

Sachbericht des Abschlussberichts zum Projekt

**„Review of Genderspecific Child and Adolescent Mental
Health CaRE” (ReG-CARE)**

Förderkennzeichen: ZMVI1-2520FSB901

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie und -psychosomatik, Forschungssektion „Child Public Health“

1 Titel und Verantwortliche

1.1 Titel des Projekts

Review of Genderspecific Child and Adolescent Mental Health CaRE (Akronym: ReG-CARE)

1.2 Förderkennzeichen

ZMVI1-2520FSB901

1.3 Leitung

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

1.4 Projektmitarbeitende

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Lena Herrmann

Studentische Hilfskraft:

Martha Gilbert

1.5 Kontaktdaten

Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Forschungssektion „Child Public Health“

Martinistr. 52 (W29), 20246 Hamburg

Tel.: 040-7410-52992 (Sekretariat -57585)

Fax: 040-7410-55105

E-Mail: ravens-sieberer@uke.de

1.6 Laufzeit

01.04.2021 – 31.08.2021

1.7 Fördersumme

16.164,00 Euro

2 Inhaltsverzeichnis

Inhalt

1 Titel und Verantwortliche	1
1.1 Titel des Projekts	1
1.2 Förderkennzeichen	1
1.3 Leitung	1
1.4 Projektmitarbeitende	1
1.5 Kontaktdaten	1
1.6 Laufzeit	1
1.7 Fördersumme	1
2 Inhaltsverzeichnis	2
3 Zusammenfassung	3
4 Einleitung	4
4.1 Ausgangslage des Projekts	4
4.2 Ziele des Projekts	6
4.3 Projektstrukturen	7
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik	8
5.1 Operationalisierung der Ziele	8
5.2 Datenerhebung	9
5.3 Datenauswertung	12
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	13
7 Ergebnisse	14
7.1 Studienmerkmale	15
7.2 Studienqualität	15
7.3 Umsetzung geschlechtsspezifischer Aspekte (Fragestellung 1)	16
7.4 Effektivität der geschlechtsspezifischen Versorgungsangebote (Fragestellung 2)	22
8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	26
9 Gender Mainstreaming Aspekte	31
10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	32
11 Verwertung der Projektergebnisse	33
12 Publikationsverzeichnis	35
13 Literatur	36
14 Anhang	46

3 Zusammenfassung

Geschlechterunterschiede in der psychischen Gesundheit manifestieren sich bereits im Kindes- und Jugendalter, was die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten betont.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts „Review of Genderspecific Child and Adolescent Mental Health CaRE“ (ReG-CARE) wurde eine systematische Übersichtsarbeit zu geschlechtsspezifischen Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten erstellt. Es wurde eine systematische Literaturrecherche in fünf elektronischen Datenbanken durchgeführt. Studien, die in Peer-Review begutachteten Fachzeitschriften oder Büchern, auf Englisch oder Deutsch und zwischen Januar 2000 und Mai 2021 erschienen sind und geschlechtsspezifische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten beschrieben oder evaluierten, wurden berücksichtigt.

Insgesamt wurden 43 Studien eingeschlossen. Der Großteil der Interventionen wurde im Schul- ($n = 15$) oder Gemeindesetting ($n = 8$) durchgeführt. In den Interventionsstudien wurden überwiegend substanzbezogene Störungen ($n = 13$) oder Essstörungen ($n = 12$) adressiert. Die Interventionen richteten sich meist an Mädchen ($n = 31$). In den Versorgungsangeboten wurden verschiedene geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt, wie z.B. geschlechtsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren ($n = 35$), Bedürfnisse/Versorgungsbedarf ($n = 35$) sowie geschlechtsspezifische Aufgaben, Probleme und Themen ($n = 27$). Obwohl die meisten Interventionen signifikante Verbesserungen der psychischen Auffälligkeiten/Gesundheit erzielten ($n = 32$), berichteten nur wenige Studien mittlere oder große Effektstärken ($n = 13$).

Die Ergebnisse der Übersichtsarbeit weisen darauf hin, dass geschlechtsspezifische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten vielversprechend sein können, um geschlechtsspezifischen Bedürfnissen frühzeitig zu begegnen.

4 Einleitung

4.1 Ausgangslage des Projekts

Das Geschlecht beeinflusst die psychische Gesundheit und Gesundheitsversorgung maßgeblich. So zeigen viele psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, wie beispielsweise Essstörungen, Angststörungen, Probleme des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz und Symptomatik.^{1,2} Beispielsweise treten internalisierende Auffälligkeiten wie Angststörungen häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf,³ während Jungen im Vergleich zu Mädchen häufiger externalisierende Auffälligkeiten wie Probleme des Sozialverhaltens aufweisen.⁴ Darüber hinaus zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Medikation,⁵ dem klinischen Erscheinungsbild⁶ und im Umgang mit der Erkrankung.⁷ Die Studienlage zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten verdeutlicht zudem, dass es auch geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahmehäufigkeit,⁸ dem Alter der Kinder und Jugendlichen⁹ sowie der Inanspruchnahmebereitschaft gibt.¹⁰ So stellen sich Jungen im Vergleich zu Mädchen durchschnittlich früher vor,^{8,9} während Mädchen eher im jungen Erwachsenenalter eine Behandlung erhalten.⁹ Darüber hinaus sind Jungen im Vergleich zu Mädchen weniger bereit, eine Behandlung für psychische Probleme in Anspruch zu nehmen.¹⁰ Für eine Vielzahl psychischer Auffälligkeiten, wie z.B. depressive Symptome^{11,12} oder Substanzmissbrauch,¹³ konnten zudem unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren für Mädchen und Jungen identifiziert werden. Studien zur Ätiologie psychischer Probleme deuten außerdem auf geschlechtsspezifische Entstehungsprozesse hin: Beispielsweise trägt Grübeln zur Entwicklung von Depressionen bei Mädchen, jedoch nicht bei Jungen bei.¹⁴

Neben diesem überwiegend binären (Mädchen versus Jungen) und heteronormativen Blick auf Geschlechterunterschiede zeigen Studien, dass transgeschlechtliche, gendervariante oder non-binär identifizierte Kinder und Jugendliche im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger psychische Probleme, wie z.B. Depressionen, Suizidalität, oder Essstörungen, aufweisen.¹⁵⁻¹⁷ Sexuelle und geschlechtliche Minderheiten (SGM) – ein Sammelbegriff für Individuen,

die sich nicht als heterosexuell oder cisgeschlechtlich (z.B. als transgeschlechtlich) identifizieren – sind in ihrem Alltag vermehrt sozialen Stressoren wie Diskriminierung, Ablehnung und Viktimisierung ausgesetzt. Diese Stressoren sind wiederum mit einem erhöhten Risiko verbunden, begleitende psychische Auffälligkeiten aufzuweisen.¹⁸

Die erheblichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben verdeutlicht,¹⁹ dass diese Altersgruppe eine hohe psychische Vulnerabilität aufweist. Psychische Auffälligkeiten, die erstmalig in dieser vulnerablen Lebensphase des Kindes- und Jugendalters auftreten, persistieren darüber hinaus häufig bis ins Erwachsenenalter.^{20,21} Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte im Kindes- und Jugendalter ist somit wichtig, um einerseits effektive Versorgungskonzepte zu entwickeln und andererseits auch Geschlechterungleichheiten in Bezug auf die psychische Gesundheit frühzeitig zu adressieren.

Behandlungsansätze, die Geschlechterrollen und -normen anerkennen und geschlechtsspezifische Bedürfnisse berücksichtigen, werden als „geschlechtsspezifisch“ bezeichnet.^{22,23} Darüber hinaus ist Heteronormativität ein wichtiger geschlechtsspezifischer Aspekt, der in der geschlechtsspezifischen Versorgung berücksichtigt werden sollte.²³ Dies unterstreicht die Notwendigkeit, nicht nur Aspekte im Zusammenhang mit dem Geschlecht (z.B. weiblich, transgeschlechtlich usw.), sondern auch mit der sexuellen Identität (z.B. heterosexuell, bisexuell usw.) zu berücksichtigen. Als Gründe für geschlechtsspezifische Interventionen werden in der Literatur vor allem folgende Punkte genannt: 1) Berücksichtigung geschlechtsspezifischer psychologischer Aspekte (z.B. geschlechtsbezogene Bedürfnisse und Erfahrungen), 2) Bereitstellung eines sicheren Raums und eines unterstützenden, „empowernden“ Umfelds und 3) Annahme einer größeren Wirksamkeit von geschlechtsspezifischen im Vergleich zu geschlechtsunspezifischen Interventionen.²⁴ Wichtig ist, dass Ansätze, die sich nur an *ein* Geschlecht richten, ohne geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen (sog. „single-sex“ Interventionen), geschlechtsunspezifische Programme darstellen.²³

Zusammenfassend verdeutlicht die Studienlage, dass geschlechtsspezifischen Aspekten bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten eine wichtige

Bedeutung zukommt. Dennoch gab es bislang keine systematische Zusammenfassung nationaler und internationaler Forschungsliteratur zur Evidenz geschlechtsspezifischer Versorgung von psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

4.2 Ziele des Projekts

Vor diesem Hintergrund war das Ziel dieses Projekts, die Evidenz zu geschlechtsspezifischen Versorgungsaspekten von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit zusammenzufassen und zu bewerten. Die Fragestellungen lauteten:

Fragstellung 1: Wie werden geschlechtsspezifische Aspekte in der kinder- und jugendpädiatrischen, -psychiatrischen, -psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten berücksichtigt?

Fragstellung 2: Wie effektiv sind geschlechtsspezifische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten?

Durch eine kritische Auseinandersetzung mit publizierten Studien, welche geschlechtsspezifische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche beschreiben oder evaluieren, sollten bereits gewonnene Erkenntnisse aus der nationalen und internationalen Versorgungsforschung gebündelt, einer eigenständigen Bewertung unterzogen und damit neue wissenschaftliche Erkenntnisse erschlossen werden.

Die Erkenntnisse des systematischen Literaturreviews sind insbesondere dahingehend von Relevanz, um diese für die bundesweite Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu nutzen. Die Übersichtsarbeit liefert somit nicht nur einen Überblick über den aktuellen Stand der geschlechtsspezifischen Versorgungsforschung, sondern erstrebt auch geschlechtsspezifischen Umsetzungsmaßnahmen und -empfehlungen aus der Literatur zu synthetisieren.

4.3 Projektstrukturen

Das Projekt wurde in der Forschungssektion „Child Public Health“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt. Zuständig für die Konzeption, das Design und die Supervision des Projekts waren Dr. Franziska Reiss und Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer. Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer leitete das Projekt „ReG-CARE“. Unter einer engmaschigen Supervision und Beratung durch Dr. Franziska Reiss und Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer führte Lena Herrmann die systematische Literaturrecherche, die Datenextraktion und die Studienauswahl durch. Zudem war Frau Herrmann zuständig für die Anfertigung der Publikation und des Abschlussberichts. Martha Gilbert unterstützte als studentische Hilfskraft im Projekt die Literaturrecherche, den Auswahlprozess, die Bewertung der Literatur, die Datenextraktion und die Publikationserstellung. Eine zusätzliche Unterstützung des Projekts erfolgte durch Lina Graumann. Dr. Anne Kaman war an der Konzeption und dem Design des Projekts beteiligt und supervidierte die Studie.

Es bestanden zudem interne Kooperationen am UKE: So unterstützen Dr. Inga Becker-Hebly (Arbeitsgruppe „Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“ an der KJP am UKE) als Expertin für Geschlechter-Vielfalt und Dr. Christiane Baldus (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters am UKE) als Expertin für Suchtprävention die Dateninterpretation und Publikationserstellung. Als externe Expertin für geschlechtersensible Präventionsforschung wurde darüber hinaus Prof. Dr. Gertraud Stadler (Leitung Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin) in die Publikationserstellung miteinbezogen.

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Operationalisierung der Ziele

bietet einen Überblick über die Ziele des Projekts und ihre Operationalisierung im Sinne von Indikatoren zur Messung der Zielerreichung.

Tabelle 1: *Übersicht über die Ziele und Indikatoren der Zielerreichung*

Übergeordnete Ziele	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Ziel 1: Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit zur Evidenz ge-schlechtsspezifischer Aspekte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten	Anzahl der nationalen und internationalen Publi-kationen werden dargestellt
Ziel 2: Zusammenfassung und Bewer-tung der Ergebnisse	Inhaltliche Auswertung der vorhandenen Litera-tur
Teilziele	
Ziel 3: Nutzung der Erkenntnisse für die bundesweite Prävention, Gesundheits-förderung und Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendliche so-wie Stärkung der Chancengleichheit	Open-access Publikation und Kongressbeitrag

5.2 Datenerhebung

Ein- und Ausschlusskriterien: Es wurden folgende Einschlusskriterien für die systematische Übersichtsarbeit definiert: 1) Veröffentlichung in Peer-Review begutachteten Fachzeitschriften oder Büchern; 2) Publikation in Deutscher oder Englischer Sprache; 3) Veröffentlichung zwischen Januar 2000 und Mai 2021; 4) Beschreibung oder Evaluation von Angeboten zur Versorgung oder Prävention psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Altersdurchschnitt unter 21 Jahre und ein geringer Anteil an Erwachsenen in der Zielgruppe); 5) Beschreibung oder Evaluation von konkreten geschlechtsspezifischen Interventionen (jegliche Art von Intervention, die geschlechtsspezifische Aspekte adressiert; siehe auch Abbildung 1); 6) Adressieren von psychischen Auffälligkeiten in der kinder- und jugendpädiatrischen, -psychiatrischen, -psychologischen und -psychotherapeutischen Versorgung.

Zudem wurden Publikationen ausgeschlossen, wenn sie: 1) Nachrichten, Editorials, Kommentare, Reviews oder Fallberichte waren; 2) geschlechtsunspezifische Intervention beschrieben oder evaluierten (siehe Abbildung 1); 3) geschlechtsangleichende Behandlungen beschrieben oder evaluierten oder 4) ihr Fokus nicht auf psychischer Gesundheit/Auffälligkeiten lag.

Suchstrategie: Das systematische Literaturreview wurde gemäß dem aktuell gültigen internationalen Standard durchgeführt und orientierte sich hierbei vor allem an dem „Cochrane Handbook of Systematic Reviews“²⁵ und der „Preferred Reporting for Systematic Reviews and Meta-Analyses“²⁶ Leitlinie. Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den folgenden elektronischen Datenbanken durchgeführt: PubMed, Social Science Citation Index, PsycInfo, PSYNDEX und Cochrane Library. Die Suchstrategien wurden an die einzelnen Datenbanken angepasst (siehe Anhang 1) und mit einer Mitarbeiterin der Ärztebibliothek am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf abgestimmt. Es wurden relevante Suchbegriffe für Geschlechtsspezifität, Versorgung von psychischen Auffälligkeiten, und Kinder und Jugendliche verwendet (siehe Anhang 1). Die Suchbegriffe wurden durch die Arbeitsgruppe festgelegt und mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert.

