlich mal. Ich mein, statt dass sie mir hilft, ist sie eher so kritisch zu mir, hat auch viel angerichtet seit wir hier sind. Da ist mit meinem Vater auch ein Streit entstanden, mittlerweile gehen ich und er getrennte Wege, seit über fünf Jahr schon.“ (I14)

Dies führt in einigen Fällen zu einem frühen Auszug seitens der Jugendlichen oder auch zu einem Rauswurf durch die Eltern. In mehreren Fällen wurde der Kontakt vollständig unterbunden. Aber nicht alle Jugendlichen wenden sich von den Eltern ab, in einem Fall zeigt sich etwa ein Bemühen um Kontaktaufnahme und Beiseitelegung von Streitigkeiten seitens der Jugendlichen trotz vieler, harter Zurückweisungen. Vereinzelt sehen die Jugendlichen ihr eigenes Verhalten als Ursache für die familiären Konflikte. So führt etwa eine Jugendliche das schlechte Verhältnis mit dem Vater auf die Ohnmacht in Bezug auf ihre Drogensucht zurück.

„Aber ich weiß nicht, ihm [Vater, Anm.] macht das glaub ich so fertig, wenn er weiß, er kann da nichts machen und muss da so zuschauen, [...] Er sagt, er will auch gar nichts mehr helfen, erst wenn er sieht, dass es wieder in eine positive Richtung geht, vorher nicht.“ (I20)

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass das Verhältnis zu den Eltern nicht immer konstant bleibt, es zeigen sich Phasen, in denen einmal ein besseres, dann wieder ein schlechteres Verhältnis geschildert wird. Auch in besonders konfliktreichen Familien, in denen der Kontakt mit den Eltern abgebrochen wurde, wird von den Jugendlichen an einzelnen Stellen die Sehnsucht nach einem Wiedergewinnen der Beziehung zu den Eltern ganz konkret ausgedrückt.

„Ich möchte wenn ich das wieder auf die Reihe krieg, wenn ich wieder einen normalen Tag, einen geregelten Tagesablauf habe, dann möchte ich schon auch wieder anfangen, dass ich mit ihnen [Eltern, Anm.] wieder eine Beziehung aufbaue, eben Eltern und so. Ohne Eltern ist es halt trotzdem scheiße, egal wie schlimm das es ist.“ (I27)

Gewalterfahrungen

Gewalterfahrungen werden in zwei Weisen beschrieben: Einerseits wird von beobachteter Gewalt erzählt, andererseits wird Gewalt von den Jugendlichen selbst erfahren. Im Rahmen der beobachteten Gewalt handelt es sich vor allem um körperliche Gewalt des (Stief-)Vaters an der Mutter. Gewalterfahrungen an der eigenen Person werden vereinzelt sehr plastisch beschrieben. Eine Jugendliche spricht im Interview offen über den Alkoholismus des Vaters und erzählt, dass dies immer wieder in Verbindung mit aggressiven Ausbrüchen des Vaters stand.

Geschildert wird aber nicht nur körperliche Gewalt, sondern auch psychische Gewalt. Beispiele dafür sind etwa ständige Schuldzuschreibungen bei Fehlverhalten von Geschwistern, Drohungen oder das bewusste Abhalten von den eigenen Zielen, wie z.B. der Besuch einer weiterführenden Schule. Auch extreme Formen der Vernachlässigung finden sich in den Interviews, dazu zählt etwa auch das bewusste Verwehren von Unterstützung bzw. Verständnis in besonders kritischen Lebenssituationen, wie bei Krankenhausaufenthalten. Eine Jugendliche erzählt diesbezüglich:

„[...] Dann ist es mir voll schlecht gegangen, dann bin ich zum Doktor gegangen. Hat er mich gleich auf Linz ins Krankenhaus geschickt, weil ich Diabetes gekriegt hab. Hab ich meinen Vater angerufen, ja, dass ich im Krankenhaus bin. Hat er gesagt: ‚Ja, das ist mir wurst, wärs halt gestorben in [Ortsname, Anm.]!‘ Das wäre ihm eh wurst gewesen. [...] Im Krankenhaus hat er [Vater, Anm.] mich einmal besucht, hat mir das Gewand gebracht und ist gleich wieder gefahren. Dann wollt ich mich halt ... [kurze Pause, Anm.] umbringen.“ (I1)

Wie das Zitat eindrücklich zeigt, kann psychische Gewalt massive Auswirkungen auf das individuelle Befinden haben – dies reicht bis hin zum Suizidversuch, der in dem genannten Beispiel als Reaktion auf die psychische Gewalt durch den Vater folgte.

Fremdunterbringung

Eine Fremdunterbringung wird von mehreren Jugendlichen beschrieben. Dies reicht von einem dauerhaften, mehrjährigen Aufenthalt in einer betreuten Wohngemeinschaft, über wiederholte Unterbringungen in einem Kriseninterventionszentrum, bis hin zu einer dauerhaften Aufnahme in einer Pflegefamilie oder bei den eigenen Großeltern. Eine dauerhafte Lösung der Unterbringung wird aber nicht immer sofort gefunden. Insofern bilden sich mehrfache Wechsel der Unterbringungen und damit der Hauptbezugspersonen ab. Erkennbare Verläufe sind etwa eine Unterbringung in einem Kinderheim vor der Aufnahme in eine Pflegefamilie oder die mehrfache kurzzeitige Aufenthalte bei den Großeltern oder auch extern in Kriseninterventionszentren, bevor eine dauerhafte Wohnmöglichkeit gefunden wird.

In Zusammenhang mit Fremdunterbringungen werden nicht die Unterbringung an sich, sondern die damit einhergehenden Faktoren als negativ beschrieben. Beispiele dafür sind etwa der Zugang zu Drogen (siehe Fallbeispiel, Kapitel 5.2.1) oder auch Ausgrenzungserfahrungen und mangelnde Unterstützung in einer Pflegefamilie. Letzteres drückt eine Jugendliche in einem Zitat folgendermaßen aus:

„Ich war auch seit vier Monaten nimmer in [Ortsname, Anm.]. Will ich auch ehrlich gesagt nicht, auch keinen sehen oder hören von ihnen [Pflegefamilie, Anm.], weil ich eigentlich sauer bin auf alle miteinander. Und ich hab auch voll wenig Unterstützung bekommen von daheim [Pflegefamilie, Anm.].“ (I10)

Zwar kann sich durch ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren die Fremdunterbringung das Risiko für psychische Beeinträchtigungen erhöhen, allerdings finden sich unter den interviewten Jugendlichen umgekehrt Beispiele, in denen das Herauslösen aus den Familiensystemen einen positiven Effekt zur Folge hatte. Exemplarisch wird von einer Person die förderliche Wirkung auf die Schule beschrieben:

„Mit 15 war ich in einem Kinderheim, und seitdem ich im Kinderheim war, fand ich die Schule so extrem gut. Also, ich hatte Familienschwierigkeiten ... Meine Eltern haben sich getrennt als ich elf Jahre alt war. Und mein Stiefvater hat immer meine leibliche Mutter geschlagen, vor uns Kindern. Ja, dann bin ich ins Kinderheim gekommen. Bevor ich im Kinderheim war, war Schule auch nicht so gut.“ (I15)

Dieser Risikofaktor gilt dementsprechend als differenziert zu betrachten, da die Auswirkungen komplex und individuell unterschiedlich aussehen können.

Niedriger sozio-ökonomischer Status

Obwohl finanzielle Probleme in der Familie in den Interviews selten zum Thema werden, geht aus den beruflichen Stellungen der Eltern hervor, dass fast die Hälfte der Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status kommt. Arbeitslosigkeit zeigt sich aber nur bei einzelnen Elternteilen oder vereinzelt bei Geschwistern, die dann zumeist in Jugendangeboten Unterstützung bekommen. Vielmehr arbeiten die Eltern in angelernten Jobs oder Tätigkeiten, für die kein Bildungsabschluss notwendig ist. Finanzielle Schwierigkeiten in den Familien zeigen sich in den Interviews oft indirekt durch Erzählungen über die berufliche Situation oder den Alltag. So erzählt eine interviewte Person, dass ihre 21-jährige Schwester in einem Nachtclub als *„Tänzerin und mehr“* beschäftigt sei. Eine andere Jugendliche erzählt, dass sie ihr eigenes Trinkgeld verwende, um Essen zu kaufen, da sie zuhause nicht ausreichend versorgt würde. Die Jugendlichen sind aber nicht nur durch die finanziellen Einschränkungen betroffen, sondern teilweise auch durch die Vermittlung eines untergeordneten Stellenwertes von Bildung. So erzählt ein Jugendlicher etwa:

„Bei uns haben immer viele gedacht, dass es nichts bringen würde, Schule und so. Anstatt zu sagen: ‚Hey, geh weiter in die Schule und dann machst du halt was Besonderes.‘ Oder: ‚Wenn du Träume hast, dann gehen die in Erfüllung‘. Das hat keiner nie gesagt. Und man wollte einfach, dass ich arbeiten gehe und ihnen [Familie, Anm.] helfe.“ (I33)

Der sozio-ökonomische Status gilt auch in der Literatur als Risikofaktor (siehe Kapitel 2, Tabelle 2-4). Wie etwa das oben angeführte Zitat bereits zeigt, ist nicht der Status selbst ein Risiko, sondern die mit diesem Status zusammenhängenden Faktoren. Lampert et al. (2005, zit. n. Lampert et al. 2013) versuchen, Erklärungsmöglichkeiten für die Beobachtung erheblicher Beeinträchtigungen bei Personen mit niedrigerem sozio-ökonomischerem Status aufzuzeigen. Die Autoren gehen von folgenden zu Grunde liegenden Ursachen aus: Materielle Unterversorgung, Einschränkungen in der Teilhabe (z.B. im Konsum oder in den Erlebnismöglichkeiten), größeres Empfinden von Stress (z.B.

aufgrund der existenziellen Absicherung), zeitlich kürzere Planungen bzw. Perspektiven und damit mehr gesundheitsriskantes Verhalten, prekäre Arbeitsverhältnisse, weniger Ressourcen für Gesundheitsförderung (z.B. durch Ernährung, Erholung, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen) und auch Selektionsmechanismen aufgrund der Gesundheit (z.B. psychische Erkrankung als Hemmnis der Arbeitsmarktintegration). Dies macht die vielfältige Wirkungsweise des Faktors in einem Wechselspiel von psychischer Gesundheit und Erwerbstätigkeit sichtbar und verdeutlicht nicht nur eine mögliche ursächliche Rolle für psychische Störungen, sondern auch eine mögliche Rolle als „Folgeerscheinung“, die dann zur Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen kann.

Wiederheirat bzw. wechselnde Partnerschaften der Eltern

Die in der Literatur angeführten Risikofaktoren der Wiederheirat eines Elternteils oder mehrfach wechselnder Partnerschaften sind auch in den Ausführungen der Jugendlichen häufig erkennbar. Als problematisch wird dies vor allem dann empfunden, wenn keine guten Beziehungen zu neuen PartnerInnen gefunden werden. So werden Probleme, z.B. Konflikte mit dem Stiefvater, beschrieben, die wiederum zur erneuten Trennung führen können. Auch der Kontakt zu den Kindern neuer PartnerInnen gestaltet sich nicht immer als einfach und kann für die Jugendlichen eine damit einhergehende Belastung darstellen. In der Analyse wird jedoch auch sichtbar, dass der Zugewinn einer Stiefmutter/eines Stiefvaters nicht nur einen negativen Einfluss auf die Jugendlichen haben kann. Dies kann ebenso als Ressource betrachtet werden, wenn ein gutes Verhältnis aufgebaut werden kann.

Erkrankungen der Eltern

Einen weiteren Risikofaktor stellen Erkrankungen der Eltern der Jugendlichen dar, wobei sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen vorliegen. Insgesamt wird bei einem Viertel der Jugendlichen eine Erkrankung mindestens eines Elternteiles deutlich. Berücksichtigt wurden hier nur konkret benannte Erkrankungen. Da diese nicht explizit erfragt wurden, ist hier eher von einer Unterschätzung auszugehen. Die Nennungen umfassen multiple körperliche Beschwerden der Mutter (Asthma, Knie- und Schulterbeschwerden), Epilepsie des Vaters, Substanzabhängigkeit, aber auch nicht näher definierte psychische Erkrankungen. Zumeist werden Substanzabhängigkeiten genannt, wobei diese vor allem die Abhängigkeit von Alkohol betreffen. Die Erkrankungen wirken sich auf die Jugendlichen in mehrfacher Hinsicht aus. Zum einen ist durch die gegebene Einschränkung der Mutter und/oder des Vaters eine größere Unterstützung der Jugendlichen in den Familien notwendig. Dies kann allerdings auch eine Belastung für die Beziehung zwischen dem Elternteil und dem Sohn bzw. der Tochter darstellen und wiederum weitere Risikofaktoren, wie z.B. innerfamiliäre Konflikte, begünstigen. Zum anderen finden sich teilweise ähnliche psychische Störungsbilder bei den Eltern und den Jugendlichen (vor allem Suchterkrankungen).

Das steht im Einklang mit der Literatur. Mehrere wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Kinder mit psychisch erkrankten Eltern ein höheres Risiko haben, selbst eine psychische Störung zu entwickeln (z.B. Anda et al. 2002; Weissman et al. 2005). Bestätigt wird dies auch durch eine Analyse der Anzahl psychisch kranker Eltern von Kindern und Jugendlichen, die in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps Universität waren. Etwa die Hälfte aller Eltern in dieser Stichprobe weist eine psychiatrisch relevante Störung auf. Insbesondere substanzbezogene Störungen kamen dabei sehr häufig (bei 20 % aller Eltern) vor (Mattejat/Remschmidt 2008, 413). Im Vergleich dazu zeigen sich in der europäischen Allgemeinbevölkerung in der Metaanalyse von Wittchen/Jacobi (2011) deutlich geringere Prävalenzen (Alkoholabhängigkeit: 3,4 %; Opiatabhängigkeit: 0,1-0,4 %; Cannabisabhängigkeit: 0,3-1,8 %).

Verluste innerhalb der Familie

Verlusterfahrungen zeigen sich in einigen Fällen ebenfalls als Risikofaktor. Traumatische Auswirkungen werden besonders in zwei Fällen eindrücklich geschildert. Einmal spricht der Jugendliche vom Tod seines Großvaters und Großonkels und bezeichnet dies im Interview immer wieder als „*heftige Schicksalsschläge*“. Der Tod des Großvaters, der eine der wichtigsten Bezugspersonen für den Jugendlichen war, wirkte sich nicht nur bei ihm selbst massiv aus, sondern bei der ganzen Familie: „*Ja, wie er gestorben ist, das war katastrophal, für die komplette Familie, Ausnahmezustand. Es hat sich keiner von der Familie zwei Jahre nach seinem Tod noch immer nicht erholen können.*“ (I14)

Diese langfristigen Auswirkungen, die auch das gesamte familiäre Umfeld treffen, wirken sich massiv auf die psychische Verfassung aus. Konkreter formuliert dies eine andere Jugendliche, die die Folgen derartiger Verluste anspricht: „*Ja, ich habe mich dann radikal verändert wie mein Papa gestorben ist. Ich habe zum Rauchen angefangen, hab zum Trinken angefangen, ich hab einfach gemacht, was ich wollte.*“ (I5)

Verluste können aber nicht nur durch Todesfälle, sondern auch in anderer Form passieren. Die Re-Emigration der Bezugspersonen (Rückkehr ins ursprüngliche Herkunftsland) oder der Auszug eines Geschwisters, das die Hauptbezugsperson im Leben der/des Jugendlichen darstellt, können ebenfalls als großer Verlust erlebt werden.

In der Zusammenschau erweisen sich die familiären Risikofaktoren als die am häufigsten genannten. Jede/Jeder einzelne Jugendliche beschreibt zumindest einen familiären Risikofaktor. Konfliktreiche Beziehungen zu den Eltern werden von einem großen Teil der Jugendlichen genannt – auch ungünstige Erziehungsstile werden in den Erzählungen sehr häufig deutlich. Diese paaren sich mit (psychischen) Erkrankungen der Eltern, Verlusterfahrungen oder Scheidungen, sodass eine Häufung bzw. ein Ineinanderfließen dieser Faktoren bereits sehr früh im Lebensverlauf der Interviewten deutlich wird. So gibt es Jugendliche, die nahezu alle in Tabelle 5-2 angeführten Risikofaktoren in ihrem Familiensystem beschreiben. Das Zusammenspiel mehrerer dieser beschriebenen Faktoren, wie es mit wenigen Ausnahmen der Fall ist, führt in der Folge häufig zu einer massiven Belastung und damit zu Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen.

5.1.4.2 SOZIALE RISIKOFAKTOREN

Neben Risikofaktoren auf der familiären Ebene treten in den Interviews häufig auch Faktoren auf die auf der sozialen Ebene anzusiedeln sind. Aus vier Interviews können keinerlei soziale Risikofaktoren entnommen werden. Auffällig ist die Vielfalt dieser Art an Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen können. Analog zu den familiären Faktoren ergibt sich auch hier bei vielen Jugendlichen eine Ballung, während das ausschließliche Auftreten einzelner Faktoren als Ausnahme betrachtet werden kann.

Geringe soziale Unterstützung

Eine geringe soziale Unterstützung wird in mehreren Interviews deutlich. Das Gefühl, wenige oder keine FreundInnen zu haben bzw. keine Unterstützung zu bekommen, wird zum Teil offen zum Ausdruck gebracht. Häufig wird auch von einer Abwendung der FreundInnen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Suchterkrankungen, gesprochen. Ungünstig wirken sich zudem Umzüge oder Schulwechsel im Kindes- und Jugendalter aus, die zu einem Verlust des bestehenden Freundeskreises führen können.

Ungünstiger Peer-Einfluss

Den Peers der befragten Jugendlichen kommt ein großer Stellenwert zu, da sie einen großen Einfluss auf das Verhalten und den Zeitvertreib der Jugendlichen ausüben. Der Anschluss an Jugendszenen beeinflusst etwa die Haltung zur Schule (z.B. Hausbesetzungen statt Schulbesuch) oder zur Arbeit (z.B. geringer Stellenwert der Arbeit im sozialen Umfeld). Diese ungünstigen Einflüsse zeigen sich besonders ausgeprägt bei Jugendlichen mit Drogenabhängigkeit. Vor allem Peers eröffnen überhaupt den Zugang zu Drogen. Beispielsweise erklärt ein Jugendlicher:

„Und ja, mit denen ich Drogen genommen habe, die waren von Mazedonien, das waren die, die kiloweise Heroin herüberbringen. Die sind mit Autos gefahren, solche Platten mit Heroin. Wenn so viel da ist: ‚Da, nimm 10 Gramm da, 20 schenk ich dir, da 30.‘“ (I30)

Zum anderen spielen Peers aber auch bei der Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit eine große Rolle, da der Drogenkonsum in gewisser Weise auch als „*Gemeinsamkeit*“ verstanden wird. Diese Rolle wird zudem begünstigt durch die Abwendung jener FreundInnen, die für sich andere Wege verfolgen und sich genau aufgrund dieser Problematiken von den ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen distanzieren. So bleiben ausschließlich jene FreundInnen als soziale Stütze, die selbst Drogen konsumieren, was eine Abwendung von diesen doppelt erschwert.

Negative Schul- oder Arbeitserfahrungen

Negative Schulerfahrungen werden häufig beschrieben. Genannt werden Lernschwierigkeiten oder schlechte Noten, die manchmal in direktem Zusammenhang mit dem sozialen oder familiären Umfeld gesehen werden. Diese führen zur Wiederholung einzelner Klassen oder zum Schulabbruch. Konkret geschildert werden häufig auch schlechte Erfahrungen mit dem Klassenvorstand oder LehrerInnen sowie Schwierigkeiten mit bestehenden Unterrichtsmethoden, etwa mit vorgegebenen Terminen, zurechtzukommen. Jugendliche mit negativen Erfahrungen betonen dementsprechend, sehr ungern zur Schule gegangen zu sein, die Motivation verloren zu haben oder als Konsequenz dieser Erfahrungen die Schule geschwänzt zu haben, wie nachfolgendes Zitat exemplarisch zeigt:

„Und nach der dritten Hauptschule ging es richtig runter. Und ehrlich gesagt, hatte ich keine Lust mehr, weil mich meine Lehrerin nur mehr geplatzt hat. Ich war fast der einzige, was Stress mit ihr gehabt hat. Und davor – sagen wir Volksschule und bis zur dritten Hauptschule – war das nie so. Erst nach der dritten ist eine neue Lehrerin gekommen, erst nach dem ging es mir eigentlich so, ging es in der Schule so. Und die Noten verschlechterten sich, die Motivation war tief gesunken.“ (I33)

Die Beendigung von Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnissen erfolgte bei einigen Jugendlichen ebenso aufgrund negativer, erster Arbeitserfahrungen. Ein hohes Stundenausmaß in der Lehre, ein schlechtes Arbeitsklima, extreme körperliche Belastungen oder schlechte Rahmenbedingungen werden als Gründe dafür genannt.

Arbeitslosigkeit

Längerfristige Arbeitslosigkeit wird von den Jugendlichen als Belastung erlebt. Insbesondere die fehlende Tagesstruktur kann zu Trägheit, Müdigkeit und fehlender Motivation führen. Eine interviewte Person fasst dies folgendermaßen zusammen:

„Ja, wenn ich wirklich den ganzen Tag nur daheim sitze, ja, dann fällt mir die Decke am Kopf, dann werde ich so müde, man wird träge, ja, man macht nichts mehr, man lässt sich sogar gehen. [...]. Wenn man einmal in diesen Loch drinnen ist, fällt es einem verdammt schwer, wieder herauszukommen.“ (I37)

Anhand eines weiteren Interviews wird ersichtlich, dass nicht nur die entstehende Motivationslosigkeit einem stabilen Beschäftigungsverhältnis entgegenwirkt, sondern auch die mit der Arbeitslosigkeit einhergehende schwierige finanzielle Situation, die das Annehmen von unsicheren, aber einfacher zu erhaltenden Leasing-Jobs begünstigt, die aber oft nur von kurzer Dauer sind.

Ausgrenzungserfahrungen

Ausgrenzungserfahrungen werden zumeist im Kontext Schule berichtet. Mit verletzenden Aussagen und Provokationen durch KlassenkollegInnen entsteht bei den Jugendlichen das Gefühl, eine Außenseiterin/ein Außenseiter zu sein. Wesentlich scheint in derartigen Situationen die Unterstützung des Klassenvorstandes zu sein, die jedoch oft nicht gewährt wird und so zu einer Verstärkung des Gefühls der Ausgrenzung beiträgt. Doch nicht nur der Schulkontext ist hier relevant. Eines der befragten Mädchen erlebte derartige Erfahrungen im Kontext des Heimatortes. Ausschlaggebend waren aus ihrer Sicht die eigenen Besonderheiten (vor allem ihre rebellische Art), die dem „Bilderbuch“-Charakter der Pflegefamilie nicht entsprachen und so fremden Personen eine Nicht-Zugehörigkeit signalisierten, die ihr wiederholt vermittelt wurde. Andere von Jugendlichen genannte Gründe für Ausgrenzungen oder Diskriminierung stellen etwa der Migrationshintergrund, aber auch Äußerlichkeiten wie die Haarfarbe dar.

Wechsel des Wohnortes

Ein Wechsel des Wohnortes ist vor allem deshalb als kritisch zu erachten, da mit diesem viele andere belastende Faktoren einhergehen: Dazu zählen etwa der Verlust des bestehenden Freundeskreises, die Aufgabe, neue FreundInnen zu finden, oder die Schwierigkeiten, welche mit einem Schulwechsel entstehen. Wiederholte Umzüge führen stets erneut zu diesen Phasen. Besonders markant stellt sich die folgende Schilderung dar:

„Und von dort bin ich dann, also vom Jugendheim bin ich dann wieder nach [Ortsname, Anm.] und hin und her und irgendwie dann kreuz und quer nach Tirol und dann wieder zu meinen Eltern nach Wien und ich bin so oft in meinem Leben umgezogen. Ich hab deswegen wirklich die Lehre nicht fertig machen können, weil ich so oft umgezogen bin, oder Schule.“ (I31)

Obwohl ein Wechsel des Wohnortes nur in einzelnen Interviews als Risikofaktor auftritt, wird anhand der Erzählungen deutlich, dass sich dieser einschneidend auf das Leben der Jugendlichen auswirken kann.

Verlust von FreundInnen/ PartnerIn

Der Verlust einer engen Freundin/eines engen Freundes wird in der Literatur ebenfalls als Risikofaktor angeführt. In den Interviews wird der Verlust von FreundInnen oder der Partnerin/des Partners nicht nur im Rahmen eines Wohnortwechsels angesprochen, sondern auch vereinzelt durch Todesfälle. Der Tod durch eine Überdosis an Drogen hatte etwa bei einer Jugendlichen massive psychische Auswirkungen zur Folge:

„Des war für mich so arg, das allein sein und ja. Ich kann das gar nicht beschreiben, wie das für mich war. Ich hab da eine Woche in den Fernseher reingeschaut, und die Leut wollten mich aufmuntern, mein Bruder oder so. Die haben gelacht, und ich hab nur so starr auf den Fernseher geschaut ohne Reaktion, kalt war mir voll; geschlafen hab ich nichts, gar nichts. Es war kurz so, dass mir die Ärztin, die mir immer das Dauerrezept verschreibt, dass die mich in die Psychiatrie eingeliefert hätte. Und ich hab dann gesagt, nein, nein ich reiße mich eh zusammen.“ (I20).

Schulden

In zwei Fällen werden Schulden in der Höhe von 9.000 Euro und 14.000 Euro geschildert. Genauer erzählt ein Jugendlicher, dass der Hauptteil der Schulden aus dem Schwarzfahren mit dem Auto seines Vaters sowie mit öffentlichen Verkehrsmitteln stammt. Hinzu kommen unbezahlte Wohnnebenkosten, wodurch bereits Klagen und Exekutionstitel entstanden sind. Diese Folgen sind nicht nur belastend für die aktuelle Situation, sondern wirken aufgrund der mit den Rückzahlungen verbundenen finanziellen Einschränkungen gegebenenfalls noch länger nach.

Zugang zu Drogen

Der Zugang zu Drogen wird, gemäß den Schilderungen der Jugendlichen, zumeist über Peers eröffnet, jedoch spielen auch ältere Personen oft eine Rolle in der Beschaffung der Substanzen. Erste Erfahrungen werden schon sehr früh gemacht, manches Mal bereits in der Pflichtschule. Ist erst eine Abhängigkeit vorhanden, nehmen finanzielle Fragen einen größeren Stellenwert ein. Gelöst werden diese nicht immer legal – so beschreibt eine Jugendliche: *„Ich bin am Strich gegangen, damals. Deswegen hab ich das alles auch nicht nüchtern ertragen. Ich konnte das nicht ertragen, ja.“* (I37) Beschaffungskriminalität wird auch von einem anderen Jugendlichen beschrieben, der Diebstahl und Gewalt diesbezüglich offen anspricht.

Prekäre Wohnsituation

Eine prekäre Wohnsituation hängt häufig eng mit einer prekären finanziellen Situation zusammen. Ein frühzeitiger Auszug aus der Wohnung der Eltern ist kein Einzelfall. Der erste Weg führt zumeist zu FreundInnen, die einen temporären Wohnplatz zur Verfügung stellen. Bei vielen Jugendlichen unterstützen andernfalls Wohngruppen oder Jugendangebote, welche ein betreutes oder eigenständiges Wohnen ermöglichen. Ein ungeplanter, früher Auszug kann aber bei Fehlen dieser Möglichkeiten rasch zu Obdachlosigkeit führen. Zwar können die Jugendlichen in der Jugendnotschlafstelle oder einer Notschlafstelle für Erwachsene unterkommen, jedoch wird letztere Erfahrung mitunter als sehr negativ erlebt. So umschreibt etwa eine Person die Notschlafstelle als *„Endstation aller WG´s“*, da der Drogenkonsum zum Rauswurf aus der betreuten Wohngemeinschaft führte. Über die Notschlafstelle sei ihr schließlich ein sehr guter Zugang zum Drogenmilieu eröffnet worden. Eine prekäre Wohnsituation hängt damit des Öfteren eng mit weiteren Risikofaktoren, wie z.B. einem ungünstigen Peer-Einfluss, zusammen.

„Wie konnten die mich damals in sowas reingeben. Ich verstehe es nicht! Ich war doch noch ein Kind! Und ein Kind kann man doch nicht in eine Notschlafstelle stecken, wo die ärgsten Junkies hausen.“ (I37)

Gewalterfahrungen

In drei Fällen werden Gewalterfahrungen im sozialen Umfeld ersichtlich. Obwohl diese nicht detailliert ausgeführt werden, wird deutlich, dass es sich um massive Vorkommnisse in der Biografie der Jugendlichen handelt. So beschreibt eine Jugendliche Übergriffe in der Schule:

„[...] Ja, ich war die, die was sich angreifen dürfen hat lassen. Die was sich in ein Kammerl zerren lassen hat, und ich hab es mir eh gefallen lassen, ich hab mich eh nicht gewehrt. Was willst du gegen 19 Burschen tun, das geht nicht und geholfen hat mir keiner [...]“. (I10)

Neben diesem Übergriff werden von zwei anderen Jugendlichen ein Missbrauch im Umfeld einer Wohngemeinschaft und eine Kriegserfahrung im Jugoslawienkrieg geschildert.

In der Zusammenschau sind soziale Risikofaktoren häufig in den Interviews zu finden. Obwohl diese vielfältig aussehen können, kommt vor allem den Peers eine zentrale Rolle zu, wobei einerseits das

Fehlen von FreundInnen oder Verlusterfahrungen andererseits, aber auch ungünstige Erfahrungen ausgehend von Peers, wie etwa Ausgrenzungserfahrungen oder das Eröffnen eines Zugangs zu Drogen, Risikofaktoren darstellen können.

5.1.4.3 PERSONALE RISIKOFAKTOREN

Zu den personalen Belastungsfaktoren sind auch biologische Veranlagungen (z.B. Frühgeburt, genetische Faktoren) zu rechnen (Kapitel 2.3.4.1), die im Rahmen der Interviews nicht eruiert werden konnten. Der Stellenwert, den Umwelteinflüsse in Zusammenhang mit biologischen Aspekten haben, ist noch ungeklärt (Gruber et al. 2014, 112ff). Das bisherige Forschungsparadigma schreibt Umwelteinflüssen eine sekundäre oder additive Rolle zu. Es gibt aber auch Forschungsparadigmen, wie z.B. Epigenetik, die die Ursache der Entstehung psychischer Erkrankungen in der Wechselwirkung zwischen der genetischen Veranlagung und der Umwelt sehen bzw. dass Umwelteinflüsse zumindest einen Einfluss auf die Genexpression nehmen können. Je nach Erkrankung könnten hier unterschiedliche Modelle zum Tragen kommen (ebd.).

Personale Risikofaktoren sind aus methodischen Gründen anhand des vorliegenden Materials nur schwer ableitbar: Einerseits waren sie nicht Gegenstand des ursprünglichen Leitfadens für die Interviews mit NEET-Jugendlichen, andererseits lassen sich die in der Literatur angeführten personalen Risikofaktoren, wie beispielsweise geringe kognitive Fähigkeiten, geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation oder die bereits angesprochenen biologischen und genetischen Faktoren, auf Basis von Interviews nur sehr schwer feststellen. Nichtsdestotrotz sollen Hinweise auf personale Merkmale, die auf Basis der Literaturanalyse als Risikofaktoren erachtet werden, dargestellt werden.

Schwierige Temperamentsmerkmale

Hinweise werden vor allem auf schwierige Temperamentsmerkmale gegeben. Impulsive und aggressive Handlungen gehen etwa aus Erzählungen über Schlägereien, über kriminelles Verhalten, über mehrmalige Rauswürfe aus Jugendangeboten oder Übergriffe auf BetreuerInnen hervor. Das eigene Temperament wird in manchen Fällen nebenher thematisiert: „*Ich hab von meinem Papa eher das Temperamentvolle und Aggressive ein bisschen [...]*“ (I6) Inwieweit diese Merkmale aber bereits seit frühem Lebensalter gegeben sind, bleibt anhand der Ausführungen unklar. Impulsives Verhalten drückt sich aber nicht nur in aggressiven Handlungen aus, sondern vielmehr auch in „Kurzschluss“-Reaktionen, wie dem Weglaufen von Zuhause, dem Schwänzen der Schule bei Unannehmlichkeiten, dem Stehlen eines Autos, Schwarzfahren und ähnlichem.