Die Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken wurde ergänzt durch das Sichten von Referenzlisten, Zitationssuchen (sog. Citation Tracking) und Recherchen in Google Scholar. Zudem wurden systematische Übersichtsarbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten gesichtet,^{13,27-40} um geschlechtsspezifische Interventionen zu identifizieren, die nicht explizit als „geschlechtsspezifisch“ oder mit verwandten Begriffen beschrieben wurden und daher nicht mithilfe der elektronische Datenbankrecherche identifiziert werden konnte.

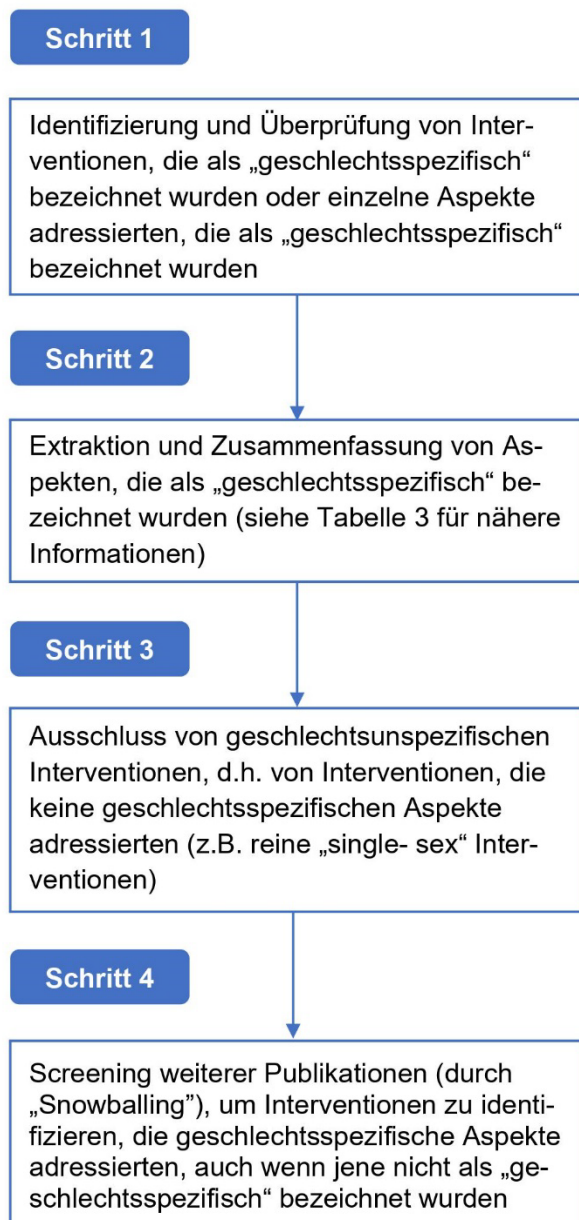


Abbildung 1: Identifizierung von geschlechtsspezifischen Interventionen

Studienauswahl: Nach Entfernung der Duplikate (mithilfe von EndNote und zusätzlicher händischer Prüfung) wurden die Ergebnisse in das elektronische Screening-Programm Rayyan⁴¹ importiert. Die nachfolgende Studienauswahl gliederte sich in drei Schritte: Im ersten Schritt, dem Titel-Abstract-Screening, wurden die Titel und Abstracts von drei Mitarbeiterinnen (LG, LH, MG) unabhängig systematisch überprüft und auf Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Die Übereinstimmung wurde mittels der Interrater-Reliabilität geprüft. Diese entsprach mit Werten zwischen $k = 0,62$ und $k = 0,73$ einer starken Übereinstimmung.⁴² Im zweiten Schritt wurden die Volltexte beschafft. Im dritten und letzten Schritt erfolgte das Volltext-Screening: Die Volltexte wurden ebenfalls von drei Mitarbeiterinnen (LG, LH, MG) unabhängig und systematisch auf ihre Passung geprüft. Die Übereinstimmung lag hierbei zwischen $k = 0,48$ und $k = 0,72$. Diese Werte entsprechen einer deutlichen bis starken Übereinstimmung.⁴² Nicht-Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Bewertungen (Ein- oder Ausschluss) wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert, bis alle Beteiligten zu einem Konsens kamen.

Datenextraktion: Eine Mitarbeiterin (LH) extrahierte alle Daten der eingeschlossenen Studien mithilfe einer Datenextraktionstabelle, die folgende Spalten enthielt: Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr, Land, Setting, Interventionsform, Beschreibung der Intervention, Interventionskomponenten, Geschlechtsspezifität, Zielgruppe, Teilnehmende, Alter, Studiendesign, Messinstrumente, Hauptergebnisse und Bewertung der Studienqualität. Zwei weitere Mitarbeiterinnen (LG, MG) prüften die Datenextraktion gegen.

Kritische Bewertung: Die eingeschlossenen Studien wurden in Bezug auf ihre Studienqualität kritisch bewertet. Hierzu wurde das Quality Assessment Tool for Quantitative Studies (QATQS)⁴³ genutzt. Die Validität und Reliabilität des QATQS konnten in Studien belegt werden.^{44,45} Das QATQS bewertet die methodische Studienqualität anhand von sechs Kriterien: Stichprobenverzerrung, Studiendesign, Störfaktoren, Verblindung, Datenerhebungsmethoden, Withdrawals (bewusstes und begründetes Ausscheiden von Studienteilnehmenden) und Drop-outs (Studienabbruch ohne klare Begründung der Studienteilnehmenden). Jede Studie

erhält eine Gesamtbewertung als schwach, moderat oder stark. Drei Mitarbeiterinnen bewerteten jede Studie unabhängig voneinander, wobei eine Mitarbeiterin (LH) jede Studie bewertete und zwei weitere Mitarbeiterinnen (LG, MG) zusätzlich jeweils 32% (LG) bzw. 68% (MG) bewerteten. Nicht-Übereinstimmungen wurden so lange diskutiert, bis Konsens bestand.

Einschätzung der Effektivität:

Die Effektstärken wurden extrahiert und in Cohen's d transformiert. Einige Studien berichteten mehrere Datenpunkte/Effektstärken. In diesen Fällen wurden die Effektstärken innerhalb jeder Studie gemittelt. Die Effektstärken wurden mit dem Online-Rechner von Psychometrica transformiert.⁴⁶ Studien, die nicht-signifikante Ergebnisse berichtete (ohne zusätzliche Informationen zu geben), wurden auf eine Effektstärke von $d = 0,00$ gesetzt. Wenn Effektstärken als klein, mittel oder groß berichtet wurden – ohne zu spezifizieren, welche Effektstärken berechnet wurden –, wurden die unteren Grenzen von d gemäß Cohens Konventionen angewandt.⁴⁷

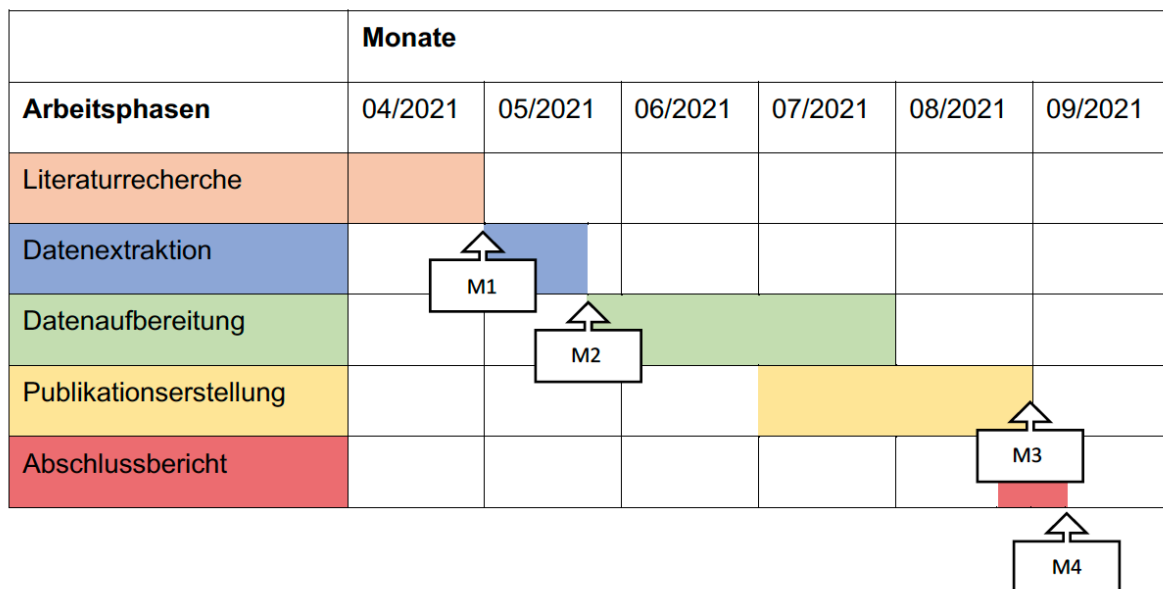
5.3 Datenauswertung

Es wurden Informationen zur Ausrichtung, Umsetzung und Effektivität von geschlechtsspezifischen Versorgungsangeboten für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter synthetisiert und ausgewertet.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Aufgrund eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses der wissenschaftlichen Mitarbeiterin stellte sich bereits vor Projektbeginn heraus, dass der Arbeits- und Zeitplan nicht wie ursprünglich geplant eingehalten werden konnte. Es wurde daher eine kostenneutrale Projektverlängerung um zwei Monate (Juli und August 2021) beantragt und vom Bundesministerium für Gesundheit bewilligt.

Das Projekt begann wie bewilligt am 01.04.2021 und konnte gemäß dem neuen Zeitplan Ende August 2021 erfolgreich abgeschlossen werden. Der aktualisierte Arbeits- und Zeitplan kann Abbildung 2 entnommen werden.



Legende:

Meilenstein 1 (M1): Abschluss der Literaturrecherche

Meilenstein 2 (M2): Studienauswahl abgeschlossen

Meilenstein 3 (M3): Einreichung der Publikation

Meilenstein 4 (M4): Abschlussbericht liegt vor

Abbildung 2: Tabellarischer Arbeits- und Zeitplan mit Meilensteinen

7 Ergebnisse

Die systematische Literaturrecherche ergab insgesamt $N = 3627$ Treffer, von denen 157 Artikel potenziell relevant für den Einschluss in das Review waren (Abbildung 3). Nach dem Volltext-Screening erfüllten 50 Publikationen, die 43 verschiedene Studien beschrieben, die Einschlusskriterien (siehe Anhang 2 für weitere Informationen zu Studiendetails und Referenzen).

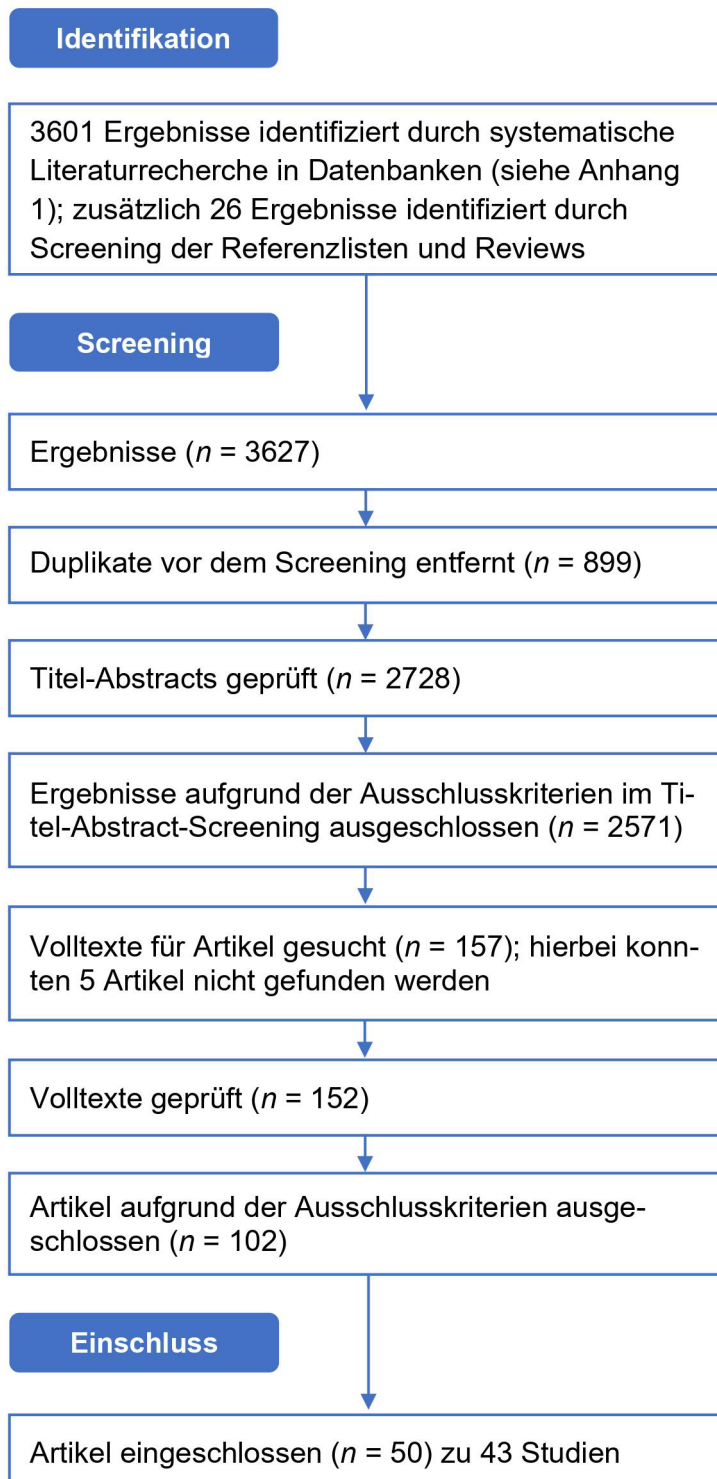


Abbildung 3: Flow Diagramm der Literaturrecherche und Ergebnisse des Review Prozesses

7.1 Studienmerkmale

Die 43 eingeschlossenen Studien wurden zwischen 2001 und 2020 veröffentlicht (Tabelle 2). Fast alle Studien ($n = 41$) wurden in Nordamerika oder Europa durchgeführt. Fünf Studien wurden in Deutschland durchgeführt.⁴⁸⁻⁵⁴ Die Interventionen wurden mehrheitlich in Schulen ($n = 15$) oder im Gemeindesetting ($n = 8$) durchgeführt. Die meisten Studien untersuchten entweder eine universelle Präventionsmaßnahme ($n = 18$) oder eine Behandlungsmaßnahme für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten ($n = 16$). Am häufigsten wurden psychische Auffälligkeiten adressiert, die den diagnostischen Kategorien „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen“ ($n = 13$) und „Fütter- und Essstörungen“ ($n = 12$) des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (Fünfte Auflage; DSM-5)⁵⁵ zugeordnet werden können. Mädchen ($n = 31$) und Jugendliche (Alter über 12 Jahre, $n = 35$) bildeten überwiegend die Zielgruppen der Versorgungsangebote. Insgesamt waren 19 der eingeschlossenen Studien kontrolliert klinische Studien, zwölf Kohortenstudien (eine Gruppe prä-post), vier Kohortenanalysen (zwei Gruppen prä-post), sechs randomisiert kontrollierte Studien, eine Zeitreihenanalyse (Engl. interrupted time series) und eine Mixed-Methods-Studie. Die Stichprobengrößen lagen zwischen 7 und 2516 Teilnehmenden ($M = 380$).

7.2 Studienqualität

Die Studienqualität konnte bei zwei Studien nicht bewertet werden, da mehrere Kriterien der QATQS Checkliste nicht anwendbar waren. Es wurde daher die Studienqualität von 41 Studien bewertet. Die Studienqualität war heterogen: 14 Studien (34.1%) erhielten eine schwache, 19 Studien (46.3%) eine moderate und acht Studien (19.5%) eine starke Bewertung.

Tabelle 2: Studienmerkmale der 43 eingeschlossenen Studien

Merkmale	Alle Studien	
	n	Gültige %
Publikationsdatum (N = 50 Publikationen)		
2000 – 2005	11	22.0
2006 – 2010	14	28.0
2011 – 2015	15	30.0
2016 – 2020	10	20.0
Ort		
Nordamerika	30	69.8
Europa	11	25.6
Afrika	1	2.3
Neuseeland	1	2.3
Setting		
Schule	15	34.9
Gemeinde	8	18.6
Individuell	6	14.0
Familie	5	11.6
Wohneinrichtung	5	11.6
Jugendjustizsystem	2	4.7
Klinisch	2	4.7
Interventionsform		
Universal Prävention	18	41.9
Behandlung	16	37.2
Universelle Intervention	4	9.3
Selektive Prävention	3	7.0
Veränderung der Versorgung (auf Systemebene)	2	4.7
Adressierte psychische Auffälligkeit		
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen	13	30.2
Fütter- und Essstörungen	12	27.9
Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	5	11.6
Trauma- und belastungsbezogene Störungen	5	11.6
Depressive Störungen	3	7.0
Andere psychische Störungen	2	4.7
Versorgungssetting	2	4.7
Persönlichkeitsstörungen	1	2.3
Zielgruppe/Teilnehmende		
Ausschließlich Mädchen	31	72.1
Gemischtgeschlechtliche Gruppen	6	14.0
Ausschließlich SGM ^a	4	9.3
Ausschließlich Jungen	2	4.7
Alter der Zielgruppe/Teilnehmenden ^b		
Kinder (ca. 5 – 11 Jahre)	13	---
Jugendliche (ca. 12 – 21 Jahre)	35	---
Junge Erwachsene (ca. 22 – 25 Jahre)	3	---
Erwachsene (ca. 26 – 55 Jahre) ^c	1	---
Studiendesign		
Kontrollierte klinische Studie	19	44.2
Kohortenstudie (eine Gruppe prä-post)	12	27.9
Randomisiert kontrollierte Studie	6	14.0
Kohortenanalyse (zwei Gruppen prä-post)	4	9.3
Mixed-Methods	1	2.3
Zeitreihenanalyse (interrupted time series)	1	2.3
Stichprobengrößen		
1 – 100	20	46.5
101 – 500	13	30.2
501 – 1000	6	14.0
1001 – 2000	2	4.7
2001 – 3000	2	4.7

^a Kinder und Jugendliche, die sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten (SGM) angehören, wurden für diesen Zweck einer Gruppe zugeordnet. ^b Einige der einbezogenen Interventionen richteten sich an mehrere Altersgruppen. ^c Es gab eine Intervention, die sich an erwachsene Mitarbeitende richtete, die mit weiblichen Jugendlichen arbeiteten.

7.3 Umsetzung geschlechtsspezifischer Aspekte (Fragestellung 1)

Die Studien wurden nach ihren adressierten psychischen Auffälligkeiten gruppiert, da sich diese jeweils in ihren geschlechtsspezifischen Ansätzen ähnelten. Die Reihenfolge und die gewählten Begriffe für die Kategorien entsprechen dem DSM-5. Weitere Informationen zur Geschlechtsspezifität können Tabelle 3 und Details zu den Studien Anhang 2 entnommen werden.

Depressive Störungen: Insgesamt wurden drei Studien im Bereich der depressiven Störungen identifiziert.⁵⁶⁻⁵⁸ Alle Studien ($n = 3$) richteten sich an SGM Jugendliche mit unterschiedlichen Zuweisungsgeschlechtern (Geschlecht, das bei der Geburt festgestellt und zugewiesen wurde) und Geschlechtsidentitäten. Jeweils eine Studie wurde im Gemeinde-,⁵⁶ Familien-⁵⁷ und individuellem Setting⁵⁸ durchgeführt. Alle Interventionen waren Behandlungsmaßnahmen für Depressionen/Suizidalität.

In Bezug auf geschlechtsspezifische Aspekte war das Ziel aller Behandlungsprogramme ($n = 3$), dem Versorgungsbedarf und den Bedürfnissen von depressiven/suizidalen SGM Jugendlichen nachzukommen. Die Behandlungen bezogen häufig auftretende Probleme und Situationen in ihr Programm ein, wie z.B. geringschätzende Reaktionen oder Mobbing aufgrund der SGM Identität.⁵⁶⁻⁵⁸ Darüber hinaus adressierten die meisten Behandlungen ($n = 2$) geschlechtsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren (wie z.B. Minoritätenstress und familiäre Unterstützung),^{56,57} nutzten geschlechtsspezifische Rollenmodelle und Behandelnde/Gruppenleitungen (z.B. Mitglieder der SGM Community)^{56,58} und boten Unterstützung und Ressourcen (z.B. „Allies“) für die Zeit nach der Behandlung an.^{56,57}

Ein Beispiel ist „Rainbow SPARX“ (SPARX als Akronym für „Smart, Positive, Realistic, X-factor thoughts“), eine kognitive Verhaltenstherapie für Depressionen bei SGM Jugendlichen.⁵⁸ Die geschlechtsadaptierte Version bietet die Möglichkeit, geschlechts-non-konforme Avatare zu erstellen und adressiert relevante Situationen (z.B. Outing) und Herausforderungen (z.B. Mobbing) für SGM Individuen.⁵⁸

Trauma- und belastungsbezogene Störungen: Fünf Studien berichteten Interventionen für trauma- und belastungsbezogene Störungen.⁵⁹⁻⁶³ In den meisten Studien ($n = 4$) bildeten Mädchen die Zielgruppe.⁵⁹⁻⁶² Die meisten ($n = 4$) Interventionen wurden im Gemeindeforum durchgeführt⁶⁰⁻⁶³ und alle Interventionen ($n = 5$) waren Behandlungsmaßnahmen für junge Personen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen oder Traumata.⁵⁹⁻⁶³

Alle Behandlungsprogramme ($n = 5$) hatten zum Ziel, den Bedürfnissen und dem Versorgungsbedarf dieser vulnerablen Population nachzukommen,⁵⁹⁻⁶³ z.B. indem sie das erhöhte Risiko für sexuelle Missbrauchserfahrungen von inhaftierten Mädchen berücksichtigten.⁵⁹ Außerdem adressierten die meisten Behandlungsmaßnahmen ($n = 4$) geschlechtsspezifische Risiken (z.B. Scham und Schuld) und Schutzfaktoren (z.B. Fähigkeiten und individuellen Stärken).^{59-61,63}

Ein Beispiel ist „Project Kealahou“, das ein geschlechts- und kultursensibles Versorgungssystem für traumatisierte Mädchen darstellt, um dem komplexen Behandlungsbedarf und den Bedürfnissen dieser Gruppe zu begegnen.⁶² Die Mädchen können an prosozialen Aktivitäten und Mädchengruppen teilnehmen. Darüber hinaus wird die Behandlung überwiegend von weiblichem Personal durchgeführt – hierbei liegt der Fokus darauf, einen „Safe Space“ für diese vulnerable Zielgruppe zu schaffen.⁶²

Fütter- und Essstörungen: Insgesamt wurden 12 Studien für Essstörungen identifiziert.^{49,51-53,64-75} Die Zielgruppe bildeten hierbei meist ($n = 10$) weibliche Kinder und Jugendliche.^{49,51,65-75} Lediglich zwei Interventionen richteten sich an gemischtgeschlechtliche Gruppen (Mädchen und Jungen).^{52,53,64} Die meisten Studien ($n = 10$) wurden in Schulen durchgeführt.^{49,51-53,64-71} Vier Studien evaluierten universelle Interventionen^{64,66,68,69} und acht Studien Präventionsprogramme.^{49,51-53,65,67,70-75}

Alle universellen Interventionsprogramme ($n = 4$) strebten an, das Körperbild der Teilnehmenden zu verbessern, indem weibliche Schönheitsideale und -mythen – die als geschlechtsspezifische Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen gelten – reflektiert wur-

den.^{64,66,68,69} Zusätzlich wurde in den meisten Interventionen ($n = 3$) Körperakzeptanz vermittelt.^{64,68,69} Ein Beispiel ist „Happy Being Me“, eine geschlechtsadaptierte universelle Intervention für Mädchen und Jungen.⁶⁴ Die Intervention soll sowohl weibliche als auch männliche Schönheitsideale reflektieren und die Körperakzeptanz der Teilnehmenden stärken.⁶⁴

Im Fokus der Präventionsprogramme ($n = 8$) standen die geschlechtsspezifischen Risikofaktoren der weiblichen Schönheitsideale und des soziokulturellen Drucks, dünn zu sein.^{49,51-53,65,67,70-75} Ein Beispiel ist das deutsche universelle Präventionsprogramm „PriMA“ (Akronym für „Primärprävention Magersucht“), das verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren für Anorexia Nervosa bei Mädchen adressiert, u.a. weibliche Schönheitsideale, Medienkompetenz und Körperbilder.^{49,51} Aufgrund des Bedarfs an effektiven Präventionsmaßnahmen richtet sich die Intervention ausschließlich an jugendliche Mädchen, die ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung von Essstörungen aufweisen.^{49,51} Eine weitere Intervention aus Deutschland richtet sich sowohl an Mädchen als auch an Jungen.^{52,53} Das universelle Präventionsprogramm reflektiert sowohl weibliche als auch männliche westliche Schönheitsideale und nutzt geschlechtsadaptiertes Material, um *beide* Geschlechter (im binären Sinne) anzusprechen.^{52,53}

Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen: Fünf Studien evaluierten Interventionen für Aggressionen und Verhaltensauffälligkeiten.⁷⁶⁻⁸⁰ Alle Interventionen waren Behandlungen für Mädchen und wurden entweder in Wohneinrichtungen ($n = 3$)⁷⁶⁻⁷⁸ oder Gemeindesettings ($n = 2$)^{79,80} durchgeführt.

Die Behandlungen ($n = 5$) legten ihren Fokus auf geschlechtsspezifische Probleme,⁷⁶⁻⁸⁰ indem sie z.B. berücksichtigten, dass sich Aggressionen bei Mädchen häufig anders als bei Jungen manifestieren und sich häufig auf zwischenmenschliche Beziehungen beziehen (z.B. Demütigung oder Ausschluss anderer Personen). Weiterhin evaluierten die meisten Studien ($n = 4$) Programme, die aufgrund des mangelnden Angebots an Interventionen für Aggressionen bei Mädchen explizit entwickelt oder an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst wurden.^{76-78,80}

Ein Beispiel stellt die Intervention „A Girls' Relationship Group“ dar.^{76,78} Vor einem feministischen Hintergrund werden Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. Gewalterfahrungen und Bewältigungsstrategien), Beziehungsaspekte von Aggressionen und die Sozialisation in der weiblichen Geschlechterrolle berücksichtigt. Geschlechtsspezifische Konflikte und Situationen werden mithilfe von Rollenspielen thematisiert. Darüber hinaus werden die teilnehmenden Mädchen „empowered“ und ein positives Selbstbild wird gefördert.^{76,78}

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen:

Insgesamt evaluierten 13 Studien Interventionen für Substanzgebrauch oder -missbrauch.^{50,81-95} Die meisten Interventionen ($n = 10$) richteten sich an Mädchen.^{81-86,88-93,95} Die Settings waren heterogen, wobei die meisten Studien in schulischen ($n = 4$),^{50,92-95} Familien- ($n = 4$)^{81-83,91} oder individuellen Settings ($n = 3$)⁸⁴⁻⁸⁷ durchgeführt wurden. Die Studien umfassten zwölf Präventionsstudien^{50,81-88,90-95} und eine Behandlungsstudie.^{89,90}

Die meisten Präventionsprogramme ($n = 11$) berücksichtigten geschlechtsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren für Substanzmissbrauch, z.B. Stress oder die Mutter-Tochter-Beziehung.^{50,81-88,90-94} Darüber hinaus zielten die meisten Studien ($n = 10$) darauf ab, geschlechtsspezifische Bedürfnisse zu erfüllen ($n = 10$).^{50,82-86,88,90-94} Ein Beispiel ist das deutsche Nikotinpräventionsprogramm „Stark im Leben“.⁵⁰ Das Programm richtet sich an jugendliche Mädchen sowie Jungen und bezieht geschlechtsspezifische Bedürfnisse, Entwicklungsaufgaben und Risikofaktoren mit ein.⁵⁰ Es werden sowohl traditionelle Männlichkeitsideologien als auch weibliche Schönheitsideale reflektiert.⁵⁰

Zweitens wurde ein Behandlungsprogramm namens „HEART“ (Akronym für „Holistic Enrichment for At-Risk Teens“) in das Review eingeschlossen. Bei „HEART“ handelt es sich um eine stationäre Suchtbehandlung für Mädchen.^{89,90} Die Intervention konzentriert sich auf die vielfältigen Bedürfnisse, Probleme und Risikofaktoren (z.B. andere psychische Probleme, Einfluss von Gleichaltrigen, Missbrauchserfahrungen) dieser Mädchen, berücksichtigt soziokulturelle Einflüsse und feministische Perspektiven und strebt an, die Teilnehmerinnen zu stärken.^{89,90}

Persönlichkeitsstörungen: Es wurde eine Studie gefunden, die eine Behandlung für Persönlichkeitsstörungen beschreibt: „ACTiv“ (Akronym für „Achtsamkeit Coolness Training aktiv“) ist eine in Deutschland entwickelte, geschlechtsadaptierte Version der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A).⁵⁴ Die Behandlung ist auf die Bedürfnisse und Probleme von jugendlichen Jungen mit Borderline-Symptomen zugeschnitten, indem sie die erhöhte Aggressivität und Impulsivität von Jungen im Vergleich zu Mädchen berücksichtigt und einen handlungsorientierteren Ansatz als die ursprüngliche DBT-A verwendet.⁵⁴