Chronische Erkrankungen

In drei Fällen wird auch über eigene chronische Erkrankungen gesprochen. Bei zwei Personen sind Erkrankungen erst im Jugendalter aufgetreten. Einmal handelt es sich bei der Erkrankung um Diabetes, das andere Mal um HIV, das bereits im Zusammenhang mit der Suchterkrankung entstanden ist und somit kein zeitlich vorgereifter, sondern ein später hinzugekommener Risikofaktor ist. Eine weitere Person spricht über langwierige gesundheitliche Probleme in den ersten Lebensjahren, die allerdings nicht eindeutig benannt werden können.

Einzelne Hinweise auf weitere personale Risikofaktoren

In der Literatur wird eine Vielzahl an weiteren individuellen Risikofaktoren beschrieben (siehe Kapitel 2, Tabelle 2-4). Einzelne Aussagen geben Hinweise auf das Vorliegen dieser Faktoren in der untersuchten Gruppe an Jugendlichen. Exemplarisch wird etwa mangelndes Selbstvertrauen oder Zweifel an der eigenen Selbstwirksamkeit durch einzelne Wortmeldungen deutlich:

„[...]Ich habe irrsinnige Angst vor dem, was kommen wird. Ich hab irrsinnige Angst, dass ich das nicht schaffen werde. Dass ich versage, so wie früher, weil früher hab ich auch ständig Kurse versucht, die hab ich nicht geschafft [...]“ (I37)

Mangelnde soziale Fähigkeiten etwa werden bei einem Jugendlichen allgemein wie folgt zusammengefasst:

„Ich habe mich nie ... weiß ich nicht, es ist schwer zu sagen. Ich hab mich nie, bin mit der Gesellschaft nie so recht zusammengekommen. Und ich war immer mehr, der, der eher im Hintergrund ist [...]“ (I22)

Diese personalen Merkmale stehen bereits in engem Zusammenhang mit den psychischen Erkrankungen, sodass offen bleibt, ob hier tatsächlich ein zeitlich vorausgehender Risikofaktor oder vielmehr bloß Symptome der jeweiligen Erkrankungen beschrieben werden.

Alles in allem lassen sich insbesondere aus methodischen Gründen nur wenige Hinweise auf personale Risikofaktoren eruieren: Hinweise fanden sich dabei vor allem auf schwierige Temperamentsmerkmale und chronische Erkrankungen der Jugendlichen sowie vereinzelt auf Mängel im Selbstvertrauen, in der Selbstwirksamkeit und in den sozialen Fähigkeiten.

5.1.4.4 ZUSAMMENSCHAU – RISIKOFAKTOREN

Im Rahmen der ausgewerteten Interviews sichtbar gewordenen Risikofaktoren sind in Tabelle 5-2 überblicksmäßig dargestellt. Eine besonders starke Ausprägung ist – wie bereits erwähnt – bei den familiären Risikofaktoren erkennbar: Jede/Jeder einzelne Jugendliche beschreibt mindestens einen derartigen Risikofaktor. Bei beinahe allen Jugendlichen wird aber nicht nur ein Faktor genannt, vielmehr wird – in Übereinstimmung mit der Fachliteratur (siehe Kapitel 2) – eine Häufung von mehreren Belastungsfaktoren innerhalb der Familie sichtbar. Besonders häufig sind Scheidungen und zeitlich anhaltende familiäre Konflikte sowie ungünstige Erziehungsstile zu vernehmen. Bei den sozialen Risikofaktoren ist erkennbar, dass diese weniger häufig genannt werden, jedoch hinsichtlich ihrer Art und Ausprägung ebenfalls sehr vielfältig in Erscheinung treten können. Eine zentrale Rolle kommt hierbei den Peers zu, wobei einerseits das Fehlen von FreundInnen bzw. generell sozialer Unterstützung und andererseits ungünstige Einflüsse (z.B. Zugang zu Drogen, kriminelle Handlungen) thematisiert werden. Schwieriger sind personale Faktoren auf Basis von Interviews zu erheben. Die Analyse ergab aber Hinweise vor allem auf schwierige Temperamentsmerkmale und chronische Erkrankungen der Jugendlichen, vereinzelt aber auch auf Mängel im Selbstvertrauen, in der Selbstwirksamkeit und in den sozialen Fähigkeiten. Wie bereits in der Literaturanalyse ausgeführt, greift eine isolierte Betrachtung der einzelnen Risikofaktoren zu kurz, da diese meist zusammen auftreten und kumulieren. Daher wird in Kapitel 5.2 noch näher auf das Zusammenspiel und die Wechselwirkung der Risikofaktoren (und Schutzfaktoren) eingegangen.

Tabelle 5-2: Risikofaktoren bei ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen

Familiäre Risikofaktoren	Soziale Risikofaktoren	Personale Risikofaktoren ³²
<ul style="list-style-type: none"> • Scheidung oder Trennung der Eltern • Ungünstige Erziehungspraktiken • Familiäre Konflikte • Gewalterfahrungen • Fremdunterbringung • Niedriger sozio-ökonomischer Status • Wiederheirat bzw. wechselnde Partnerschaften der Eltern • Erkrankungen der Eltern • Verluste innerhalb der Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe soziale Unterstützung • Ungünstiger Peer-Einfluss • Negative Schul- oder Arbeits-erfahrungen • Arbeitslosigkeit • Ausgrenzungserfahrungen • Häufige Wechsel des Wohnortes • Verlust von FreundInnen • Schulden • Zugang zu Drogen • Prekäre Wohnsituation • Gewalterfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwieriges Temperament • Chronische Erkrankungen • Vereinzelte Hinweise auf: Mangel an Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, sozialen Fähigkeiten

5.1.5 RESSOURCEN

Bei der Reanalyse der Interviews wurde ein Fokus auch auf vorhandene Ressourcen gerichtet, die zur Abfederung der Belastungsfolgen geeignet sind. Dies erfolgt in Anlehnung an das Konzept der Schutzfaktoren. Wie bereits in Kapitel 2.3.4.2 erwähnt, wirken Schutzfaktoren als eine Art „Puffer“ gegen widrige Umstände und Risikokonstellationen. In der Literatur wird auf eine Differenzierung zwischen Schutzfaktoren und Ressourcen hingewiesen, wenngleich diese häufig synonym verwendet werden (z.B. Sturzbecher/Dietrich 2007). Nach Petermann und Schmidt (2006, 119, zit. n. Sturzbecher/Dietrich 2007, 14) stellen Ressourcen aktuell verfügbare Potenziale dar, welche die Entwicklung stützen. Schutzfaktoren hingegen entfalten nur in Anwesenheit von Risiken ihre protektive Wirkung. Im folgenden Kapitel werden Ressourcen nach der dargestellten Definition von Petermann und Schmidt verstanden.

Die Frage nach geeigneten Schutzfaktoren zur Abfederung von Risikofaktoren lässt sich auf Basis der vorhandenen Interviews mit NEET-Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen nur schwer beantworten, da entsprechend der theoretischen Konzepte diese vor der Entstehung einer psychischen Störung protektiv wirken sollten, während bei den analysierten Fällen eine psychische Beeinträchtigung gegeben ist und daher die Schutzfaktoren nicht wirksam genug waren.. Daher wurde der Auswertungsfokus darauf gerichtet, welche Ressourcen bei den Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen überhaupt vorhanden bzw. entsprechend der Literatur³³ zu Schutzfaktoren eben nicht vorhanden sind. Zusätzlich konzentriert sich die Analyse auch auf Ressourcen, welche bei der Bewältigung der psychischen Beeinträchtigung und der Folgeerscheinungen (z.B. prekäre Wohnverhältnisse, Erwerbslosigkeit) helfen können.

Analog zu den Risikofaktoren wurden die Ressourcen in personale, familiäre und soziale Ressourcen eingeteilt. Oberflächlich betrachtet, zeigt der Abgleich mit den Risikofaktoren, dass in den analysierten Fällen von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen eine relativ schwache Ausstattung mit Ressourcen gegeben ist und dass deutlich mehr Risikofaktoren vorhanden sind als Ressourcen zur

³² Anmerkung: Durch ursprüngliche Fragestellung der Interviews nur ansatzweise erfasst

³³ Eine exemplarische Auflistung von Schutzfaktoren findet sich in Kapitel 2.3.4.2. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Schutzfaktoren anhand der Literatur wurde im Rahmen dieser Studie weggelassen. Eine umfassende Darstellung von Schutzfaktoren findet sich beispielsweise bei Bettge (2004) oder Bengel et al. (2009).

Abfederung dieser Belastungsquellen, was die Entstehung und Verstärkung der psychischen Beeinträchtigungen gut erklärt. Nachfolgend werden die Ressourcen auf der personalen, familiären und sozialen Ebene dargestellt.

5.1.5.1 FAMILIÄRE RESSOURCEN

Im Zusammenhang mit familiären Ressourcen kann zwischen Merkmalen der Eltern-Kind-Beziehung und Merkmalen, welche die Eltern selbst betreffen, unterschieden werden (Bettge 2004, 22). In der Literatur werden hinsichtlich familiärer Ressourcen häufig ein autoritativer/demokratischer Erziehungsstil (Beschreibung siehe „Ungünstige Erziehungspraktiken“, Kapitel 5.1.4.1), ein gutes Familienklima bzw. Familienzusammenhalt (Kohäsion), eine enge Geschwisterbindung, ein unterstützendes familiäres Netzwerk sowie ein hoher sozio-ökonomischer Status der Eltern und Eltern mit hohen personalen Ressourcen genannt (u.a. Bettge 2004, 15; Wustmann 2007; Bengel et al. 2009).

In der Beschreibung der Risikofaktoren (siehe Kapitel 5.1.4.1, „Ungünstige Erziehungspraktiken“) zeigt sich, dass v.a. familiäre Risikofaktoren bei den ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen mit psychischer Beeinträchtigung eine große Rolle spielen. Entsprechend der Häufung familiärer Risikokonstellationen sind die Jugendlichen vergleichsweise gering mit familiären Ressourcen ausgestattet.

Ein Abgleich der familiären Risikofaktoren mit den familiären Ressourcen zeigt, dass gegebene familiäre Risikokonstellationen das Vorhandensein von Ressourcen innerhalb der Familie nicht zwingend ausschließen müssen, wenngleich familiäre Ressourcen in der Gegenüberstellung eher gering ausfallen. Dennoch kann beim Großteil der analysierten Fälle das Vorhandensein zumeist einzelner familiärer Ressourcen festgestellt werden. Angesichts dessen, dass einige der Jugendlichen überhaupt keinen Kontakt mehr zu ihren Eltern haben bzw. häufig äußerst problematische Familienverhältnisse bestehen, werden an dieser Stelle als familiäre Ressourcen auch generell das Vorhandensein eines Elternteils bzw. familiärer Bezugspersonen gezählt, welche die Jugendlichen zumindest in irgendeiner Art und Weise unterstützen.

Am häufigsten zeigt sich eine erwähnte Unterstützung durch die Eltern bzw. einen Elternteil oder durch Bezugspersonen im familiären Umfeld wie Großmutter/Großvater, Cousine/Cousin oder Geschwister, wobei die Art der Unterstützung verschiedene Formen annehmen kann: Einerseits wird finanzielle Unterstützung und die (temporäre) Unterbringung bei Großeltern oder einem Elternteil, genannt. Andererseits wird Hilfe bei der Bewältigung der NEET-Situation gemeint, wie beispielsweise die Vermittlung einer Arbeitsstelle oder die Motivation hinsichtlich der Verfassung von Bewerbungen oder dem Einhalten von AMS-Terminen. Aber auch die Unterstützung im Umgang mit der psychischen Beeinträchtigung ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Nachfolgend findet sich dazu ein Zitat einer Jugendlichen wieder:

„Meine Mutter hat mich gleich geschnappt und ist mit mir zur Drogenberaterin gefahren, ja, und die hat halt empfohlen, dass ich ins Substitutionsprogramm einsteigen soll. Damit es mir halt dann auch besser geht. [...] Meine Mutter wollt das immer nicht ... und hat mich auch von der Polizei suchen lassen.“ (I20)

Die Form der familiären Unterstützung in der Sichtweise der Jugendlichen wird allerdings häufig als Druckausübung empfunden, anstatt sich verstanden zu fühlen. Dies veranschaulicht folgendes Zitat eines Jugendlichen, der nach eigenen Angaben von seinen Eltern in die Psychotherapie gedrängt wurde, obwohl er, der eigenen Auffassung nach, dies nicht benötige:

„[...] Meine Eltern haben mich dazu gedrängt, dass ich in das Wagner Jauregg [Landesnervenklinik, Anm.] gehe. Es war nicht so, dass ich wollte, sondern sie wollten es. Dann bin ich krank geworden. [...] Also verstanden gefühlt habe ich mich nicht. Sie [Eltern, Anm.] haben ihrer Meinung nach das Beste getan, meiner Meinung nach eigentlich überhaupt nicht.“ (I19)

Im Zusammenhang mit den familiären Ressourcen wird auch eine enge Geschwisterbindung in mehreren Fällen explizit erwähnt. Die Geschwister nehmen mitunter eine Art Ersatz für Freunde ein und scheinen in manchen Fällen der einzige regelmäßige soziale Kontakt mit Gleichaltrigen zu sein. Aber auch die Übernahme der Verantwortung gegenüber jüngeren Geschwistern kann als Ressource im familiären Kontext gesehen werden, da sie mit Verpflichtungen für den Jugendlichen verbunden ist.

Hinsichtlich der familiären Ressourcen kann eine hohe Variabilität im Zeitverlauf festgestellt werden. Insbesondere in Fällen mit einem konfliktreichen Familienverhältnis werden häufig Phasen geschildert, in denen das Verhältnis zu den Eltern angespannter bzw. komplett abgebrochen ist und dazwischen Phasen der Entspannung bzw. Phasen, in denen auch Unterstützung durch die Familie angesprochen wird.

5.1.5.2 SOZIALE RESSOURCEN

In der Literatur wird unter sozialen Ressourcen primär die soziale Unterstützung, welche Kinder und Jugendliche im Umgang mit Belastungssituationen erhalten, verstanden. Dabei wird zumeist zwischen der vorhandenen sozialen Unterstützung – soziale Netzwerke – und der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung unterschieden (u.a. Bettge 2004, 28; Bengel et al. 2009, 103). Die soziale Unterstützung kann von Personen innerhalb und außerhalb der Familie zur Verfügung gestellt werden, weshalb eine eindeutige Abgrenzung zu den familiären Ressourcen nicht immer klar möglich ist (Bettge 2004, 28). Ebenso können Institutionen als soziale Ressource agieren. In der Literatur werden explizit Bildungsinstitutionen (z.B. wertschätzendes Klima; hoher, aber angemessener Leistungsstandard; positive Verstärkung der Leistungen und Anstrengungsbereitschaft des Kindes etc.) als soziale Ressourcen angeführt (Wustmann 2007).

Bei den analysierten Fällen zeigt sich, dass von den vorhandenen Ressourcen die Ressourcen auf der sozialen Ebene am stärksten ausgeprägt sind. Dabei kommt den Unterstützungsangeboten eine zentrale Rolle zu. Neben den Unterstützungsangeboten stellen Freunde, aber beispielsweise auch eine stabile Beziehung, eine wesentliche Unterstützungsinstanz dar. Ebenso zeigt sich bei einem Teil der Jugendlichen eine aktive Freizeitgestaltung als wichtige soziale Ressource. Nachfolgend wird auf die einzelnen Aspekte im Detail eingegangen.

Unterstützungsangebote

Unterstützungsangeboten kann eine zentrale Rolle im Umgang und bei der Bewältigung der psychischen Beeinträchtigung und den damit verbundenen Folgeerscheinungen (z.B. prekäre Wohnsituation, Erwerbslosigkeit) beigemessen werden. Oberflächlich betrachtet, scheinen die Unterstützungsangebote, zumindest bei einem Teil der Jugendlichen, die Lücken im Bereich der familiären Ressourcen zu füllen. Beispielsweise beschreibt eine Jugendliche mit einer sehr traumatischen Familiengeschichte und Erfahrungen mit Obdachlosigkeit und Drogen-Milieu ihre BetreuerInnen in einem Kinderheim als eine Art „Elternersatz“ und erfährt zum ersten Mal in ihrem Leben angemessene Unterstützung, wie aus nachfolgendem Zitat hervorgeht:

„Das war das erste Mal in meinem Leben, dass ich wirklich jemanden hatte. Also, dass sich wirklich jemand für mich interessiert hat und für mich da war. Ja, und so habe ich das irgendwie geschafft.“ (I37)

Die intensive Betreuung und Beratung im Rahmen dieser Einrichtung half der betroffenen Person nach eigenen Angaben bei der Bewältigung ihrer Drogensucht sowie ihre Suizidgedanken zu verwerfen.

Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten haben alle der in die Analyse einbezogenen Jugendlichen. Zum Interviewzeitpunkt befinden sich 16 der 24 analysierten Fälle in einem Jugendangebot. Die Erfahrung der Jugendlichen mit Unterstützungsangeboten ist mitunter sehr vielfältig und reicht von kurzen AMS-Kursen (z.B. Berufsorientierungskursen) über individuelle Betreuung durch SozialarbeiterInnen oder StreetworkerInnen bis hin zu längeren Qualifizierungen, Ausbildungen bzw. Beschäftigungsprojekten. Neben den Angeboten im Bereich des Übergangs von Ausbildung ins Erwerbsleben hat der überwiegende Teil der Jugendlichen Erfahrung mit Angeboten im Bereich der psychischen Versorgung (z.B. Psychotherapie/Gesprächstherapie, ambulante/stationäre psychische Versorgung, Entzug, Substitutionstherapie). Aber auch institutionelle Unterstützung, wie beispielsweise durch die Kinder- und Jugendhilfe (ehemals Kinder- und Jugendwohlfahrt), Kriseninterventionszentren, betreute Wohngemeinschaften bzw. betreutes Wohnen, Notschlafstellen, Streetwork/Sozialarbeit, zählen zu den Unterstützungsangeboten, über welche die Jugendlichen berichten. Mitunter zeigen sich bei analysierten Fällen sogenannte „Maßnahmenkarrieren“, also die Erfahrungen mit mehreren (bis zu 6) Jugendangeboten.

In den Interviews wird sichtbar, dass die Unterstützungsangebote als soziale Ressource v.a. im Zusammenhang mit dem Umgang bzw. der Bewältigung der psychischen Beeinträchtigung zu nennen sind und nicht, entsprechend dem bereits beschriebenen Konzept der Schutzfaktoren, vor dem Entstehen einer psychischen Beeinträchtigung schützen. Vielmehr helfen sie im Umgang mit und der Bewältigung von psychischen Beeinträchtigung und Folgeerscheinungen bzw. wirken protektiv vor einer weiteren ungünstigen Entwicklung.

Auf Basis der analysierten Interviews scheinen gerade bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen die Aspekte der intensiven Betreuung/Beratung sowie die Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse der Jugendlichen relevante Erfolgsfaktoren zu sein. Nicht selten werden in der Vergangenheit besuchte kurzfristige AMS-Angebote als eher negativ bzw. nicht zielführend beschrieben³⁴. Hingegen werden die zum Interviewzeitpunkt besuchten Angebote, welche sich sehr stark durch eine individuelle Betreuung, z.T. durch Niederschwelligkeit und freiwillige Teilnahme (v.a. bei Angeboten für Suchterkrankte) kennzeichnen, als sehr positiv bewertet.

Unterstützungsangebote können zu einer Stärkung bzw. Erweiterung der personalen und sozialen Ressourcen führen. Im Zusammenhang mit der Stärkung der personalen Ressourcen erweist sich ein wertschätzender Umgang (TeilnehmerInnen untereinander und mit BetreuerInnen), eine individuelle Betreuung und die Ausübung einer sinnvollen Tätigkeit, welche bei einem Teil der Jugendlichen zu einer Steigerung des Selbstvertrauens beitragen kann, als relevant. Auch die Entwicklung einer Zielstrebigkeit hinsichtlich Krankheitsbewältigung oder hinsichtlich der (Wieder-) Aufnahme einer Ausbildung bzw. Beschäftigung kann dadurch gefördert werden. Neben der Stärkung der personalen Ressourcen wird über die Erweiterung der sozialen Kontakte durch die Teilnahme an einem Unterstützungsangebot berichtet. Die positiven Veränderungen im Bereich der personalen und

³⁴ Eine ausführliche Beschreibung hinsichtlich der Bewertung von besuchten Maßnahmen und Erfahrungen mit dem AMS durch NEET-Jugendliche befindet sich bei Bacher et al. (2014) ab Seite 545.

sozialen Ressourcen durch die Teilnahme an einem Unterstützungsangebot werden auch in der Evaluierung der Angebotslandschaft³⁵ (Lentner et al. 2015, 111f) anhand von Gruppendiskussionen mit Jugendlichen, die an einem Unterstützungsangebot teilnehmen, als Wirkungen festgehalten.

Freunde/Beziehung

Der Faktor „Freunde/Kontakt mit Gleichaltrigen“ kann sowohl auf der Seite der Risikofaktoren als auch auf der Seite der Ressourcen angesiedelt werden. Interessant erscheint in diesem Kontext, dass einige Jugendliche darüber berichten, sich von „alten“ FreundInnen, die einen negativen Einfluss übten, abgewendet zu haben und sich bewusst jenen FreundInnen näherten, die in Ausbildung oder Beschäftigung sind oder beispielsweise nicht im Drogenmilieu verkehren. Nachfolgende exemplarische Zitate verdeutlichen diese bewusste Abkehr vom negativen Peer-Einfluss:

„[...] Also, wie ich da so richtig im Drogenkonsum drinnen war, waren alle meine Freunde arbeitslos. Manche hatten eine Ausbildung, arbeiteten aber nicht. Andere hatten nicht einmal eine Ausbildung. Aber die Freunde habe ich jetzt nicht mehr.“ (I3)

„[...] Von den alten Freunden sind die meisten arbeitslos, genauso wie ich. Die von der WG sind eigentlich meine neuen Freunde, die gehen alle in die Schule. [...] Wir unterstützen uns mehr oder weniger gegenseitig, sofern es halt geht.“ (I27)

Die im letzten Zitat angesprochene Unterstützungsfunktion der FreundInnen zeigt sich auch bei anderen Fällen. Gerade bei Jugendlichen, die keinerlei Unterstützung durch die Familie erfahren, sind die Freunde ein wichtiges Unterstützungsmoment bei der Bewältigung schwieriger Lebenslagen, wie aus nachfolgendem Zitat ersichtlich wird:

„[...] Also, das einzige, was ich jetzt noch habe, sind meine Freunde. Und die halten immer zu mir und die haben mir auch des Öfteren aus der Patsche geholfen, wenn ich auf der Straße schlafen hab müssen. Und dann haben sie gesagt, bevor du auf der Straße schläfst, schläfst du lieber eine Nacht bei mir.“ (I31)

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass einige Jugendliche nicht über einen stabilen Freundeskreis verfügen und mitunter sehr zurückgezogen leben. Neben den FreundInnen kann bei manchen Fällen die Partnerin/der Partner als wichtige Bezugsperson als soziale Ressource bezeichnet werden.

Aktive Freizeitgestaltung

Daneben zeigt sich als soziale Ressource, welche auch in der Literatur (siehe Kapitel 2.3.4.2., Tabelle 2-5) angeführt wird, die Ausübung eines Hobbys bzw. eine aktive Freizeitgestaltung, welche in einzelnen Fällen explizit im Zusammenhang mit der Problembewältigung angesprochen werden. In einem Fall hat nach eigenen Angaben die Ausübung des Sports im Umgang mit der psychischen Beeinträchtigung (Depression und Suchterkrankung) „viel geholfen“. In einem anderen Fall half die Leidenschaft zum Reitsport im Umgang mit der Suchterkrankung, wie in nachfolgendem Zitat geschildert wird: „Weil Pferde für mich immer voll gut waren. Früher, wie ich geritten bin ... und das hat mir dann auch eine Zeit lang wieder geholfen, dass ich von den Drogen wieder weggekommen bin.“ (I20)

³⁵ Näheres dazu siehe Kapitel 6

In der Zusammenschau zeigt sich, dass bei den analysierten Fällen die sozialen Ressourcen vergleichsweise am stärksten ausgeprägt sind. Unterstützungsangebote und soziale Kontakte mit Gleichaltrigen scheinen dabei eine Art Ersatzfunktion zu den fehlenden familiären Ressourcen einzunehmen.

5.1.5.3 PERSONALE RESSOURCEN

Als personale Ressourcen werden Resilienz fördernde Merkmale oder Faktoren bezeichnet, die in der Person des Kindes oder Jugendlichen selbst angesiedelt sind und über die es bzw. er/sie unabhängig von seiner materiellen und sozialen Umgebung verfügen kann (Masten/Reed 2002, zit. n. Bettge 2004, 15). Wie bereits in Kapitel 2.3.4.2 angeführt, findet sich in der Literatur eine Vielzahl an Auflistungen von Schutzfaktoren wieder. Zu häufig genannten personalen Ressourcen zählen u.a. kognitive Fähigkeiten (z.B. Intelligenz), Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Kontrollüberzeugung, hoher Selbstwert, Kohärenzsinn sowie eine optimistische Lebenseinstellung und Temperamentsmerkmale, die den Umgang mit anderen erleichtern (z.B. Fähigkeit zur emotionalen Selbstregulation, Humor) (u.a. Bettge 2004, 15; Sturztbecher/Dietrich 2007; Wustmann 2007; Bengel et al. 2009). In Bezug auf die Ausstattung mit personalen Ressourcen weisen empirische Befunde auf einen Gender Gap hin: Nach Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Erhart et al. 2007, 802) sind Burschen mit mehr personalen Ressourcen ausgestattet als Mädchen. Letztere sind wiederum stärker mit sozialen Ressourcen ausgestattet als die gleichaltrigen Burschen. Ähnliches zeigt sich bei jungen MigrantInnen, welche über weniger personale Ressourcen verfügen als Nicht-MigrantInnen

Bei der Reanalyse der Interviews fanden sich kaum in der Literatur angeführte personale Ressourcen. Wie bereits bei dem Kapitel zu personalen Risikofaktoren (5.1.4.3) erläutert, kann eine methodische Einschränkung auch bei den personalen Ressourcen nicht ausgeschlossen werden, da sie nicht explizit Gegenstand des ursprünglichen Leitfadens für die Interviews mit NEET-Jugendlichen waren.

Allerdings deuten Aussagen und Schilderungen der Jugendlichen auf ein Fehlen von personalen Ressourcen hin, wie beispielsweise ein geringer Selbstwert, ein fehlendes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten oder ungünstige Temperamenteigenschaften, wie bereits im Abschnitt zu den personalen Risikofaktoren beschrieben (siehe Kapitel 5.1.4.3).

Die identifizierten personalen Ressourcen sind v.a. im Zusammenhang mit der Bewältigung der psychischen Beeinträchtigung bzw. mit den verbundenen Folgeerscheinungen zu sehen, welche sich häufig erst in einem zeitlichen Verlauf entwickeln.

Dabei scheinen im Vordergrund die Entwicklung einer Problemwahrnehmung bzw. Selbsteinsicht und eine daraus abgeleitete Zielstrebigkeit hinsichtlich einer Problembewältigung zu stehen. Die Motive für diesen Gesinnungswandel sind bei den jeweiligen Fällen auf unterschiedlicher Ebene angesiedelt. Einerseits können Unterstützungsangebote diese Entwicklung fördern, andererseits zeigt sich bei einzelnen Fällen, dass die Situation aus Sicht der Jugendlichen so aussichtslos ist, dass es nur noch besser werden kann. Eine entwickelte Zielstrebigkeit scheint auch bei der Bewältigung der psychischen Beeinträchtigung zu helfen, wie aus diesem Zitat einer suchterkrankten Jugendlichen hervorgeht:

„Ich weiß zumindest, dass ich immer ein Ziel vor Augen brauch. Weil, wenn ich dieses Ziel nicht mehr vor den Augen hab, ja, dann weiß ich nicht mehr wohin. Dann sehe ich den Weg nicht mehr und dann kann es leicht passieren, dass man so einen Drogenweg einschlägt. Ja, das weiß ich heute, früher war ich immer ziellos.“ (I37)

Neben einer entwickelten Zielstrebigkeit und einer sichtbaren optimistischen Grundhaltung („*Ich sage es kann jetzt eh nur bergauf gehen, weil jetzt bin ich eh schon ganz unten und es kann nur bergauf gehen. Also, wenn man im Leben nicht positiv denkt, dann geht gar nichts.*“ (I31) hinsichtlich einer Veränderung der aktuellen Lebensverhältnisse zeigt sich in einem weiteren Fall der Weg in die Spiritualität als Ressource bei der Verarbeitung des Todes des Partners.

In der Zusammenschau kann festgehalten werden, dass in den analysierten Fällen kaum oder nur sehr gering ausgeprägte personale Ressourcen vorhanden sind. Werden personale Ressourcen sichtbar, so stehen diese eng in Zusammenhang mit einer Problembewältigung und einer entwickelten Motivation hinsichtlich einer Änderung der Lebensverhältnisse. Personale Ressourcen, wie sie in der Literatur angeführt wurden, finden sich in den analysierten Fällen explizit kaum wieder.

5.1.5.4 ZUSAMMENSCHAU – RESSOURCEN

Tabelle 5-3 enthält einen Überblick über die zentralen Ressourcen, welche bei den analysierten Fällen festgestellt wurden. Allgemein lässt sich festhalten, dass die analysierten Fälle von ausgrenzungsgefährdeten Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen mit geringen Ressourcen ausgestattet sind. Defizite in der Ressourcenausstattung zeigen sich vor allem bei den personalen und familiären Ressourcen. Hingegen wird eine hohe Bedeutung der sozialen Ressourcen sichtbar. Diese sind beim Großteil der Jugendlichen vorhanden, treten jedoch zumeist erst in einem späteren zeitlichen Verlauf auf und stellen eine zentrale Unterstützungsinstanz, insbesondere bei der Bewältigung der psychischen Beeinträchtigung und den damit verbundenen Folgeerscheinungen (z.B. prekäre Wohnsituation, Erwerbslosigkeit), dar. Oberflächlich betrachtet, scheinen die sozialen Ressourcen, wie Unterstützungsangebote oder Freunde, zumindest bei einem Teil der Jugendlichen die Lücken im Bereich der familiären Ressourcen zu füllen und agieren mitunter als einziges verfügbares Unterstützungsmoment, welches die Jugendlichen haben.

Tabelle 5-3: Vorhandene Ressourcen bei ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen

Personale Ressourcen	Familiäre Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> • Problemeinsicht/ Problemwahrnehmung • Zielstrebigkeit • Optimismus • Spiritualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung durch Eltern bzw. Elternteil • familiäre Bezugsperson (Großvater/-mutter, Cousine/Cousin etc.) • enge Geschwisterbindung
	Soziale Ressourcen

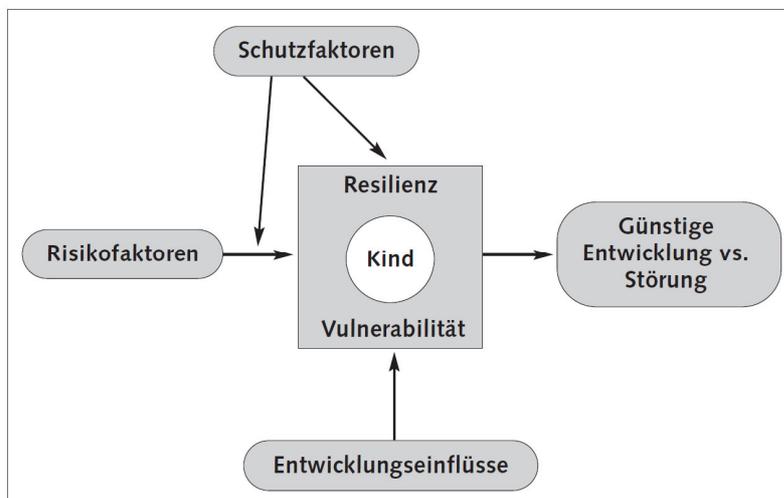
5.2 DAS WECHSELSPIEL VON RISIKOFAKTOREN UND RESSOURCEN

Im folgenden Kapitel soll speziell das Zusammenwirken von Risikofaktoren und Ressourcen zur Abfederung von Belastungsmomenten anhand der analysierten Fälle thematisiert werden.

In der Fachliteratur bestehen unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktorenmodelle, welche versuchen, Entstehung und Verlauf von Belastungen, Beeinträchtigungen und psychische Störungen zu erklären (Bengel et al. 2009, 25). Zur Veranschaulichung der Wechselwirkungen von Risiko- und Schutzfaktoren wird in Abbildung 5-1. exemplarisch ein allgemeines heuristisches Modell nach Petermann und Winkel (2005, zit. n. Bengel et al. 2009, 25) dargestellt. Daraus lässt sich erkennen, dass protektive Faktoren nicht direkt auf das Kind bzw. den Jugendlichen einwirken, sondern zudem einen „Puffereffekt“ haben. Die nachteilige Wirkung des Risikofaktors wird durch den Schutzfaktor moderiert, d.h., er mildert den Effekt, während bei einem Fehlen derartiger Schutzfaktoren die volle Wirkung des Risikofaktors entfaltet wird (ebd., 24f).