Andere psychische Störungen: Zwei Interventionen^{48,96} adressierten andere psychische Probleme: Hampel et al. (2008) evaluierten ein deutsches, schulbasiertes universelles Stresspräventionsprogramm für Mädchen und Jungen.⁴⁸ Geschlechtsspezifische Bedürfnisse, Bewältigungsstrategien, Rollenmodelle, Situationen und geschlechtsbezogene Vorurteile sind wichtige Aspekte des Programms.⁴⁸ Die andere Intervention „Progress“ ist ein gemeindebasiertes Behandlungsprogramm für jugendliche Mädchen mit Risikoverhalten.⁹⁶ Das Programm befasst sich mit Entwicklungsaufgaben und Problemen von jugendlichen Mädchen.⁹⁶

Versorgungssetting: Zwei Studien setzten sich allgemeiner mit geschlechtsspezifischen Aspekten im Versorgungssetting auseinander.^{97,98} Crable et al. (2013) evaluierten ein traumainformiertes Schulungsprogramm für Mitarbeitende, die mit jugendlichen Mädchen in Wohneinrichtungen arbeiten.⁹⁸ Ziel der Schulung ist es, das Wissen und das Bewusstsein des Personals für den Behandlungsdarf und die Bedürfnisse der Mädchen sowie für geschlechtsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren zu erhöhen.⁹⁸ Guss et al. (2020) entwickelten geschlechtsbezogene Fragen und fügten diese in die Aufnahmeformulare von Kliniken ein.⁹⁷ Die adaptierten Formulare erfassen die korrekten Namen, Pronomen, Geschlechtsidentitäten und das Zuweisungsgeschlecht.⁹⁷ Die Intervention zielt darauf ab, transgeschlechtliche Jugendliche besser zu identifizieren, um sie angemessen unterstützen und ihren Bedürfnissen im Bereich der psychischen Gesundheit gerecht werden zu können.⁹⁷

Zusammenfassung der geschlechtsspezifischen Aspekte: Zusammengefasst waren geschlechtsspezifische Risiko- und Schutzfaktoren ($n = 35$; z.B. weibliche Schönheitsideale), Bedürfnisse ($n = 35$; z.B. von sexuell missbrauchten Jugendlichen) sowie Aufgaben, Probleme, und Themen ($n = 27$; z.B. Entwicklungsaufgaben von heranwachsenden Mädchen) die am häufigsten behandelten geschlechtsspezifischen Aspekte in den einbezogenen Studien ($n = 43$; Tabelle 3).

7.4 Effektivität der geschlechtsspezifischen Versorgungsangebote (Fragestellung 2)

Insgesamt wurden in 39 Studien Daten zur Wirksamkeit der Interventionen in Bezug auf psychische Auffälligkeiten/Gesundheit berichtet. Die angewandte Methodik war hierbei sehr unterschiedlich. Erstens verwendeten die meisten Studien, welche die Interventions- mit einer Kontrollgruppe verglichen ($n = 29$), unbehandelte Kontrollgruppen (z.B. Wartelisten; $n = 17$) und eine einzige Intervention ein geschlechtsunspezifisches Programm als Kontrollbedingung.⁹⁵ Zweitens variierte die Dauer zwischen Baseline und Follow-up sehr stark (Follow-up unmittelbar nach der Behandlung bis zu 8 Jahre nach der Baseline-Erhebung). Drittens wurden in den Studien diverse Messinstrumente für psychische Auffälligkeiten/Gesundheit verwendet.

Die meisten Interventionen ($n = 32$) erzielten signifikante Verbesserungen der psychischen Auffälligkeiten/Gesundheit. Allerdings berichteten nur 29 Studien Effektstärken (Tabelle 4). Die Effektstärken waren heterogen: Sieben Studien verzeichneten keine Effekte (24.1%) und neun kleine (31.0%), vier mittlere (13.8 %) und neun große (31.0 %) Effektstärken. Die durchschnittliche Effektstärke war moderat ($d = 0.55$).

Die meisten Studien, die keine Effekte zeigten, untersuchten universelle Präventionsprogramme für Essstörungen ($n = 4$). Obwohl die meisten der Programme (ohne Effekte) kurzfristig Verbesserungen erzielten ($n = 4$), konnten die Effekte beim Follow-up nicht aufrechterhalten werden.

Große Effektstärken wurden insbesondere für Interventionen im Bereich der depressiven, trauma- und belastungsbezogenen sowie Persönlichkeitsstörungen gefunden ($n = 4$). Interventionen in diesen Störungsbereichen zeigten auch große durchschnittliche Effektstärken ($d = 1.26$ bis 1.75), während Interventionen für Essstörungen im Durchschnitt kleine Effektstärken ($d = 0.26$) aufwiesen. Insbesondere Behandlungsprogramme zeigten große Effekte ($n = 5$). Behandlungsprogramme ergaben durchschnittlich auch größere Effektstärken ($d = 1.10$) als universelle Interventionen ($d = 0.39$) und selektive und universelle Präventionsprogramme ($d = 0.44$ bzw. $d = 0.31$). Darüber hinaus erzielten unkontrollierte Studien häufiger große Effekte ($n = 5$) und im Durchschnitt größere Effektstärken als kontrollierte Studien ($d = 1.07$ vs. $d = 0.37$)

Tabelle 3: Umsetzung geschlechtsspezifischer Aspekte in den eingeschlossenen Studien (N = 43).

	DS (n = 3) n Studien	TBS (n = 5) n Studien	FES (n = 12) n Studien	DISS (n = 5) n Studien	SPSAV (n = 13) n Studien	PS (n = 1) n Studien	APS (n = 2) n Studien	VS (n = 2) n Studien	Total (N = 43) n (%)
Geschlechtsspezifische Aspekte									
<i>Einbezug geschlechtsspez. Risiko- und Schutzfaktoren</i> (z.B. Stress und Mutter-Tochter-Beziehung für SPSAV bei Mädchen)	2	4 ^{59-61,63}	12 ^{49,51-53,64-75}	4 ^{76,78-80}	12 ^{50,81-94}	---	---	1 ⁹⁸	35 (81.4%)
<i>Adressieren geschlechtsspez. Bedürfnisse/Versorgungsbedarf</i> (z.B. Entwicklung wirksamer Programme zur Prävention von FES)	3 ⁵⁶⁻⁵⁸	5 ⁵⁹⁻⁶³	8 ^{49,51,66-70,72-75}	4 ^{76-78,80}	11 ^{50,82-86,88-95}	1 ⁵⁴	1 ⁴⁸	2 ^{97,98}	35 (81.4%)
<i>Einbezug geschlechtsspez. Aufgaben, Problemen und Themen</i> (z.B. Entwicklungsaufgaben wie das Einsetzen der Pubertät)	3 ⁵⁶⁻⁵⁸	2 ^{59,61}	2 ^{65,71}	5 ⁷⁶⁻⁸⁰	11 ^{50,82-86,88-93,95}	1 ⁵⁴	2 ^{48,96}	1 ⁹⁷	27 (62.8%)
<i>Reflektion über Geschlechterrollen, -normen und -vorurteile</i> (z.B. weibliche Schönheitsideale und Körpernormen)	1 ⁵⁸	---	12 ^{49,51-53,64-75}	2 ^{76,78}	3 ^{50,89,90,92,93}	---	1 ⁴⁸	---	19 (44.2%)
<i>Nutzung geschlechtsspez. Rollenmodelle und Gruppenleitungen/Behandelnder</i> (z.B. weibliche Peer-Modelle in Interventionen für Mädchen)	2 ^{56,58}	2 ^{60,62}	2 ^{72,73}	---	7 ^{81-86,89,90,95}	---	1 ⁴⁸	---	14 (32.6%)
<i>Empowerment und Body Positivity/Körperakzeptanz</i> (z.B. Förderung der Körperakzeptanz bei FES-Interventionen)	1 ⁵⁶	2 ^{59,63}	6 ^{49,51,64,65,68,69,71}	2 ^{76,79}	1 ^{89,90}	---	---	1 ⁹⁸	13 (30.2%)
<i>Einbezug geschlechtsspez. Situationen in Intervention</i> (z.B. Outing bei SGM Jugendlichen)	3 ⁵⁶⁻⁵⁸	2 ^{59,61}	1 ^{52,53}	3 ⁷⁶⁻⁷⁸	---	---	1 ⁴⁸	---	10 (23.3%)
<i>Schaffung von sicheren Räumen und Beziehungen</i> (z.B. weibliches Personal und Mädchengruppen)	1 ⁵⁷	3 ^{60,62,63}	---	1 ⁷⁶	1 ^{89,90}	---	---	---	6 (14.0%)
<i>Feminist. Theorien oder Minoritätenstresstheorie als Grundlage</i> (z.B. Auswirkungen der Sozialisation auf Aggressionen von Mädchen)	1 ⁵⁶	---	---	3 ^{76,78,79}	2 ^{87,89,90}	---	---	---	6 (14.0%)
<i>Bereitstellung von geschlechtsspez. Ressourcen und Unterstützung</i> (z.B. Allies oder Community-Unterstützung)	2 ^{56,57}	---	---	---	---	---	---	---	2 (4.7%)

Anmerkungen. Die Zeilen sind nach absteigender Häufigkeit angeordnet. Abkürzungen: APS, Andere psychische Störungen; DISS, Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen; DS, depressive Störungen; DSM-5, Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Auflage; FES, Fütter- und Essstörungen; PS, Persönlichkeitsstörungen; SGM, sexuelle und geschlechtliche Minoritäten; SPSAV, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen; TBS, trauma- und belastungsbezogene Störungen; VS, Versorgungssetting.

Tabelle 4: Effektstärken gegliedert nach Interventionsform, adressierter psychischer Auffälligkeit und Studiendesign

Merkmale	Alle Studien, die Effektstärken berichteten (n = 29)				
	Keine Effekte	Kleine Effektstärken	Mittlere Effektstärken	Große Effektstärken	Cohen's d
	% (n) Studien	% (n) Studies	% (n) Studien	% (n) Studien	M (Range)
Interventionsform					
Behandlung	---	12.5% (1) ⁷⁹	25.0% (2) ^{77,80}	62.5% (5) ^{54,56,57,60,89,90}	1.10 (0.46 – 1.75)
Selektive Prävention	---	66.7% (2) ⁷²⁻⁷⁵	---	33.3% (1) ⁸⁸	0.44 (0.23 – 0.80)
Universelle Intervention	50.0% (2) ^{66,69}	25.0% (1) ⁶⁶	---	25.0% (1) ⁶⁴	0.39 (0.00 – 0.80)
Universelle Prävention	35.7% (5) ^{48,49,51-53,70,71}	35.7% (5) ^{67,81,84,87,92,93}	14.3% (2) ^{50,91}	14.3% (2) ^{65,85,86}	0.31 (0.00 – 0.80)
Adressierte psychische Auffälligkeit					
Trauma- und belastungsbezogene Störungen	---	---	---	100% (1) ⁶⁰	1.75 (---)
Persönlichkeitsstörungen	---	---	---	100% (1) ⁵⁴	1.32 (---)
Depressive Störungen	---	---	---	100% (2) ^{56,57}	1.26 (1.02 – 1.50)
Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen	---	44.4% (4) ^{81,84,87,92,93}	22.2% (2) ^{50,91}	33.3% (3) ^{85,86,88-90}	0.61 (0.20 – 1.42)
Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen	---	33.3% (1) ⁷⁹	66.6% (2) ^{77,80}	---	0.58 (0.46 – 0.79)
Fütter- und Essstörungen	60.0% (6) ^{49,51-53,68-71}	40.0% (4) ^{66,67,72-75}	---	16.7% (2) ^{64,65}	0.26 (0.00 – 1.23)
Andere psychische Störungen	100% (1) ⁴⁸	---	---	---	0.00 (---)
Studiendesign					
Unkontrollierte Studien (z.B. Kohortenstudien)	14.3% (1) ⁴⁸	---	14.3% (1) ⁸⁰	71.4% (5) ^{54,56,57,60,89,90}	1.07 (0.00 – 1.75)
Kontrollierte Studien (z.B. RCT)	27.3% (6) ^{49,51-53,68-71}	40.9% (9) ^{66,67,72-75,79,81,84,87,92,93}	13.6% (3) ^{50,77,91}	18.2% (4) ^{64,65,85,86,88}	0.37 (0.00 – 1.23)
Total	24.1% (7) ^{48,49,51-53,68-71}	31.0% (9) ^{66,67,72-75,79,81,84,87,92,93}	13.8% (4) ^{50,77,80,91}	31.0% (9) ^{54,56,57,60,64,65,85,86,88-90}	0.55 (0.00 – 1.75)

Anmerkungen. Es sind nur Studien aufgeführt, die Effektstärken angegeben haben. Die Zeilen innerhalb jeder Kategorie sind nach der Größe der Effektstärke (Cohen's d) geordnet. Abkürzungen: RCT, randomisiert kontrollierte Studien (Engl. randomized controlled trials).

8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit zur Evidenz geschlechtsspezifischer Aspekte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten (Ziel 1):

Ziel dieses Projekts war es, im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit einen Überblick über geschlechtsspezifische Aspekte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu bieten.

Insgesamt wurden 43 Studien zu geschlechtsspezifischen Versorgungsangeboten identifiziert. Hiervon wurden fünf Studien in Deutschland durchgeführt.⁴⁸⁻⁵⁴ Im Folgenden werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zusammengefasst, bewertet und diskutiert.

Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse (Ziel 2): Die Interventionen wurden größtenteils in Schul- oder Gemeindefsettings durchgeführt. Dieses Ergebnis passt zu anderen Studien, die zeigen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen außerhalb des traditionellen Gesundheitswesens versorgt/behandelt werden.^{99,100} Darüber hinaus wurden in fast der Hälfte der Studien Präventionsprogramme untersucht. Interessant ist hierbei, dass geschlechtsspezifische Konzepte bei der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, weniger jedoch bei der Entwicklung von Behandlungsprogrammen eine Rolle zu spielen scheinen. Unklar bleibt, ob es sich hierbei um eine konzeptionelle Lücke handelt oder ob geschlechtsspezifische Ansätze bei Behandlungsprogrammen lediglich nicht als solche gekennzeichnet werden.