Risiko- und Schutzfaktoren wirken über die Zeit hinweg nicht immer gleich, sondern können in bestimmten Phasen erhöhter Vulnerabilität (z.B. beim Übergang vom Kindergarten in die Schule) eine besonders starke Auswirkung auf das Kind haben. Umgekehrt können risikomildernde Bedingungen zu Resilienz führen, die das Kind fördern, und so zur Entwicklung von Ressourcen beitragen. Die Entwicklung ist dabei abhängig von der Art des Zusammenwirkens der Belastungen und Ressourcen, wobei vor allem die Prozesse bzw. die Interaktion der verschiedenen Faktoren in der Forschung eine Rolle spielen. (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2011, 32ff)

Abbildung 5-1: Wechselwirkung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren (heuristisches Modell)



Quelle: Petermann/Winkel 2005; modifizierte Darstellung von Bengel et al. 2009, 24

Betrachtet man die Risikokonstellationen der Jugendlichen, so zeigt sich in vielen Interviews eine massive Häufung verschiedener Faktoren. Zeitlich treten dabei oft die familiären Risikofaktoren zuerst auf, die schon in der frühen Kindheit eine Rolle spielen. So berichten die Jugendlichen teilweise bereits als Kinder familiäre Disharmonie, die Trennung der Eltern, eine Fremdunterbringung oder ungünstige Erziehungsstile. Soziale Risikofaktoren treten – mit Ausnahmen, wie z.B. einer Migrationserfahrung – vergleichsweise erst später auf. Gehäuft findet man diese ab der Pflichtschulzeit oder später vor. Bei den insgesamt weniger oft benannten personalen Merkmalen kann das Einsetzen chronischer Erkrankungen zeitlich gut eingeordnet werden, jedoch bleibt bei beschriebenen Temperamentsmerkmalen und anderen personalen Faktoren des Öfteren offen, ob es sich um aktuelle

Merkmale der Person handelt, die stets Veränderungen unterliegen, oder um relativ stabile, überdauernde Persönlichkeitsmerkmale, die seit früher Kindheit zu beobachten sind.

Die Ressourcenkonstellationen fallen zumeist sehr spärlich aus. Sind mehrere Ressourcen vorhanden, so sind diese oft sehr gering ausgeprägt. Auffallend ist, dass sich die Ressourcen erst in den Verläufen ausdrücken und überwiegend sehr spät auftreten. Zwar zeigen sich bei einigen Jugendlichen Unterstützungsstrukturen in der Familie, jedoch ist das Verhältnis zwischen Risikofaktoren und Ressourcen in einem extremen Ungleichgewicht zugunsten der Risikofaktoren. Dies hängt nicht nur mit der geringen Anzahl an Ressourcen, sondern auch mit deren geringer Ausprägung zusammen. So wird beispielsweise die Unterstützung durch die Familie teilweise als nur temporär beschrieben oder nur in bestimmten Bereichen gewährt, etwa Unterstützung bei der Arbeitssuche, der Unterkunftsmöglichkeit oder der Finanzen. Sehr enge Bezugspersonen innerhalb der Familie, die eine umfassende instrumentelle Unterstützung und zugleich Wertschätzung sowie Verständnis für die individuelle Situation aufbringen, werden nur von wenigen Jugendlichen beschrieben. Als soziale Ressourcen werden vorwiegend aktuell erlebte Unterstützungsmöglichkeiten genannt – so führen vielfach Jugendangebote, aber auch neue FreundInnen oder ausgeprägte Hobbys zu einem teilweisen Entgegenwirken der Risikofaktoren. Die wenigen personalen Ressourcen, die in den Interviews genannt werden, entwickeln sich teilweise im Zusammenhang mit der Reflexion der negativen Erfahrungen – so wird etwa Spiritualität als Antwort auf den Tod des Freundes beschrieben oder Selbsteinsicht als Ausgangspunkt für die Arbeitssuche deutlich. Interessant ist auch, dass bei jenen Jugendlichen, bei denen personale Ressourcen erkennbar sind, zugleich Unterstützungsangebote bzw. Betreuungspersonen (z.B. aus der Jugendnotschlafstelle oder dem Streetwork) als soziale Ressourcen vorliegen, in denen positive Erfahrungen gemacht wurden.

5.2.1 FALLBEISPIEL NORA: RESSOURCEN ALS WEGWEISER

Zur Veranschaulichung des Wechselspiels von Risikofaktoren und Ressourcen wird im Folgenden der analysierte Fall einer Jugendlichen dargestellt. Anzumerken ist, dass für die Auswahl des Fallbeispiels nicht die Art der Beeinträchtigung bzw. das Ausmaß der Folgen der Risikofaktoren- und Ressourcenkonstellation ausschlaggebend war. Vielmehr wurde ein Beispiel gewählt, in dem die unterschiedlichen Risikofaktoren und Ressourcen sehr konkret und ausführlich dargestellt werden und auch zeitlich klar zugeordnet werden, sodass exemplarisch das Ineinandergreifen der einzelnen Faktoren besser verständlich wird.

Nora³⁶ erzählt von einer schwierigen Kindheit, die sie vor allem in Zusammenhang mit ihrer Mutter bringt. Ihre Mutter ist Alleinerzieherin, über den Vater spricht Nora im Interview nicht. Das Familienverhältnis ist sehr konfliktreich, die Mutter ist alkoholabhängig und bringt Nora kaum Verständnis und Unterstützung entgegen. Bereits im Alter von etwa acht Jahren kümmert sich Nora um ihre Geschwister. Sie übernimmt sehr früh Verantwortung und muss bereits als Kind erwachsen sein. Das konfliktreiche Familienverhältnis führt dazu, dass Nora im Alter von etwa zehn Jahren bereits zum ersten Mal in ein Kriseninterventionszentrum kommt. In den folgenden Jahren wiederholt sich dies, sodass sie insgesamt neun Mal temporär dort untergebracht wird. Schließlich kommt es zum Rauswurf durch die Mutter und zu einer Fremdunterbringung in einer betreuten Wohngemeinschaft durch das Jugendamt. Die Abwendung der Mutter wirkt sich massiv auf das psychische Befinden Noras aus, wie nachfolgendes Zitat zeigt:

³⁶ Anonymisierter Name

„Ich habe damals meine Mutter wirklich auf Knien angebettelt und alles. Ich habe ur geweint. Ja, das hat mir wirklich den Boden unter den Füßen weggezogen und die [Mutter, Anm.] hat mich nicht mehr zurückgenommen.“ (I37)

Diese schwierige Situation bedingt auch einen negativen Abschluss der Polytechnischen Schule, die nach einem halben Jahr abgebrochen wird. In der betreuten Wohngemeinschaft eröffnet sich für Nora schließlich der Zugang zu Drogen. Begünstigt durch die vorhandenen familiären Risikofaktoren – die Erkrankung der Mutter, die ungünstige Erziehung und die folgende Fremdunterbringung – beginnt Nora Drogen zu konsumieren. Während der Zeit in der Wohngemeinschaft hat sie *„Gas geschnüffelt“*³⁷, was als Konsequenz den Rauswurf aus der betreuten Wohnform zur Folge hat. Auch der während dieser Zeit absolvierte JASG-Lehrvorbereitungskurs wird abgebrochen. Der Verlust dieser Unterstützungsmöglichkeiten führt zu einer prekären Wohnsituation. Nora kommt im Alter von 16 Jahren in der Jugend-Notschlafstelle unter, wo sie als weiteren Risikofaktor einen ungünstigen Peer-Einfluss erlebt, wie sie selbst beschreibt:

„Da [Notschlafstelle, Anm.] hab ich erst richtige Drogenleute kennengelernt. Da bin ich erst richtig abgestürzt. Dort hab ich nix anders mehr gesehen. Das war echt arg dort. [...] Das Schlimmste war für mich, dass ich nicht dort bleiben durfte. Ich musste den ganzen Tag raus aus der WG. Ich durfte nur am Abend kommen und das Problem ist, wenn man den ganzen Tag auf der Straße ist ... ja, bin ich den ganzen Tag am Karlsplatz unten gewesen, weil alle von der WG waren beim Karlsplatz.“ (I37)

Die Abhängigkeit von härteren Drogen führt schließlich auch zur Prostitution, die zur Finanzierung der Drogensucht notwendig wird. Nora versucht sich in dieser Zeit mehrfach umzubringen, und kommt daher immer wieder ins Krankenhaus. Während der Zeit der Drogensucht infiziert sich Nora mit HIV. Sie nimmt während dieser Zeit ein Unterstützungsangebot des Vereins Dialog in Anspruch. Es gelingt ihr aber nicht, sich an Termine dort zu halten, weshalb das Angebot nicht als Ressource erlebt wird. Nora befindet sich zu diesem Zeitpunkt auch bereits in befristeter Invaliditätspension. Bei einem weiteren Krankenhausaufenthalt hat Nora zwei Herzstillstände mit massiven Folgewirkungen. Nach einem künstlichen Koma kann sie nicht mehr gehen oder sprechen und muss alles neu erlernen. Nora kommt in ein Unterstützungsangebot der Caritas, das einen Wendepunkt in der Entwicklung einleitet:

„[...] Ich habe mit denen [BetreuerInnen, Anm.] darüber geredet und das hat mir einfach so viel Kraft gegeben, bis ich dann irgendwann langsam, ganz langsam mit dem Gasschnüffeln aufgehört habe und dann langsam mit den Schlaftabletten und dann mit dem Spritzen halt und so. Die Betreuer waren einfach an meiner Seite. Das war das erste Mal in meinem Leben, dass ich wirklich jemanden hatte. Also, dass sich wirklich jemand für mich interessiert hat und für mich da war.“ (I37)

Das Unterstützungsangebot erlebt Nora als eine Ressource, welche die Risikofaktoren abmildert und sie so langfristig vom Drogenkonsum abhält. Unter ärztlicher Aufsicht beginnt sie eine Substitutionstherapie. Es gelingt schließlich, eine eigene Wohnung mit Betreuung zu erhalten und auch, aus einer bewussten Entscheidung heraus, ein Ende der Invaliditätspension mit Unterstützung durch die Wiener Berufsbörse zu erlangen. Wenige Tage vor dem Interview erfolgt die Anmeldung beim AMS. Dazu

³⁷ Das Inhalieren bzw. „Schnüffeln“ von flüchtigen Lösungsmitteln und bestimmten Gasen und die daraus entstehenden Störungen werden in der ICD-10 unter F18 (Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel) zusammengefasst.

verhelfen einerseits die Unterstützungsangebote, andererseits auch die dadurch gewonnenen personalen Ressourcen – Nora kann neuen Mut gewinnen und Ziele bzw. Perspektiven entwickeln, denen sie optimistisch entgegensieht:

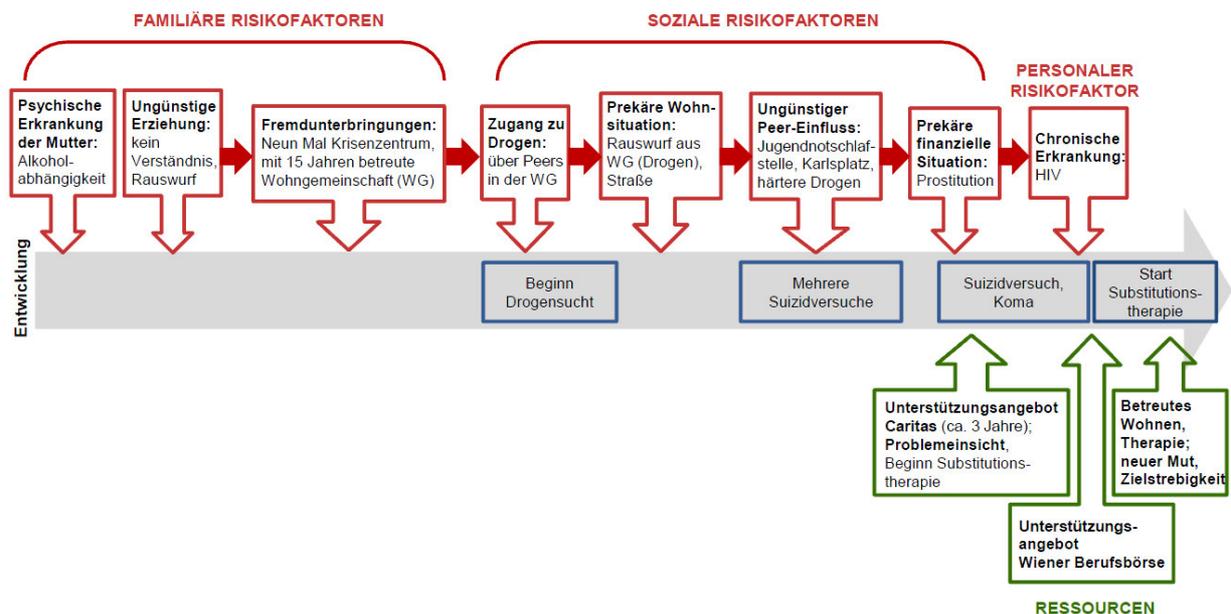
„Ich möchte in drei Jahren einen Job haben, möchte ganz fest im Leben stehen, das ist wichtig für mich, dass ich so richtig fest im Leben stehe. Mein Leben lebe und mir vielleicht einen Urlaub leisten kann und ein Auto und alles was ich verpasst hab einfach. So will ich meine Zukunft haben. Dieses Bild habe ich vor Augen und es motiviert mich halt auch.“ (I37)

Der dargestellte Fall scheint hinsichtlich der Folgen der Risikokonstellation und der psychischen Beeinträchtigungen ein sehr drastischer zu sein und ist nicht zwingend charakteristisch für die Zielgruppe. Dennoch zeigt sich im Beispiel von Nora eine Häufung vieler Risikofaktoren, die auch bei anderen Jugendlichen deutlich wird. Insbesondere das Zusammenspiel und zeitliche Auftreten familiärer und sozialer Risikofaktoren und die geringe Ausstattung mit Ressourcen ist – wie bereits oben erwähnt – ein typisches Muster, wie es auch in anderen Interviews sichtbar wird. Im Beispiel wird als psychische Störung eine Drogensucht beschrieben, wobei unklar bleibt, ob diese mit weiteren psychischen Störungen einhergeht. Dies erscheint auf Basis diverser Studien, die eine hohe Komorbidität von Substanzabhängigkeiten und anderen psychischen Störungen aufzeigen (siehe beispielsweise Grella et al. 2001; Brady/Sinha 2005), nicht auszuschließen. So beschreiben etwa Grella et al. (2001) in ihrer Stichprobe drogenabhängiger Jugendlicher einen Anteil von knapp zwei Drittel (64 % der Jugendlichen) mit einer weiteren psychischen Störung.

Interessant an diesem Fallbeispiel ist insbesondere, dass es Unterstützungsangebote gibt, die als Ressourcen gedacht sind, jedoch ihre Wirkung nicht entfalten können. So treten bei Nora beispielsweise bereits frühzeitig Aufenthalte im Kriseninterventionszentrum und vor allem auch eine Unterbringung in einer betreuten Wohngemeinschaft auf, die von Nora trotz der gebotenen Unterstützungsleistungen nicht als Ressourcen beschrieben werden. An den Angeboten, die sie später als Ressourcen nennt, hebt sie besonders die intensiven Gespräche mit den BetreuerInnen als positiv hervor und verweist auch auf eine sehr klare Struktur der Angebote, die sie brauche – explizit erwähnt sie diesbezüglich Regeln, deren Nicht-Einhaltung mitunter Konsequenzen hat. Im Allgemeinen beschreiben auch andere Jugendliche nicht alle Unterstützungsangebote als Ressourcen. Beispielsweise wird von einem Jugendlichen ein Berufsorientierungskurs kritisiert, in dem er vor allem das ungenügende Engagement der BetreuerInnen hervorhebt. Trotz dieser und ähnlicher Berichte ist aber anzumerken, dass die Unterstützungsangebote im Großteil der Fälle als Ressourcen erlebt werden (näheres dazu siehe Kapitel 5.1.5.3).

Im Gegensatz zu vielen anderen der interviewten Jugendlichen, zeigen sich bei Nora gleich mehrere Ressourcen. Diese mildern die vorhandenen Risikofaktoren, sodass sich am Ende erste Züge einer positiven Entwicklung abzeichnen. Trotz der geringen Ausprägung der Ressourcen zeigt sich im Fallbeispiel eine Wirkungsentfaltung, die sich etwa in einem kontrollierten Umgang mit der Sucht und einer Auseinandersetzung mit der beruflichen Zukunft ausdrückt.

Abbildung 5-2: Zusammenspiel von Risikofaktoren und Ressourcen bei Nora



5.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Blickwinkel auf Risikokonstellationen und vorhandene Ressourcen ist insofern wichtig, da dieses Konzept zur Erklärung von psychischen Erkrankungen herangezogen werden kann und Hintergründe und Ursachen der psychischen Beeinträchtigung bei Jugendlichen auf der personalen, familiären und sozialen Ebene lokalisiert. Auf Basis der Erkenntnisse aus der Forschung zu Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen können Ansätze zu präventiven Maßnahmen entwickelt werden. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, präventive Maßnahmen zu entwickeln, welche an der Vermeidung von Risikofaktoren und an der Stärkung von Ressourcen bzw. Schutzfaktoren ansetzen. Im Zusammenhang mit der Prävention von psychischen Beeinträchtigungen wird in der Literatur v.a. dem Setting Schule eine große Rolle beigemessen (z.B. Flaschberger et al. 2013), da diese neben der Familie eine zentrale Sozialisationsinstanz im Leben junger Menschen einnimmt und sich ein entsprechender Gestaltungsspielraum eröffnet. Ebenso wichtig, wenn nicht sogar wichtigere, sind Intervention in Form von aufsuchenden Angeboten, die bereits früher im Familiensystem ansetzen, die etwa Konflikte vermeiden und Unterstützung in der Erziehung oder in finanziellen Belangen anbieten, um so das Auftreten möglicher Risikofaktoren zu vermeiden.

Wie in Kapitel 6 noch ausgeführt wird, liefern die Erkenntnisse zu Risikofaktoren und Ressourcen auch für die Entwicklung von Jugendangeboten wichtige Ansatzpunkte, da der Stärkung von personalen und sozialen Ressourcen bei der Bewältigung und Vorbeugung von psychischen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen großer Stellenwert beigemessen werden muss.

6 UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR JUGENDLICHE MIT PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN OÖ – ERGEBNISSE DER EXPERTINNENBEFRAGUNG

THOMAS LANKMAYER / SANDRA RIGLER

6.1 Einleitung.....	115
6.2 ExpertInnen-Interviews.....	115
6.2.1 Begriffsdefinition	116
6.2.2 Problemeinschätzung	118
6.2.3 Überblick: Unterstützungssysteme und -angebote	119
6.2.4 Lücken und Verbesserungspotenziale.....	119
6.2.4.1 Unterstützungssystem Gesundheit	119
6.2.4.2 Psycho-soziales Unterstützungssystem.....	122
6.2.4.3 Unterstützungssystem am Übergang Schule/Beruf.....	126
6.2.4.4 Unterstützungssystem Schule	130
6.2.4.5 Systemübergreifende Entwicklungsmöglichkeiten.....	133
6.3 Schlussfolgerungen.....	135

6.1 EINLEITUNG

Ziel des Kapitels ist, das Unterstützungsangebot für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen in Oberösterreich hinsichtlich Lücken in der Versorgung zu analysieren, um darauf aufbauend Verbesserungspotenziale aus Sicht der befragten ExpertInnen festzuhalten.

Als Ausgangsbasis dienen aktuelle Ergebnisse des IBE zur Evaluierung der Angebotslandschaft für oberösterreichische ausgrenzungsgefährdete Jugendliche am Übergang von der (Pflicht-)Schule in den Beruf (Lentner et al. 2015). Der Fokus der Evaluierung lag auf Angeboten zur Unterstützung von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen³⁸ bei der Integration in das Ausbildungssystem bzw. in den Arbeitsmarkt. Angebote mit einem stärkeren gesundheitlichen Fokus wurden nicht im Detail bearbeitet. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Evaluierung der Angebotslandschaft wurden neue Interviews mit ausgewählten ExpertInnen geführt, um insbesondere Angebote im Bereich der psychischen bzw. psycho-sozialen Versorgung mit zu erfassen sowie spezielle Problem- und Fragestellungen, welche sich aus der genannten Studie ableiten, abzufragen. Zusätzlich werden Befunde aus anderen Studien zur Evaluierung von Unterstützungssystemen herangezogen.

6.2 EXPERTINNEN-INTERVIEWS

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 7 (Welche Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen gibt es derzeit in Oberösterreich? Wie kann die Angebotsstruktur verbessert werden?) wurden durch wissenschaftliche MitarbeiterInnen des IBE insgesamt zwölf qualitative, leitfadengestützte Interviews mit ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen geführt. Bei der Nominierung der ExpertInnen wurde auf eine Streuung sowohl hinsichtlich der Berufsgruppe (z.B. Psychologie, Psychiatrie, Sozialpädagogik) als auch hinsichtlich der Funktionsebene innerhalb des Fachbereichs (Führungs-/Leitungsebene, PraktikerInnen-Ebene) geachtet. Die Auswahl erfolgte in Absprache mit dem Auftraggeber. Die Interviews wurden im Zeitraum August bis November 2015 durchgeführt und in Anlehnung an Mayring (2007) ausgewertet.

Der Kern der ExpertInnen-Interviews lag in der Identifikation von Lücken in der Versorgungsstruktur und in dem Festhalten von Verbesserungspotenzialen. Da zum Unterstützungssystem Übergang Schule/Beruf (z.B. Lentner et al. 2015) und Unterstützungssystem Schule“ (z.B. Grandy et al. 2015) bereits aktuelle Untersuchungen bestehen, wurde hier ein Fokus auf den Gesundheitsbereich sowie auf das psycho-soziale Unterstützungssystem gelegt. Allerdings wurden die ExpertInnen sowohl zur Situation innerhalb des jeweiligen Fachbereichs als auch hinsichtlich anderer Unterstützungssysteme (z.B. wurde eine Expertin/ein Experte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch zum Unterstützungssystem Übergang Schule/Beruf und psycho-sozialen Unterstützungssystem befragt) befragt, soweit diesbezüglich eine Auskunft gegeben werden konnte. Dies ermöglicht, Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen aus einer möglichst vielfältigen Perspektive auf verschiedenen Ebenen zu beleuchten, um dadurch auch systemübergreifende Schlussfolgerungen (Kapitel 6.2.4.5), die sich auf mehrere Systeme oder auf deren Kooperation beziehen, zu ermöglichen. Tabelle 6-1 enthält einen Überblick über die interviewten ExpertInnen.

³⁸ Definition siehe Kapitel 6.2.4.3

Tabelle 6-1: Überblick über interviewte ExpertInnen (n=12)

Unterstützungssystem	Ebene	Institution	Nr.*
Gesundheit	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Wagner-Jauregg (Landes-Nervenklinik)	E4
	Außerstationäre Psychotherapie/ Psycho-soziale Beratung und Unterstützung	Pro mente OÖ (Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit)	E8
	Suchtmedizin	Wagner-Jauregg	E11
	Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiatrie	Niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	E12
Psycho-sozialer Bereich	Beratungs- und Betreuungsangebot	Exit Sozial (Verein für psycho- soziale Dienste)	E2
	Fördergeber u.a. für folgende Angebote: Integrative Beschäftigung, Fähigkeitsorien- tierte Aktivitäten, Geschützte Werkstätten, Mobile Betreuung und Hilfe und Wohnen	Abteilung Soziales (Land OÖ)	E6
	Wohnen	Soziale Initiative (Anbieter von sozialpädagogi- schen Angeboten)	E7
	Fördergeber u.a. für folgende Angebote: Wohneinrichtungen, Sozialpädagogische Familienhilfen, Beratungs- und Betreuungs- angebote	Kinder- und Jugendhilfe (Land OÖ)	E9**
Übergang Schule/Beruf	Produktionsschule	VSG (Verein für Sozialpräven- tion und Gemeinwesenarbeit) Linz (Sozialverein)	E10
	Strukturierte Übergangsangebote***	Pro mente OÖ	E5
Schule	Jugendcoaching	Volkshilfe	E1
	Schulpsychologie	Landesschulrat	E3

* Interviewkürzel für die jeweiligen ExpertInnen

** Das Interview wurde in Anwesenheit von 2 ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe geführt.

*** Strukturierte Übergangsangebote bewegen sich im Bereich der Vorbereitung und Stabilisierung, mit dem Ziel, Jugendliche zu einer Ausbildung bzw. zu einem niederschweligen Arbeitsplatz hinzuführen (Näheres siehe Kapitel 6.2.4.3)

Nachfolgend wird zunächst eine Begriffsdefinition von und Problemeinschätzung zu psychischen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen gegeben. Im Anschluss werden die einzelnen Unterstützungssysteme kurz porträtiert, bevor die Lücken und Verbesserungspotenziale aus Sicht der befragten ExpertInnen für die jeweiligen Systeme dargestellt werden. Zusätzlich werden systemübergreifende Entwicklungsmöglichkeiten festgehalten. ExpertInnenmeinung sind dadurch erkennbar, dass die Intervienummer in Klammern angeführt werden oder durch Formulierungen wie „aus Sicht der ExpertInnen“, „in der Analyse ExpertInneninterviews“ usw.

6.2.1 BEGRIFFSDEFINITION

Da ExpertInnen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen interviewt wurden, war eine Begriffsdefinition zu Beginn des Interviews notwendig, um ein gemeinsames Verständnis zwischen ExpertIn und InterviewerIn zu schaffen. In der Auswertung der ExpertInnen-Interviews wird zumeist eine Einteilung nach dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung sichtbar, wobei eine Grenzziehung zwischen „schwer“ und „weniger schwer“ nicht immer nachvollziehbar ist. Der Schweregrad, so scheint, bezieht sich zum einen auf die Symptomatik und zum anderen auf den resultierenden Behandlungs-/Unterstützungsbedarf. Die Angaben der ExpertInnen deuten darauf hin, dass in Angeboten im Gesundheitsbereich (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychologie)

überwiegend Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen mit einem hohen Schweregrad bzw. in einem fortgeschrittenen Stadium kommen. Dies hängt auch damit zusammen, dass die psychische Beeinträchtigung häufig erst auffällt, wenn es „*irgendwo nicht mehr funktioniert*“ (E4).

Neben dem Schweregrad differenzieren die ExpertInnen (z.B. E1, E2, E5, E8, E9, E10) zumeist zwischen psychischen Störungen/Erkrankungen und Beeinträchtigungen im „psycho-sozialen“ Bereich. Psychische Störungen/Erkrankungen³⁹ sind – wie von den befragten ExpertInnen und in Kapitel 2 angeführt – mit einer Diagnose des ICD-10 verbunden, die einen Behandlungsbedarf durch PsychiaterInnen, PsychologInnen oder durch PsychotherapeutInnen voraussetzen⁴⁰.

Zur Diagnostik nach ICD-10 in relativ jungen Lebensjahren wird von einem Teil der befragten ExpertInnen (z.B. E5, E7, E8, E9) Kritik geäußert: Einerseits wird darauf hingewiesen, dass sich Jugendliche in einer Entwicklungsphase befinden und Verhaltensauffälligkeiten nicht zwingend mit einer psychischen Störung gleichzusetzen sind. Diagnosen in jungen Jahren stellen nur eine Momentaufnahme dar, welche sich relativ rasch ändern kann (z.B. E5, E7, E9). Andererseits wird nicht gutgeheißen, bereits in frühen Jahren den Jugendlichen durch die Diagnostik gewissermaßen einen „Stempel“ aufzudrücken – „*Du bist psychisch krank*“ (E9) – den sie auch nicht so schnell wieder ablegen können (E5, E8). Anstatt dieser „*Etikettierung*“ (E8) sollten die Personen und deren individuelle Lebensumstände im Vordergrund stehen. Dies steht jedoch im Widerspruch zu Angeboten, bei denen Kostenträger eine Diagnose als Voraussetzung für die Inanspruchnahme sehen (E5). In Oberösterreich sind dies neben den Angeboten im Bereich des Unterstützungssystems „Gesundheit“ (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie) vor allem Angebote der Sozialabteilung des Landes OÖ und des Sozialministeriumservices, die sich am Beeinträchtigungsbegriff gemäß OÖ Chancengleichheitsgesetz (ChG)⁴¹ orientieren.

Neben den psychischen Beeinträchtigungen nach ICD-10 werden zur Abgrenzung durch ExpertInnen verschiedener Berufsgruppen unterschiedliche Begriffe („psycho-soziale Beeinträchtigung“ (z.B. E2, E5, E8), „sozial-emotionale Beeinträchtigungen“⁴² (E1), „seelische Verletzung“⁴³ (E9)) verwendet, die auf eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit abzielen, ohne dass eine Diagnose vorliegt. Im Vordergrund stehen Belastungen im sozialen oder familiären Umfeld, welche sich negativ auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen auswirken (z.B. E2, E5, E8, E1, E9). Anstatt einer Fachärztin/eines Facharztes bzw. einer Psychotherapeutin/eines Psychotherapeuten sind hier – auch aus der Sicht mancher ExpertInnen (siehe Kapitel 6.2.4.2) und der Literatur – vor allem Beratungsangebote, sozialpädagogische Unterstützung, Angebote der Sozialarbeit sowie Angebote zur Förderung des Übergangs von der Ausbildung in die Beschäftigung notwendig. Der Begriff der „psycho-sozialen Beeinträchtigung“ wird im Rahmen der Analyse der ExpertInnennbefragung zur Abgrenzung von psychischen Beeinträchtigungen im Sinne einer „klassischen“ psychischen Störung nach ICD-10 mit

³⁹ Näheres dazu in Kapitel 2

⁴⁰ In ICD-10 finden sich im psycho-sozialen Bereich ergänzend auf der fünften Achse sogenannte „assozierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände“, die Beeinträchtigungen im sozialen, familiären Bereich beschreiben, wobei die Behandlung dieser „Umstände“ nicht genau definiert ist.

⁴¹ In den Zuständigkeitsbereich fallen Personen mit einer „chronifizierten psychischen Erkrankung“, welche von einer Fachärztin/einem Facharzt festgestellt werden muss.

⁴² Dieser Begriff wird v.a. von Angeboten des Sozialministeriumservice (ehemals: Bundessozialamt) verwendet und bildet im Kern jene Problemlagen ab, die andere Institutionen als „psycho-soziale Beeinträchtigungen“ bezeichnen. Ein Versuch der Begriffsklärung findet sich bei Weissl und Gabrle (2010).

⁴³ Der Begriff wird in der oberösterreichischen Kinder- und Jugendhilfe verwendet und zielt auf die dahinterliegende Traumatisierung ab.

einem Behandlungsbedarf⁴⁴ durch PsychologInnen, PsychiaterInnen und/oder PsychotherapeutInnen verwendet.

Somit werden in diesem Kapitel unter psychischen Beeinträchtigungen sowohl psychische Störungen als auch psycho-soziale Beeinträchtigungen verstanden. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass – speziell im Hinblick auf Unterstützungsangebote – eine Differenzierung nach dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung wichtig ist, da Gesundheit und Krankheit als Kontinuum zu verstehen sind (siehe Kapitel 2 und 5). Dabei können individuelle bzw. umweltbezogene Faktoren (Risikofaktoren) zu einer Verschlechterung bzw. Verbesserung (Ressourcen/Schutzfaktoren) des Gesundheitszustandes beitragen

6.2.2 PROBLEMEINSCHÄTZUNG

Der Großteil der befragten ExpertInnen (9 von 12) beobachtet in ihrer Tätigkeit eine zunehmende Inanspruchnahme ihres Angebots durch Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen. Bezüglich der Ursachen der Zunahme wird ein differenziertes Bild sichtbar: Für einen Teil der ExpertInnen (z.B. E2, E4, E6) ist – entsprechend der Literatur (siehe Kapitel 2) – die Zunahme in der Inanspruchnahme nicht zwingend auf eine tatsächliche Zunahme von psychischen Beeinträchtigungen bei Jugendlichen zurückzuführen. Diese ist hingegen auf eine veränderte Problemwahrnehmung und einem veränderten Diagnoseverhalten zurückzuführen. Der Wechsel des Auftraggebers bzw. der Ausbau von Angeboten allgemein wird ebenso als Grund für eine Veränderung der Zielgruppe angeführt (E10). Auf der anderen Seite werden – ebenfalls entsprechend der Literatur (siehe Kapitel 2) – gesellschaftliche Veränderungen, wie z.B. die Zunahme familiärer Beziehungsprobleme, eine zunehmende Überforderung oder ein gewisser „Zukunftspessimismus“, welcher den Jugendlichen, z.B. durch die Medien oder durch häufige Absagen bei Bewerbungen, vermittelt wird, als Triebfeder angeführt (z.B. E1, E3, E5).