Die einbezogenen Studien beschrieben größtenteils geschlechtsspezifische Versorgungsangebote für Substanzgebrauch/-missbrauch oder Essstörungen. Zudem wurden in über 70% der Studien Interventionen untersucht, die sich ausschließlich an Mädchen richteten. Zusammengefasst sind diese Ergebnisse nicht überraschend, da Mädchen/Frauen in der Suchtbearbeitung traditionell vernachlässigt wurden, was in den letzten Jahrzehnten zur Entwicklung frauenspezifischer Behandlungen geführt hat.¹³ Bei Essstörungen standen lange Zeit jugendliche Mädchen im Mittelpunkt der Präventionsprogramme, da diese ein besonders hohes Risiko aufweisen.¹⁰¹ Obwohl dieser Trend nachvollziehbar ist, hat er dazu beigetragen, dass

männliche und SGM Personen von Präventionsprogrammen für Essstörungen ausgeschlossen wurden.¹⁰² Lediglich zwei von 43 Studien konzentrierten sich ausschließlich auf Jungen, was auf eine große Forschungslücke hinweist. Darüber hinaus bietet der Fokus auf wenige, unterschiedliche psychische Probleme wichtige Anhaltspunkte für die zukünftige Forschung. Die Geschlechtsspezifität wurde je nach der adressierten psychischen Auffälligkeit und der Zielgruppe unterschiedlich umgesetzt. So schien beispielsweise die Auseinandersetzung mit familiärer Unterstützung und Minoritäten-Stressoren ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung von Depressionen/Suizidalität bei SGM Jugendlichen zu sein,^{56,58} während Interventionen bei Essstörungen hauptsächlich auf Schönheitsideale und Körperakzeptanz von Mädchen abzielten.^{49,51-53,64-75}

Die meisten Interventionen berücksichtigten mehrere geschlechtsspezifische Aspekte. Dies verdeutlicht, dass geschlechtsspezifische Interventionen mehrere Faktoren und Erfahrungen berücksichtigen sollten, die sich gegenseitig beeinflussen. So stehen beispielsweise Geschlechternormen und -ideale (z.B. das „Schlankheitsideal“), Entwicklungsaufgaben (z.B. das Einsetzen der Pubertät und die damit verbundenen Körperveränderungen) und der daraus resultierende geschlechtsspezifische Versorgungsbedarf (z.B. eine wirksame Prävention von Essstörungen) in einer Wechselwirkung. Dies spiegelt wider, dass die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht mit Erfahrungen auf biologischer, psychologischer und soziokultureller Ebene, aber auch mit individuellen Erfahrungen verbunden ist, die in verschiedenen Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt sind, ohne spezifisch mit Geschlechterrollen verbunden zu sein (z.B. die Rolle des Grübelns bei der Entwicklung von Depressionen bei Mädchen).¹⁰³

Die Übersichtsarbeit zeigte, dass die meisten geschlechtsspezifischen Interventionen zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit führten. Obwohl die Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit heterogen und unvollständig waren (da nicht alle Studien Ergebnisse zur Effektivität berichteten), sind sie vielversprechend. Die Studien ergaben im Durchschnitt mittlere Effektstärken, wobei Behandlungsstudien größere Effekte erzielten als universelle Interventions- und Präventionsprogramme. Dies steht im Einklang mit anderen Übersichtsarbeiten, in denen

eine „Hierarchie der Effektstärken“ für verschiedene Interventionsformen festgestellt wurde, wobei Behandlungsstudien größere Effekte erzielten als Präventionsstudien.¹⁰⁴

Die Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da einige Studien methodische Mängel aufweisen, u.a. fehlende Kontrollgruppen, kleine Stichprobengrößen, kurzfristige Follow-up-Zeiträume und mangelnde Studienqualität. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass belastbare kausale Evidenz (aus RCTs) fehlt und die erzielten Verbesserungen auch auf andere Faktoren zurückgeführt werden könnten.

Eine weitere Limitation bezieht sich auf die angewandte Suchstrategie. Begriffe, die sich auf das Geschlecht oder Gender beziehen (z.B. „Junge“/ „Mädchen“ oder „Transgender“), wurden nicht genutzt, da das Hinzufügen dieser Begriffe allein in PubMed zu mehr als 20000 zusätzlichen Ergebnissen geführt hätte. Mit einer umfassenderen Suchstrategie hätten zusätzliche Publikationen gefunden werden können, die nicht den Begriff „geschlechtsspezifisch“ oder verwandte Begriffe enthalten. Trotz dieser Limitation wurde die Suchstrategie vor allem aus zwei Gründen verwendet: Erstens war ein Ziel dieser Arbeit herauszufinden, wie geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden und somit auch, wie „geschlechtsspezifisch“ in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten derzeit verstanden wird. Zweitens wurden Pilotsuchen durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Suchstrategie zwar spezifisch, aber nicht übermäßig sensitiv war. Die Pilotsuchen ergaben, dass das Hinzufügen von Begriffen bezogen auf das Geschlecht oder Gender (siehe oben) zu viel Rauschen führte und nur wenige relevante Einträge ergab. Um dieser Einschränkung entgegenzuwirken, wurden auch relevante Übersichtsarbeiten und Referenzlisten gescreent. Insgesamt war es auffällig, dass geschlechtsspezifische Interventionen sehr oft psychische Auffälligkeiten behandelten, die bei einem anderen Geschlecht häufiger vorkommen (siehe z.B. Vielzahl an frauenspezifischen Interventionen für Substanzstörungen). Dieses Ergebnis könnte symptomatisch für Bereiche sein, in denen sich reguläre Interventionen weitgehend an ein bestimmtes Geschlecht richten (z.B. in diesem Fall traditionell an Jungen/Männer) – vielleicht sogar mit einem geschlechtsspezifischen Ansatz –, aber die Interventionen nicht als geschlechtsspezifisch bezeichnet werden. Dieser Einschränkung könnte in künftigen Studien begegnet

werden, indem beispielsweise Manuals von geschlechtsspezifischen (im Sinne von „single-sex“) und gemischtgeschlechtlichen Interventionen analysiert und verglichen werden.

Es wurde nur eine Studie identifiziert, in der eine geschlechtsspezifische mit einer geschlechtsunspezifischen Intervention verglichen wurde. Die vorliegende Übersichtsarbeit lässt daher keine Schlussfolgerungen hinsichtlich der vergleichenden Wirksamkeit von geschlechtsspezifischen gegenüber geschlechtsunspezifischen Interventionen zu. Dies unterstreicht zum einen eine wichtige Forschungslücke. Andererseits sollte an dieser Stelle nochmals betont werden, dass eine mögliche überlegene Wirksamkeit nicht der einzige Grund für geschlechtsspezifische Versorgungsangebote darstellt.

Der Fokus dieser Arbeit lag auf dem Geschlecht in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Darüber hinaus beeinflussen auch andere soziale Merkmale wie beispielsweise die ethnische Zugehörigkeit und der sozioökonomische Status die psychische Gesundheit und Versorgung von Kindern und Jugendlichen maßgeblich.^{105,106} Aus diesem Grund wird die ethnische Diversität der Studien berichtet (Anhang 2). Da die verschiedenen sozialen Merkmale miteinander interagieren und individuelle Erfahrungen sowie die Gesundheit prägen (im Sinne der Intersektionalität),¹⁰⁷ sollte künftige Studien untersuchen, wie verschiedene, intersektionale soziale Merkmale in der geschlechtsspezifischen Versorgung berücksichtigt werden.

Nutzung der Erkenntnisse für die bundesweite Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendliche sowie Stärkung der Chancengleichheit (Ziel 3): Aus der Übersichtsarbeit können wichtige Implikationen für die bundesweite Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendliche abgeleitet werden. Die konkreten Vorschläge finden Sie unter Punkt 11 „Verwertung der Projektergebnisse“. Außerdem werden die Ergebnisse in einer Open-Access Zeitschrift veröffentlicht, um eine internationale Leserschaft zu erreichen. Im Rahmen eines kinder- und jugendpsychiatrischen Kongresses wird die systematische Übersichtsarbeit zudem

vor einem internationalen Publikum präsentiert (siehe Punkt 10 „Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse“).

9 Gender Mainstreaming Aspekte

Durch die Untersuchung geschlechtsspezifischer Aspekte in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten sollte dieses Projekt einen Beitrag zum Gender Mainstreaming leisten. Genderaspekte standen damit im Fokus des Projekts und wurden in jedem Arbeitsschritt des Projekts berücksichtigt. So wurden in der Datenextraktion und -auswertung Aspekte wie Geschlechtsspezifität und Geschlechterverhältnisse in den einzelnen Publikationen beachtet. Auch bei der Interpretation der Ergebnisse wurden Geschlechteraspekte berücksichtigt und kritisch bewertet.

Im Rahmen der Übersichtsarbeit wurden cis- und heteronormative Annahmen kritisch reflektiert. So sollten neben den Geschlechtern „männlich“ und „weiblich“ auch Geschlechter außerhalb der binären Geschlechterordnung, z.B. das sogenannte dritte Geschlecht „divers“, in der Literaturübersicht berücksichtigt werden. Es wurde allerdings keine Studie identifiziert, die das Geschlecht „divers“ berichtete. Zudem geht aus den meisten Studien lediglich das Zuweisungsgeschlecht („sex“), nicht jedoch die Geschlechtsidentität/das Geschlechtererleben („gender“) der Teilnehmenden hervor. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele Kinder und Jugendliche, die einer SGM angehören, in vielen Studien aufgrund der eingeschränkten Art und Weise der Datenerhebung und -berichts vermutlich nicht sichtbar wurden. Künftige Interventionsstudien könnten dieser Limitation Rechnung tragen, indem sie erstens zwischen dem Zuweisungsgeschlecht und dem Gender unterscheiden und zweitens auch sexuelle Identitäten erheben und berichten.

Sämtliche Stellenbesetzungen erfolgten unter Berücksichtigung von Gleichstellungsaspekten. Zusammenfassend ist zu sagen, dass genderbezogene Aspekte in jeden Schritt des Projekts einbezogen wurden.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Verbreitung der Projektergebnisse erfolgt über verschiedene Wege, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Das systematische Review wurde bei der Fachzeitschrift *Child Psychiatry & Human Development* zur Publikation eingereicht und wird derzeit begutachtet (siehe Punkt 12 „Publikationsverzeichnis“). Ziel hierbei ist es, ein breites, internationales Fachpublikum zu erreichen.

Die Ergebnisse wurden im Juni 2022 vor einem internationalen Fachpublikum im Rahmen des Kongresses der *European Society for Child and Adolescent Psychiatry* (19th International Congress of ESCAP Maastricht – Networks in Child and Adolescent Psychiatry) in Maastricht vorgestellt.

Für künftige Projekte und Studien im Bereich der geschlechtsspezifischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten stellen wir gerne unser Wissen und unsere Expertise zur Verfügung und freuen uns über etwaige Kooperationen.

11 Verwertung der Projektergebnisse

Implikationen für die Forschung/Ausblick: Das Projekt „ReG-CARE“ und die daraus entstandene Übersichtsarbeit bieten viele Anhaltspunkte für die Forschung, um die geschlechtsspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten langfristig zu verbessern. Da nur wenige Studien aus dem deutschsprachigen Raum identifiziert werden konnten, braucht es gerade in Deutschland mehr Forschung in diesem Bereich. Forscherinnen und Forscher sowie Behandelnde können...:

1. ... die Effektivität von bereits bestehenden geschlechtsspezifischen Interventionen untersuchen.
2. ... die Effektivität von geschlechtsspezifischen und geschlechtsunspezifischen Interventionen vergleichend untersuchen.
3. ... existierende und wirksame Interventionen an geschlechtsspezifische Bedürfnisse anpassen.
4. ... geschlechtsspezifische Interventionen für andere psychische Auffälligkeiten/Störungen, die Geschlechterunterschiede im Kindes- und Jugendalter aufweisen, entwickeln und evaluieren (z.B. Autismus-Spektrum-Störungen oder ADHS).
5. ... geschlechtsspezifische Interventionen für unterversorgte Populationen im Kindes- und Jugendalter entwickeln und evaluieren.
6. ... geschlechtsspezifische Interventionen, die verschiedene soziale Merkmale (im Sinne der Intersektionalität) berücksichtigen, entwickeln und evaluieren.
7. ... neben dem Zuweisungsgeschlecht auch die Geschlechtsidentität und sexuelle Identität in Interventionsstudien erfassen, damit Kinder und Jugendliche, die einer sexuellen oder geschlechtlichen Minorität angehören, sichtbarer werden.
8. ... bei Evaluationsstudien berichten, inwiefern die untersuchte Intervention geschlechtsspezifisch ist.

Transfer in die Praxis: Darüber hinaus ergeben sich auch praktische Implikationen für die kinder- und jugendpädiatrische, -psychiatrische, -psychologische und psychotherapeutische

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Unsere Vorschläge umfassen die folgenden Punkte:

1. Verstärkte Aufklärung über Geschlechterunterschiede und geschlechtsspezifische Aspekte in Bezug auf psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, Sensibilisierung und Stärkung der Genderkompetenz von kinder- und jugendpädiatrischen, -psychiatrischen, -psychologischen und psychotherapeutischen Fachpersonal, z.B. durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Beratungsangebote und eine höhere Gewichtung des Themas in Curricula (z.B. im Rahmen des Medizin- oder Psychologiestudiums)
2. Aufbau und Förderung von Strukturen zur geschlechtsspezifischen Versorgung innerhalb sowie außerhalb des Gesundheitssystems, z.B. durch Mädchengruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten
3. Erstellung einer Übersicht über die geschlechtsspezifischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Deutschland, z.B. auf einer Webseite
4. Ausbau der geschlechtersensiblen Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen und frühzeitiges Ansetzen, z.B. durch eine stärkere Vernetzung der unterschiedlichen Systeme (wie z.B. Gesundheitssystem und Schulen oder Jugendhilfe)
5. Stärkere Gewichtung von geschlechtsspezifischen Aspekten in kinder- und jugendpädiatrischen, -psychiatrischen, -psychologischen und psychotherapeutischen Leitlinien

12 Publikationsverzeichnis

Herrmann, L., Reiss, F., Becker-Hebly, I., Baldus, C., Gilbert, M., Stadler, G., Kaman, A., Graumann, L., Ravens-Sieberer, U. (2021). Systematic Review of Gender-Specific Child and Adolescent Mental Health Care. *Child Psychiatry & Human Development* (under review).

13 Literatur

1. Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K, et al. Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Kindh Entwickl.* 2016;25(1):10-20. doi: 10.1026/0942-5403/a000184.
2. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annu Rev of Clin Psychol.* 2008;4(1):275-303. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358.
3. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry.* 2018;18(6). doi: 10.1186/s12888-018-1591-4.
4. Verhulst FC, Achenbach TM, van der Ende J, et al. Comparisons of Problems Reported by Youths From Seven Countries. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1479-1485. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1479.
5. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Boles M, Lynch F. Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers. *JAMA.* 2000;283(8):1025-1030. doi: 10.1001/jama.283.8.1025.
6. Slobodin O, Davidovitch M. Gender Differences in Objective and Subjective Measures of ADHD Among Clinic-Referred Children. *Front in Human Neurosci.* 2019;13(441). doi: 10.3389/fnhum.2019.00441.
7. Braun-Scharm H. Geschlechtsspezifische Ausprägung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2003;151(6):628-632. doi: 10.1007/s00112-003-0707-0.
8. Cuffe SP, Waller JL, Addy CL, et al. A longitudinal study of adolescent mental health service use. *J Behav Health Serv Res.* 2001;28(1):1-11. doi: 10.1007/BF02287230.
9. Griffin JA, Cicchetti D, Leaf PJ. Characteristics of Youths Identified From a Psychiatric Case Register as First-Time Users of Services. *Psychiatr Serv.* 1993;44(1):62-65. doi: 10.1176/ps.44.1.62.
10. Chandra A, Minkovitz CS. Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *J Adolesc Health.* 2006;38(6):754.e1-754.e8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.08.011.
11. Kaman A, Otto C, Klasen F, et al. Risk and resource factors for depressive symptoms during adolescence and emerging adulthood - A 5-year follow-up using population-based data of the BELLA study. *J Affect Disord.* 2021;280(Pt A):258-266. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.036.

12. Schraedley M.A PK, Gotlib IH, Hayward C. Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *J Adolesc Health*. 1999;25(2):98-108. doi: 10.1016/S1054-139X(99)00038-5.
13. Kumpfer KL, Smith P, Summerhays JF. A wakeup call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls? *Subst Use Misuse*. 2008;43(8-9):978-1001. doi: 10.1080/10826080801914261.
14. Krause ED, Vélez CE, Woo R, et al. Rumination, Depression, and Gender in Early Adolescence: A Longitudinal Study of a Bidirectional Model. *J Early Adolesc*. 2018;38(7):923-946. doi: 10.1177/0272431617704956.
15. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-495. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.06.012.
16. Levitan N, Barkmann C, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Becker-Hebly I. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(11):1487-1498. doi: 10.1007/s00787-019-01308-6.
17. Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, et al. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*. 2018;141(5):e20173845. doi: 10.1542/peds.2017-3845.
18. Meyer IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;2(3):209. doi: 10.1037/sgd0000132.
19. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child & Adolesc Psychiatry*. 2021. doi: 10.1007/s00787-021-01726-5.
20. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
21. Otto C, Reiss F, Voss C, et al. Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020. doi: 10.1007/s00787-020-01630-4.
22. Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promot Int*. 2015;30(1):140-50. doi: 10.1093/heapro/dau083

23. World Health Organization. *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. World Health Organization; 2011.
24. Piller S, Gibly J, Peled E. The value and rationale of gender-specific intervention with at-risk adolescent girls. *Child Fam Soc Work*. 2019;24(1):69-76. doi: 10.1111/cfs.12582.
25. Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Updated guidance for trusted systematic reviews: a new edition of the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;10:ED000142. doi: 10.1002/14651858.ED000142.
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
27. Merry SN, McDowell HH, Hetrick SE, Bir JJ, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2). doi: 10.1002/14651858.CD003380.pub2.
28. Friedrich AA, Mendez LMR, Mihalas ST. Gender as a factor in school-based mental health service delivery. *School Psych Rev*. 2010;39(1):122-136. doi: 10.1080/02796015.2010.12087794
29. Chesney-Lind M, Morash M, Stevens T. Girls troubles, girls' delinquency, and gender responsive programming: A review. *Aust N Z J Criminol*. 2008;41(1):162-189. doi: 10.1375/acri.41.1.162.
30. Bendall S, Eastwood O, Cox G, et al. A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreat*. 2021;26(3):313-324. doi: 1077559520927468.
31. Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, et al. Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries. *Confl Health*. 2020;14(1):1-26. doi: 10.1186/s13031-020-0254-5.
32. Moynihan M, Pitcher C, Saewyc E. Interventions that foster healing among sexually exploited children and adolescents: A systematic review. *J Child Sex Abuse*. 2018;27(4):403-423. doi: 10.1080/10538712.2018.1477220.
33. Leve LD, Chamberlain P, Kim HK. Risks, outcomes, and evidence-based interventions for girls in the US juvenile justice system. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015;18(3):252-279. doi: 10.1007/s10567-015-0186-6.
34. Zahn MA, Day JC, Mihalic SF, Tichavsky L. Determining what works for girls in the juvenile justice system: A summary of evaluation evidence. *Crime Delinq*. 2009;55(2):266-293. doi: 10.1177/0011128708330649.

35. Coulter RWS, Egan JE, Kinsky S, et al. Mental Health, Drug, and Violence Interventions for Sexual/Gender Minorities: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2019;144(3):e20183367. doi: 10.1542/peds.2018-3367.
36. Bochicchio L, Reeder K, Ivanoff A, Pope H, Stefancic A. Psychotherapeutic interventions for LGBTQ+ youth: a systematic review. *J LGBT Youth*. 2020:1-28. doi: 10.1080/19361653.2020.1766393.
37. Hobaica S, Alman A, Jackowich S, Kwon P. Empirically based psychological interventions with sexual minority youth: A systematic review. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*. 2018;5(3):313-323. doi: 10.1037/sgd0000275.
38. Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM. A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *J Youth Adolesc*. 2015;44(1):90-113. doi: 10.1007/s10964-014-0165-0.
39. Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;53:46-58. doi: 10.1016/j.cpr.2017.02.001.
40. Schwartz C, Drexler K, Fischer A, et al. Universal prevention in eating disorders: A systematic narrative review of recent studies. *Ment Health Prev*. 2019;14(11):200162. doi: 10.1016/j.mph.2019.200162.
41. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210. doi: 10.1186/s13643-016-0384-4.
42. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174. doi: 10.2307/2529310.
43. Effective Public Health Practice Project. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. Verfügbar unter: https://www.ehphp.ca/PDF/Quality%20Assessment%20Tool_2010_2.pdf. Letzter Zugriff am 16. Juni 2021.
44. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2004;1(3):176-84. doi: 10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x.
45. Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(1):12-18. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01516.x.
46. Lenhard W, Lenhard A. Berechnung von Effektstärken. 2016. Verfügbar unter: https://www.psychometrica.de/effect_size.html. Letzter Zugriff am 17. August 2021.

47. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992;112(1):155.
48. Hampel P, Jahr A, Backhaus O. Geschlechtsspezifisches Anti-Stress-Training in der Schule. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2008;57(1):20-38.
49. Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Prev Med.* 2011;52(2):152-158. doi: 10.1016/j.yp-med.2010.11.022.
50. Hinz A. Prävention durch Unterstützung bei der Bewältigung geschlechts-spezifischer Entwicklungsaufgaben. *Z Pädagog Psychol.* 2007;21(2):145-155. doi: 10.1024/1010-0652.21.2.145.
51. Adametz L, Richter F, Strauss B, Walther M, Wick K, Berger U. Long-term effectiveness of a school-based primary prevention program for anorexia nervosa: A 7-to 8-year follow-up. *Eat Behav.* 2017;25:42-50. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.05.004.
52. Weigel A, Gumz A, Uhlenbusch N, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2015/02/12 2015;15(1):21. doi: 10.1186/s12888-015-0405-1.
53. Gumz A, Weigel A, Daubmann A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):293. doi: 10.1186/s12888-017-1454-4.
54. Heider J, Fleck A, Peteler C, et al. Dialektisch-Behaviorale Therapie für männliche Jugendliche mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2017;66(2):104-120.
55. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th edition. American Psychiatric Association; 2013.
56. Craig SL, Austin A. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Child Youth Serv Rev.* 2016;64:136-144. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.02.022.
57. Diamond GM, Diamond GS, Levy S, Closs C, Ladipo T, Siqueland L. Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: a treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy (Chic).* 2012;49(1):62-71. doi: 10.1037/a0026247.
58. Lucassen MFG, Merry SN, Hatcher S, Frampton CMA. Rainbow SPARX: A Novel Approach to Addressing Depression in Sexual Minority Youth. *Cogn Behav Pract.* 2015;22(2):203-216. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.12.008.

59. Arnold EM, Kirk RS, Roberts AC, Griffith DP, Meadows K, Julian J. Treatment of incarcerated, sexually-abused adolescent females: An outcome study. *J Child Sex Abus.* 2003;12(1):123-139. doi: 10.1300/J070v12n01_06.
60. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;52(4):359-69. doi: 10.1016/j.jaac.2013.01.013.
61. Smith DK, Chamberlain P, Deblinger E. Adapting Multidimensional Treatment Foster Care for the Treatment of Co-occurring Trauma and Delinquency in Adolescent Girls. *J Child Adolesc Trauma.* 2012;5(3):224-238. doi: 10.1080/19361521.2012.697101.
62. Suarez E, Jackson DS, Slavin LA, Michels MS, McGeehan KM. Project Kealahou: Improving Hawai 'i's System of Care for At-Risk Girls and Young Women through Gender-Responsive, Trauma-Informed Care. *Hawaii J Med Public Health.* 2014;73(12):387.
63. Whaling KM, der Sarkissian A, Sharkey J, Akoni LC. Featured counter-trafficking program: Resiliency Interventions for Sexual Exploitation (RISE). *Child Abuse Negl.* 2020;100:104139. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104139.
64. Bird EL, Halliwell E, Diedrichs PC, Harcourt D. Happy Being Me in the UK: A controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. *Body Image.* 2013;10(3):326-334. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.02.008.
65. Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *Int J Eat Disord.* 2005;38(1):73-77. doi: 10.1002/eat.20148.
66. Halliwell E, Diedrichs PC. Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychol.* 2014;33(2):201-204. doi: 10.1037/a0032585.
67. López-Guimerà G, Sánchez-Carracedo D, Fauquet J, Portell M, Raich RM. Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls: General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. *Span J Psychol.* 2011;14(1):293-303. doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.26.
68. McVey GL, Davis R. A Program to Promote Positive Body Image: A 1-Year Follow-Up Evaluation. *J Early Adolesc.* 2002;22(1):96-108. doi: 10.1177/0272431602022001005.
69. McVey GL, Davis R, Tweed S, Shaw BF. Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *Int J Eat Disord.* 2004;36(1):1-11. doi: 10.1002/eat.20006.

70. Raich RM, Sánchez-Carracedo D, López-Guimerà G, Portell M, Moncada A, Fauquet J. A controlled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eat Disord.* 2008;16(3):255-72. doi: 10.1080/10640260802016852.
71. Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *Int J Eat Disord.* 2001;29(2):107-18. doi: 10.1002/1098-108x(200103)29:2<107::aid-eat1000>3.0.co;2-1.
72. Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(2):263-275. doi: 10.1037/0022-006X.74.2.263.
73. Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(2):329-40. doi: 10.1037/0022-006x.76.2.329.
74. Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(5):825-834. doi: 10.1037/a0016132.
75. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau J. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(4):500-508. doi: 10.1037/a0024351.
76. Cummings AL, Hoffman S, Leschied AW. A psychoeducational group for aggressive adolescent girls. *J Spec Group Work.* 2004;29(3):285-299. doi: 10.1080/01933920490477020.
77. Goldstein NE, Giallella CL, Haney-Caron E, et al. Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a randomized controlled trial. *Psychol Serv.* 2018;15(4):386. doi: 10.1037/ser0000184.
78. Hoffman S, Cummings AL, Leschied AW. Treating aggression in high-risk adolescent girls: A preliminary evaluation. *Canad J Couns Psychother.* 2004;38(2):59-74.
79. Pepler D, Walsh M, Yuile A, et al. Bridging the Gender Gap: Interventions with Aggressive Girls and Their Parents. *Prev Sci.* 2010;11(3):229-238. doi: 10.1007/s11121-009-0167-4.
80. Walsh MM, Pepler DJ, Levene KS. A Model Intervention for Girls with Disruptive Behaviour Disorders: The Earls court Girls Connection. *Canad J Couns.* 2002;36(4):297-311.
81. Schinke SP, Cole KC, Fang L. Gender-specific intervention to reduce underage drinking among early adolescent girls: A test of a computer-mediated, mother-daughter program. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009;70(1):70-77. doi: 10.15288/jsad.2009.70.70.

82. Schinke SP, Fang L, Cole KC. Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother–daughter program. *Addict Behav.* 2009;34(12):1060-1064. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.06.007.
83. Schinke SP, Fang L, Cole KC, Cohen-Cutler S. Preventing substance use among Black and Hispanic adolescent girls: Results from a computer-delivered, mother–daughter intervention approach. *Subst Use Misuse.* 2011;46(1):35-45. doi: 10.3109/10826084.2011.521074.
84. Schwinn TM, Schinke SP, Di Noia J. Preventing drug abuse among adolescent girls: outcome data from an internet-based intervention. *Prev Sci.* 2010;11(1):24-32. doi: 10.1007/s11121-009-0146-9.
85. Schwinn TM, Schinke SP, Hopkins J, Keller B, Liu X. An online drug abuse prevention program for adolescent girls: posttest and 1-year outcomes. *Journal Youth Adolesc.* 2018;47(3):490-500. doi: 10.1007/s10964-017-0714-4.
86. Schwinn TM, Schinke SP, Keller B, Hopkins J. Two-and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. *Addict Behav.* 2019;93:86-92. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.01.010.
87. Schwinn TM, Thom B, Schinke SP, Hopkins J. Preventing drug use among sexual-minority youths: findings from a tailored, web-based intervention. *J Adolesc Health.* 2015;56(5):571-3. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.12.015.
88. Walker SC, Duong M, Hayes C, et al. A tailored cognitive behavioral program for juvenile justice-referred females at risk of substance use and delinquency: A pilot quasi-experimental trial. *PLoS One.* 2019;14(11):e0224363. doi: 10.1371/journal.pone.0224363.
89. Roberts-Lewis AC, Welch-Brewer CL, Jackson MS, Pharr OM, Parker S. Female juvenile offenders with HEART: Preliminary findings of an intervention model for female juvenile offenders with substance use problems. *J Drug Issues.* 2010;40(3):611-625.
90. Welch CL, Roberts-Lewis AC, Parker S. Incorporating gender specific approaches for incarcerated female adolescents: Multilevel risk model for practice. *J Offender Rehabil.* 2009;48(1):67-83. doi: 10.1080/10509670802572292.
91. Fang L, Schinke SP. Two-year outcomes of a randomized, family-based substance use prevention trial for Asian American adolescent girls. *Psychol Addict Behav.* 2013;27(3):788-798. doi: 10.1037/a0030925.
92. Elliot DL, Goldberg L, Moe EL, DeFrancesco CA, Durham MB, Hix-Small H. Preventing substance use and disordered eating: initial outcomes of the ATHENA (athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives) program. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158(11):1043-1049.

93. Elliot DL, Goldberg L, Moe EL, et al. Long-term outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise & Nutrition Alternatives) program for female high school athletes. *J Alcohol Drug Educ.* 2008;52(2):73.
94. Goldberg L, MacKinnon DP, Elliot DL, Moe EL, Clarke G, Cheong J. The adolescents training and learning to avoid steroids program: preventing drug use and promoting health behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(4):332-338.
95. Schinke SP, Schwinn T. Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2005;31(4):609-616.
96. Turner LK, Werner-Wilson RJ. Phenomenological experience of girls in a single-sex day treatment group. *J Fem Fam Ther.* 2008;20(3):220-250. doi: 10.1080/08952830802264532.
97. Guss CE, Eiduson R, Khan A, Dumont O, Forman SF, Gordon AR. "It'd Be Great to Have the Options There": A Mixed-Methods Study of Gender Identity Questions on Clinic Forms in a Primary Care Setting. *J Adolesc Health.* 2020;67(4):590-596. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.03.030.
98. Crable AR, Underwood LA, Parks-Savage A, Maclin V. An examination of a gender-specific and trauma-informed training curriculum: implications for providers. *Int J Behav Consult Ther.* 2013;7(4):30. doi: 10.1037/h0100964.
99. Benjet C. *Gender sensitive psychiatric care for children and adolescents.* In: Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society. John Wiley & Sons; 2009.
100. World Health Organization. *Atlas child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future.* World Health Organization; 2005.
101. Rosenvinge JH, Pettersen G. Epidemiology of eating disorders, part I: introduction to the series and a historical panorama. *Adv Eat Disord.* 2015;3(1):76-90. doi: 10.1080/21662630.2014.898206.
102. Cohn L, Murray SB, Walen A, Wooldridge T. Including the excluded: Males and gender minorities in eating disorder prevention. *Eat Disord.* 2016;24(1):114-20. doi: 10.1080/10640266.2015.1118958.
103. Judd F, Armstrong S, Kulkarni J. Gender-Sensitive Mental Health Care. *Australas Psychiatry.* 2009;17(2):105-111. doi: 10.1080/10398560802596108.
104. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;51:30-47. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.005.
105. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2013;90:24-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026.