Zusätzlich wurden die ExpertInnen gefragt, ob sie in ihrer subjektiven Einschätzung eine Veränderung bestimmter Problemlagen oder Thematiken bei ihren KlientInnen wahrnehmen: Interessant ist, dass fünf ExpertInnen (E2, E4, E6, E7, E9) explizit darüber berichten, dass bestimmte Symptome bzw. Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzungen, Erschöpfungssymptome, Sucht) früher auftreten bzw. in Angeboten, die sich an Erwachsene richten, immer mehr jüngere KlientInnen aufscheinen: *„Diagnosen, die früher 20-Jährige hatten, haben heute bereits 13-14-Jährige.“* (E6). Dieser Akzelerationseffekt wird sowohl bei ExpertInnen des Unterstützungssystems Gesundheit als auch im Bereich des psycho-sozialen Unterstützungssystems beobachtet.

Die/der befragte Suchtexpertin/Suchtexperte (E11) verweist darauf, dass in der Suchtabteilung substanzgebundene Abhängigkeiten (Alkohol und illegale Drogen) auf einem relativ konstant hohen Niveau sind, während in ihrer/seiner beruflichen Tätigkeit eine Zunahme der Verhaltenssüchte und speziell bei Jugendlichen eine Zunahme der Online-Süchte⁴⁵ wahrnimmt. Im Jugendalter betreffen Online-Süchte v.a. die Bereiche „Social Media“, Online-Computerspiele und allgemeines Surfen. Die Zunahme von Internetabhängigkeiten bzw. erhöhter Konsum von elektronischen Medien wird auch von ExpertInnen aus anderen Fachbereichen (E9, E12) beobachtet. Ebenso berichtet die/der befragte Expertin/Experte der „Produktionsschule“ (E10) über einen zunehmenden Konsum (illegaler)

⁴⁴ Nicht alle psychischen Störungen sind mit einem Behandlungsbedarf gleichzusetzen. Siehe dazu Kapitel 2.

⁴⁵ Im Rahmen der sogenannten PINTA-Studie (Prävalenz der Internetabhängigkeit) wurde in Deutschland erstmals die Häufigkeit der Internetabhängigkeit mittels einer repräsentativen Stichprobe erhoben. In der Studie wurde eine geschätzte Prävalenz für das Vorliegen einer Internetabhängigkeit bei 1,5 % in der Erwachsenenbevölkerung ermittelt. Bei Jugendlichen zwischen 14-24 Jahren beträgt die Prävalenz 2,4 % und bei den 14-16-Jährigen 4,0 %. (Rumpf et al. 2011, 3).

Substanzen, der immer früher ansetzt. Hinsichtlich der substanzabhängigen Süchte führt die/der Suchtexpertin/Suchtexperte (E11) aus, dass Alkohol im Sinne einer Erkrankung bei Jugendlichen die Ausnahme darstellt, aber Suchterkrankungen im Bereich der illegalen Substanzen v.a. Jugendliche (Durchschnittsalter in der Suchtambulanz ist 22 Jahre) betrifft. Beim Gebrauch von illegalen Substanzen beobachtet sie/er eine Verschiebung von Heroin zu Crystal Meth. Die Zunahme des Konsums von Crystal Meth sei allerdings aufgrund der Nähe zu Tschechien ein speziell oberösterreichisches Thema⁴⁶.

6.2.3 ÜBERBLICK: UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME UND -ANGEBOTE

Abbildung 6-1 gibt einen Überblick über die zentralen Unterstützungssysteme, welche in OÖ Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen bei der gesellschaftlichen Integration bzw. bei der Integration in die Subsysteme Ausbildung und Arbeitsmarkt unterstützen können. Die Einteilung in die vier Systeme erfolgte auf Basis von Recherchen und der Analyse der ExpertInneninterviews. In der Überblicksgrafik wird eine vereinfachte Darstellung der zentralen Systeme gewählt. In der Praxis gestalten sich die jeweiligen Systeme jedoch viel komplexer (vielfältige Angebote und Trägerorganisationen, Förderstruktur etc.), als dass man sie in einer einzigen Grafik fassen könnte. Hier sind die zentralen Angebotsarten wiedergegeben, ohne jedoch den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Abbildung 6-1: Unterstützungssysteme für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von ExpertInneninterviews und Recherchen

6.2.4 LÜCKEN UND VERBESSERUNGSPOTENZIALE

Nachfolgend werden die analysierten Lücken bzw. Verbesserungspotenziale auf Basis der ExpertInnen-Interviews, eingeteilt nach den vier Unterstützungssystemen, wiedergegeben. Davor werden die jeweiligen Unterstützungssysteme kurz portraitiert. Im Anschluss werden zusätzlich systemübergreifende Entwicklungsmöglichkeiten dargestellt.

6.2.4.1 UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM GESUNDHEIT

Hier werden Angebote zusammengefasst, welche in das Gesundheitssystem fallen. Diese Angebote fokussieren auf die Behandlung von psychischen Störungen. Besonders im Gesundheitsbereich

⁴⁶ Näheres dazu findet sich im aktuellen Bericht zur Drogensituation 2014 (Weigl et al. 2014).

orientiert man sich an Störungen, die im ICD-10 (siehe Kapitel 2) klassifiziert sind. Somit werden hier vor allem psychische Beeinträchtigungen mit einem „höheren“ Schweregrad behandelt. Dem System gehören die Kinder- und Jugendpsychiatrie (bis 18 Jahre) bzw. die Erwachsenenpsychiatrie (ab 18 Jahren) an. Ein Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie im stationären Bereich besteht derzeit nur in der Landeshauptstadt (z.B. Wagner-Jauregg und Linzer Frauen- und Kinderklinik). Außerhalb der Landeshauptstadt existieren in allgemeinen Krankenhäusern Psychosomatik-Abteilungen, die Behandlungen und Therapien von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (bis 18 Jahre) anbieten. Seit 2013 ordinieren in Oberösterreich drei niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (Linz, Steyr, Wels). Diese wurden zunächst im Rahmen eines Pilotprojekts der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖ GKK) initiiert und 2015 in den Regelbetrieb überführt. Zu den Aufgabengebieten der Fachärztin/des Facharztes zählen neben der Diagnostik und Medikation die Erstellung von Therapieplänen sowie die Koordination und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen (z.B. Psychologie, Psychotherapie, Heilpädagogik, Logopädie). Darüber hinaus werden die Abteilung Suchtmedizin der Landesnervenklinik, in der auch Jugendliche mit Suchterkrankungen behandelt werden sowie Angebote der (außerstationären) Psychotherapie zum Unterstützungssystem Gesundheit dazugezählt.

Im Bereich des Unterstützungssystems Gesundheit wurde von den ExpertInnen aus den verschiedenen Fachbereichen vor allem auf eine Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie hingewiesen. Konkret wurden folgende Verbesserungspotenziale im Bereich des Unterstützungssystems Gesundheit identifiziert.

(Überregionaler) Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aus Sicht einiger ExpertInnen (z.B. E6, E8, E9, E11, E12) ist ein Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend notwendig. Der Ausbau bezieht sich dabei einerseits auf die Kapazität in den vorhandenen Einrichtungen und andererseits ist ein regionaler Ausbau erforderlich. Auch eine höhere Anzahl an niedergelassenen FachärztInnen ist erforderlich. Nach Einschätzung der/des interviewten niedergelassenen Fachärztin/Facharztes sind *„wahrscheinlich 15 FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, um den Bedarf abzudecken.“* erforderlich (E12). Dabei bezieht sich die Bedarfschätzung der/des Expertin/Experten auf Erfahrungswerte aus Deutschland. Als Voraussetzung für einen Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wird ein Bedarf an ausgebildeten Fachkräften gesehen, an denen es nach Einschätzung mancher ExpertInnen (z.B. E11, E12) in Oberösterreich mangelt. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass in Österreich die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendpsychiaterin/Jugendpsychiater erst im Jahr 2007 als Fach eingeführt wurde (Fliedl 2013, 87) und aktuell nach Einschätzung einer/eines Expertin/Experten (E12) wenige PsychiaterInnen in Oberösterreich sich in dieser speziellen Ausbildung befinden. Das Thema der SpezialistInnen für Kinder und Jugendliche wird ebenso im Kontext der Suchtabteilung in der Landesnervenklinik (E11) thematisiert, da hier ausschließlich *„Erwachsenen-PsychiaterInnen“* tätig sind und es gerade für sehr junge Suchtkranke speziell ausgebildeter Fachkräfte bedarf.

Erweiterung der Kapazitäten an kostenloser Psychotherapie

Als eine weitere Versorgungslücke benennen sechs ExpertInnen (E2, E3, E4, E6, E8, E9) explizit einen Mangel an kostenfreien Psychotherapie-Plätzen⁴⁷ generell und speziell für Kinder- und Jugendliche. Das von der OÖ Gebietskrankenkasse bereitgestellte kostenfreie Kontingent decke bei

⁴⁷ Insgesamt stellt die oberösterreichische Gebietskrankenkasse für das Bundesland 88.000 Stunden an kostenfreien Therapieplätzen zur Verfügung. Die Verteilung wird dabei mit dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) und mit der OÖ Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP) vereinbart; die Vermittlung der kostenfreien Plätze erfolgt überwiegend über die Clearingstelle für Psychotherapie (OÖGKK 2015a).

weitem nicht den Bedarf und führt in der Folge zu Wartezeiten von einem halben bis zu einem Jahr. Zwar besteht die Möglichkeit, Psychotherapie außerhalb der kassenfinanzierten Angebote zu beanspruchen, allerdings übernimmt die Gebietskrankenkasse in diesem Fall nur einen Zuschuss, der laut ExpertInnen (z.B. E4, E6) 21,80 €/Stunde beträgt. Bei Kosten von ca. 80 bis 120 € je Stunde sei eine Psychotherapie allerdings für einkommensschwache Eltern und für Jugendliche mit einem geringen Einkommen allgemein nur schwer leistbar. Somit stellen die aufgrund des geringen Angebots an kostenlosen Therapiemöglichkeiten entstehenden langen Wartezeiten bzw. die hohen Kosten eine zentrale Hürde im Zugang zur Psychotherapie dar.

Adoleszenz-Psychiatrie

Ein Optimierungsbedarf wird in den Experteninterviews (E4, E5, E8, E12) bei der Definition der Altersgrenze im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie sichtbar. Die Einteilung in Kinder bzw. Jugendliche bis 18 Jahre und Erwachsene ab 18 Jahren erscheint „*willkürlich*“ (E4) gewählt und richtet sich nicht nach den individuellen Bedürfnissen der Jugendlichen (E5). Zentrale Unterschiede zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind laut der/des befragten Expertin/Experten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (E4) neben der durchschnittlichen stationären Aufenthaltsdauer (Kinder- und Jugendliche acht Wochen, Erwachsene ca. elf Tage) vor allem die inhaltliche und methodische Ausrichtung der Behandlung. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nach Auskunft der/des befragten Expertin/Experten versucht, möglichst mit dem gesamten „System“ zu arbeiten (Eltern, Schule, Lehrstelle, betreute Wohnformen, Jobcoaches etc.) und in Form von sogenannten „Helferkonferenzen“ die nächsten Schritte zu vereinbaren. Ebenso werden die PatientInnen in der im Krankenhaus lokalisierten „Heilstättenschule“ unterrichtet, um nicht zu viel vom Schulstoff zu versäumen. Dieser ganzheitliche Ansatz wird in der Erwachsenenpsychiatrie nicht angeboten und von den PatientInnen wird mehr „*Selbstständigkeit gefordert*“ (E4). Insofern ist auch der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie „*nicht immer ganz einfach*“ (E4). Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtungen, Behandlungsmethoden und Ausbildungen des Fachpersonals zwischen der Kinder-/Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sprechen sich explizit vier ExpertInnen (E4, E5, E8, E12) für die Etablierung einer Adoleszenz-Psychiatrie aus, die eine erweiterte Altersdefinition (z.B. 18 bis 24 Jahre) anwendet. Die Altersgrenze wird auch im niedergelassenen Bereich (E12) thematisiert. Zwar besteht eine Vereinbarung mit der OÖ GKK, dass Jugendliche bis 21 Jahre das Angebot beanspruchen können, allerdings ist der Bedarf bei den Jüngeren nach Einschätzung der/des interviewten Expertin/Experten (E12) in diesem Bereich so hoch, dass versucht wird, die älteren Jugendlichen möglichst schnell an andere Stellen weiterzuvermitteln.

Niederschwellige Anlaufstellen

Zur Verbesserung des (Erst-)Zugangs zu Leistungen im Unterstützungssystem Gesundheit schlagen manche ExpertInnen (z.B. E4, E12) die Etablierung einer niederschweligen Anlaufstelle vor. Beispielsweise stellt die Landesnervenklinik als erste Anlaufstelle aufgrund der nach wie vor bestehenden Stigmatisierung für viele eine zu große Hürde dar (E4). Daher wird der Bedarf eines niederschweligen Angebotes gesehen, z.B. in Form einer Beratungsstelle mit einem interdisziplinären Team (z.B. PsychiaterIn, PsychologIn, PsychotherapeutIn, HeilpädagogIn, SozialarbeiterIn), welches bedarfsgerecht an die passenden Stellen weitervermittelt. Diese zentrale Anlaufstelle im psychischen Bereich sieht eine Expertin/ein Experte (E4) analog zur Funktion der Hausärztin/des Hausarztes im physischen Bereich, die/der bei Einschränkungen der physischen Gesundheit in der Regel als erstes aufgesucht wird und ebenfalls im Bedarfsfall an SpezialistInnen weitervermittelt.

Angebote für Jugendliche mit Suchterkrankungen

Das Zentrum für Suchtmedizin der Landesnervenklinik ist das einzige Angebot in dieser Form in Oberösterreich. Laut der/dem Expertin/Experten für Suchtmedizin (E11) sind Jugendliche v.a. im Bereich der illegalen Substanzen⁴⁸ (Durchschnittsalter in der Abteilung: 22 Jahre) und im Bereich der Online-Süchte (siehe Kapitel 6.2.2) betroffen. Wie bereits oben angeführt, besteht ein Bedarf an auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete SpezialistInnen sowie fehlen in Oberösterreich therapeutische Angebote nach dem Entzug für substanzabhängige Jugendliche⁴⁹. Eine konkrete Lücke sieht die/der befragte Expertin/Experte (E11) im Kontext der Verhaltenssüchte. Verhaltenssüchte werden nach ICD-10 nicht als psychische Störung anerkannt. Einzig „Glücksspiel“ bzw. „pathologisches Spielen“ wird unter F63 als „abnorme Gewohnheit“ geführt. Aufgrund der fehlenden Anerkennung der Verhaltensabhängigkeiten als psychische Störung bzw. Erkrankung beteiligen sich die Krankenkassen nicht an Behandlungsformen in diesem Bereich. In Oberösterreich besteht inzwischen bereits eine Ambulanz für Spielsucht⁵⁰, in der auch Internetabhängigkeiten behandelt werden. Diese ist jedoch durch Spenden finanziert und wird in Kooperation mit pro mente OÖ durchgeführt (angesiedelt ist diese jedoch im Zentrum für Suchtmedizin in der Landesnervenklinik). Aufgrund der von ihm beobachteten Zunahme von Verhaltenssüchten, speziell im Bereich der Internetabhängigkeiten bei Jugendlichen, sieht die/der befragte Expertin/Experte einerseits die Notwendigkeit der Anerkennung der Verhaltenssüchte als (Sucht)Erkrankung sowie den Bedarf der Etablierung entsprechender Angebotsformen, welche auch durch die Krankenkassen finanziert werden.

6.2.4.2 PSYCHO-SOZIALES UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM

Im psycho-sozialen Unterstützungssystem werden Angebote zusammengefasst, die auf eine Stabilisierung auf personaler, familiärer und sozialer Ebene abzielen. Unterstützungssysteme im Bereich der psycho-sozialen Stabilisierung nehmen eine zentrale Rolle in der Bewältigung von psychischen Beeinträchtigungen ein, da die Ursachen einer psychischen Beeinträchtigung zum Teil auf die individuellen Lebensumstände und Belastungsmomente im familiären und sozialen Umfeld zurückzuführen sind (vgl. Kapitel 2). Daher misst ein Großteil der befragten ExpertInnen (z.B. E2, E4, E5, E12) Angeboten der Sozialpädagogik bzw. der Sozialarbeit einen hohen Stellenwert bei der Bewältigung von psychischen Beeinträchtigungen bei. So wird nicht immer ein Bedarf an Unterstützungsangeboten im Gesundheitsbereich (z.B. Psychotherapie, Medikation) gesehen, vielmehr sollte bei „weniger dramatischeren Diagnosen“ (E12) bzw. bei „psycho-sozialen Beeinträchtigungen“ die Förderung von Kompetenzen zur Bewältigung des Alltages und eine psycho-soziale Stabilisierung im Vordergrund stehen.

Hierfür wurde in Oberösterreich eine Vielzahl an psycho-sozialen Unterstützungsangeboten geschaffen. Die Angebote fallen dabei in unterschiedliche Zuständigkeiten: Die zentralen Fördergeber

⁴⁸ An dieser Stelle sei als Literaturhinweis auf den aktuellen Bericht zur Drogensituation in Österreich (Weigl et al. 2014) hingewiesen, in dem es ab Seite 26 einen detaillierten Überblick über „drogenbezogene Behandlungen“ in Österreich gibt und die Versorgungssituation ausführlich beschreibt. Die Situation wird zusammenfassend wie folgt beschrieben: „Einrichtungen, die drogenspezifische Beratung, Betreuung und Behandlung anbieten, finden sich in Österreich fast flächendeckend. An insgesamt rund 200 spezialisierten Einrichtungen wird stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen durchgeführt (GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen). Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung werden aber auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung bereitgestellt (z.B. psychiatrische Krankenhäuser, psycho-soziale Dienste, niedergelassener Bereich). Die stationären Angebote stehen Personen aus ganz Österreich, aber auch aus dem Ausland offen. Die Substitutionsbehandlung hat sich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt.“ (ebd., 26)

⁴⁹ Einziges Angebot ist die Therapiestation „Erlenhof“ (<http://www.therapiestation-erlenhof.at/>).

⁵⁰ <http://www.promenteoee.at/spielsucht/angebot.htm>

im Bereich der psycho-sozialen Unterstützungssysteme in Oberösterreich sind das Land Oberösterreich (Abteilung Soziales für Jugendliche nach dem Chancengleichheitsgesetz⁵¹ und die Kinder- und Jugendhilfe⁵²) und das Sozialministeriumservice. Grundsätzlich zielen nicht alle Angebote in dieser Säule ausschließlich auf Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen ab. Nach Einschätzung der befragten ExpertInnen in diesem Bereich (E1, E9, E7, E7) befindet sich jedoch ein nicht unwesentlicher Anteil an Jugendlichen mit psychischen bzw. psycho-sozialen Beeinträchtigungen in den Angeboten. Im Bereich Wohnen⁵³ handelt es sich v.a. um Übergangsformen (zeitlich befristet) mit dem Fokus, die Jugendlichen so weit zu stabilisieren und in ihrer individuellen Entwicklung zu fördern, damit ein selbstständiges Wohnen und ein Bestehen am Arbeitsmarkt möglich wird. Formen der Voll- und Teilbetreuung, Formen der mobilen Betreuung, wo Jugendliche in ihren Wohnungen aufgesucht werden sowie das Angebot einer Notschlafstelle zählen ebenso dazu. Ferner existieren Wohngruppen für spezielle Störungsbilder (z.B. Essstörungen).

Des Weiteren finden sich Angebote im Bereich der „sozialpädagogischen Familienhilfe“, in denen mittels aufsuchender mobiler Beratungs- und Betreuungsdienste Familien bei einer Konflikt- und Problembewältigung unterstützt werden. Daneben gibt es allgemeine Beratungs- und Betreuungsangebote, die sich an Jugendliche richten. Dazu zählen etwa Beratungsstellen zum Thema Sucht, Sexualberatung, oder Beratungen in psycho-sozialen Zentren, aber auch das außerschulische Jugendcoaching fällt in diese Kategorie. Darüber hinaus bestehen Angebote der offenen Jugendarbeit (z.B. Streetwork) und Kriseninterventionszentren, an die sich Menschen in einer akuten Krise wenden können und dort gegebenenfalls für ein paar Tage übernachten können⁵⁴.

Im Bereich der psycho-sozialen Unterstützungssysteme wird zusammenfassend von ExpertInnen aus verschiedenen Fachbereichen einerseits der Bedarf der Erweiterung des Angebotes (Wohnbereich, mobile Angebote) für Jugendliche nach dem OÖ Chancengleichheitsgesetz gesehen und andererseits die Ausweitung der Altersgrenze der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe. Darüber hinaus sprechen sich einige ExpertInnen aus den verschiedenen Bereichen für Angebote im Bereich der Elternarbeit sowie für möglichst ganzheitliche Ansätze in den Angeboten aus. Im Detail werden nachfolgende Angaben gemacht.

Ausbau der Wohnformen mit hoher Betreuungsintensität

Als eine Versorgungslücke wird von drei ExpertInnen (E7, E9, E5) explizit das eingeschränkte Angebot an Wohnformen in Kleingruppen mit hoher Betreuungsintensität für die Zielgruppe nach dem OÖ Chancengleichheitsgesetz gesehen. In diesem Bereich würden zu wenige Plätze vorhanden sein, was zu langen Wartezeiten führt. Die/der befragte Expertin/Experte im Bereich der betreuten Wohnformen (E7) beobachtet einen zunehmenden Bedarf an „kleinen strukturierten“ Wohnformen mit einem hohen Betreuungsschlüssel, um den multiplen Problemlagen der Jugendlichen besser

⁵¹ Für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen nach dem ChG im Alter von 15 bis 24 Jahren werden von der Abteilung Soziales des Landes OÖ Angebote in den Bereichen „Integrative Beschäftigung“, „Fähigkeitsorientierte Aktivitäten“, „Geschützte Werkstätten“, „Mobile Betreuung und Hilfe“ sowie „Wohnen“ (Übergangswohnung, Vollbetreuung, Teilbetreuung) gefördert.

⁵² Eine genaue Beschreibung der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe befindet sich im Tätigkeitsbericht der Kinder- und Jugendhilfe, verfügbar unter: http://www.kinder-jugendhilfe-ooe.at/Mediendateien/dl_fachinfos_taetigkeitsbericht_2014.pdf

⁵³ Im September wurde nahe Linz das Jugendwohnhaus „Lichtenberg“ der pro mente OÖ in Betrieb genommen. In diesem werden 35 männliche unbegleitete minderjährige Flüchtlinge im Alter von 14 bis 18 Jahren sozialpädagogisch betreut (Land OÖ 2015, 14).

⁵⁴ Lt. Homepage von Exit Sozial ist das Angebot des Krisenzimmers ein einzigartiges Angebot in Österreich (<http://www.exitsozial.at/krisendienst/>).

entsprechen zu können. Diese Wohnformen sind seiner Meinung nach kostenintensiver aber notwendig. Auch die ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe (E9) verweisen auf den Bedarf an Kleingruppen von fünf bis sechs Jugendlichen bei bestimmten Fällen (z.B. schweren Traumatisierungen). Die Angebotsgestaltung von betreuten Wohnformen sollte dabei in Form eines Stufensystems erfolgen (E7), d.h. von sehr betreuungsintensiven Angeboten über teilbetreute Angebote hin zur mobilen Betreuung. Eine Expertin/ein Experte (E5) stellt sich als letzte Stufe sogenannte „Trainingswohnungen“ vor, welche den Jugendlichen bei einer gleichzeitigen mobilen Betreuung befristet zur Verfügung gestellt werden. Grundsätzlich bestehen diese Angebotsformen mit mobiler Betreuung in Oberösterreich bereits, allerdings zeigte sich in der Analyse der ExpertInnen-Interviews, dass die Übergänge von einer Wohnform in die andere innerhalb eines Trägers zwar funktionieren, aber trägerübergreifende Angebote kaum vermittelt werden. Darüber hinaus wird auch auf den Bedarf eines regionalen, flächendeckenden Ausbaus hingewiesen (z.B. E5, E8).

Angebote zur Förderung der elterlichen Beziehung

Als ein Kernelement im Kontext der psychischen Gesundheit von Jugendlichen wird vom Großteil der befragten ExpertInnen (z.B. E2, E3, E5, E8, E6, E12) die hohe Bedeutung einer guten/stabilen familiären Beziehungsebene gesehen. Wie bereits erwähnt, geht ein Teil der ExpertInnen von einer Zunahme familiärer Probleme, welche sich negativ auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen auswirken, aus. Daher bedarf es zusätzliche Angebote im Sinne der Prävention, welche Eltern insbesondere in der Phase der Pubertät unterstützen und die Schaffung einer guten familiären Beziehungsebene fördern (E6). Eine elterliche Bindung ist einerseits für eine gesunde Entwicklung wichtig und andererseits ist eine gute Eltern-Kind-Beziehung entscheidend dafür, dass frühzeitig erkannt wird, wenn das Kind/der oder die Jugendliche Unterstützung benötigt (E3). Als konkretes Beispiel für ein Angebot nennt ExpertIn 3 eine „Familienkur“, welche in Oberösterreich bereits für Mütter mit Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren angeboten wird⁵⁵. Konkret ist jedoch aus Sicht der/des ExpertIn/Experten ein Angebot erforderlich, dass auf die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung während der Pubertät bzw. der Phase der Adoleszenz abzielt und somit als Zielgruppe auch ältere Kinder/Jugendliche umfasst. Als weitere Vorschläge werden etwa Angebote im Bereich des Elterncoachings oder bindungsfördernde Maßnahmen angeführt (E12). Neben den präventiven Angeboten zur Stärkung der Eltern-Kind-Bindung/-Beziehung wird auf die Wichtigkeit der parallelen Elternarbeit hingewiesen (z.B. E5). Dies wird in einigen Angeboten als wichtiger Bestandteil bereits praktiziert (z.B. Wohnbereich, Erziehungshilfe, Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie), sollte jedoch auch auf andere Angebote erweitert werden. Von den ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe (E9) wird über eine grundsätzliche freiwillige Mitwirkungsbereitschaft von Seiten der Eltern berichtet, wobei die Bereitschaft v.a. bei jüngeren Jugendlichen bzw. Kindern gegeben ist – „je früher, desto freiwilliger“ (E9). Die Bedeutung der Elternarbeit wird auch in anderen Studien festgehalten: In einer Meta-Analyse „rezenter Studien im Bereich arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Jugendliche“ (Litschl/Löffler 2015, 75) beispielsweise wird Elternarbeit als ein zentraler Erfolgsfaktor festgemacht, mit dem Hinweis, dass eine gewisse „Ratlosigkeit“ auf Seiten der AkteurInnen der aktiven Arbeitsmarktpolitik und der im Rahmen der Studie befragten ExpertInnen in der Frage der Ausgestaltung entsprechender Angebote herrscht sowie dass bisherige Konzepte scheinbar nicht „gefruchtet haben“.

⁵⁵ Das Projekt „MIA“ – Miteinander Auszeit – wird in Kooperation der OÖ GKK, Land OÖ und pro mente Reha durchgeführt und richtet sich an Frauen, denen auf Grund von mütterspezifischen Belastungsfaktoren Befindlichkeitsstörungen und Erkrankungen drohen. Im Rahmen eines dreiwöchigen Kuraufenthaltes erhalten die Mütter medizinische und therapeutische Behandlungen sowie wird ein Fokus auf Aktivitäten der Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung gesetzt. Die Kinder erhalten Betreuung und nehmen an erlebnis- und naturpädagogischen Aktivitäten zur Förderung der Selbstwahrnehmung und des Sozialverhaltens teil (ÖÖ GKK 2015b).

Die StudienautorInnen sprechen sich daher für einen Forschungsbedarf in dem Bereich „Elternarbeit“ aus (ebd., 77).

Ganzheitliche Angebote

Wichtig bei Angeboten im Kontext der psycho-sozialen Stabilisierung sei nach Ansicht einiger ExpertInnen (z.B. E4, E5, E6, E7, E8) ein ganzheitlicher Ansatz, der alle relevanten Systeme (Familie, Schule, Beruf) bearbeitet. Dies erfordert nach Einschätzung von ExpertIn 5 allerdings die notwendigen Ressourcen und flexible Rahmenbedingungen von Seiten der Kostenträger. Dabei sei es wichtig, aufsuchende Sozialarbeit zu betreiben und den Jugendlichen auch nachgehen zu können, wenn sie z.B. nach dem Wochenendaufenthalt bei den Eltern nicht mehr in der betreuten Wohnform aufscheinen. Das Nachgehen hätte den Effekt, dass der/dem Jugendlichen gezeigt wird „*ich bin dem wichtig als Mensch*“ (E5), was entscheidend ist, um eine Beziehung zu der/dem Jugendlichen aufzubauen. Die ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe (E9) verweisen in diesem Kontext darauf, dass generell für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen nach dem ChG nur wenige mobile und aufsuchende Angebote bestehen und dadurch die Jugendlichen in die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe gelangen, die allerdings für schwere psychische Beeinträchtigungen nicht über die notwendige Ressourcen im Bereich der medizinischen und psychiatrischen Versorgung verfügen.

Altersgrenze im Geltungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe

Die Erweiterung der Altersgrenze wird auch im Kontext der psycho-sozialen Unterstützungssysteme thematisiert, wobei von drei ExpertInnen (E7, E8, E9) explizit bei Angeboten im Geltungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe Optimierungsbedarf gesehen wird. Die Kinder- und Jugendhilfe ist grundsätzlich bis zur Volljährigkeit (18 Jahre) mit der Möglichkeit einer Verlängerung bis zum 21. Lebensjahr⁵⁶ in bestimmten Bereichen zuständig. Endet die Zuständigkeit, wird versucht, an Stellen für Erwachsene zu verweisen (z.B. finanzielle Hilfen, Wohnen) (E9). Allerdings sind im Erwachsenenbereich – ähnlich wie bereits im Kontext der Adoleszenzpsychiatrie beschrieben – die Angebote nicht immer jugendgerecht ausgestaltet (z.B. Notschlafstelle für Erwachsene) (E7) bzw. nicht so umfassend vorhanden. Generell fehlen nach Einschätzung der befragten ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe Anschlussangebote. An dieser Schnittstelle würden Jugendliche auch aus dem System herausfallen (E9). Eine Expertin/ein Experte (E8), der auch im niedergelassenen Bereich Psychotherapie anbietet, schildert dazu ein Beispiel von einer Klientin/einem Klienten, die/der aufgrund einer Übersiedelung nach mehr als 100 Therapiestunden zu ihr/ihm in Behandlung kam, wobei die Kosten der Therapie die Kinder- und Jugendhilfe⁵⁷ übernommen hat. Exakt nach dem 19. Geburtstag wurde die finanzielle Unterstützung seitens der Kinder- und Jugendhilfe eingestellt und die Therapie abrupt abgebrochen. Zusammenfassend braucht es somit nach Einschätzung der ExpertInnen einerseits weiterführende Angebote nach dem Geltungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe und andererseits eine Auseinandersetzung mit der Altersgrenze. Bezüglich letzteres wurde auf (E9) auf die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, die sich in bestimmten Bereichen an junge Menschen bis 27 Jahre richtet (siehe Deutsches Kinder- und Jugendhilfegesetz § 7), verwiesen.

⁵⁶ Ab 18 Jahre endet der Rechtsanspruch, d.h. eine Verlängerung muss auf freiwilliger Basis bestehen. Dies ist nach Einschätzung der ExpertInnen der Kinder- und Jugendhilfe (E9) allerdings eher die Ausnahme.

⁵⁷ Bei akuten Fällen übernimmt vereinzelt die Kinder- und Jugendhilfe die Kosten für die Psychotherapiestunden (E9).

6.2.4.3 UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM AM ÜBERGANG SCHULE/BERUF

Angebote im Unterstützungssystem am Übergang Schule/Beruf verfolgen das Ziel der Integration in eine (Lehr-)Ausbildung oder in den Arbeitsmarkt. Die oberösterreichische Angebotslandschaft am Übergang zwischen Schule und Beruf wurde kürzlich durch das IBE im Auftrag der Arbeiterkammer OÖ evaluiert (Lentner et al. 2015). Dabei wurde auf einen strukturierten Erfassungsbogen zurückgegriffen, welcher einerseits die strukturellen Merkmale der Angebote fokussierte und andererseits die Sichtweisen und Einschätzungen der (regionalen) PraktikerInnen⁵⁸ in den Trägereinrichtungen berücksichtigte. Hinsichtlich der Angebotslandschaft für ausgrenzungsgefährdete Jugendliche⁵⁹, welche zu großen Teilen auch Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen offen steht, kann grundsätzlich festgestellt werden, dass sich dieses als sehr vielfältig und (relativ) dicht darstellt. Die Angebotslandschaft lässt sich inhaltlich als ein komplexes⁶⁰ Stufenmodell beschreiben: ein Stufenmodell hinsichtlich der gestellten Anforderungen an die Jugendlichen (z.B. Zielerreichung) und dem Verbindlichkeitsausmaß (z.B. Mindeststundenausmaß) sowie dem Grad der Niederschwelligkeit.

Zur Förderung der Integration in das Ausbildungssystem bzw. in den Arbeitsmarkt kann grob zwischen der Säule „strukturierte Übergangsangebote“ und „unterstützte Ausbildungsangebote“ differenziert werden. Die „strukturierten Übergangsangebote“ bewegen sich im Bereich der Vorbereitung und Stabilisierung mit dem Ziel, Jugendliche zu einer Ausbildung bzw. zu einem niederschweligen Arbeitsplatz hinzuführen. Inhaltlich stehen sowohl eine umfassende berufliche Orientierung wie auch die Stärkung von Basiskompetenzen im Mittelpunkt. In dieser Säule befinden sich zum Stand 2. Halbjahr 2014 in OÖ fünf Angebote, die explizit für Jugendliche mit psychischen Problemlagen konzipiert sind. In diesen Fällen wird eine diagnostizierte psychische Störung als Zugangsvoraussetzung benannt. Angebote in der Säule „unterstützte Ausbildungsangebote“ hingegen zielen auf den Abschluss einer (formalen) Qualifikation (in 81 % der Fälle auf einen Lehr- bzw. Teillehrabschluss) ab. Diese Säule kann grob in die zwei Schienen „überbetriebliche Ausbildungen“ und „Coaching-Angebote“ eingeteilt werden. In dieser Säule befindet sich kein Angebot, welches sich ausschließlich Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen widmet.

Bei Lentner et al. (2015, 98) wird daher als eine zentrale Lücke in der oberösterreichischen Angebotslandschaft das Fehlen von Angeboten für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen/Problematiken festgehalten. Im Zuge der ExpertInnen-Interviews zeigte sich, dass speziell für Jugendliche mit „schweren“ psychischen Beeinträchtigungen Angebote fehlen. Nachfolgend werden die zentralen Erkenntnisse zur Verbesserung des Unterstützungssystems auf Basis der ExpertInnen-Interviews mit dem Zuziehen der Erkenntnisse der Evaluierung der Angebotslandschaft wiedergegeben.

⁵⁸ Unter PraktikerInnen werden hier Personen verstanden, die in den untersuchten Angeboten tätig sind und in direktem KlientInnen-Kontakt stehen (z.B. SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen).

⁵⁹ Der bei Lentner et al. (2015) verwendete Ausgrenzungsbegriff versteht Ausgrenzungsgefährdung als ein Kontinuum, welches prozesshaft gedacht werden muss. „Ausgrenzungsgefährdung ist kein (unveränderbarer) Zustand, genauso wie es innerhalb der Gruppe der ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen unterschiedlich akute Ausgrenzungslagen gibt. Plastisch gesprochen von der/dem obdachlosen, substanzabhängigen Jugendlichen ohne Schulabschluss bis hin zur/zum (kurzfristig) arbeitslosen Jugendlichen mit Lehrabschluss und guten Chancen auf Wiederbeschäftigung.“ (ebd., 26) Wesentlich, auch im Sinne des Forschungsdesigns und des Fokus auf die Angebots-Sicht, bezieht sich der „Beginn des Kontinuums von Ausgrenzungsgefährdung“, darauf, „dass „Außenstehende“ (z.B. LehrerInnen, Institutionen, Eltern) Problemlagen bei Jugendlichen erkennen und auch als problematisch hinsichtlich der Integration in eines der beiden definierten Subsysteme (Bildungssystem und Arbeitsmarkt) bewerten“ (ebd., 27) und endet mit der Integration in das Bildungs- und Arbeitsmarktssystem (ohne der zu Hilfenahme von Unterstützungssystemen z.B. Überbetriebliche Lehrausbildung).

⁶⁰ Die Komplexität und die daraus resultierende Unübersichtlichkeit der Angebotslandschaft kann auf drei Ebenen lokalisiert werden: (1) breit gehaltene Zielgruppendefinition (erschwert inhaltliche Abgrenzung), (2) Vielfalt der Trägerorganisationen und (3) Schnelllebigkeit (Projektstatus der Angebote) (näheres siehe Lentner et al. 2015, 122).

Angebote für Jugendlichen mit „schweren“ psychischen Beeinträchtigungen

In der Evaluierung der oberösterreichischen Angebotslandschaft (Lentner et al. 2015) wird sichtbar, dass für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen zu wenige Angebote bestehen (siehe oben). Auch in den ExpertInnen-Interviews wird in diesem Bereich ein Bedarf sichtbar. Allerdings wird hier von den ExpertInnen (z.B. E2, E7, E8, E9, E10, E12) zwischen dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung differenziert, da laut diesen v.a. für Jugendliche mit schweren psychischen Beeinträchtigungen Angebote fehlen. Zwar bestehen für diese Zielgruppe die fünf erwähnten Angebote, allerdings fehlen in der Einschätzung von drei ExpertInnen (E2, E8, E10) Anschlussangeboten nach Ende der Dienstleistung für jene Jugendlichen, denen keine Integration in das Ausbildungssystem oder in den Arbeitsmarkt gelingt. Dies wird insofern als problematisch gesehen, wenn Jugendliche in einem Zeitraum von einem bis eineinhalb Jahr(en) regelmäßig an einem strukturierenden Angebot mit intensiver Betreuung teilnehmen und dieses dann aufgrund des Dienstleistungsendes abrupt aufhört. Diese Situation beschreibt eine Expertin/ein Experte wie folgt: *„Die fallen in ein Loch. Die haben 1,5 Jahre extrem gute Unterstützung und dann plötzlich nichts.“* (E2) Als Alternative würden die Jugendlichen, für die es kein passendes Angebot gibt, in der Einschätzung einer Expertin/eines Experten (E10) in die Produktionsschule vermittelt. Dies sei allerdings nicht immer die beste Lösung und generell würde auch nach der Produktionsschule Angeboten für Jugendliche, die nach Teilnahme noch keine Ausbildung oder keine Beschäftigung gefunden haben, fehlen. Als problematisch wird von der Expertin/dem Experten die geringe Struktur (ca. nur einmal pro Woche ein Termin) in Angeboten, wie etwa der Jugend-Arbeits-Assistenz, welche häufig nach Ende der Produktionsschule anschließt, gesehen (E10).

Somit lässt sich auf Basis der ExpertInnen-Aussagen als strukturelle Lücke im Bereich des Unterstützungssystems Übergang Schule/Beruf ein Mangel an Plätzen für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen allgemein und speziell ein Mangel an passenden Anschlussangeboten für Jugendliche, denen der Übergang in eine Ausbildung oder in eine Beschäftigung nach der Teilnahme an einem Übergangsangebot nicht gelungen ist, festhalten.

Niederschwellige Beschäftigungsangebote

Eine „strukturelle Lücke“ in der Angebotslandschaft identifizieren Lentner et al. (2015, 127) im Bereich der Beschäftigungsangebote. Konkret fehle ein niederschwelliges Beschäftigungsangebot, da mitunter bereits ein Mindeststundenausmaß von 16 Wochenstunde eine zu hohe Anforderung für einzelne Gruppen von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen (v.a. Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen) darstellt.

Insgesamt sechs der im Rahmen der vorliegenden Studien befragten ExpertInnen aus den unterschiedlichen Bereichen (E1, E4, E7, E8, E9, E12) sehen ebenso den Bedarf für (niederschwellige) Beschäftigungsmöglichkeiten für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen. Dabei sei es gerade für psychisch instabile Jugendliche wichtig, ein tagesstrukturierendes Angebot zu haben, bei denen sie positive Erfahrungen machen können und sehen, dass sie etwas *„schaffen können“* (E12). Dies kann einerseits das Selbstvertrauen der Jugendlichen stärken und andererseits einen positiven Blick auf die Zukunft richten (E4, E9, E12). Über die genaue Ausgestaltung der Beschäftigungsangebote haben sich die ExpertInnen nicht im Detail geäußert, ein Teil (z.B. E1, E7) sieht jedoch, ähnlich wie bereits bei Lentner et al. (2015) angeführt, den Bedarf, diese Angebote möglichst niederschwellig zu konzeptionieren:

„Wo ich die Möglichkeit habe, zwei Tage hinzugehen und dann einmal zwei Wochen nicht und dann probiere ich es wieder und dann schaff ich vielleicht fünf Tage am Stück und dann habe ich eine Woche Pause und gehe ich dorthin.“ (E7)

Speziell die Expertin/der Experte des Jugendcoachings (E1) spricht sich für ein Arbeitstraining mit individuellen Vereinbarungen der Arbeitszeit aus und schlägt hier auch eine Koppelung an Berufsorientierung oder Sozialverhaltenstraining vor.

Homogene vs. heterogene Gruppenzusammensetzung

Auf Wunsch des Auftraggebers wurde im Zusammenhang mit der qualitativen Weiterentwicklung bestehender Angebote der Frage nachgegangen, ob es für die Zielgruppe „Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen“ spezieller Angebote bedarf oder ob im Sinne einer Inklusion eine heterogene Gruppendurchmischung (Jugendliche mit und ohne psychische Beeinträchtigungen) zu bevorzugen ist.

Grundsätzlich befürworten die ExpertInnen (z.B. E1, E2, E4, E5, E8, E12) inklusive Ansätze, die eine heterogene Gruppenzusammensetzung (d.h. Jugendliche mit und ohne psychische Beeinträchtigungen) verfolgen. Der Vorteil einer Gruppendurchmischung liegt einerseits darin, dass den Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen ein „*gesundes Umfeld*“ (E4) geschaffen wird, was als ein wesentlicher Bestandteil bei der Bewältigung psychischer Beeinträchtigungen bzw. bei der Förderung einer gesunden Entwicklung gesehen wird (z.B. E2, E4, E6). Auf der anderen Seite haben „Diversity-Ansätze“ den Effekt des „Voneinander-Lernens“ und des „Gegenseitigen-Stärkens“. Somit könnten alle in den Projekten teilnehmenden Jugendlichen von heterogenen Gruppen profitieren (E2). Allerdings sieht ein Teil der ExpertInnen (z.B. E2, E4, E5, E12) die Notwendigkeit, nach dem „Schweregrad“ der psychischen Beeinträchtigung zu differenzieren und die Angebote für Jugendliche mit psychischer Beeinträchtigung in Form eines Stufensystems zu gestalten: Für Jugendliche mit „schweren psychischen Beeinträchtigungen“ machen unter Umständen kleine homogene⁶¹ Gruppen (Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen) mit einer „professionellen“ Betreuung Sinn (z.B. E4, E5). Dies sei v.a. bei Angeboten mit einem stärkeren therapeutischen Fokus wichtig (E12). Homogene Gruppen haben auch den Effekt, dass Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen keiner Stigmatisierung ausgesetzt sind und ein gewisses „Normalitätsgefühl“ vermittelt wird – „*Ich fühle mich unter meinesgleichen*“ (E5). Sobald die Jugendlichen entsprechend stabilisiert bzw. „gestärkt“ sind, ist es sinnvoll, die Jugendlichen in andere Angebote mit heterogenen Gruppen zu vermitteln (z.B. E2, E4). Je näher die Jugendlichen an den Arbeitsmarkt/an das Ausbildungssystem herangeführt werden, desto wichtiger sei eine Heterogenität, da die Jugendlichen auf die „*Inhomogenität*“ des beruflichen Alltags vorbereitet werden müssen (E12).

Grundsätzlich sind die (ober-)österreichischen Angebote am Übergang von der Schule in den Beruf auch für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen zugänglich. Allerdings wird in der Evaluierung der oberösterreichischen Angebotslandschaft (Lentner et al. 2015) sichtbar, dass sich die multiplen Problemlagen der Jugendlichen zu großen Teilen mit den potenziellen Ausschlusskriterien für die Angebotsteilnahme decken. Es scheint, als wären viele Angebote mit den multiplen Problemlagen im vorhandenen Setting bzw. mit den vorhandenen Ressourcen überfordert. Das verstärkt den Eindruck, dass Jugendliche mit besonders hoher Ausgrenzungsgefährdung und in diesem Zusammenhang vor allem Jugendliche mit schwerwiegenden psychischen Problemlagen der Zugang zu Angeboten der zweiten („Strukturierte Übergangsangebote“) und dritten Säule („unterstützte

⁶¹ Im Kontext der Homogenität wird von den ExpertInnen im psychiatrischen/psychologischen Bereich (z.B. E2, E4) darauf hingewiesen, dass auch innerhalb der psychischen Beeinträchtigungen eine hohe Heterogenität bestehe und bei einzelnen Störungsbildern (z.B. Essstörungen) es sinnvoll sei, auch innerhalb der psychischen Beeinträchtigungen eine Homogenität zu schaffen. Hier wird allerdings unter Homogenität das Vorhandensein einer psychischen Beeinträchtigung, unabhängig der Art der Beeinträchtigung, allgemein verstanden.

Ausbildungsangebote“) verwehrt bleibt bzw. sie in diesen Angeboten ein höheres Risiko des Scheiterns haben (ebd., 123).

Auf die Frage, wie Angebote im Sinne von inklusiven Ansätzen ausgestaltet werden sollen, damit den multiplen Problemlagen von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen (besser) begegnet werden kann, wird auf einen entsprechend guten Betreuungsschlüssel hingewiesen, damit ein möglichst ganzheitlicher Ansatz, der sich an den individuellen Bedürfnissen orientiert, verfolgt werden kann (z.B. E4, E5). Ebenso spricht sich ein Teil der ExpertInnen (z.B. E8, E10) für Weiterbildungen der MitarbeiterInnen aus, um in bestimmten Situationen entsprechend professionell agieren zu können (z.B. Wutausbrüche aufgrund niedriger Toleranzgrenze). Die Expertin/der Experte zum Thema „Produktionsschule“ (E10) sieht konkret für ihr/sein Angebot den Wunsch nach einer Therapeutin/eines Therapeuten sowie nach erlebnispädagogischen Elementen oder Angeboten im Bereich Sport/Bewegung. Im Kontext der (Weiter-)Entwicklung von inklusiven Ansätzen müssten nach der Einschätzung einer/eines anderen Expertin/Experten (E8) auch die Quotenvorgaben seitens der Kostenträger überdacht werden, um sogenannten „Creaming-Effekten“ vorzubeugen. Damit ist gemeint, dass jene Jugendliche verstärkt in die Angebote zugewiesen werden, bei denen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Erfolgsquoten erreicht werden können (vgl. u.a. Riesenfelder 2005, 7ff; Hausegger 2012, 45), während die weniger „fitten“ Jugendlichen keinen Zugang zu den Projekten finden. Das Thema der Zuweisungs- und Selektionspraxis wird auch als Spannungsfeld bei Lentner et al. (2015, 123) identifiziert mit dem Hinweis, die „*Blackbox Zuweisungs- und Ablehnungspraxis*“ wissenschaftlich noch näher zu beleuchten (ebd., 128).

Bezüglich der Frage nach heterogenen oder homogenen Gruppen für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen, lässt sich als Fazit festhalten, dass beide Formen notwendig sind und dass die Angebote in Form von Stufensystemen ausgestaltet werden sollten, sodass nach einer entsprechenden Stabilisierung Jugendliche an Angeboten, mit einem höheren Verbindlichkeitsgrad sowie einer höheren Leistungsanforderung mit einer durchmischten Gruppe teilnehmen können.

Ausgestaltung der Übergangsangebote

Auf Basis der ExpertInnen-Interviews lassen sich hinsichtlich der Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten am Übergang Schule/Beruf für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen als Erfolgsfaktoren eine kontinuierliche Betreuung, eine professionelle Beziehungsarbeit sowie ein ganzheitlicher Ansatz festhalten. Dies spiegelt sich auch in den Interviews mit ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen wider, wo sichtbar wird, dass die in der Vergangenheit besuchten kurzfristigen AMS-Angebote nicht selten als eher negativ bzw. nicht zielführend beschrieben werden, während hingegen die zum Interviewzeitpunkt besuchten Angebote, welche sich sehr stark durch eine individuelle Betreuung, z.T. durch Niederschwelligkeit und freiwillige Teilnahme (v.a. bei Angeboten für Suchterkrankte) kennzeichnen, als sehr positiv und wichtige soziale Ressource bewertet werden (Näheres dazu siehe Kapitel 5). Die angeführten Merkmale werden auch in anderen Studien als Erfolgsfaktoren bei der Ausgestaltung von Übergangsangeboten beschrieben (u.a. Hagen 2011, 531ff; Bacher et al. 2014, 579ff; Lentner et al. 2015, 128; Litschel/Löffler 2015, 74ff).

Inklusive Ansätze am ersten Arbeitsmarkt

Ein Teil der ExpertInnen (z.B. E5, E4, E6, E8, E12) verweist auf eine Reduktion an Beschäftigungsangeboten im Bereich der niedrig qualifizierten Tätigkeiten sowie eine zunehmende Leistungsanforderung am ersten Arbeitsmarkt, was dazu führe, dass v.a. Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen zunehmend schwerer am Arbeitsmarkt Fuß fassen können. Die schlechten Aussichten am Arbeitsmarkt würden bei einem Teil der Jugendlichen zu einem gewissen „*Zukunftspessimismus*“ (E8) führen und sich bei längeren Phasen der Arbeitslosigkeit unter Umständen negativ auf die

psychische Gesundheit auswirken (z.B. E3, E4, E8). Auf Grund der „Zugangshürden“ zum ersten Arbeitsmarkt für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen sind aus Sicht einiger ExpertInnen (z.B. E4, E5, E6, E8, E12) Ansätze erforderlich, um die Rahmenbedingungen am ersten Arbeitsmarkt zu verändern bzw. inklusive Angebote stärker zu verankern. Diese sind Arbeitsplätze im geschützten Bereich, z.B. in Form von fähigkeitsorientierten Aktivitäten oder Geschützten Werkstätten vorzuziehen. Dies erfordert eine stärkere Kooperationen mit Unternehmen (E7, E10) und Ansätze, um Unternehmen im Umgang mit Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen zu unterstützen (E4, E5, E6, E12). Als konkretes Beispiel schildert eine Expertin/ein Experte (E10) Jugendliche mit Asperger-Syndrom, deren Fähigkeiten in bestimmten Bereichen (z.B. Technik) einen Vorteil für die Unternehmen mitbringen könnten. Dies setzt allerdings auch die „*Bereitschaft der Firmen, diesen Mehraufwand zu leisten*“ (E5) voraus. Neben der Unterstützung der Unternehmen im Sinne von Empowerment-Ansätzen, verweist eine Expertin/ein Experte (E6) darauf, dass einer Kompensation des Leistungsausfalls („*den es gibt*“) angebracht wäre, z.B. in Form eines Kombilohns. Neben der Unterstützung und Kompensation eines möglichen Leistungsabfalls sollten die die Unternehmen „*stärker in ihre Pflicht*“ genommen werden (E6).

Erweiterung des Jugendcoachings

ExpertIn 1 spricht sich konkret für die Erweiterung der Altersgrenze (bis 24 Jahre) des Jugendcoachings generell und speziell für die Zielgruppe Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen aus. ExpertIn 5 sieht eine Erweiterung des Jugendcoachings dahingehend, dass auch während der Teilnahme an einer Produktionsschule bzw. anderen Angeboten im Sinne einer kontinuierlichen Betreuungsinstanz die Betreuung weiterhin durch den Jugendcoach erfolgen soll, da dieser auch für die Vermittlung nach Ende des Angebots zuständig ist. Im Kontext der Betreuung durch das Jugendcoaching wird von zwei ExpertInnen (E5, E10) mit Erfahrung im Bereich der Produktionsschule darauf hingewiesen, dass in den neuen Konzepten der Produktionsschule keine Berufsorientierung mehr vorgesehen ist, sondern dass diese durch den Jugendcoach erfolgt. Kritisch angemerkt wird allerdings von beiden ExpertInnen, dass gerade in der Phase der Adoleszenz sich die Berufswünsche der Jugendlichen relativ schnell wieder ändern können (z.B. durch ein Schnupperpraktikum) und dass daher die Berufsorientierung besser im Bereich der Produktionsschule anzusiedeln sei.

Die Erweiterung des Jugendcoachings wird auch in der aktuellen Studie der OECD (2015a, 146f) „*Mental Health and Work: Austria*“ als Handlungsempfehlung festgehalten, wo konkret auf eine Ressourcenerweiterung hingewiesen wird, sodass die intensivste Betreuungsstufe 3⁶² für alle Jugendlichen, die sie benötigen, angeboten werden kann (OECD 2015a, 146f).

6.2.4.4 UNTERSTÜTZUNGSSYSTEM SCHULE

Im Schulsystem bestehen unterschiedliche Unterstützungs- und Beratungsangebote, welche die SchülerInnen bei Problemlagen in Anspruch nehmen können. Neben den Angeboten der Schulpsychologie zählen SchulärztInnen, die Schulsozialarbeit, SchülerInnen- und Bildungsberatung, Beratungs-/BetreuungslehrerInnen sowie das (schulische) Jugendcoaching dazu. Die einzelnen Unterstützungsformen unterliegen dabei unterschiedlichen Zuständigkeiten, welche auch außerhalb des Schulsystems angesiedelt sind (z.B. ist die Schulsozialarbeit in Oberösterreich (Beham-Rabanser/Wetzelhütter 2015) ein Angebot der Kinder- und Jugendhilfe, das Jugendcoaching ist ein Angebot des Sozialministeriumservices). Auf eine Beschreibung der einzelnen Angebote wird an dieser Stelle mit einem

⁶² Das Jugendcoaching beinhaltet die 3 Stufen (1) Erstgespräch, (2) Beratung und (3) Begleitung. In Stufe 3 wird im Sinne eines „Case Managements“ eine Stärken- und Schwächenanalyse der Jugendlichen inklusive Entwicklungsplan erstellt. Stufe 3 kann bis zu einem Jahr dauern. Jugendliche können auch nachbetreut werden. (NEBA o.J., 10).

Literaturhinweis auf eine aktuelle Studie (Grandy et al. 2015) des Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion, welche die Unterstützungssysteme „für und um die Schule“ in der Gesamtheit analysiert und die einzelnen Angebote im Detail (Aufgaben, Zielsetzung, Gesetzliche Grundlagen etc.) beschreibt, verzichtet. Exemplarisch wird nachfolgend die Schulsozialarbeit beschrieben, deren Implementierung kürzlich durch das Institut für Soziologie der JKU Linz (Bacher et al. 2015) evaluiert wurde: Schulsozialarbeit bezeichnet allgemein ein heterogenes Arbeitsfeld an der Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe und Schule (Bacher et al. 2015). So z.B. ist nach Müller (2006) zwischen Sozialarbeit in der Schule vs. Jugendhilfe für die Schule zu unterscheiden. Mit Sozialarbeit in der Schule sind Angebote der Schulsozialarbeit in der Trägerschaft von Schulen gemeint, die vor Ort im Schulsystem positioniert sind. Jugendhilfe für die Schulen hingegen meint, dass SozialarbeiterInnen in der Kinder- und Jugendhilfe integriert sind und die Schule häufig als niedrigschwellige Anlaufstelle dient. Mit Blick auf die Leistungsausrichtung kann nach Müller (2006) zwischen klientInnenzentrierten Beratungs- und Unterstützungsangeboten, wie dies der klassischen Einzelfallhilfe entspricht und wo – wie in Schulsozialarbeit des Landes OÖ (Bacher et al. 2015) – der Schüler/die SchülerIn und ihre Familie im Vordergrund der Sozialen Arbeit steht, und problembezogener Strukturarbeit, wie sie in der Gemeinwesenarbeit umgesetzt wird. Problembezogene Strukturarbeit innerhalb des Schulsystems setzt vor allem auf die Mitarbeit bei Schulentwicklungsaufgaben und Früherkennung von problematischen Entwicklungen sowie Präventionsprojekte.

Im Bereich des Unterstützungssystems Schule wurde exemplarisch eine Expertin/ein Experte zur Schulpsychologie (E3) sowie zum schulischen Jugendcoaching (E1) interviewt. Ebenso wurde die Rolle der Schule hinsichtlich der Außensicht von ExpertInnen auf den anderen Ebenen der Unterstützungssysteme für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen befragt. In der bereits angeführten Studie des Ludwig Boltzmann Instituts (Grandy et al. 2015) wurde als zentrale Handlungsebene eine Verbesserung der „Kommunikation, Kooperation und Koordination zwischen den Unterstützungssystemen“, die an drei Ebenen ansetzt, gesehen:

„Einerseits bedarf es einer (1) bundesweiten Institutionalisierung der Kooperation der Unterstützungssysteme, andererseits einer (2) Institutionalisierung der Kooperation der vor Ort tätigen ExpertInnen der Unterstützungssysteme an den konkreten Schulstandorten. Als dritter möglicher Ansatzpunkt bieten sich (3) strukturelle Rahmenbedingungen an, die überdacht und gegebenenfalls modifiziert werden können, da sie die Kooperation zwischen den Unterstützungssystemen erschweren.“ (ebd., 107)

Wie man aus den Ableitungen der Studie des Ludwig Boltzmann Instituts ablesen kann, liegt der Kern in der Optimierung der Kooperation und Koordination, welche auch im Bereich der Unterstützungsangebote notwendig ist (siehe Kapitel 6.2.4.3 und 6.2.4.5). Als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Kooperation konnten in Bacher et al. (2015) das Commitment der Vorgesetzten und eine gute Personalauswahl identifiziert werden sowie Informiertheit aller Beteiligten und face-to-face-Kontakte. Den Bedarf einer besseren Kooperation und Koordination innerhalb der Unterstützungssysteme im Bereich Schule sowie mit außerschulischem Unterstützungssystem zeigte sich auch in den ExpertInneninterviews (z.B. E3). Darüber hinaus werden folgende Verbesserungspotenziale im Bereich des Unterstützungssystems Schule sichtbar.

Ausbau der Schulpsychologie

Als eine Versorgungslücke im Bereich des Unterstützungssystems Schule werden die Kapazitäten der Schulpsychologie gesehen. Für die rund 200.000 oberösterreichischen SchülerInnen⁶³ stehen laut der/dem Expertin/Experten im Bereich der Schulpsychologie (E3) insgesamt 22,5 Vollzeitäquivalente zur Verfügung. Aufgrund der sehr eingeschränkten Ressourcen ist nach Einschätzung der Expertin/des

⁶³ Im Jahr 2013 waren es 202.701 SchülerInnen (Statistik Austria, 2015b).

Experten lediglich eine Beratung und keine Behandlung möglich (z.B. sind die Kompetenzen für Psychotherapie vorhanden, diese wird jedoch nur in Ausnahmefällen praktiziert). Dazu bestehe die Regel, dass nach mehr als ca. fünf Kontakten mit der Schulpsychologie an externe Stellen verwiesen wird. Nach internen Berechnungen sieht die/der befragte Expertin/Experte mindestens eine Verdoppelung der Stellen notwendig, um den SchülerInnen eine „*Erstbehandlung und nicht nur eine Erstberatung*“ (E3) zu ermöglichen. Die Kapazitäten der Schulpsychologie werden auch in der Evaluierung der schulischen Unterstützungssysteme (Grandy et al. 2015, 84) als Versorgungslücke benannt. In der Studie wird eine Erhöhung der Personalressourcen von mindestens 25 % empfohlen, um den Aufgaben nachkommen zu können. Aufgrund der eingeschränkten Ressourcen besteht nach Einschätzung anderer ExpertInnen (z.B. E2, E4, E11, E8) auch kaum eine Zusammenarbeit mit der Schulpsychologie, da diese lediglich den Eltern empfiehlt, andere Stellen aufzusuchen, aber in den Prozess der Vermittlung selbst nicht bzw. nur selten involviert ist.

Neben der generellen Erhöhung der Personalressourcen wäre aus Sicht der/des befragten Expertin/Experten der Schulpsychologie (E3) eine Erweiterung des Teams der Schulpsychologie durch einen „*Mediziner*“, also einen Facharzt/eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wichtig, da diese/dieser „*psychiatrische Aspekte*“ abklären und Rezepte für Medikamente ausstellen könnte.

Präventive Ansätze

Der Schule wird bei der Förderung einer „*gesunden*“ Entwicklung von einem Teil der ExpertInnen (z.B. E2, E3, E4, E11, E12) eine wichtige Rolle beigemessen. Aus der Sicht einiger ExpertInnen (z.B. E3, E12) ist eine Veränderung auf der strukturellen Ebene erforderlich. Hier sind Ansätze nötig, die ein möglichst individuelles Eingehen auf die SchülerInnen sowie die Förderung einer Beziehungsebene erlauben. Dies würde ermöglichen, einen Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen, auch bei den scheinbar „*Unauffälligen*“. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass psychische Problemlagen häufig erst auffallen, wenn sich diese negativ auf die Schulleistung auswirken oder die SchülerInnen Verhaltensauffälligkeiten zeigen (E3, E4, E11). Mitunter wird von der Schule diesbezüglich „*falsch*“ reagiert, indem SchülerInnen von der Schule verwiesen werden, anstatt frühzeitig entsprechende Unterstützung anzubieten (E11). In diesem Kontext empfiehlt die OECD in der bereits oben angeführten Studie, LehrerInnen hinsichtlich eines frühzeitigen Erkennens und eines richtigen Handelns von/bei psychischen Problemen weiterzubilden (OECD 2015a, 145). Ebenso ist eine Auseinandersetzung auf der strukturellen Ebene, wie das System Schule ausgestaltet werden soll, damit die SchülerInnen diese als wichtige soziale Ressource⁶⁴ erleben, welche sie in der persönlichen Entwicklung fördert, anstatt sie zu belasten (z.B. Mobbing durch MitschülerInnen, hohe Leistungsanforderung), wichtig.

In der Schule sollte auch verstärkte Aufklärungsarbeit geleistet werden, um der Stigmatisierung gegenüber der Inanspruchnahme von psycho-sozialen Unterstützungsangeboten vorzubeugen. Dies geschieht bereits teilweise, allerdings sprechen sich explizit drei ExpertInnen (E2, E3, E8) für eine stärkere Aufklärungsarbeit an Schulen aus. Einerseits würden dadurch die bestehenden Angebote bekannter gemacht und andererseits Hemmnisse vor der Inanspruchnahme abgebaut werden.

⁶⁴ In der Resilienzforschung wird die Schule als wichtige Ressource bzw. Schutzfaktor angesehen. Näheres dazu siehe Kapitel 2.

6.2.4.5 SYSTEMÜBERGREIFENDE ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN

Nachdem die identifizierten Lücken und Verbesserungspotenziale, eingeteilt nach den unterschiedlichen Unterstützungssystemen, dargelegt wurden, werden nachfolgend zusätzliche systemübergreifende Entwicklungsmöglichkeiten, die sich durch die Analyse der ExpertInnen-Interviews zeigen, wiedergegeben.

Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten im Kontext psychischer Beeinträchtigung

Im Rahmen der Ausgestaltung von Unterstützungssystemen für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen erscheint auf Basis der ExpertInneninterviews sowie der Literaturanalyse eine Auseinandersetzung mit der Frage, was unter „psychischen Beeinträchtigungen“ verstanden wird, wichtig. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass die Einteilung in gesund und krank generell und speziell im Bereich der psychischen Gesundheit nicht treffsicher ist. Gesundheit bzw. Beeinträchtigung sind als Kontinuum, auf dem sich ein Individuum bewegt, zu sehen. Dabei ist der individuelle Gesundheitszustand von personen- und umweltbezogenen Faktoren beeinflussbar (näheres dazu siehe Kapitel 2.3.4). In der Praxis wird zumeist eine Einteilung nach dem Schweregrad der psychischen Beeinträchtigung sichtbar, wobei eine Grenzziehung zwischen „schwer“ und „weniger schwer“ nicht immer nachvollziehbar ist. Der Schweregrad, so scheint, bezieht sich zum einen auf die Symptomatik und zum anderen auf den resultierenden Behandlungs-/Unterstützungsbedarf. Zumeist wird grob zwischen psychischen Störungen im Sinne einer Diagnose nach ICD-10 und eine Beeinträchtigung im psycho-sozialen Bereich differenziert. Für letzteres werden unterschiedliche Begriffe („psycho-soziale Beeinträchtigung“, „emotionale Beeinträchtigungen“, „seelische Verletzung“) verwendet, welche auf eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit abzielen, ohne dass eine Diagnose vorliegt. Im Vordergrund liegen keine fachärztlich ausgestellten Befunde, sondern Belastungen im sozialen oder familiären Umfeld, welche sich negativ auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen auswirken.