106. Flores G. Technical Report - Racial and Ethnic Disparities in the Health and Health Care of Children. *Pediatrics*. 2010;125(4):e979-e1020. doi: 10.1542/peds.2010-0188
107. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Rev.* 1991;43(6):1241-1299. doi: 10.2307/1229039

14 Anhang

Anhang 1 – Suchstrategie in unterschiedlichen Datenbanken

Anhang 2 – Studiendetails und Referenzen der einbezogenen Studien

Anmerkung: Der zahlenmäßige Verwendungsnachweis (gemäß ANBest-P Nr. 6.2.1) ist in einem separaten Dokument enthalten, das postalisch zugestellt wurde.

Anhang 1. Suchstrategie in unterschiedlichen Datenbanken.

Die Literaturrecherche wurde in den folgenden Datenbanken am 27. April 2021 zuletzt durchgeführt.

Social Science Citation Index (via Web of Science)

- #1 TS=(child* OR adolesc* OR youth* OR p\$ediatric* OR teen* OR juvenil*) OR KP=(children OR adolescents)
- #2 TS=(gender-sensi* OR gender-specific* OR sex-specific* OR gender-responsive* OR gender-related OR gender-targeted OR gender-aware* OR gender-informed OR gender-conscious* OR gender-orient* OR "gender sensi*" OR "gender specific*" OR "sex specific*" OR "gender responsive*" OR "gender related*" OR "gender targeted*" OR "gender aware*" OR "gender informed" OR "gender conscious*" OR "gender orient*" OR gendersensi* OR genderspecific* OR sexspecific* OR genderresponsive* OR genderrelated OR gendertargeted OR genderaware* OR genderinformed OR genderconscious* OR genderorient*)
- #3 TS=((("mental health" OR "mental healthcare" OR "mental wellbeing" OR "mental well-being" OR "behavioral health" OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mental problem*" OR "mental disease*" OR "mental health difficult*" OR psych*) AND (care OR "mental healthcare" OR counsel\$ing OR service* OR program* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR approach OR prevention* OR promot* OR p\$ediatrics)) OR psychotherap* OR psychiatr* OR psychoeducation* OR Skills-training OR skillstraining OR "skill* training") OR KP=("mental health services") OR KP=("psychotherapy") OR KP=("child psychiatry") OR KP=("adolescent psychiatry")
- #4 #1 AND #2 AND #3

Indexes=SSCI Timespan=2000-2021

PubMed

"child**"[tiab] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolesc**"[tiab] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "youth**"[tiab] OR "pediatric**"[tiab] OR "paediatric**"[tiab] OR "teen**"[tiab] OR "juvenil**"[tiab]

"gender sensi**"[tiab] OR "gender specific**"[tiab] OR "sex specific**"[tiab] OR "gender responsive**"[tiab] OR "gender related"[tiab] OR "gender targeted"[tiab] OR "gender aware**"[tiab] OR "gender informed"[tiab] OR "gender conscious**"[tiab] OR "gender orient**"[tiab] OR "gendersensi**"[tiab] OR "genderspecific**"[tiab] OR "sexspecific**"[tiab] OR "genderresponsive**"[tiab] OR "genderrelated**"[tiab] OR "gendertargeted**"[tiab] OR "genderaware**"[tiab] OR "genderinformed**"[tiab] OR "genderconscious**"[tiab] OR "genderorient**"[tiab] OR "gender-sensi**"[tiab] OR "gender-specific**"[tiab] OR "sex-specific**"[tiab] OR "gender-responsive**"[tiab] OR "gender-related**"[tiab] OR "gender-targeted**"[tiab] OR "gender-aware**"[tiab] OR "gender-informed**"[tiab] OR "gender-conscious**"[tiab] OR "gender-orient**"[tiab]

((("mental health"[tiab] OR "mental health"[MeSH Terms] OR "mental healthcare" [tiab] OR "mental wellbeing"[tiab] OR "mental well-being"[tiab] OR "behavioural health"[tiab] OR "behavioral health"[tiab] OR "mental disorder**"[tiab] OR "mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental illness**"[tiab] OR "mental problem**"[tiab] OR "mental disease**"[tiab] OR "mental health difficult**"[tiab] OR "psych**"[tiab]) AND ("care"[tiab] OR "mental healthcare"[tiab] OR "counseling"[tiab] OR "counselling"[tiab] OR "service**"[tiab] OR "program**"[tiab] OR "intervention**"[tiab] OR "treatment**"[tiab] OR "therap**"[tiab] OR "approach"[tiab] OR "prevention**"[tiab] OR "promot**"[tiab] OR "pediatrics"[MeSH Terms])) OR "mental health services"[MeSH Terms] OR "psychotherap**"[tiab] OR "psychotherapy"[MeSH Terms] OR "psychiatr**"[tiab] OR "child psychiatry"[MeSH Terms] OR "adolescent psychiatry"[MeSH Terms] OR "psychoeducat**"[tiab] OR "skills-training"[tiab] OR "skillstraining"[tiab]

(english[Filter] OR german[Filter]) AND (2000:2021[pdat])

humans[Filter] AND (allinfant[Filter] OR child[Filter] OR adolescent[Filter] OR preschoolchild[Filter])

#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

PsycInfo (via EBSCOHost)

- S1 (AB child* OR adolesc* OR youth* OR p#ediatric* OR teen* OR juvenil*) OR (MJ child OR adolescent)
- S2 AB gender-sensi* OR gender-specific* OR sex-specific* OR gender-responsive* OR gender-related OR gender-targeted OR gender-aware* OR gender-informed OR gender-conscious* OR gender-orient* OR "gender sensi*" OR "gender specific*" OR "sex specific*" OR "gender responsive*" OR "gender related*" OR "gender targeted*" OR "gender aware*" OR "gender informed" OR "gender conscious*" OR "gender orient*" OR gendersensi* OR genderspecific* OR sexspecific* OR genderresponsive* OR genderrelated OR gendertargeted OR genderaware* OR genderinformed OR genderconscious* OR genderorient*
- S3 (AB ("mental health" OR "mental healthcare" OR "mental wellbeing" OR "mental wellbeing" OR "behavioral health" OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mental problem*" OR "mental disease*" OR "mental health difficult*" OR psych*) AND (care OR "mental healthcare" OR counsel#ing OR service* OR program* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR approach OR prevention* OR promot* OR p#ediatrics)) OR psychotherap* OR psychiatr* OR psychoeducation* OR Skills-training OR skillstraining or "skill* training") OR (MJ "mental health services" OR "psychotherapy" OR "child psychiatry" OR "adolescent psychiatry")
- S4 PO Human AND LA (English OR German)
- S5 S1 AND S2 AND S3 AND S4

PSYNDEX (via Livio)

((DB=PSYNDEX(((child* OR adolesc* OR youth* OR pediatric* OR paediatric* OR teen* OR juvenil* OR Kind* OR Jugend*) OR MESH=child OR MESH=adolescents) AND ("gender-sensi*" OR "gender-specific*" OR "sex-specific*" OR "gender-responsive*" OR "gender-related*" OR "gender-targeted*" OR "gender-aware*" OR "gender-informed*" OR "gender-conscious*" OR "gender-orient*" OR "gender sensi*" OR "gender specific*" OR "sex specific*" OR "gender responsive*" OR "gender related*" OR "gender targeted*" OR "gender aware*" OR "gender informed*" OR "gender conscious*" OR "gender orient*" OR "gendersensi*" OR "genderspecific*" OR "sexspecific*" OR "genderresponsive*" OR "genderrelated*" OR "gendertargeted*" OR "genderaware*" OR "genderinformed*" OR "genderconscious*" OR "genderorient*" OR geschlechtersensib* OR geschlechterspezifi* OR geschlechtssensib* OR geschlechtsspezifi*) AND (("mental health" OR "mental healthcare" OR "mental wellbeing" OR "mental well-being" OR "behavioral health" OR "behavioural health" OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mental problem*" OR "mental disease*" OR "mental health difficult*" OR psych*) AND (care OR "mental healthcare" OR counseling OR counselling OR service* OR program* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR approach OR prevention* OR promot* OR pediatrics OR paediatrics OR Versorgung* OR Behandlung* OR Prävention* OR Pädiatr* OR Beratung* OR Ansatz* OR Ansätze)) OR psychotherap* OR psychiatr* OR psychoeducation* OR Psychoedukation* OR Skills-training OR skillstraining OR "skill* training" OR MESH="mental health services" OR MESH=psychotherapy OR MESH="child psychiatry" OR MESH="adolescent psychiatry")))) AND PY=2000:)

Cochrane Library

(child* OR adolesc* OR youth* OR pediatric* OR paediatric* OR teen* OR juvenil*):ti,ab,kw AND (gender-sensi* OR gender-specific* OR sex-specific* OR gender-responsive* OR gender-related OR gender-targeted OR gender-aware* OR gender-informed OR gender-conscious* OR gender-orient* OR "gender sensi*" OR "gender specific*" OR "sex specific*" OR "gender responsive*" OR "gender related*" OR "gender targeted*" OR "gender aware*" OR "gender informed" OR "gender conscious*" OR "gender orient*" OR gendersensi* OR gender-specific* OR sexspecific* OR genderresponsive* OR genderrelated OR gendertargeted OR genderaware* OR genderinformed OR genderconscious* OR genderorient*):ti,ab,kw AND (((("mental health" OR "mental healthcare" OR "mental wellbeing" OR "mental well-being" OR "behavioral health" OR "behavioural health" OR "mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mental problem*" OR "mental disease*" OR "mental health difficult*" OR psych*) AND (care OR "mental healthcare" OR counseling OR counselling OR service* OR program* OR intervention* OR treatment* OR therap* OR approach OR prevention* OR promot* OR pediatrics OR paediatrics)) OR psychotherap* OR psychiatr* OR psychoeducation* OR Skills-training OR skillstraining OR "skill* training"):ti,ab,kw

Search Limits: Between Jan 2000 and
(Search word variations = off)

<https://www.cochranelibrary.com/advanced-search/search-manager>

Anhang 2. Studiendetails und Referenzen der einbezogenen Studien.

Depressive Störungen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studiendesign	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Craig und Austin (2016)	Kanada	Gemeinde	Behandlung	Adaptierte KVT-Gruppe für Depressionen („AF-FIRM“) durchgeführt von geschulten Behandelnden aus der SGM Community	8 Module: KVT und Psycho-education mit einem Fokus auf den Auswirkungen von Minoritätenstress	Erkunden und Validierung der SGM Identität, Adressieren von geschlechtsspezifischen Bedürfnissen, Anerkennung von Minoritätenstressoren und Identifikation von Bewältigungsstrategien, Aufbau Kontakt zu SGM Allies	SGM Jugendliche	N = 30 (SGM) 57% Weiblich, 37% Queer, 20% Männlich, 20% Nichtbinär, 7% Transgender, 3% Two-Spirit, 3% Sonstige 53% Weiß, 27% Asiatisch, 23% Mixed, 20% Schwarz, 7% Indigen, 7% Lateinamerikanisch	Range: 15 – 18 M = 17.14	Kohorte	Depressive Symptome (BDI-II) Stressbewertung (SAMA)	Follow-up nach 3 Monaten: Signifikante Abnahme der depressiven Symptome ($n^2 = .23 / d = 1.09$) und Stressbewertung (Subskala Bedrohung, $n^2 = .18 / d = 0.94$) im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke ($d = 1.02$)	Moderat
Diamond et al. (2012)	USA	Familie	Behandlung	Angepasste BFT für Suizidalität und Depressionen, durchgeführt von klinischen Psychologinnen und Psychologen („ABFT-LGB“)	Ca. 12 Sitzungen: Individuelle Therapie, Familientherapie, und Elternschulung	Adressieren von geschlechtsspezifischen Bedürfnissen und Problemen der psychischen Gesundheit, Verbesserung der Akzeptanz und Sicherheit in der Eltern-Kind-Beziehung, Förderung des Zugangs zu affirmativen Ressourcen	LGB Jugendliche mit Suizidgedanken	N = 10 (80% Mädchen, 20% Jungen) 50% Afroamerikanisch, 20% Weiß, 20% Multi-racial, 10% Sonstige	Range: 14 – 18 M = 15.10	Kohorte	Suizidalität (SIQ-JR) Depression (BDI-II)	Follow-up nach 3 Monaten: Signifikante Abnahme der Suizidalität ($d = 2.10$) und den depressiven Symptomen ($d = 0.90$) im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke ($d = 1.50$)	Schwach

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studiendesign	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Lucassen et al. (2015)	Neuseeland	Individuell	Behandlung	Adaptierte KVT für Depressionen, computergestützt („Rainbow SPARX“)	7 Sitzungen: Skills Training, Spiele, Psychoedukation	Möglichkeit, geschlechtsnon-konforme Avatare zu erstellen, Adressieren von relevanten Situationen (z.B. Outing), Stereotypen und Herausforderungen/Problemen	SGM Jugendliche und junge Erwachsene mit Depressionen	N = 21 (48% Mädchen, 52% Jungen) 71% Neuseeländisch Europäisch, 10% Maori, 5% „Pacific“, 14% Asiatisch	Range: 13 – 19 M = 16.50	Kohorte	Depressive Symptome (CDRS-R, RADS-2, & MFQ)	Follow-up nach 3 Monaten: Signifikante Abnahme der depressiven Symptome wurde aufrechterhalten zum Zeitpunkt des Follow-ups, ES n.b. für Follow-up	Moderat

Anmerkungen. Altersgruppen: Jugendliche 12 - 21 Jahre, junge Erwachsene 22 - 25 Jahre. Abkürzungen: BDI-II, Beck Depression Inventory-II; BFT, Bindungsorientierte Familientherapie; CDRS-R, Children's Depression Rating Scale-Revised; ES, Effektstärke(n); KVT, Kognitive Verhaltenstherapie; LGB, Lesbian, Gay and Bisexual; MFQ, Mood and Feelings Questionnaire; n.b., nicht berichtet; RADS-2, Reynolds Adolescent Depression Scale, Second Edition; SAMA, Stress Appraisal Measure for Adolescents; SGM, sexuelle und geschlechtliche Minoritäten; SIQ-JR, Suicidal Questionnaire-Junior; SPARX, Smart, Positive, Realistic, X-factor thoughts.