Nach der Einschätzung einiger ExpertInnen ist – wie bereits erwähnt – mit Diagnosen in jungen Jahren vorsichtig umzugehen, da es sich noch um eine Entwicklungsphase handelt und es eher zu vermeiden gilt, den Jugendlichen frühzeitig einen „Stempel“ in Form einer Diagnose aufzudrücken, die sie nachhaltig stigmatisiert. In den ExpertInneninterviews wird jedoch sichtbar, dass Diagnosen einerseits Voraussetzung zur Inanspruchnahme gewisser Leistungen sind (z.B. Leistungen im Gesundheitsbereich, Leistungen nach dem OÖ Chancengleichheitsgesetz) und andererseits eine Zuweisung zu zielgruppenspezifischen Angeboten erleichtern. Jedoch erschwert die in der Praxis unterschiedliche Verwendung der Begrifflichkeiten, speziell im Bereich der psycho-sozialen Beeinträchtigungen, eine treffsichere Zuweisung.

Als Handlungsempfehlung ist in diesem Kontext zunächst eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten im Kontext der psychischen Beeinträchtigung festzuhalten, um in der Folge einheitliche Begriffsdefinitionen in den Angeboten zu implementieren bzw. Aufklärungsarbeit zu betreiben.

Systemübergreifende Koordination und Kooperation

Anlog des Konzeptes des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, das Krankheit auf der biologischen, psychischen, sozialen und der ökologischen Ebene festmacht (siehe Kapitel 2), sind Unterstützungssystemen, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen und nicht nur einen gesundheitlichen Fokus verfolgen, erforderlich.

Aufgrund der Komplexität der jeweiligen Unterstützungssysteme (z.B. vielfältige Angebote und Trägerorganisationen sowie Fördergeber), ist sowohl eine systeminterne als auch systemübergreifende Kooperation und Koordination erforderlich. Etwa erweist sich dies im Kontext der Übergangsangebote

(Lentner et al. 2015, 125, Bacher et al. 2014, 585) sowie im Bereich der schulischen Unterstützungssysteme (Grandy et al. 2015, 107; Bacher et al. 2015; Beham/Wetzelhütter 2015) als zentrale Handlungsempfehlung. In der Analyse der ExpertInnen-Interviews wurde sichtbar, dass z.T. sehr gute Kooperationen und Vernetzungen innerhalb eines kleinen Bereichs bestehen, allerdings systemübergreifende Kooperationen die Ausnahme darstellen. Zumeist wird sich auf eine Empfehlung an die Eltern bzw. an den/die Jugendlichen beschränkt, sich an weitere Angebote zu wenden, als dass eine institutionalisierte Kooperation mit anderen Angeboten besteht. Nach Einschätzungen mancher ExpertInnen (z.B. E3, E12) ist die Kooperation häufig vom „*Goodwill*“ und dem Engagement der AkteurInnen abhängig und daher wird der Bedarf einer institutionalisierten Form gesehen. Die Kooperation sollte auch hinsichtlich der Finanzierung erfolgen und hier ist v.a. eine stärkere Verschränkung mit dem Gesundheitssystem sinnvoll. Bei einzelnen Projekten besteht diese Kooperation bereits (z.B. Kinder- und Jugendkompetenzzentrum⁶⁵, Projekt „MIA“ – Miteinander Auszeit⁶⁶), allerdings handelt es sich zumeist um einzelne (Pilot-)Projekte, die ebenfalls dem Engagement einzelner AkteurInnen zu verdanken sind (E4). Wie in der Analyse des Unterstützungsangebotes zur Förderung der Integration in die Gesellschaft und die Teilsysteme Ausbildung und Arbeitsmarkt sichtbar wurde, sind Angebote im Gesundheitsbereich nur ein Teil der verfügbaren Unterstützungssysteme. Daher ist für eine gesamtheitliche strategische Ausrichtung eine stärkere Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem und den anderen Unterstützungssystemen erforderlich.

Öffentlichkeitsarbeit – Entstigmatisierung

Insbesondere im Bereich des Zugangs zu Leistungen der psychischen bzw. psycho-sozialen Versorgung stellt das mit einer psychischen Beeinträchtigung verbundene Stigma eine zentrale Zugangsbarriere dar. Zwar beobachtet ein Teil der ExpertInnen (z.B. E3, E8) eine tendenzielle Entstigmatisierung, allerdings wird hier nach Angeboten differenziert. Beispielsweise besteht weniger Hemmung etwa in Angeboten der psychologischen bzw. psycho-sozialen Unterstützung oder Beratung (E3), während hingegen die Psychiatrie nach wie vor mit einem großen Stigma behaftet ist (E4, E12). Daher spricht sich ein Großteil der ExpertInnen (z.B. E2, E3, E4, E8, E12) für Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit aus, um die Stigmatisierung abzubauen. Einerseits kann dies in Form von Informationsveranstaltungen über das Setting Schule und andererseits über aufklärende Artikel und Beiträge in den öffentlichen Medien erfolgen.

Ansätze auf struktureller Ebene und Prävention

Letztendlich ist darauf hinzuweisen, dass die Unterstützungssysteme eine Art „Reparaturfunktion“ übernehmen, während insbesondere **präventive Ansätze** nötig wären, damit es die Unterstützungssysteme in diesem Ausmaß nicht braucht. Zur Entwicklung von präventiven Ansätzen wird häufig auf Konzepte von Risiko- und Schutzfaktoren zurückgegriffen, die darauf abzielen, Risikofaktoren zu vermeiden und Schutzfaktoren zu stärken (siehe Kapitel 2 & 5).

Zur Entwicklung von präventiven Ansätzen wird dabei dem **Setting Schule** eine wichtige Rolle beigemessen. Im Rahmen eines systematischen Review durch das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion (Flaschberger et al. 2013) wurde die Effektivität von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule auf Basis internationaler Studien analysiert. Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von SchülerInnen sind

⁶⁵ Das Kinder- und Jugendkompetenzzentrum bietet interdisziplinäre Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten in emotionalen, kognitiven, sozialen bzw. Verhaltensbereichen sowie intensive Unterstützung der Eltern. Das Angebot wird vom Land OÖ (Abteilung Soziales, Gesundheit und Kinder- und Jugendwohlfahrt) und der OÖ GKK finanziert.

⁶⁶ Siehe Fußnote in Kapitel 6.2.4.1.

dann erfolgversprechend, *„wenn sie auf mehreren Ebenen, unter Umständen mit Einbindung der Eltern bzw. des sozialen Umfelds der SchülerInnen, über einen längeren Zeitraum und mit verschiedenen Methoden umgesetzt werden. Das bedeutet aber nicht automatisch, dass – je nach Zielsetzung und kontextuellen Gegebenheiten – nicht auch Einzelmaßnahmen durchaus effektiv seien.“* (ebd., 20) Neben der Entwicklung von präventiven Ansätzen, die beispielsweise auch eine Aufklärungsarbeit im Bereich der psychischen Unterstützungssysteme beinhalten, braucht es – wie bereits erwähnt – aus Sicht einiger ExpertInnen (z.B. E3, E12) auf der strukturellen Ebene eine Auseinandersetzung, wie das System Schule ausgestaltet werden soll, damit die SchülerInnen diese als wichtige soziale Ressource erleben, welche sie in der persönlichen Entwicklung fördert, anstatt dass die Schule (z.B. Mobbing durch MitschülerInnen, hohe Leistungsanforderung, schlechtes Schulklima) ein Belastungsmoment darstellt.

Neben präventiven Ansätzen im Schulbereich ist auch eine Auseinandersetzung mit dem System (erster) **Arbeitsmarkt** erforderlich: Wie bereits erwähnt, bedarf es aus Sicht einiger ExpertInnen bedarf Ansätze, um die Rahmenbedingungen am ersten Arbeitsmarkt zu verändern bzw. inklusive Angebote stärker zu verankern. Eine Expertin/ein Experte (E6) schlägt vor, einen möglichen Leistungsausfall (finanziell) zu kompensieren, ähnlich eines Kombilohns. Allerdings ist dieser Vorschlag aus Inklusionstheoretischer Perspektive und im Sinne eines Diversity-Ansatzes (siehe dazu auch UN-Behindertenrechtskonvention⁶⁷) durchaus kritisch zu betrachten, da auch Personen mit scheinbar „geringerem“ Leistungsniveau ebenso zum „Normalverständnis“ dazugehören sollten und daher eine Subvention diesem Konzept widersprechen würde. Letztendlich bräuchte es auch Ansätze, um Unternehmen zu motivieren, Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen überhaupt eine Chance auf eine Beschäftigung/Lehrausbildung zu ermöglichen.

6.3 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Interviews mit ExpertInnen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachgebieten machen sichtbar, dass Unterstützungsangebote zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration in den Arbeitsmarkt bzw. in das Ausbildungssystem von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen in vier Teilbereichen verortet werden können: (1) Unterstützungssystem Gesundheit, (2) Psycho-soziales Unterstützungssystem, (3) Unterstützungssystem am Übergang Schule/Beruf und (4) Unterstützungssystem Schule.

Eine zentrale Lücke wird im „Unterstützungssystem Gesundheit“ gesehen, wo es aus Sicht der ExpertInnen aus unterschiedlichen Fachbereichen einem Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich und einer Erweiterung des Kontingents an kostenloser Psychotherapie für Kinder und Jugendliche bedarf. Diese Befunde gehen einher mit Empfehlungen einer aktuellen Studie der OECD (2015b, 174; 176) „Mental Health and Work: Austria“.

Wie aus der Analyse von Risikofaktoren und Ressourcen bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen (siehe Kapitel 5) hervorging, sind die Ursachen von psychischen Beeinträchtigungen zum Teil auf die individuellen Lebensumstände und Belastungsmomente im familiären und sozialen Umfeld zurückzuführen. Aus Sicht einiger ExpertInnen sind nicht immer Angebote im Gesundheitsbereich notwendig, sondern bei weniger „schweren“ psychischen Beeinträchtigungen sind mitunter Angebote, die auf eine psycho-soziale Stabilisierung und Stärkung der persönlichen Ressourcen abzielen (z.B. Beratungs- und Betreuungsangebote, Angebote der offenen Jugendarbeit,

⁶⁷ BMASK (2011)

betreute Wohnformen, sozialpädagogische Familienhilfen) treffsicherer. Im Bereich der psychosozialen Unterstützungssysteme wird v.a. eine Erweiterung der Angebote für Jugendliche mit diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen nach dem Chancengleichheitsgesetz sowie die Erweiterung der Altersgrenze bei Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe gesehen.

Zur Förderung der Integration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt bzw. in das Ausbildungssystem besteht eine vielfältige Angebotslandschaft, die auch grundsätzlich für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen offen steht. Es bedarf jedoch speziell für Jugendliche mit „schweren“ psychischen Beeinträchtigungen generell mehr qualitative Angebote und konkret Anschlussangebote für Jugendliche, denen nach Ende des Angebots der Übergang in den Beruf bzw. in das Ausbildungssystem nicht gelungen ist. Als spezifische Lücke in der Angebotslandschaft wird das Fehlen von niederschweligen Beschäftigungsmöglichkeiten gesehen. Gerade für psychisch instabile Jugendliche sei es wichtig, ein tagesstrukturierendes Angebot zu haben, bei dem sie positive Erfahrungen machen und erfahren, dass sie etwas „schaffen können“, wodurch sich das Selbstvertrauen stärken kann.

Grundsätzlich sind die Unterstützungsangebote als Stufenmodell zu verstehen: D.h. für Jugendliche mit „schweren“ psychischen Beeinträchtigungen sind zuerst spezielle Angebote mit einem medizinischen bzw. therapeutischen Fokus und kleine homogene Gruppen (zielgruppenspezifische Angebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen) mit einer hohen Betreuungsintensität erforderlich. Nach einer entsprechenden Phase der Stabilisierung können die Jugendlichen in strukturiertere Angebote vermittelt werden. Je näher die Jugendlichen am Arbeitsmarkt/an das Ausbildungssystem herangeführt werden, desto wichtiger sind Angebote mit einer heterogenen Gruppenzusammensetzung (Jugendliche mit und ohne psychische Beeinträchtigung), da die Jugendlichen auf die „*Inhomogenität*“ (E12) und Anforderungen des beruflichen Alltags vorbereitet werden müssen.

Im Setting Schule besteht ein vielfältiges Angebot an unterschiedlichen Unterstützungsangeboten, welche nicht nur in der Schule angesiedelt sind (z.B. Schulsozialarbeit, Jugendcoaching). In einer aktuellen Studie des Ludwig Boltzmann Instituts (Grandy et al. 2015) wird aufgrund des vielfältigen Angebotes vor allem eine Verbesserung der „Kommunikation, Kooperation und Koordination“ zwischen den Unterstützungsangeboten sowohl innerhalb der Schulstandorte als auch mit den außerschulischen Angeboten als Handlungsempfehlung festgehalten.

Die Analyse des Unterstützungsangebotes zur Förderung der Integration von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen in die Gesellschaft und in die Teilsysteme „Arbeitsmarkt“ und „Ausbildung“ zeigt, dass vielfältige Angebote in verschiedenen Unterstützungssystemen bestehen. Zur Verbesserung des Unterstützungsangebotes ist aufgrund der Komplexität der jeweiligen Unterstützungssysteme (z.B. vielfältige Angebote und Trägerorganisationen sowie Fördergeber), sowohl eine systeminterne als auch systemübergreifende Kooperation und Koordination erforderlich. Konkret braucht es einerseits eine Zusammenarbeit auf der Individualebene, d.h. dass sich mehrere Unterstützungsangebote über den Interventionsbedarf und die Entwicklungsperspektiven einer Jugendlichen/eines Jugendlichen austauschen und abstimmen, andererseits sind Kooperationen auf der institutionellen Ebene mit gemeinsamen Zielsetzungen entscheidend, wo auch Finanzierungs Kooperationen eingegangen werden können. Dies stellt jedoch aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten, Aufgabenbereiche und Zielsetzungen der jeweiligen Akteure (z.B. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, AMS, Land, SMS) eine wesentliche Herausforderung dar.

Wie in Kapitel 2 angeführt, tritt ein Großteil der psychischen Erkrankungen bereits im Kinder- und Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter auf und dauert häufig bis ins Erwachsenenalter an. Dies verdeutlicht die Bedeutung von frühzeitigen Interventionen bei Kinder- und Jugendlichen. Diesbezüglich muss bewusst gemacht werden, dass die Unterstützungssysteme eine Art „Reparaturfunktion“

einnehmen und dass Ansätze zur Verbesserung dieser „Reparatursysteme“ zwar notwendig sind (z.B. früher Zugang, regionaler Ausbau, qualitative Ausgestaltung), jedoch auch Maßnahmen im Sinne einer Prävention nicht zu vernachlässigen sind. Konkret wird im Bereich der Prävention sowohl von den ExpertInnen als auch in der Literatur der Schule als wichtige Sozialisationsinstanz eine zentrale Rolle beigemessen. Einerseits können hier präventive Maßnahmen zur Krankheitsvermeidung implementiert werden und andererseits sind Ansätze auf struktureller Ebene erforderlich, damit die Schule als wichtige Ressource wahrgenommen wird und zu einer gesunden Entwicklung der SchülerInnen beiträgt. Neben der Schule nimmt das Familiensystem eine zentrale Position ein und gerade in konfliktreichen Familien sind frühzeitige (z.T. noch vor Schulbeginn) Interventionsmöglichkeiten und präventive Konzepte, welche eine gute familiäre Beziehung fördern, wichtig. Auf der anderen Seite, verweisen die ExpertInnen auch auf die Notwendigkeit einer Ausdehnung der Altersgrenze (z.B. bis zum Alter von 24 Jahren), um auch jungen Erwachsenen den Zugang zu ganzheitlichen Ansätzen, wie z.B. der Adoleszenz-Psychiatrie, zu ermöglichen.

Einige ExpertInnen verweisen darauf, dass immer weniger Beschäftigungsmöglichkeiten für Personen mit geringen Qualifikationen bzw. Leistungsniveau bestehen und daher Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen zunehmend schwerer am ersten Arbeitsmarkt Fuß fassen können. Dies deckt sich mit Befunden aus der Literatur (Kapitel 2.4.2), wo sichtbar wird, dass Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Jugendliche ohne psychische Beeinträchtigungen. Somit braucht es Maßnahmen, um die Rahmenbedingungen am ersten Arbeitsmarkt zu verändern, sodass auch Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen einen Zugang zum Arbeitsmarkt finden. Dies erfordert sowohl Kooperationen mit Unternehmen und Unterstützungsangebote, welche Firmen im Sinne eines Empowerment-Ansatzes im Umgang mit Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen befähigen, als auch Maßnahmen, welche Unternehmen stärker verpflichten, Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen überhaupt eine Chance auf eine Beschäftigung zu geben.

7 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

**JOHANN BACHER / CHRISTINA KOBLBAUER / THOMAS LANKMAYER /
GERALD PRUCKNER / SANDRA RIGLER / THOMAS SCHOBER /
DENNIS TAMESBERGER**

7.1 Zusammenfassung.....	139
7.2 Schlussfolgerungen.....	149

7.1 ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die Erkenntnis der letzten NEET-Studie (Bacher et al. 2014), dass Erkrankungen von Jugendlichen eine Ursache des NEET-Status sind. Erkrankungen konnten aber mit den in der NEET-Studie 2013 verwendeten Mikrozensus-Daten nicht weiter untersucht werden. Es konnte beispielsweise nicht ermittelt werden, welche Erkrankungen vorliegen. Auch eine quantitative Schätzung von Prävalenzraten war nicht möglich. Diese Lücken sollten durch das vorliegende Forschungsvorhaben geschlossen werden, welches folgenden Fragestellungen nachging:

1. Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
2. Welche Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind besonders stark betroffen?
3. Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?
4. Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?
5. Welcher Zusammenhang besteht zwischen Arbeitsmarktintegration und gesundheitlichen Beeinträchtigungen? (Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Ursache und Folge der Arbeitsmarktintegration)
6. Unter welchen Konstellationen führen Risikofaktoren zu psychischen Beeinträchtigungen und wie können diese durch Ressourcen abgefedert werden?
7. Welche Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen gibt es derzeit in Oberösterreich? Wie kann die Angebotsstruktur verbessert werden?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen (Übersicht siehe Tabelle 1-1 in Kapitel 1.2). Zum einen wurde eine Reanalyse des Mikrozensus-Ad-hoc-Moduls „Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ aus dem Jahr 2011 (Kapitel 3) und eine Auswertung administrativer Daten (Kapitel 4) vorgenommen. Einbezogen werden konnten Daten von $n=3.230$ ($n_{\text{eff}}=2.084$) Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren (MZ-Ad-Hoc-Modul) sowie ca. $n=100.000$ Fälle aus dem OÖ Sozialversicherungsregister. Zum anderen wurden 24 qualitative Interviews aus der NEET-Studie 2013, in denen psychische Erkrankungen angesprochen wurden, erneut ausgewertet und eine qualitative ExpertInnenbefragung mit $n=12$ ExpertInnen durchgeführt.

Der Datenanalyse voraus ging eine umfassende Literaturanalyse. Die Datenanalyse erfolgte mittels quantitativer und qualitativer Verfahren. Der Schwerpunkt der Auswertung lag auf psychischen Beeinträchtigungen, da diesen sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der öffentlichen Diskussion ein zunehmendes Gewicht beigemessen wird.

In der Datenanalyse wurde eine weitere Differenzierung des NEET-Status vorgenommen. In den MZ-Analysen wird zwischen arbeitslosen und inaktiven NEET-Jugendlichen unterschieden. Arbeitslose NEET-Jugendliche sind entsprechend dem Labor-Force-Konzept arbeitslos, d.h. sie sind zum Erhebungszeitpunkt nicht erwerbstätig, haben in den letzten vier Wochen aktiv eine Arbeit gesucht und können innerhalb von zwei Wochen eine Stelle antreten. Alle anderen NEET-Jugendlichen wurden als inaktiv klassifiziert. 45,4 % der NEET-Jugendlichen sind arbeitslos, die verbleibenden 54,6 % inaktiv. Der Anteil der NEET-Jugendlichen beträgt für das untersuchte Referenzjahr 2011 insgesamt 7,3 %. Die NEET-Rate von 7,3 % entspricht exakt der internationalen Berechnung von Eurostat (2016).

Inaktive NEET-Jugendliche entsprechend dem MZ unterscheiden sich von den arbeitslosen NEET-Jugendlichen signifikant in der Gemeindegröße, der Familienform, den Betreuungspflichten

gegenüber Kindern unter 3 Jahren, dem Alter und dem sozio-ökonomischen Status des Haushalts. Inaktive NEET-Jugendliche sind häufiger älter, leben häufiger in einem eigenen Haushalt (durchaus mit PartnerIn) mit Betreuungspflichten gegenüber Kindern unter 3 Jahren und/oder wohnen in kleineren Gemeinden. Im Vergleich zu arbeitslosen NEET-Jugendlichen verfügt der Haushalt über einen höheren sozialen Status, den der Partner/die Partnerin mitbringen dürfte, da z.B. hinsichtlich des frühen Schulabgangs keine signifikanten Unterschiede bestehen. Die Unterschiede zwischen inaktiven und arbeitslosen NEET-Jugendlichen sind u.a. darauf zurückzuführen, dass sich unter den inaktiven NEET-Jugendlichen häufig junge Mütter mit Betreuungspflichten befinden.

Tabelle 7-1: Schätzung des NEET-Status mit den beiden Datenquellen der Studie

Datenquelle	Anteil von NEET-Jugendlichen ^{c)}		
	alle	arbeitslos bzw. arbeitssuchend	inaktiv
MZ-Ad-Hoc-Modul 2011	7,3 %	3,3 % (45,4 %) ^{a)}	4,0 % (54,6 %)
administrative Daten 2012	8,3 %	3,8 % (45,8%) ^{b)}	4,5 % (54,2%)

^{a)}arbeitslos, ^{b)}arbeitssuchend/arbeitslos (siehe nachfolgende Ausführungen), ^{c)} 15- bis 24-Jährige

In der Analyse der administrativen Daten wird ebenfalls zwischen arbeitssuchenden und inaktiven NEET-Jugendlichen unterschieden. Grundlage für die Zuordnung zur Kategorie „arbeitssuchend“ ist eine Registrierung beim AMS als „arbeitslos“ oder „arbeitssuchend“⁶⁸ zum Stichtag 31.10. des jeweiligen Jahres. Inaktive NEET-Jugendliche werden dadurch identifiziert, dass am entsprechenden Stichtag für sie kein Eintrag in den administrativen Daten vorhanden ist. Im Jahr 2012 befinden sich in Österreich 8,3 % der 15- bis 24-Jährigen in einem NEET-Status. 45,8 % der NEET-Jugendlichen sind arbeitslos und 54,2 % inaktiv.

Obwohl die Randhäufigkeiten des MZ und der administrativen Daten relativ gut übereinstimmen (siehe Tabelle 7-1) besteht zwischen der AMS-Registrierung und dem Labor-Force-Konzept (LFK) des MZ nur ein schwacher Zusammenhang. Zum Beispiel sind 46,3 % der arbeitslosen NEET-Jugendlichen beim AMS nicht als arbeitssuchend registriert. Umgekehrt sind 11,9 % der AMS-registrierten arbeitssuchenden Jugendlichen entsprechend dem LFK inaktiv. Ursachen für diese Differenzen können unterschiedliche Bezeichnungen sein (Jugendliche, die sich in einer AMS-Maßnahme, z.B. einer überbetrieblichen Lehre befinden, bezeichnen diesen Status als „erwerbstätig“ oder „in Ausbildung“), unterschiedliche Stichtage, AMS-Kontakte ohne Registrierungen (z.B. über die Homepage) und/oder soziale Wünschbarkeit (arbeitslose Jugendliche berichten AMS-Kontakte, da sie glauben, dass dies von ihnen erwartet wird).

Trotz dieser Differenzen stimmen die sozialstrukturellen Profile relativ gut überein. Arbeitslose NEET-Jugendliche (MZ) bzw. arbeitssuchende NEET-Jugendliche (administrative Daten) kommen häufiger aus sozial benachteiligten Gruppen (geringer sozio-ökonomischer Status, keine österreichische Staatsbürgerschaft), gehören häufiger der älteren Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen an und

⁶⁸ Die Begriffe „arbeitslos“ und „arbeitssuchend“ werden in den Analysen der administrativen Daten (Kapitel 4) synonym verwendet, da bei der Bildung der Kategorien hierarchisch vorgegangen wurde. Als „arbeitssuchend“ bzw. „arbeitslos“ wurden Jugendliche nur dann eingestuft, wenn sie nicht beschäftigt sind, keine sonstigen SV-Status (Zivil-/Präsenzdienst, Krankengeldbezug oder Rehabilitationszeit) aufweisen, an keiner Trainingsmaße teilnehmen und – sofern die vorausgehenden Merkmale zutreffen – beim AMS als „arbeitssuchend“ gemeldet sind. Durch dieses Vorgehen ist gewährleistet, dass die meisten beim AMS als arbeitssuchend registrierten Jugendlichen auch arbeitslos sind. Beim MZ müssen dagegen arbeitssuchende Jugendliche nicht arbeitslos sein, da die anderen Voraussetzungen neben einer Arbeitssuche für die Klassifikation als „arbeitslos“ der Verfügbarkeit und der Beschäftigungslosigkeit erfüllt sein müssen.

leben häufiger in Städten über 30.000 EinwohnerInnen. In den administrativen Daten sind bereits bei der Geburt deutlich soziale Nachteile erkennbar.

Die relativ gute Übereinstimmung trotz eines nur schwachen Zusammenhangs der beiden Variablen (Selbstauskünfte und AMS-Registrierung) ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass es fließende Übergänge zwischen NEET-Status und Nicht-NEET-Status gibt und die NEET-Gruppe heterogen ist, wie dies auch die Panelanalyse in Bacher et al (2014) deutlich zum Vorschein gebracht hat. Um die Heterogenität der inaktiven NEET-Jugendlichen zu reduzieren, konzentrieren sich die Analysen auf der Basis der administrativen Daten daher auf benachteiligte inaktive NEET-Jugendliche. Für den MZ war eine weitere Differenzierung der inaktiven NEET-Jugendlichen aufgrund der kleinen Fallzahl nicht möglich.

In den qualitativen Analysen und im ExpertInnenanteil wird von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen gesprochen. Dadurch soll zum Ausdruck gebracht werden, dass eine dynamische und metrische Betrachtung des Phänomens erforderlich ist, da unterschiedliche Grade von Ausgrenzungsgefährdung (metrische Betrachtung) vorliegen können, die sich im Zeitverlauf verändern (dynamische Betrachtung).

Die Darstellung der Ergebnisse wird im Folgenden nach den Forschungsfragen gegliedert.

Ad Frage 1: Wie viele Jugendliche und junge Erwachsene sind von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?

Auf die Frage lässt sich keine eindeutige Antwort geben, da die Ergebnisse vom Schweregrad der untersuchten Beeinträchtigungen und der Art der Messung abhängen. Die Angaben in der Literatur zu psychischen Beeinträchtigungen beispielsweise schwanken beträchtlich, bei gut konzipierten Studien ist ein Wert von 10 % bis 20 % zu erwarten (Fliedl 2013, 85; Hölling et al. 2014, 816). Zieht man etwa Angaben der OECD (2012, 20) heran, in denen zwischen Schweregraden psychischer Beeinträchtigungen differenziert wird, ergibt sich ein Prävalenzwert von rund 5 % für schwere Beeinträchtigungen in der Allgemeinbevölkerung.

Aufgrund der Reanalyse des Mikrozensus-Ad-Hoc-Moduls ergibt sich ein ähnlicher Wert von 3,6 % an österreichischen Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden. Die Abfrage im MZ basiert auf Selbstauskünften bezüglich chronischer Beeinträchtigungen. Chronizität bedeutet, dass die Beeinträchtigung mindestens sechs Monate andauert oder andauern wird oder episodenhaft über einen längeren Zeitraum auftritt, wie z.B. bei Depressionen.

Wie bereits erwähnt wird in der MZ-Erhebung ein Anteil von 3,6 % an chronischen psychischen Beeinträchtigungen ermittelt. Hochgerechnet auf die Zahl von ca. 1 Mill. Jugendlicher im Alter von 15 bis 24 Jahren sind in etwa 40.000 Jugendliche von chronischen psychischen Beeinträchtigungen betroffen. Die administrativen Daten aus Oberösterreich zeigen, dass 4,75 % der 15- bis 24-Jährigen, welche entweder arbeitssuchend, beschäftigt oder in Ausbildung sind, Medikamente zur Behandlung psychischer Erkrankungen konsumieren. 1,2 % befinden sich in fachärztlicher Behandlung von psychischen Erkrankungen und 0,8 % in stationärer Behandlung.

Zusammenfassend können die in der Tabelle 7-2 angeführten Schätzwerte gegeben werden.

Tabelle 7-2: Schätzwerte für psychische Beeinträchtigungen bei 15- bis 24-Jährigen

Beeinträchtigung	Anteil	Hochrechnung ^{a)}	Datenquelle
allgemeine Prävalenz (alle Schweregrade)	ca. 10-20 %	ca. 100.000-200.000	Literatur
schwere Beeinträchtigung(en)	ca. 5 %	ca. 50.000	OECD auf Basis epidemiologischer Studien

chronische Beeinträchtigung(en)	ca. 4 %	ca. 40.000	Mikrozensus auf Basis von Selbstauskünften
Medikamentenkonsum	ca. 5 %	ca. 50.000	administrative Daten (Inanspruchnahme von Psychopharmaka)
in ärztlicher Behandlung	ca. 1 %	ca. 10.000	administrative Daten (einschlägiger stationärer Aufenthalt, Facharztbesuch)

a) hochgerechnet auf die Zahl von ca. 1.000.000 Jugendlichen der Altersgruppe der 15- bis 24- Jährigen in Österreich

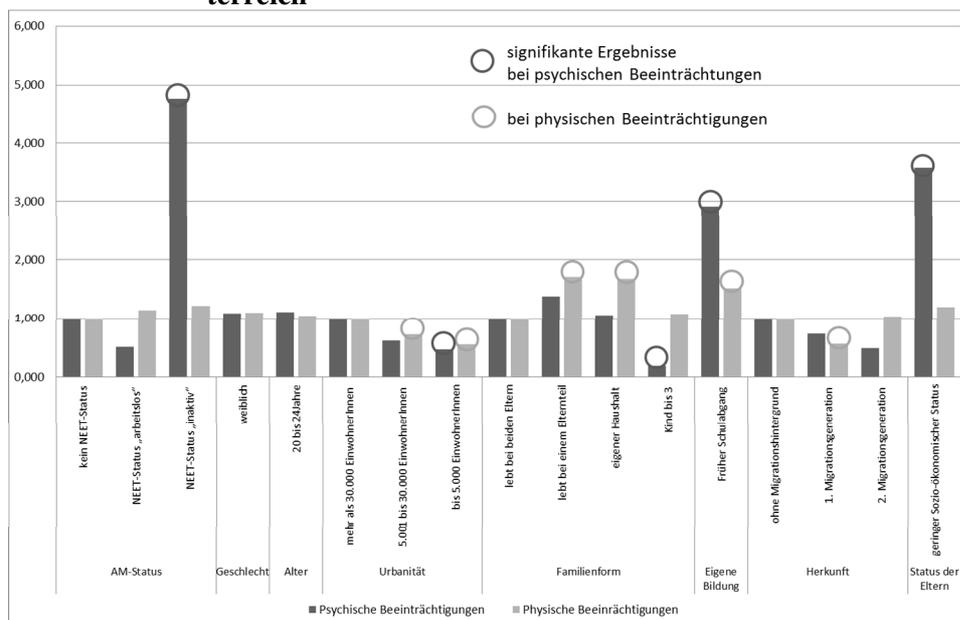
Verwendet man den Richtwert, dass etwa 25 % der psychisch Beeinträchtigten in Österreich versorgt sind (Streissler-Führer 2013, 35), und multipliziert daher die ca. 1 % an Personen in ärztlicher Behandlung mit dem Kehrwert von 0,25, also mit 4, ergeben sich 4 % Betroffene, ein Wert der mit den Schätzwerten für Chronizität gut übereinstimmt.

Von physischen Beeinträchtigungen betroffen sind entsprechend dem MZ-Ad-Hoc-Modul 17,6 %. Der höhere Wert resultiert daraus, dass physische Beeinträchtigungen durch mehr Einzelindikatoren erfasst wurden und sich unter diesen Indikatoren auch leichtere Beeinträchtigungen sowie psychosomatische Beschwerden, wie Probleme mit dem Rücken und Nacken, befinden. Hochgerechnet auf die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen sind ca. 180.000 von chronischen physischen Beeinträchtigungen betroffen. Von chronischen Beeinträchtigungen insgesamt (psychisch und/oder physisch) ist entsprechend dem MZ etwa jeder fünfte Jugendliche betroffen, absolut etwa 200.000.

Ad Frage 2: Welche Gruppen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind besonders stark betroffen?

Die Analyse des MZ zeigt (siehe Abbildung 7-1), dass inaktive NEET-Jugendliche, frühe SchulabgängerInnen und Jugendliche aus Haushalten mit geringem sozio-ökonomischen Status ein signifikant höheres Risiko haben, von psychischen Beeinträchtigungen betroffen zu sein. Ein signifikant geringeres Risiko weisen Jugendliche in Gemeinden bis 5.000 EinwohnerInnen auf und Jugendliche mit Betreuungspflichten, d.h. die psychischen Beeinträchtigungen treten – ceteris paribus – signifikant häufiger bei Nicht-Müttern (und Nicht-Vätern) auf.

Abbildung 7-1: Risiko des Auftretens von psychischen oder physischen Beeinträchtigungen in Abhängigkeit von sozialstrukturellen Merkmalen der 15- bis 24-Jährigen in Österreich



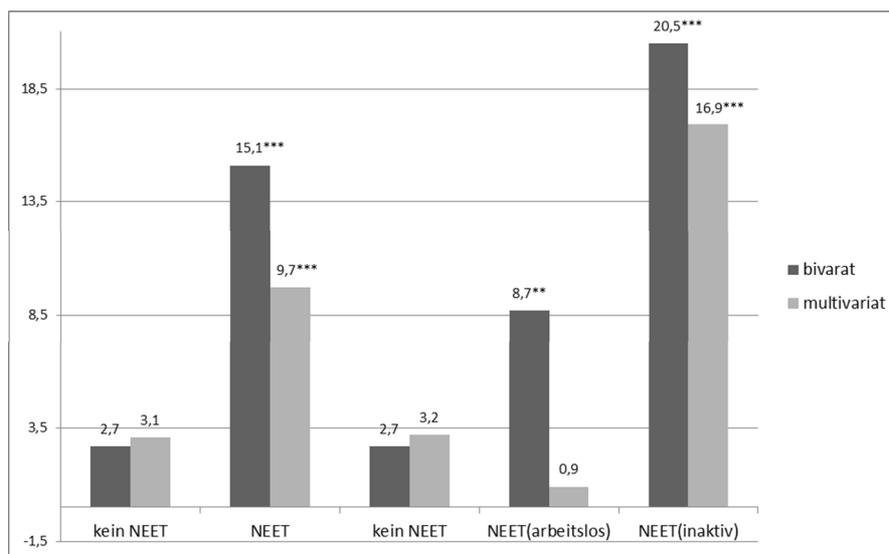
Lesehilfe: Werte > 1,00 bedeuten ein größeres, Werte < 1,00 ein geringeres Risiko als die Vergleichsgruppe (in Bezug auf das Alter dient als Vergleichsgruppe die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen)

Besonders gefährdet von dauerhaften physischen Beeinträchtigungen sind frühe SchulabgängerInnen, Jugendliche in Städten ab 30.000 EinwohnerInnen, Autochtone und MigrantInnen der zweiten Generation (im Vergleich zur ersten Generation) sowie (bei psychosomatischen Beschwerden) Jugendliche, die nicht mehr bei den Eltern leben. Der NEET-Status – obwohl bivariat signifikant – geht mit keinem erhöhten physischen Beeinträchtigungsrisiko einher (siehe unten).

Ad Frage 3: Wie stark sind NEET-Jugendliche von psychischen und physischen Beeinträchtigungen betroffen?

NEET-Jugendliche sind bivariat signifikant häufiger sowohl von psychischen als auch von physischen Beeinträchtigungen betroffen. Die bivariaten Chancenverhältnisse lauten (siehe Abbildung 7-2): Das Risiko des Auftretens von psychischen Beeinträchtigungen bei NEET-Jugendlichen beträgt 15,1 % zu 2,7 % bzw. 9,7 % zu 3,1 %, wenn andere Einflussfaktoren kontrolliert werden. Ein deutlich erhöhtes Risiko von 20,5 % (bivariat) bzw. von 16,9 % (multivariat bei Kontrolle anderer Einflussfaktoren) tritt bei inaktiven NEET-Jugendlichen auf. Bei den physischen Beeinträchtigungen wird eine Relation von 27,0 % zu 16,9 % (bivariat) bzw. von 20,6 % zu 17,4 % (multivariat) ermittelt. Differenzen zwischen inaktiven und arbeitslosen NEET-Jugendlichen sind bei den physischen Belastungen nicht erkennbar.

Abbildung 7-2: Psychische Beeinträchtigungen in Abhängigkeit vom NEET-Status ohne und mit Kontrolle von anderen Einflussfaktoren



bivariat = ohne Kontrolle von Einflussfaktoren, multivariat = mit Kontrolle von Einflussfaktoren (Erwartungswerte aus linearem Wahrscheinlichkeitsmodell, Signifikanzen aus der logistischen Regression)

Bei Kontrolle von potentiellen Einflussfaktoren weisen in den MZ-Daten im Unterschied zu den administrativen Daten (siehe unten) nur mehr inaktive NEET-Jugendliche ein signifikant höheres Risiko bei den psychischen Beeinträchtigungen auf. Die bivariat beobachteten Zusammenhänge zwischen NEET-Status und gesundheitlichen Beeinträchtigungen können mit Ausnahme der psychischen Beeinträchtigungen bei den inaktiven NEET-Jugendlichen durch andere Drittvariablen erklärt werden. Das heißt, NEET-Jugendliche haben ein höheres Beeinträchtigungsrisiko. Dieses ist mit Ausnahme der psychischen Beeinträchtigungen bei inaktiven NEET-Jugendlichen auf andere Faktoren (Drittvariablen) zurückzuführen. Bei den psychischen Beeinträchtigungen sind bedeutsame Drittvariablen die Gemeindegröße, der frühe Schulabgang, der sozio-ökonomische Status und Betreuungspflichten. Als relevante Drittvariablen bei den physischen Beeinträchtigungen kommen der Migrationshintergrund, die Gemeindegröße, die Familienform und der frühe Schulabgang in Betracht.

Da die inaktiven NEET-Jugendlichen in den administrativen Daten heterogen sind, wird der Fokus in der Analyse dieser auf junge Erwachsene gelegt, die als Folge von Arbeitslosigkeit inaktiv werden und somit eine „sozial benachteiligte“ Gruppe darstellen. Es zeigt sich, dass auf Basis der OÖ GKK-Daten 12,3 % der arbeitssuchenden und 15,2 % der „sozial benachteiligten“ inaktiven NEET-Jugendlichen Medikamente zur Behandlung psychischer Beeinträchtigungen konsumieren. In den Vergleichsgruppen liegt dieser Wert bei 4,4 % bzw. 4,8 %. Ebenso kann in beiden Gruppen eine signifikant höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zur Behandlung psychischer Beeinträchtigungen im stationären und niedergelassenen Bereich beobachtet werden. Bezüglich ihrer allgemeinen Gesundheit weisen sowohl arbeitssuchende als auch „sozial benachteiligte“ inaktive NEET-Jugendliche signifikant höhere Ausgaben für die Konsultation niedergelassener Ärztinnen/Ärzte und signifikant mehr Krankenhaustage auf. Ärztliche Leistungen zur Behandlung psychischer Beeinträchtigungen werden deutlich häufiger von „sozial benachteiligten“ inaktiven NEET-Jugendlichen in Anspruch genommen. Während lediglich 3,8 % der arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen Fachärztinnen/Fachärzte für psychische Erkrankungen konsultieren, ist dies bei 8,2 % der „sozial benachteiligten“ inaktiven Jugendlichen der Fall.

Im Unterschied zu den MZ-Daten bleiben bei den administrativen Daten die Unterschiede zwischen arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen und der Vergleichsgruppe der Jugendlichen in Beschäftigung oder Ausbildung auch bei Kontrolle von möglichen Drittvariablen bestehen. Dies ist primär darauf zurückzuführen, dass die Analyse der administrativen Daten auf ein wesentlich größeres Sample zurückgreifen kann. Zudem kann in den Analysen der administrativen Daten der frühe Schulabgang, der den Zusammenhang von NEET-Status und Beeinträchtigungen in den MZ-Analysen deutlich abschwächt oder mitunter gänzlich reduziert, als Kontrollvariable nicht berücksichtigt werden. Schließlich wird in den administrativen Daten auch eine etwas andere Vergleichsgruppe verwendet.

Ad Frage 4: Welche NEET-Jugendlichen sind besonders stark betroffen?

In Analysen, die sich nur auf die Gruppe der NEET-Jugendlichen beziehen, wird ersichtlich, dass bestimmte sozialstrukturelle Merkmale mit einem höheren Beeinträchtigungsrisiko in dieser Gruppe einhergehen. Entsprechend den MZ-Ergebnissen treten bei inaktiven NEET-Jugendlichen, bei älteren NEET-Jugendlichen und bei NEET-Jugendlichen mit frühem Schulabgang signifikant häufiger psychische Beeinträchtigungen auf. Bei NEET-Jugendlichen der ersten Migrationsgeneration ist ein signifikant geringeres Risiko beobachtbar. In der Gesamtpopulation spielen das Alter und der Migrationshintergrund dagegen keine Rolle.

Bei den physischen Beeinträchtigungen lässt sich in den MZ-Daten ebenfalls ein signifikant höheres Risiko bei inaktiven NEET-Jugendlichen beobachten, wenn angenommen wird, dass sich inaktive und arbeitslose NEET-Jugendliche sozialstrukturell nicht unterscheiden. Signifikante Unterschiede nach frühem Schulabgang, Migrationshintergrund und Alter bestehen nicht. Ein deutlich höheres Risiko berichten Jugendliche in Haushalten mit einem geringen sozio-ökonomischen Status.

Die MZ-Ergebnisse für die Gruppe der NEET-Jugendliche weisen darauf hin, dass spezifische Risiken vorliegen, deren Schätzung wegen geringer Fallzahlen mit Unsicherheiten behaftet ist. Stabilere Befunde können mit den administrativen Daten ermittelt werden.

In den administrativen Daten kann beobachtet werden, dass bestimmte Gruppen innerhalb der NEET-Jugendlichen häufiger von psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind. Es zeigt sich unter anderen, dass arbeitssuchende NEET-Jugendliche, welche über keine österreichische Staatsbürgerschaft verfügen, weniger häufig Fachärztinnen/Fachärzte zur Behandlung psychischer Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen. Erklärbar ist dies durch den Umstand, dass MigrantInnen mit dem System niedergelassener (Fach-)ÄrztInnen nicht vertraut sind und sich daher häufiger an Krankenhäuser

wenden (Anzenberger et al. 2015, 44ff). Besteht die Arbeitslosigkeit bereits länger als drei Monate, so besteht eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, Medikamente zur Behandlung psychischer Beeinträchtigungen zu konsumieren.

Mit den administrativen Daten kann allerdings nicht geklärt werden, inwiefern diese Unterschiede durch eine unterschiedliche Betroffenheit, Versorgung (z.B. in Städten, für Jüngere) oder durch unterschiedliches Wissen (z.B. geringeres Wissen bei MigrantInnen) bedingt sind. Vermutlich wirken alle drei Faktoren zusammen und erklären die beobachtbaren Differenzen.

Bezüglich der allgemeinen Gesundheit wird anhand der vorgenommenen Analysen ersichtlich, dass mit der Dauer der Arbeitslosigkeit sowohl die Ausgaben für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich als auch für den Konsum von Medikamenten steigen. Beziehen arbeitslose NEET-Jugendliche Arbeitslosengeld, sind diese weiblich und/oder in Städten mit mehr als 30.000 EinwohnerInnen wohnhaft, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, bei niedergelassenen ÄrztInnen in Behandlung zu sein. Arbeitslose NEET-Jugendliche zwischen 21 und 24 Jahren weisen ein signifikant höheres Risiko auf, Medikamente zu konsumieren, verbringen jedoch weniger Tage im Krankenhaus als jüngere Altersgruppen. Die Ursachen für diese Differenzen können wiederum mit den administrativen Daten nicht geklärt werden.

Ad Frage 5: Welcher Zusammenhang besteht zwischen Arbeitsmarktintegration und gesundheitlichen Beeinträchtigungen? (Gesundheitliche bzw. psychische Beeinträchtigungen als Ursache und/oder Folge der Arbeitsmarktintegration)

Die Frage der kausalen Beziehung von NEET-Status bzw. Arbeitsmarktintegration und gesundheitlichen Beeinträchtigungen lässt sich mit den verfügbaren Daten nicht eindeutig beantworten. In der Literatur wird von einem sich gegenseitig verstärkenden „Circulus vitiosus“ ausgegangen, der theoretisch mit psychischen Beeinträchtigungen oder Arbeitslosigkeit beginnen kann. In der Folge kann es zu Verstärkungsprozessen kommen. Arbeitslosigkeit verstärkt die psychischen Beeinträchtigungen, wodurch ein Ausstieg aus der Arbeitslosigkeit immer schwerer wird, was zu einer Verstärkung der Arbeitslosigkeit oder zu Inaktivität/Resignation sowie zu einer Verfestigung der psychischen Beeinträchtigungen führt. Für physische Beeinträchtigungen liegt ein ähnliches Modell nicht vor.

Obwohl der Prozess theoretisch sowohl mit psychischen Beeinträchtigungen als auch mit Arbeitslosigkeit beginnen kann, liegen in der Literatur zahlreiche Hinweise vor, dass psychische Beeinträchtigungen in früheren Lebensjahren auftreten (u.a. Kessler et al. 2005; Lambert et al. 2013, 619f), also vor der NEET-Situation, diese aber durch den NEET-Status verstärkt werden können (u.a. Paul/Moser 2001, 100).

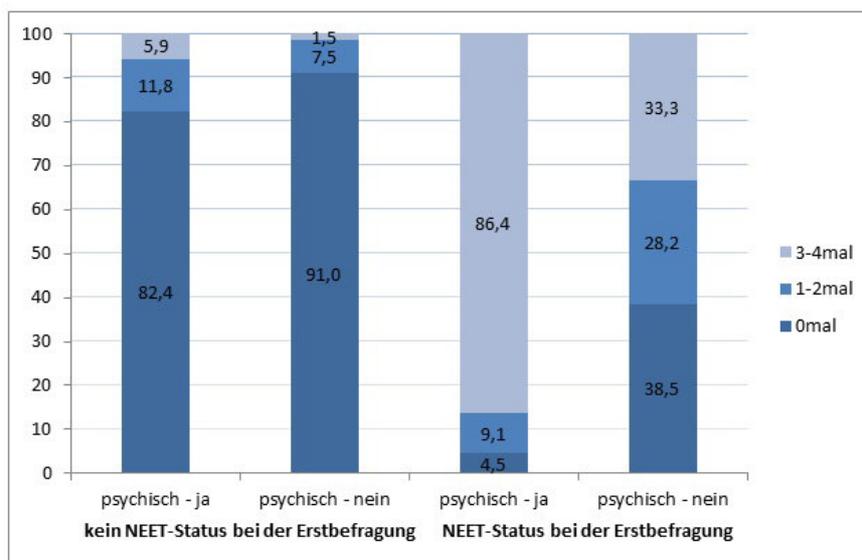
Auch die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Analysen weisen darauf hin, dass psychische Beeinträchtigungen früher im Lebenslauf auftreten. Als wichtige Indizien dafür lassen sich anführen:

- Der psychische Gesundheitszustand von arbeitslosen NEET-Jugendlichen unterscheidet sich in den administrativen Daten bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit deutlich von Jugendlichen, welche sich zu allen Beobachtungszeitpunkten in Beschäftigung oder Ausbildung befinden.
- In den qualitativen Interviews nennen NEET-Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen familiäre Konflikte und Spannungen, die in die Kindheit zurückreichen.
- Die im MZ gefundenen bivariaten signifikanten Zusammenhänge zwischen NEET-Status und Beeinträchtigungen werden – mit Ausnahme der psychischen Beeinträchtigungen bei den inaktiven NEET-Jugendlichen – bei Kontrolle von möglichen Einflussfaktoren insignifikant und können somit durch Drittvariablen, die zeitlich früher auftreten, wie dem frühen Schulabgang, erklärt werden.

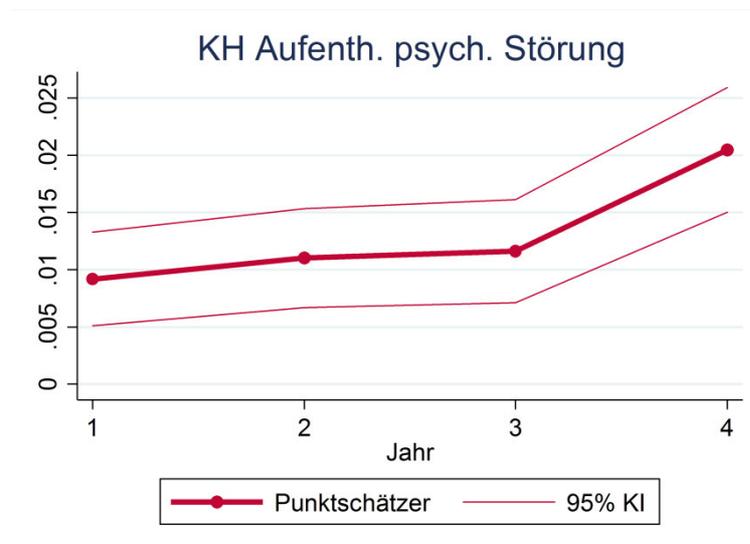
- Der frühe Schulabgang reduziert in den MZ-Daten auch den Zusammenhang zwischen NEET-Status und psychischen Beeinträchtigungen deutlich, was ebenfalls darauf hinweist, dass die psychischen Beeinträchtigungen zumindest bereits während der Schulzeit, eventuell sogar früher, bestanden.

Empirisch nachweisen lässt sich mit den Daten ein Verstetigungseffekt psychischer Beeinträchtigungen. Liegen psychische Beeinträchtigungen vor, verstärken sich diese im Zuge der NEET-Situation und den Jugendlichen gelingt kaum mehr ein Ausstieg aus der NEET-Situation in den Folgequartalen. Beide Datenquellen verweisen auf diesen Prozess (siehe Abbildung 7-3 und 7-4). Abbildung 7-3 zeigt, dass in den MZ-Daten beim Vorliegen psychischer Beeinträchtigungen häufiger ein Wechsel in einen NEET-Status auftritt (Säule 1 und 2). Liegen psychische Beeinträchtigungen vor, ist ein Verharren im NEET-Status zu beobachten (Verstetigungseffekt; Abbildung 7-3, Säule 3 und 4). Die administrativen Daten zeigen ebenfalls, dass sich die psychische Gesundheit von arbeitssuchenden NEET-Jugendlichen bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit deutlich von der Vergleichsgruppe unterscheidet. Mit Eintritt der Arbeitsuche verstärkt sich – wie Abbildung 7-4 exemplarisch für Krankenhausaufenthalte wegen psychischer Störungen verdeutlicht (weitere Befunde siehe Kapitel 4) – die Differenz zwischen den beiden Gruppen nochmals um ein Vielfaches.

Abbildung 7-3: Auftrittshäufigkeit des NEET-Status in den Folgequartalen in Abhängigkeit von psychischen Beeinträchtigungen und dem Vorliegen eines NEET-Status in der Erstbefragung



Lesehilfe: 86,4 % der Jugendlichen, welche bei der Erstbefragung sowohl einen NEET-Status als auch eine psychische Beeinträchtigung aufweisen, befinden sich auch in 3 bis 4 Folgequartalen in einer NEET-Situation.

Abbildung 7-4: Entwicklung der psychischen Gesundheit vor Eintritt der Arbeitssuche

Anmerkungen: Ausbildung/Beschäftigung im Jahr 1-3 und arbeitssuchend im Jahr 4 (Treatmentgruppe, N=5.782) vs. Ausbildung/Beschäftigung im Jahr 1-4 (Kontrollgruppe, N=101.952)

Lesehilfe: In den Jahren 1 bis 3 beträgt die Differenz zwischen Treatment- und Kontrollgruppe für die Wahrscheinlichkeit eines einschlägigen KH Aufenthaltes rund 1 Prozentpunkt. Im Übergang vom Jahr 3 auf 4 erhöht sich dieser Unterschied auf mehr als 2 Prozentpunkte.

Ad Frage 6: Unter welchen Konstellationen führen Risikofaktoren zu psychischen Beeinträchtigungen und wie können diese durch Ressourcen abgefedert werden?

Die in der Reanalyse der qualitativen Interviews gewonnenen Erkenntnisse stimmen mit der Literatur gut überein. Ein besonderes Gewicht bei der Entstehung von psychischen Beeinträchtigungen kommt familiären Risikofaktoren zu, die fast von allen Jugendlichen genannt werden (siehe Tabelle 7-3) und in den Interviews zeitlich häufig früh vor anderen Risikofaktoren auftreten. Diese umfassen einen ungünstigen Erziehungsstil, familiäre Konflikte und Gewalterfahrungen in der Familie, Scheidung und Trennung der Eltern aber auch Erkrankungen oder Verlust eines Elternteils.

Ebenfalls häufig genannt werden soziale Risikofaktoren, die aus negativen Erfahrungen vor allem mit Gleichaltrigen, aber auch mit Erwachsenen in der Schule, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit sowie einer prekären Lebenssituation resultieren. Dazu gehören negative Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen sowie der Verlust von Freundinnen/Freunden auf der einen sowie ein negativer Einfluss von Gleichaltrigen inklusive Drogenerfahrungen auf der anderen Seite.

Weniger häufig lassen sich in den Interviews persönliche Risikofaktoren, wie Temperament, chronische Erkrankungen oder mangelndes Selbstvertrauen, geringe soziale Fähigkeiten, erkennen, was aber auch durch die ursprüngliche Intention der Interviews, nämlich die Bewältigung der NEET-Situation zu erfassen, zu erklären ist.

Tabelle 7-3: Empirisch in der Reanalyse von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen ermittelte Risikofaktoren

Familiäre Risikofaktoren	Soziale Risikofaktoren	Personale Risikofaktoren ⁶⁹
<ul style="list-style-type: none"> • Scheidung oder Trennung der Eltern • Ungünstige Erziehungspraktiken • Familiäre Konflikte • Gewalterfahrungen • Fremdunterbringung • Niedriger sozio-ökonomischer Status • Wiederheirat bzw. wechselnde Partnerschaften der Eltern • Erkrankungen der Eltern • Verluste innerhalb der Familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe soziale Unterstützung • Ungünstiger Peer-Einfluss • Negative Schul- oder Arbeitserfahrungen • Arbeitslosigkeit • Ausgrenzungserfahrungen • Häufige Wechsel des Wohnortes • Verlust von FreundInnen • Schulden • Zugang zu Drogen • Prekäre Wohnsituation • Gewalterfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwieriges Temperament • Chronische Erkrankungen • Vereinzelte Hinweise auf: Mangel an Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit, sozialen Fähigkeiten

In Übereinstimmung mit der Literatur zeigt sich, dass nicht ein einzelner Risikofaktor relevant ist, sondern immer eine Kumulation von Risikofaktoren bei NEET-Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen auftritt und gleichzeitig Bewältigungsressourcen auf der personalen und familiären Ebene fehlen oder nur im geringen Umfang zur Verfügung stehen. Hingegen wird eine hohe Bedeutung der sozialen Ressourcen sichtbar, welche bei der untersuchten Gruppe biografisch betrachtet erst spät zum Einsatz kommen, wobei es sich zumeist um Formen der institutionellen Unterstützung handelt.

Ad Frage 7: Welche Unterstützungsangebote für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen gibt es derzeit in Oberösterreich? Wie kann die Angebotsstruktur verbessert werden?

Die Angebote in OÖ lassen sich vier Unterstützungssystemen mit unterschiedlicher Trägerschaft und politischer Zuständigkeit zuordnen. Die vier Systeme sind: Unterstützungssystem „Gesundheit“, „Psycho-Soziales“ Unterstützungssystem, Unterstützungssystem „Schule“ und Unterstützungssystem „Übergang Schule/Beruf“. Während das Unterstützungssystem „Gesundheit“ unter anderem die Kinder- und Jugendpsychiatrie im stationären und niedergelassenen Bereich umfasst, können dem „Psycho-Sozialen“ Unterstützungssystem Beratungs- und Betreuungsangebote, Angebote der offenen Jugendarbeit, sozialpädagogische Wohneinrichtungen usw. zugeordnet werden. SchulärztInnen, Schulsozialarbeit und der schulpsychologische Dienst etwa betreffen das Unterstützungssystem „Schule“. Als Beispiel für ein Angebot am „Übergang Schule/Beruf“ kann die Produktionsschule genannt werden.

Übereinstimmend zeigen die ExpertInneninterviews und die gesichteten empirischen Studien einen Bedarf an Beratungs-, Betreuungs- und Therapieeinrichtungen für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen. Vor allem für Jugendliche mit schweren psychischen Beeinträchtigungen ist ein starker Bedarf gegeben. Derzeit gibt es für sie nur zwei stationäre Einrichtungen in der Landeshauptstadt Linz. Hinzu kommen Psychosomatik-Abteilungen an Krankenhäusern sowie drei niedergelassene Kinder- und JugendpsychiaterInnen. Als einer der Gründe für diese Unterversorgung im medizinischen Bereich wird die Tatsache genannt, dass zu wenige JugendpsychiaterInnen ausgebildet werden.

Als wichtig erachtet wird eine Angebotsstruktur, die den unterschiedlichen Schweregraden der psychischen Beeinträchtigungen Rechnung trägt und fließende Übergänge ohne große Hürden

⁶⁹ Anmerkung: Durch ursprüngliche Fragestellung der Interviews nur ansatzweise erfasst

ermöglicht. Für leichte Grade der Beeinträchtigung werden inklusive, durchmischte Gruppen (Jugendliche mit und ohne psychische Beeinträchtigungen) empfohlen, bei schweren Graden wird von den ExpertInnen homogenen Gruppen der Vorzug gegeben.

Versorgungsdefizite werden auch für das System Schule genannt. Hingewiesen wird des Weiteren auf fehlende Arbeitsplätze für beeinträchtigte Jugendliche sowie die Notwendigkeit früher Prävention. Als eine durchgehende Schwäche zeigt sich fehlende Kooperation und Koordination innerhalb und zwischen den Unterstützungssystemen. Auch starre Altersgrenzen, die dazu führen, dass Jugendliche mit 18 Jahren aus einer Maßnahme herausfallen, werden häufig als Hürden für eine erfolgreiche Unterstützung und Begleitung der Jugendlichen genannt.

7.2 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Aus den Ergebnissen lässt sich zunächst ableiten, dass *gesundheitliche Beeinträchtigungen* von Jugendlichen auch *relevante arbeits- und sozialpolitische Problemsituationen*⁷⁰ darstellen, da sie quantitativ erheblich sind (insbesondere die physischen Beeinträchtigungen), im engen Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit und einem NEET-Status von Jugendlichen stehen; und soziale Ursachen haben. Dies gilt sowohl für physische als auch für psychische Beeinträchtigungen, wobei vor allem ein starker Zusammenhang zwischen psychischen Beeinträchtigungen und einer Verstetigung des NEET-Status besteht. Ziele von sozial- und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen können entsprechend den Ergebnissen sein:

1. Schrittweise Integration von NEET-Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in das Ausbildungs- und/oder Erwerbssystem.
2. Sicherung des Verbleibs von Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Ausbildungs- und/oder Erwerbssystem zur Vermeidung eines NEET-Status.
3. Vermeidung der Ursachen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und/oder eines NEET-Status.

Entsprechend dem Fokus der Studie auf psychische Beeinträchtigungen stehen nachfolgend ebenfalls Maßnahmen für Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen im Vordergrund. Aus den Ergebnissen der ExpertInneninterviews und der Tatsache, dass individuell unterschiedliche und komplexe Problemsituationen vorliegen, lässt sich ableiten, dass für eine *schrittweise Integration in das Ausbildungs- und Erwerbssystem* ein niedrighwelliges, vielfältiges, durchlässiges, interdisziplinäres und möglicherweise auch mobiles Angebot an Maßnahmen notwendig ist. Erforderlich ist somit ein Angebotssystem, das einen einfachen Zugang (Kriterium der Niedrighwelligkeit), einen leichten Wechsel zwischen Angeboten bei Verbesserung und/oder Verschlechterung ermöglicht (Kriterium der Flexibilität und Durchlässigkeit), therapeutische, psycho-soziale Elemente sowie Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten umfasst (Kriterium der Interdisziplinarität), den unterschiedlichen Schweregraden der Beeinträchtigung Rechnung trägt (Kriterium der Vielfalt) und auch in ländlichen Gebieten von den Jugendlichen (Kriterium Mobilität) leicht erreicht werden kann⁷¹. Letzteres wurde

⁷⁰ Reale Probleme lassen sich nicht auf Politikfelder eingrenzen. Wie die folgenden Ausführungen zeigen werden, sind auch die Bildungs-, Wirtschafts-, Familien- und Jugendpolitik bei der Entwicklung und Umsetzung von Lösungsansätzen gefordert. Ökonomisch schätzt beispielsweise die OECD (2015b, 22), dass die Kosten, welche im Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen entstehen (u.a. ärztliche Behandlung, Arbeitslosigkeit, geringe Produktivität am Arbeitsplatz), in etwa 3,6 % des BIP betragen.

⁷¹ Erfolgreiche Beispiele für ein niederschwelliges arbeitsmarktpolitisches Angebot sind das Zentrum für individuelle Berufsvorbereitung Hagenmühle in Oberösterreich <http://www.zib-hagenmuehle.at/> oder spacelab

von den ExpertInnen insbesondere betont, da Angebote für schwer psychisch beeinträchtigte Jugendliche vorwiegend in den Ballungszentren verfügbar sind.

Diesen Forderungen stehen – wie aus den ExpertInneninterviews und den gesichteten Studien (z.B. Lentner et al. 2015) hervorgeht – derzeit einige Hürden gegenüber, wie z.B. fehlende (kostenlose) Angebote im Therapiebereich, ein schwieriger Wechsel von Angeboten zwischen den TrägerInnen oder unzureichende Möglichkeiten einer nur stundenweisen Beschäftigung. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass NEET-Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen über traditionelle Institutionen, wie z.B. das AMS nicht oder schwer erreichbar sind. Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen gehören häufiger der Gruppe der inaktiven NEET-Jugendlichen an, von denen nur 18,3 % beim AMS registriert sind.⁷² Aus diesem Grund sollten andere niedrigschwellige Zugangswege gefunden werden. Sinnvoll erscheinen Konzepte der offenen, hinausreichenden Jugend- und Sozialarbeit (Sailer/Tamesberger 2013).

Ein Aspekt, der sich in den ExpertInnen-Interviews ebenfalls häufig als Hindernis herausgestellt und auf den bereits in der NEET-Studie 2013 (Bacher et al. 2014) verwiesen wurde, sind die derzeit geltenden *Altersgrenzen*, die dazu führen, dass Jugendliche bei Erreichen eines bestimmten Alters (z.B. mit der Volljährigkeit) aus spezifischen Einrichtungen für Jugendliche ausscheiden müssen. Da rund zwei Drittel der NEET-Jugendlichen der Altersgruppe der 20- bis 24 Jährigen angehören (Bacher et al. 2014), erscheint es notwendig, spezielle, altersgerechte Angebote zu entwickeln und auch eine Ausbildungsgarantie (zweite Chance) für diese Zielgruppe zu eröffnen. Eine Ausweitung der Altersgruppe in bestimmten Bereichen (z.B. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, Etablierung einer Adoleszenzpsychiatrie) scheint auch aufgrund eines häufig länger andauernden Bewältigungsprozess gerade bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen bedeutend.

Ebenso wichtig ist zu erreichen, dass Hilfe- und Unterstützungsangebote rechtzeitig genutzt werden. Ein Großteil der psychischen Beeinträchtigungen tritt bereits im Kindes- und Jugendalter zum ersten Mal auf (Kessler et al. 2005). In jungen Jahren zeigt sich jedoch eine geringe Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten, sodass eine Behandlungsverzögerung eintritt und Beeinträchtigungen häufig bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben (Lambert et al. 2013, 623).

Da sowohl die Analysen des MZ als auch der administrativen Daten zeigen, dass sich Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen mit einer erhöhten Gefahr konfrontiert sehen, in einen NEET-Status abzudriften, könnte zur *Sicherung des Verbleibs im Ausbildungs- und/oder Erwerbssystem* eine (individuelle) Nachbetreuung von ehemaligen arbeitslosen Jugendlichen bzw. ehemaligen AMS-KursteilnehmerInnen beitragen, wie wir auch bereits im letzten NEET-Bericht 2013 angeregt haben.

Diese individuelle Betreuung wird ohne zusätzliche Mittel in der aktiven Arbeitsmarktpolitik nicht möglich sein. Bacher et al. (2014) und Koblbauer et al. (2015) haben bereits empirisch nachgewiesen, dass höhere Ausgaben der aktiven Arbeitsmarktpolitik zu einer Senkung der NEET-Rate beitragen und die Chancengleichheit erhöhen. Umgekehrt bedeuten diese Ergebnisse, dass Kürzungen in der Arbeitsmarktpolitik sich negativ auf die Situation Jugendlicher auswirken und Chancengleichheit erhöhen.

(http://www.spacelab.cc/Home/Multiplikator_innen) in Wien. Hier wird versucht sowohl Qualifizierungsmaßnahmen als auch therapeutische Angebote Jugendlichen zur Verfügung zu stellen.

⁷² Von den arbeitslosen NEET-Jugendlichen sind nur 53,7 % beim AMS als arbeitssuchend registriert. Allerdings berichtet ein deutlich höherer Prozentsatz von 83,6 % über einen Kontakt mit dem AMS. Bei diesem Kontakt kann es sich aber auch nur um eine elektronische Sichtung der Stellenangebote des AMS ohne Registrierung handeln.

Auf struktureller Ebene könnte des Weiteren eine bessere Institutionalisierung des Übergangssystems Schule/Beruf überlegt werden. Die Finanzierung dieses Systems ist derzeit sehr stark projektbezogen und oft nur kurzfristiger Art (Lentner et al. 2015).

Ein Optimierungspotential lässt sich hinsichtlich der Kooperationen auf allen Ebenen, auf Ebene des Bundes, der Länder und der Einrichtungen, festhalten. In den ExpertInnen-Interviews zeigte sich zwar, dass zum Teil sehr gute Kooperationen und Vernetzungen innerhalb eines kleinen Bereichs bestehen, allerdings systemübergreifende Kooperationen die Ausnahme darstellen. Anstatt beispielsweise direkt Kontakt zu Einrichtungen anderer Unterstützungssysteme herzustellen, beschränkt man sich zumeist darauf, Empfehlungen an die Jugendlichen bzw. deren Eltern auszusprechen, an welche weiteren Angebote diese sich wenden können. Die Kooperation ist nach Einschätzung der ExpertInnen häufig vom Engagement der AkteurInnen abhängig. Freiwilligkeit zur Beförderung von Kooperation erscheint uns langfristig aber nicht ausreichend zur Absicherung von dauerhaften Kooperationen. Erforderlich sind unseres Erachtens rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen, die dauerhafte Kooperationen auf den unterschiedlichen Ebenen ermöglichen. Für den Erfolg sind Rahmenbedingungen erforderlich (siehe Bacher et al. 2015; Grandy et al. 2015, 78ff; Lenter et al. 2015), die es ermöglichen, dass AkteurInnen unterschiedlicher Systeme über einen längeren Zeitraum ein gemeinsames Ziel auf Augenhöhe verfolgen und die Kooperation von anerkannten Autoritäten positiv gewürdigt wird. Ansatzweise ist dies beim Jugendcoaching mit dem Ziel der Integration von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen bereits gelungen, sollte aber um gesundheitspolitische Akteure, Jugendvertretungen sowie um Unternehmen erweitert werden.

Information und Wissen über andere Systeme ist ein weiterer Faktor, der Kooperation befördert (z.B. Bacher et al. 2015). Systematische Fort- und Weiterbildungsprogramme, die ein Grundverständnis über andere Systeme und den dort vertretenen Professionen und Handlungslogiken vermitteln, könnten dabei zu einem besseren gegenseitigen Verständnis beitragen.

Ausgehend von dem im MZ beobachteten Zusammenhang zwischen sozialer Lage, Gesundheit und Arbeitsmarktintegration scheint es ebenso dringend erforderlich, das Angebot kostenfreier Psychotherapien auszuweiten. Während sich Jugendliche mit geringem sozio-ökonomischen Status bereits ohnehin mit einem erhöhten Risiko für psychische Beeinträchtigungen und fehlende Arbeitsmarktintegration konfrontiert sehen, könnten lange Wartezeiten für Therapieangebote oder keine Behandlung aufgrund fehlender finanzieller Mittel eine Verstärkung des NEET-Status befördern bzw. das NEET-Risiko erhöhen.

Ein wichtiger Befund aus den administrativen Daten ist in diesem Zusammenhang, dass Jugendliche, welche über keine österreichische Staatsbürgerschaft verfügen, weniger häufig Fachärztinnen/Fachärzte zur Behandlung psychischer Erkrankungen in Anspruch nehmen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in manchen Herkunftsländern ein großer Teil der medizinischen Versorgung über die Krankenhäuser und Ambulanzen abgewickelt wird und Wissen über das Gesundheitssystem im Zielland fehlt (Anzenberger et al. 2015, 44ff). Abgeleitet davon scheint es uns zentral, dass Personen mit Migrationshintergrund alle Informationen über das österreichische Gesundheitssystem aktiv und zielgruppenadäquat zur Verfügung gestellt werden.

Die Ursachen der NEET-Situation und der psychischen Beeinträchtigungen reichen biografisch weit zurück. Die Auswertung der administrativen Daten hat beispielsweise verdeutlicht, dass psychische Probleme bereits vor der NEET-Situation bzw. vor dem Auftreten der Arbeitslosigkeit manifest sind. Ähnlich die Befunde der MZ-Analysen und der Re-Analysen der qualitativen Interviews. Daher sind

Maßnahmen zu entwickeln bzw. bestehende Maßnahmen zu verbessern, die an diesen Ursachen und/oder Wirkungen ansetzen.⁷³

Der frühe Schulabgang ist eine wesentliche Ursache eines späteren NEET-Status und steht im engen Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen, wobei aufgrund unserer Daten nicht untersucht werden kann, ob der frühe Schulabgang die Ursache von psychischen Beeinträchtigungen ist oder umgekehrt psychische Beeinträchtigungen einen frühen Schulabgang bedingen. Wie für den Zusammenhang zwischen NEET-Status und psychischen Beeinträchtigungen ist von einem gegenseitigen Verstärkungsprozess in Form eines „Circulus vitiosus“ auszugehen.

Es sind daher Maßnahmen zur Reduktion des frühen Schulabgangs zu intensivieren. Gefordert ist ein gesamtes Maßnahmenbündel, wie es beispielsweise in Bacher et al. (2015) oder in Bruneforth et al. (2012) beschrieben wird. Zu nennen sind die Schulpsychologie, die Schulsozialarbeit und das Jugendcoaching. Auch die Einführung einer indexbasierten Mittelverteilung von Schulstandorten erscheint in diesem Zusammenhang als sinnvoll, womit Schulen mit schwierigeren Ausgangsbedingungen mehr Geld erhalten würden (siehe Bacher et al. 2010 sowie Bacher 2015).

Die Ursachen von psychischen Beeinträchtigungen und eines frühen Schulabgangs sind zeitlich früh anzusiedeln und häufig in ungünstigen familiären Konstellationen zu sehen. Darauf weisen die qualitativen Interviews deutlich hin. Aber auch die quantitativen Befunde liefern Hinweise für die Bedeutung von familiären Faktoren bei der Entstehung von physischen Beeinträchtigungen. Familienformen und ihre sozio-ökonomischen Lagen sollte daher als Zielgruppen in der Sozialpolitik ein größeres Gewicht gegeben werden. Vor dem Hintergrund unserer Befunde ist den Maßnahmen zur Vermeidung der Armutsgefährdung von Familien mehr Aufmerksamkeit zuzuschreiben, da – in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand (Mielck/Helmert 2006; Hurrelmann 2010, 25ff; Naidoo/Wills 2010, 24ff;) - ein eindeutiger Zusammenhang des sozio-ökonomischen Status der Herkunftsfamilie mit dem Auftreten einer NEET-Status und der Gesundheit der Kinder besteht. Allgemeines Ziel von sozialpolitischen Maßnahmen in Familien sollte die Reduktion von Risikofaktoren sein und die Stärkung von Schutzfaktoren bzw. Bewältigungsressourcen. Ebenso können auf Basis der Forschung zu Risikofaktoren bestimmte Risikogruppen adressiert werden (z.B. Jugendliche mit psychisch kranken Eltern).

Für besonders gefährdete Kinder sind präventive Maßnahmen zu überlegen, die bereits bei der Geburt – im Idealfall vor der Geburt ansetzen. Auf die besondere Wirksamkeit von Interventionen für sozial benachteiligte Kleinkinder haben u.a. Heckmann/Masterov (2007) in ihrer oft zitierten Arbeit zu den Wirkungen von Interventionen im Kindes- und Jugendalter hingewiesen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Modellversuche der frühen Hilfen gehen in die richtige Richtung (Haas 2015). Aufbauend auf die derzeit laufenden Evaluierungen und internationalen Erfahrungen, wie dem vom NZFH für die Schweiz erarbeiteten Wirkungsmodell der Frühen Hilfen (Quint-Essenz Gesundheitsförderung Schweiz 2013) sollte rasch ein Ausbau von Hilfen für die Zielgruppe von Familien mit Kindern in besonders prekären Lebenslagen bereits während der Schwangerschaft ausgebaut werden.

⁷³ D.h., Ziele einer Maßnahme M kann grundsätzliche sein, eine Ursache X zu bekämpfen (z.B. eine Reduktion des frühen Schulabgangs) oder die Auswirkungen von X auf Y (z.B. Auswirkungen des frühen Schulabgangs auf den NEET-Status) (Bacher et al. 2015). Grundsätzlich wird bei der Planung von Maßnahmen die erste Strategie genannt, die bei der Ursache ansetzt. Maßnahmen, die die Auswirkungen reduzieren, werden als Folge vernachlässigt. Sie können aber genauso effizient sein und leichter umsetzbar.

Die vorliegende Studie konnte nicht alle Fragen beantworten bzw. hat neue Fragestellungen aufgeworfen. Dies betrifft die Entwicklung von Messinstrumenten für Beeinträchtigungen, die eine Differenzierung unterschiedlicher Schweregrade ermöglicht, die Klärung der Differenzen zwischen AMS-Registrierung und MZ-Ergebnissen ebenso wie die theoretische und empirische Erklärung von gefundenen Zusammenhängen, wie z.B. des Zusammenhangs von Gesundheitszustand mit der Gemeindegröße oder dem Migrationshintergrund. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

In diesen Schlussfolgerungen konnten nur ansatzweise Stoßrichtungen für politische Strategien aus Sicht der Wissenschaft angezeigt werden. Für die Entwicklung von konkreten, effektiven Maßnahmen wird eine Verbindung von Theorie und Praxis benötigt, die die Sichtweisen der Wissenschaft, der Verwaltung, der Kommunen, der NGO's, der PraktikerInnen der Jugendarbeit, der Unternehmen sowie der Jugendlichen selbst integriert.

Trotz dieser Einschränkungen hoffen wir, dass die vorliegende Studie einen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation von ausgrenzungsgefährdeten Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leisten kann.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Anda, R./ Whitfield, C./ Felitti, V./ Chapman, D./ Edwards, V./ Dube, S./ Williamson, D. (2002): Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53 (8), 1001-1009.

Antecol, H., Bedard, K. (2006): Unhealthy Assimilation. Why do Immigrants converge to American Health Status Levels? *Demography*, 43 (2), 337-360.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

Anzenberger, J./ Bodenwinkler, A./ Breyer, E. (2015): Migration und Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich.

Bacher, J./ Altrichter, H./ Nagy, G. (2010) Ausgleich unterschiedlicher Rahmenbedingungen schulischer Arbeit durch eine indexbasierte Mittelverteilung. *Erziehung & Unterricht*, 160, 384-400.

Bacher, J./ Braun, J./ Burtscher-Mathis, S./ Dlabaja, C./ Lankmayer, T./ Leitgöb, H./ Stadlmayr, M./ Tamesberger, D. (2014): Unterstützung der arbeitsmarktpolitischen Zielgruppe „NEET“. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Bacher, J./ Beham, B./ Wetzelhütter, D. (2015): Schule & Kinder- und Jugendhilfe als Kooperationspartnerinnen. In: Braun, H./ Weidinger, W. (Hrsg): *Erziehung und Unterricht. Autonomie – Kompetenz – Soziale Einbindung 7-8/2015*. Wien: Österreichischer Bundesverlag Schulbuch GmbH & Co, KG, 691-701.

Barkmann, C./ Schulte-Markwort, M. (2007): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie und Diagnostik. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155 (10), 906-914.

Bartley, M. (1994): Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48 (4), 333-337.

Baumgartner, I./ Moser, C./ Zucha, V. (2014): Mikrozensus. Erläuterungen 2014. Wien: Statistik Austria.

Beham-Rabanser, M./ Wetzelhütter, D. (2015): Schulsozialarbeit im Spannungsfeld heterogener Erwartungen und ambivalenter Abgrenzungsfragen. Implementierung der Schulsozialarbeit der Kinder- und Jugendhilfe OÖ. (KJH OÖ.). *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 40, 79-91.

Bengel, J./ Meinders-Lücking, F./ Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 35*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Berth, H./ Förster, P./ Brähler, E./ Zenger, M./ Stöbel-Richter, Y. (2011): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In: Mühlpfordt, S./ Mohr, G./ Richter, P. (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 35-53.

- Bettge, S. (2004): Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Berlin: Dissertation.
- Black, S./ Devereux, P./ Salvanes, K. (2007): From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes. *The Quarterly Journal of Economics*, 122 (1), 409-439.
- Blanz, B./ Remschmidt, H./ Schmidt, M./ Warnke, A. (2006): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch. Miesbach: Mayr Miesbach Verlag.
- Brady, K. / Sinha, R. (2005): Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological Effects of Chronic Stress. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (8), 1483-1493.
- Bruneforth M./ Weber C./ Bacher J. (2012): Chancengleichheit und garantiertes Bildungsminimum in Österreich. In: Barbara Herzog-Punzenberger (Hrsg.): *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2012. Band 2*. Graz: Leykam, 189-229.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2011): UN-Konvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2013): BABE – Österreich 2014-2017. Behinderung – Ausbildung – Beschäftigung. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2013): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. BMG Version 2014. Systematisches Verzeichnis. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse der WHO-HBSC-Survey 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Conger, R./ Conger, K./ Martin, M. (2010): Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *Journal of Marriage and Family*, 72 (3), 685-704.
- Goodman, R./ Meltzer, H./ Bailey, V. (1998): The strenghts and difficulties questionnaire. A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7 (3), 125-130.
- Cornaglia, F./ Crivellaro, E./ McNally, S. (2012): Mental Health and Education Decisions. *Discussion Paper series, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit*, No. 6452.
- Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M. (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. überarbeitete Auflage, Bern: Huber.
- Egger, J. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3-12.
- Ehret, A./ Berking, M. (2013): DSM-IV und DSM-V: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie*, 23 (4), 258-266.
- Erhart, M./ Hölling, H./ Bettge, S./ Ravens-Sieberer, U./ Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von

Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 800-809.

Eurostat (Hrsg.) (2016): Datenbank. Online verfügbar unter: http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=yth_empl_160 (dl:11.01.2016).

Faller, H./ Lang, H. (2010): *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 14-49.

Flaschberger, E./ Teutsch, F./ Hofmann, F./ Felder-Puig, R. (2013): Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule. Zusammenfassung rezenter systematischer Reviews. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research. Online verfügbar unter: http://www.gesundeschule.at/wp-content/uploads/LBIHPR_Psychische-Gesundheit_Meta-Review1.pdf (dl: 02.11.2015).

Fliedl, R. (2013): Probleme der Primärversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Pädiatrie & Pädologie*, 48 (1), 85-90.

Franke, A. (2012): *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Fröhlich-Gildhoff, K./ Rönna-Böse, M. (2011): *Resilienz*. 2. Auflage, München: Ernst Reinhardt-Verlag.

Fryer D. (1986): Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects. *Social Behavior*, 1 (3), 3-23.

Grandy, S./ Bernold-Schrom, S./ Hofmann, F./ Lehner, L./ Teutsch, F./ Felder-Puig, R. (2015): Unterstützungssysteme in, für und um die Schule. Ludwig Boltzman Institut Health Promotion Forschungsbericht. Online verfügbar unter: http://lbhpr.lbg.ac.at.w8.netzwerk.com/sites/files/lbihpr/attachments/forschungsbericht_unterstuetzungssysteme_schule.pdf (dl: 12.11.2015).

Grella, C./ Hser, Y./ Joshi, V./ Rounds-Bryant, J. (2001): Drug Treatment Outcomes for Adolescents with Comorbid Mental and Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 189 (6), 384-392.

Grobe, T./ Schwartz, F. (2003): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 13. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

Gruber, D./ Schmidbauer, R./ Paulik, R./ Schaireiter, M./ Koren, G./ Schöny, W. (2014): *Prävention psychischer Probleme – Einführung, Grundlagen und Diskurs*. Linz: pro mente OÖ.

Gutmann, M. (2013): *Psychische Gesundheit und Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen. Eine Synthese von kindbezogenen, familienbezogenen und migrationsbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren*. Graz: Dissertation.

Haas, S. (2015): *Frühe Hilfen. Aufbereitung der Grundlagen. Gesamtbericht 2011 bis 2014*. Wien: Bundesgesundheitsagentur.

- Hagen, M. (2011): Niederschwelliger jugendgerechter Zugang zur beruflichen Qualifizierung. In: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.): *Sechster Bericht zur Lage der Jugend in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, 525-536. Online verfügbar unter: <http://www.bmfj.gv.at/dam/jcr:b3f6a6ed-53a8-4da2-b93a-2b50f56c8acf/Teil%20A%20und%20B.pdf> (dl: 22.12.2015).
- Halla, M./ Zweimüller, M. (2013): The effect of health on earnings: Quasi-experimental evidence from commuting accidents. *Labour Economics*, 24, 23-38.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Wien/Salzburg: Abschlussbericht zum Projekt „Psychische Gesundheit“.
- Hausegger, T. (2012): Arbeitsmarktbezogene Diagnostik. Hintergründe, Herausforderungen, Ziele. In: Hausegger, T. (Hrsg.) *Arbeitsmarktbezogene Diagnostik und Wirkungsorientierung*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Heckman, J./ Masterov, D. (2007): The Productivity Argument for Investing in Young Children. Chicago: University of Chicago. Online verfügbar unter: http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/Heckman_final_all_wp_2007-03-22c_jsb.pdf (dl: 30.12.2015).
- Hollederer, A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 35 (3).
- Hollederer, A. (2008): Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Praktische Arbeitsmedizin*, 12, 29-32.
- Hollederer, A. (2011): Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hölling, H./ Schlack, R./ Petermann, F./ Ravens-Sieberer, U./ Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57 (7), 807-819.
- Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34 (1/2009), 16-28.
- Jahoda, M. (1983): *Wieviel Arbeit braucht der Mensch?* Weinheim: Beltz Verlag.
- Jahoda, M./ Lazarsfeld, P./ Zeisel, H. (1975/1933): *Die Arbeitslosen von Marienthal*. Ein soziographischer Versuch. Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Kessler, R./ Avenevoli, S./ Costello, E./ Georgiades, K./ Green, J./ Gruber, M./ He, J./ Koretz, D./ McLaughlin, K./ Petukhova, M./ Sampson N./ Zaslavsky A./ Merikangas, K. (2012): Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69 (4), 372-380.

Kessler, R./ Berglund, P./ Demler, O./ Jin, R./ Merikangas, K./ Walters, E. (2005): Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.

Klasen, F. (2012): Verläufe und Bedingungsfaktoren psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. 4. Präventionstagung der Bundesärztekammer. Online verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/04PraeventionstagungKlasen.pdf> (dl.: 16.12.2015).

Klußmann, R. (1986): Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht. Berlin: Springer Verlag.

Koblbauer, C./ Tamesberger, D./ Bacher, J./ Leitgöb, H. (2015): Jugendliche weder in Beschäftigung, Ausbildung noch in Training: Ein Bundesländervergleich in Österreich. Linz: Johannes Kepler Universität.

Kuhn, A./ Lalive, R./ Zweimüller, J. (2009): The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1099-1115.

Kytir, J./ Stadler, B. (2004): Die kontinuierliche Arbeitskräfteerhebung im Rahmen des neuen Mikrozensus. *Statistische Nachrichten* 6, 511-518.

Lambert M./ Bock, T./ Naber, D./ Löwe, B./ Schulte-Markwort, M./ Schäfer, I./ Gumz, A./ Degwitz, P./ Schulte B./ König H. (2013): Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 81 (11), 614-627.

Land OÖ (Hrsg.) (2015): Information zur Pressekonferenz mit Landesrat Rudi Anschober am 27. November 2015 zum Thema „Aktuell 497 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der OÖ. Grundversorgung: Lebensgeschichten, Betreuung, spezielle Herausforderungen bei den verletzlichsten Flüchtlingen“. Linz: Amt der OÖ Landesregierung. Online verfügbar unter: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/LK/PKAnschober27112015Internet.pdf> (dl: 30.12.2015).

Laucht, M./ Esser, G./ Schmidt, M. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (4), 246-262.

Leitner, B./ Ihle, P. (2010): AKE ad hoc-Modul 2011. Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Wien: Statistik Austria.

Lentner, M./ Rigler, S./ Niederberger, K. (2015): Evaluierung der Angebotslandschaft für Jugendliche in Oberösterreich. Im Auftrag der AK OÖ. Linz: IBE. Online verfügbar unter: http://www.ibe.co.at/fileadmin/AblageBox/Projektdownloads/Evaluierung_Angebotslandschaft.pdf (dl:11.11.2015)

Leoni, T. (2014): Fehlzeitenreport 2013. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Im Auftrag der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: Wifo.

Lieb, R. (2006): Klinische Psychologie I: Klassifikation, Epidemiologie und Prävention psychischer Störungen. In: Pawlik, K. (Hrsg.): *Handbuch Psychologie: Wissenschaft, Anwendung, Berufsfelder*. Heidelberg: Springer-Verlag, 613-638.

- Litschl, V./ Löffler, R. (2015): Meta-Analyse zu rezenten Studien im Bereich „AMP-Maßnahmen für Jugendliche“. Betrachtung mit dem Schwerpunkt „Berufsausbildung“. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich. Online verfügbar unter: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_report_109.pdf (dl:17.12.2015).
- Mattejat, F./ Remschmidt, H. (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), 413-418.
- Mayring, P. (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse*. 9. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- McKee-Ryan, F./ Song, Z./ Wanberg, C./ Kinicki A. (2005): Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1), 53-76.
- McLeod, J./ Fettes, D. (2007): Trajectories of Failure: The Educational Careers of Children with Mental Health Problems. *American Journal of Sociology*, 113 (3), 653-701.
- Meraner, A./ Gumprecht, D. / Kowarik, A. (2015): Die neue Hochrechnung des Mikrozensus. Methodenbeschreibung. Wien: Statistik Austria.
- Merikangas, K./ He, J./ Burstein, M./ Swanson, S./ Avenevoli, S./ Cui, L./ Benjet, C./ Georgiades, K./ Swendsen, J. (2010): Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49 (10), 980-989.
- Mielck, A./ Helmert, U. (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U./ Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 4. Auflage, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Müller, S. (2006): Schulsozialarbeitsforschung im Kanton Zürich. Aktuelle Probleme und Entwicklungsperspektiven. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit. Kurzfassung online verfügbar unter: http://www.infostelle.ch/de/dyn_output.html?content.void=1310&SID=f29baf26a1f0c7d1a8ddb434ec155a1c (dl: 30.12.2015).
- Naidoo, J./ Wills, J. (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. 2. Auflage, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- NEBA (o.J.): *Jugendcoaching. „Meine Chance für die Zukunft“*. Wien: Sozialministeriumservice. Online verfügbar unter: <http://www.neba.at/downloads/jugendcoaching.html> (dl:18.12.2015).
- OECD (Hrsg.) (2012): *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Mental Health and Work, OECD Publishing.
- OECD (Hrsg.) (2015a): *Mental Health and Work*. Austria. Paris: OECD Publishing.
- OECD (Hrsg.) (2015b): *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- Olesen, S./ Butterworth, P./ Leach, L./ Kelaher, M./ Pirkis, J. (2013): Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry*, 13 (1), 144.

OÖ GKK (Hrsg.) (2015a): Psychotherapie. Online verfügbar unter: <https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.705002&action=2> (dl: 09.11.2015).

OÖ GKK (Hrsg.) (2015b): MIA – Miteinander Auszeit. Online verfügbar unter: <https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.705012&action=2> (dl:09.11.2015).

Ormel, J./ Raven, D./ van Oort, F./ Hartman, C./ Reijneveld, S./ Veenstra, R./ Vollebergh, W./ Buitelaar, F./ Verhulst, F./ Oldehinkel, A. (2015): Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45 (02), 345-360.

Paul, K./ Moser, K. (2001): Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel, J./ Bacher, J./ Moser, K. (Hrsg.): *Erwerbslosigkeit. Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*. Opladen: Leske + Budrich.

Paul, K./ Moser, K. (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74 (3), 264-282.

Perrez M./ Baumann, U. (2005): *Klinische Psychologie – Psychotherapie*. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Philipp, J./ Zeiler, M./ Waldherr, K./ Nitsch, M./ Dür, W./ Karawaut, A./ Wagner, G. (2014): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study. *Neuropsychiatrie*, 28 (4), 198-207.

Quint-Essenz Gesundheitsförderung Schweiz (2013): Grundlagen: Ergebnisse und Wirkungen. Online verfügbar unter: <http://www.quint-essenz.ch/de/sections/6> (dl: 04.01.2016)

Ramelow, D./ Felder-Puig, R. (2013): Die psychische Gesundheit von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends. HBSC Factsheet Nr. 07/2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

Ravens-Sieberer, U./ Wille, N./ Bettge, S./ Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 871-878.

Richter, D./ Berger, K./ Reker, T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35 (7), 321-330.

Riesenfelder, A. (2005): Die Moralisierung der Risiken? Die Guten ins Tröpfchen, die schlechten in die Beschäftigungssimulation? Was leiste ein zweiter Arbeitsmarkt? Wien: L & R Sozialforschung. Online verfügbar unter: http://www.lrsocialresearch.at/files/riesenfelder_beitr.pdf (dl: 18.12.2015)

Roberts, E./ Attkisson, C./ Rosenblatt, A. (1998): Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), 715-725.

Rumpf, H./ Meyer, C./ Kreuzer, A./ John, U. (2011): Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf (dl: 17.12.2015).

Rutter, M./ Quinton, D. (1977): Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In: McGurk, M. (Hrsg.): *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North Holland Publishing, 173-187.

Sailer, B./ Tamesberger, D. (2013): NEET-Jugendliche und politische Partizipation. Der Beitrag der sozialräumlichen Jugendarbeit zur Steigerung der politischen Partizipation. *Momentum Quarterly*, 2 (4), 168-182.

Schaufeli, W. (1997): Youth unemployment and mental health: some Dutch findings. *Journal of Adolescence*, 20 (3), 281-292.

Schmid, C. (2011): Gesund in der Krankheit? Salutogenese als Wegweiser für neue Ansätze im psychiatrischen Versorgungssystem. Empirische Untersuchungen anhand der Rekonstruktion subjektiver Gesundheitstheorien psychisch kranker Frauen. Hamburg: Diplomica Verlag.

Schneewind, K.A. (2012): Erziehungsstile. In: Stange, W./ Krüger, R./ Henschel, A./ Schmitt, D. (Hrsg.): *Erziehungs- und Bildungspartnerschaften. Grundlagen und Strukturen von Elternarbeit*. Wiesbaden: Springer VS, 122-127

Sozialministeriumsservice (Hrsg.) (2011): „Österreichische AusBildungs-Strategie“. Online verfügbar unter: http://www.bundessozialamt.gv.at/cms/basb/attachments/6/1/8/CH0013/CMS1342425557575/konzept_jugendcoaching_3008111.pdf (dl: 31.01.2013).

Spießl H./ Jacobi F. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, 35 (7), 318-320.

Statistik Austria (Hrsg.) (2012a): Mikrozensusdaten ab 2004. SPSS-Kodebuch. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (Hrsg.) (2012b): Mikrozensusdaten ab 2004. Beschreibung der abgeleiteten Merkmale. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (Hrsg.) (2015a): Zusätzliche Merkmale des Mikrozensus. Online verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/services/mikrodaten_fuer_forschung_und_lehre/zusaetzliche_merkmal_e_mz/index.html (dl: 11.11.2015).

Statistik Austria (Hrsg.) (2015b): STATcube – Statistische Datenbank von Statistik Austria. Schulstatistik; Schüler ab 2006. Online verfügbar unter: <http://statcube.at/statcube/opendatabase?id=deschuel> (dl:18.12.2015).

Streissler-Führer, A. (2013): Ausgewählte Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung. In Auftrag des Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Online verfügbar unter: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hybportal/content/contentWindow?&contentid=10008.564472&action=b&cacheability=PAGE> (dl: 24.07.2015).

Sturzbecher, D./ Dietrich, P. (2007): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Interdisziplinäre Fachzeitschrift der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV)*, 10 (1), 3-30.

Tamesberger, D. (2013): Was sagt uns der NEET-Indikator. Online verfügbar unter: <http://blog.arbeitswirtschaft.at/was-sagt-uns-der-neet-indikator/> (dl: 10.11.2015).

Tamesberger, D./ Bacher, J. (2014): NEET youth in Austria: a typology including socio-demography, labour market behaviour and permanence. *Journal of Youth Studies*, 17 (9), 1239-1259.

Thornicroft, G. (2007): Most people with mental illness are not treated. *The Lancet*, 370 (9590), 807-808.

Veldman, K./ Reijneveld, S./ Ortiz, A./ Verhulst, F./ Bültmann, U. (2015): Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69 (6), 588-593.

Veldmann, K./ Bültmann, U./ Stewart, R./ Ormel, J./ Verhulst, F./ Reijneveld, S. (2014): Mental Health Problems and Educational Attainment in Adolescence: 9-Year Follow-Up of the TRAILS Study. *PLoS One*, 9 (7). Online verfügbar unter: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0101751&representation=PDF> (dl: 25.06.2015).

Verheij, R. (1996): Explaining urban-rural Variations in Health. A Review of Interactions between Individual and Environment. *Social Science & Medicine*, 42 (6), 923-935.

Vlahov, D./ Galea, S. (2002): Urbanization, Urbanicity, and Health. *Journal of Urban Health*, 79 (4), 1-12.

Von Kardorff, E./ Ohlbrecht, H./ Schmidt, S. (2013): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes (www.antidiskriminierungsstelle.de).

Waddell, C./ Shepherd, C./ Schwartz, C./ Barican, J. (2014): Child and youth mental disorders: Prevalence and evidence-based interventions. Vancouver: Children's Health Policy Centre.

Warr, Perter (1987): Work, Unemployment, and Mental Health. New York: Oxford University Press.

Weber, A./ Hörmann, G./ Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), 2957-2962.

Weigl, M./ Busch, M./ Grabenhofer-Eggerth, A./ Horvath, I./ Klein, C./ Türscherl, E. (2014): Bericht zur Drogensituation 2014. Wien: Gesundheit Österreich GmbH. Online verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation_2014.pdf (dl:12.11.2015).

Weissl, B./ Gabrle, S. (2010): Jugendliche mit sozial-emotionaler Benachteiligung. Versuch einer Begriffsklärung. Wien: Koordinationsstelle Jugend – Bildung – Beschäftigung.

Weissman, M./ Wickramaratne, P./ Nomura, Y./ Warner, V./ Verdeli, H./ Pilowsky, D./ Grillon, C./ Bruder, G. (2005): Families at High and Low Risk for Depression. A 3-Generation Study. *Archives of General Psychiatry*, 62 (1), 29-36.

Wilkinson, R./ Pickett, R. (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin: Tolkemitt Verlag.

Wittchen, H./ Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357-376.

Wittchen, H./ Jacobi, F./ Rehm, J./ Gustavsson, A./ Svensson, M./ Jönsson, B./ Olesen, J./ Allgulander, C./ Alonso, J./ Faravelli, C./ Fratiglioni, L./ Jennum, P./ Lieb, R./ Maercker, A./ van Os, J./ Preisig, M./ Salvador-Carulla, L./ Simon, R./ Steinhausen, C. (2011): Size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679.

World Health Organization (Hrsg.) (1946): Constitution of the world health organization. Genf: WHO. Online verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf (dl: 09.06.2015)

World Health Organization (Hrsg.) (2004): Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report). Geneva: WHO. Online verfügbar unter: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (dl: 07.04.2015)

Wustmann, C. (2007): Teil B: Resilienz. In: Fthenakis, W./ Gisber, K./ Griebel, W./ Kunze, H./ Niesel, R./ Wustmann, C. (Hrsg.): *Auf den Anfang kommt es an: Perspektiven für eine Neuorientierung frühkindlicher Bildung*. Bonn, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 119-190.