Trauma- und belastungsbezogene Störungen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studiendesign	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Arnold et al. (2003)	USA	Jugendjustizsystem	Behandlung	Geschlechtsspezifische KVT durchgeführt von Beraterinnen und Beratern	Ca. 26 Wochen: Einzel- und Gruppentherapie, strukturiertes Tagebuchschreiben, Kunst, Rollenspiele	Adressieren der Bedürfnisse und Probleme von sexuell missbrauchten Mädchen sowie der geschlechtsspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren, Empowerment, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Risikosituationen	Inhaftierte jugendliche Mädchen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen	N = 100 (100% Mädchen) IG: n = 45 KG: n = 55 (TAU) 35% Weiß, 55% "Nicht-Weiß"	Range: 12 – 17 M (n.b.)	Kohortenanalyse	Psychosoziales Funktionsniveau (MAAS)	Kurz nach der Behandlung: Signifikante Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus in der IG im Zeitverlauf, ES n.b.	Moderat
O'Callaghan et al. (2013)	DR Kongo	Gemeinde	Behandlung	Kulturell angepasste TF-KVT für posttraumatische Belastungssymptome, durchgeführt von nicht-klinischem Personal	15 Sitzungen: Gruppentherapie, Einzelsitzungen und Psychoedukation	Einsatz weiblichen Personals bei sensiblen Themen, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Risiko- und Schutzfaktoren sowie Bedürfnisse, Schaffung eines sicheren Raums	Vom Krieg betroffene jugendliche Mädchen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen	N = 52 (100% Mädchen) IG: n = 24 KG: n = 28 (Warteliste)	Range: 12 – 17 M = 16.02	RCT	Posttraumatische Belastungssymptome (UCLA PTSD RI) Psychosoziales Funktionsniveau (AYPA)	Follow-up nach 3 Monaten: Signifikante Abnahme der posttraumatischen Belastungssymptome ($d = 2.04$) und signifikante Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus ($d = 0.95 - 2.45$) in der IG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke ($d = 1.75$) ¹	Stark

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studiendesign	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Smith et al. (2012)	USA	Gemeinde	Behandlung	TF-KVT-basierte Pflegeunterbringung bei gleichzeitiger Traumatisierung und Straffälligkeit („MTFC T“) durch geschulte Betreuende und Therapeutinnen und Therapeuten	30 Sitzungen: Einzeltherapie; zusätzlich Familientherapie, Kompetenzentwicklung, Training, Supervision und Gruppen für Pflegeeltern, Fallmanagement	Adressieren der spezifischen Bedürfnisse und Probleme delinquenter Mädchen, Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Risikosituationen	Jugendliche Mädchen mit Traumata, die dem Justizsystem bekannt sind	N = 30 (100% Mädchen) IG: n = 13 KG: n = 17 (TAU) 72% Europäisch-Amerikanisch, 4% Afroamerikanisch, 7% „Native American“, 7% Latino, 11% „Multiracial“	Range: 12 – 17 M = 15.31	CCT	Traumabezogene psychische Probleme (selbst konstruierter Score mit Skalen des BSI, CBCL, K-SADS-PL und TSCC)	Follow-up nach 12 Monaten: Signifikant niedrigere Werte für traumabezogene psychische Probleme in der IG im Vergleich zur KG, ES n.b.	Moderat
Suarez et al. (2014)	USA	Gemeinde	Behandlung	Trauma-informiertes, kultursensibles Pflegesystem („Project Kealahou“)	Fallmanagement, Community Unterstützung, Gruppenaktivitäten und evidenzbasierte psychologische Behandlung	Adressieren der Bedürfnisse traumatisierter Mädchen, Einbindung von Mädchen in prosoziale Aktivitäten, v.a. weibliches Personal, Schaffung sicherer Beziehungen/Raum	Vorpubertäre und jugendliche Mädchen mit Traumata und einer diagnostizierten psychischen Störung	N = 144 (100% Mädchen) 57% Hawaiiische Erstbewohner, 55% Weiß, 38% Chinesisch, 36% Philippinisch, 20% Japanisch, 16% Samoanisch, 14% „Native American“, 12% Puerto-Rikanisch, 10% Andere „Pacific Islander“, 9% Afro-amerikanisch, 7% Mexikanisch, 6% „Other Asian“, 2% „Other Hispanic“	Range: 11 – 18 M = 15.40	Kohorte	Soziale und emotionale Stärken (BERS-2C/2Y) Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten (CBCL) Angst (RCMAS-2) Depression (RADS-2)	Follow-up nach 6 Monaten: Signifikante Verbesserung der sozialen und emotionalen Stärken, der Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten und der Depression im Zeitverlauf, ES n.b.	Schwach

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studiendesign	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Whaling et al. (2020)	USA	Gemeinde	Behandlung	Multidisziplinäres, auf traumafokussiertes Programm („RISE“), das von geschultem Personal durchgeführt wird	Survivor-Therapie (z.B. TF-KVT), Yoga, Kunst, Einzel-, Gruppen- und Familientherapie, Fallmanagement	Ident. individueller Risiko- und Schutzfaktoren, Berücksichtigung der psychischen und Sicherheitsbedürfnisse, Empowerment	Weibliche und SGM Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Erfahrungen von kommerzieller sexueller Ausbeutung	N = 90 keine Angaben zu geschlechtlicher oder ethnischer Vielfalt	Range: 10 – 24 M = 16.00	Kohorte	n.b.	n.b.	Nicht zutreffend ²

Anmerkungen. Altersgruppen: Kinder/vorpubertäre Jugendliche 5 – 11 Jahre, Jugendliche 12 – 21 Jahre. Abkürzungen: AYP, African Youth Psychosocial Assessment; BERS-2C/2Y, Behavioral and Emotional Rating Scale, 2nd Edition; BSI, Brief Symptom Inventory; CBCL, Child Behavior Checklist; CCT, Controlled Clinical Trial (kontrolliert klinische Studie); DR, Demokratische Republik; ES, Effektstärken(n); IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; KVT, kognitive Verhaltenstherapie; K-SADS-PL, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version; MAAS, Multidimensional Adolescent Assessment Scale; MTFC+T, Multidimensional Treatment Foster Care Plus Trauma; n.b., nicht berichtet; RADS-2, Reynolds Adolescent Depression Scale, Second Edition; RCMAS-2, Revised Children’s Manifest Anxiety Scale, Second Edition; RCT, randomisiert kontrollierte Studie; RISE, Resiliency Interventions for Sexual Exploitation; SGM, Sexual and Gender Minority; TAU, Treatment As Usual; TF-KVT, traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie; TSCC, Trauma Symptom Checklist for Children; UCLA PTSD RI, The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index.

¹ Die Gruppen (IG vs. KG) wurden beim Follow-up nicht verglichen, da die Kontrollgruppe die Behandlung zu diesem Zeitpunkt bereits erhalten hatte. Infolgedessen wurde die Studie für die Datensynthese der Effektivität als "unkontrolliert" eingestuft.² Die Studienqualität konnte nicht bewertet werden, da mehrere Kriterien der Checkliste nicht anwendbar waren.

Fütter- und Essstörungen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Bird et al. (2013)	UK	Schule	Universelle Intervention	Universelle Körperbild-Intervention („Happy Being Me“), durchgeführt von der Erstautorin	3 Sitzungen: interaktive Elemente	Intervention geschlechtsadaptiert: Reflexion von weiblichen und männlichen Schönheitsidealen, Förderung der Körperakzeptanz	Vorpubertäre Mädchen und Jungen	<i>N</i> = 88 (47.7% Mädchen) IG: <i>n</i> = 43 KG: <i>n</i> = 45 (keine Interv.) 100% Kaukasisch	Range: 10 – 11 <i>M</i> (n.b.)	CCT	Körperzufriedenheit (BSVAS) Verinnerlichung des Schlankheitsideals (SATAQ-3, Subskala Internalization-General) Gezügelttes Essen (TFEQ) Emotionales Essen (TFEQ)	Follow-up nach 3 Monaten: Signifikante Verbesserung der Körperzufriedenheit (<i>d</i> = -1.23) bei den Mädchen in der IG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke (<i>d</i> = 1.23)	Schwach
Favaro et al. (2005)	Italien	Schule	Universelle Prävention	Universelle Essstörungsprävention durchgeführt von geschulten Lehrkräften	6 Sitzungen: Psychoedukation und interaktive Elemente	Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen und Körperveränderungen während der Pubertät bei Mädchen, Förderung der Körperakzeptanz	Jugendliche Mädchen	<i>N</i> = 129 (100% Mädchen) IG: <i>n</i> = 38 KG: <i>n</i> = 91 (keine Interv.) keine Angaben zu ethnischer Vielfalt	Range: 16 – 18 <i>M</i> = 17.00	CCT	Essstörung (SCID – section eating disorders) Einstellungen zum Essen (EAT-40)	Follow-up nach 1 Jahr: Signifikant niedrigere Raten für die Entwicklung einer Essstörung in der IG im Vergleich zur KG (5 % vs. 11%) und signifikante Verbesserungen in Einstellungen zum Essen (Bulimie Subskala, <i>ES</i> = 0.55) in der IG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlichen großen Effektstärke (<i>ES</i> konnte wg. fehlenden Informationen nicht transformiert werden, <i>d</i> = 0.80 wurde angewandt)	Stark

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Halliwell und Diedrichs (2014)	UK	Schule	Universelle Intervention	Universelle Dissonanz-Körperbild-Intervention („Body project“), durchgeführt von Autorinnen oder Doktorandinnen und Doktoranden	4 Sitzungen: Aktivitäten, Psychoedukation, und Medienkompetenz	Berücksichtigung der Bedürfnisse/des Versorgungsbedarfs heranwachsender Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen und -mythen	Jugendliche Mädchen	N = 104 (100% Mädchen) IG: n = 52 KG: n = 52 (Warteliste) 70% Weiß, 7% Schwarz, 12% Asiatisch, 11% „Mixed“	Range: 12 – 13 M = 12.07	CCT	Verinnerlichung des Schlankheitsideals (TIIS) Körperunzufriedenheit (BPSS) Diät (DRES)	1 Woche nach der Intervention: Signifikante Abnahme des verinnerlichten Schlankheitsideals ($d = 0.36$) und der Körperunzufriedenheit ($d = 0.29$) in der IG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich kleinen Effektstärke ($d = 0.33$)	Schwach
López-Guimerà et al. (2011)	Spanien	Schule	Universelle Prävention	Universelle Essstörungsprävention durchgeführt von Autorinnen und Autoren	4 Sitzungen: Psychoedukation über Ernährung, weibliche Schönheitsideale und Medienkompetenz sowie interaktive Elemente	Adressieren von Bedürfnissen/Versorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen und -mythen	Jugendliche Mädchen	N = 263 (100% Mädchen) IG 1: n = 57 (vollst. Behandlung) IG 2: n = 78 (partielle Behandlung ohne Ernährungsmodul) KG: n = 128 (keine Interv.) 89.7% Spanisch, 5.3% Lateinamerikanisch, 2.3% Nordafrikanisch, 0.7% „Mixed“, 0.7% Sonstige	Range (n.b.) M = 13.41	CCT	Einstellungen zum Essen (EAT) Einflüsse des ästhetischen Körperideals (CIMEC)	Follow-up nach 6 Monaten: Signifikante Verbesserung der Einstellungen zum Essen (Subskala Diät und Beschäftigung mit dem Essen; $ES = 0.37$) in IG 2 im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer kleinen Effektstärke ES konnte wg. fehlenden Informationen nicht transformiert werden, $d = 0.20$ wurde angewandt)	Moderat
McVey und Davis (2002)	Kanada	Schule	Universelle Intervention	Universelle Körperbild-Intervention („Every BODY Is a Somebody“) durchgeführt durch Autorinnen und Autoren	6 Sitzungen: Psychoedukation, Medienkompetenz und interaktive Elemente	Adressieren von Bedürfnissen/Versorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen, Förderung eines positiven Körperbilds	Präpubertäre Mädchen	N = 263 (100% Mädchen) IG: n = 150 KG: n = 113 (keine Interv.) 48.9% Kaukasisch, 20% Asiatisch, 11.1% Afrikanisch, 8.5% Südasiatisch, 2.6% „Native Canadian“	Range (n.b.) Median: 10.88	CCT	Körperbildzufriedenheit (SIQYA – Körperbild) Einstellungen zum Essen (Kinderversion EAT)	Follow-up nach 12 Monaten: Keine Effekte	Stark

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
McVey et al. (2004) (Replikation McVey and Davis, 2002)	Kanada	Schule	Universelle Intervention	Universelle Körperbild-Intervention („Every BODY Is a Somebody“) durchgeführt durch Autorinnen und Autoren	6 Sitzungen: Psychoedukation, Medienkompetenz und interaktive Elemente	Adressieren von Bedürfnissen/Ver sorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen, Förderung eines positiven Körperbilds	Präpubertäre Mädchen	N = 258 (100% Mädchen) IG: n = 182 KG: n = 76 (Keine Interv.) 44% Kaukasisch, 20% Südasiatisch, 13% Asiatisch, 9% Afrokanadisch, 3% „Native Canadian“, 11% Sonstige	Range (n.b.) M = 11.18	CCT	Körperbildzufriedenheit (SIQYA – Körperbild) Selbstwert (RSES) Einstellungen zum Essen (Kinderver sion EAT)	Follow-up nach 12 Monaten: Keine Effekte	Moderat
Raich et al. (2008)	Spanien	Schule	Universelle Prävention	Universelle Essstörungsprävention (Multimedia-Format)	2 Sitzungen: Psychoedukation über Ernährung, weibliche Schönheitsideale und Medienkompetenz	Adressieren von Bedürfnissen/Ver sorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen und -mythen	Jugendliche Mädchen	N = 323 (100% Mädchen) IG 1: n = 79 (vollst. Behandlung) IG 2: n = 94 (partielle Behandlung ohne Ernährungs komponente) KG: n = 150 (keine Interv.) keine Angaben zu ethnischer Vielfalt	Range (n.b.) M = 13.11	CCT	Einstellungen zum Essen (EAT) Einflüsse des ästhetischen Körperideals (CIMEC)	Follow-up nach 6 Monaten: Keine Effekte	Moderat
Stewart et al. (2001)	UK	Schule	Universelle Prävention	Universelle Essstörungsprävention durchgeführt von Psychologinnen und Psychologen bzw. Psychiaterinnen und Psychiatern	6 Sitzungen: Psychoedukation und interaktive Elemente	Auseinandersetzung mit Problemen jugendlicher Mädchen und mit soziokulturellem Druck, dünn zu sein, Förderung eines positiven Körperbilds	Jugendliche Mädchen	N = 845 (100% Mädchen) IG: n = 459 KG: n = 386 (keine Interv.) keine Angaben zu ethnischer Vielfalt	Range: 13 – 14 M = 13.40	CCT	Essstörungspathologie (Vierte Auflage EDE) Einstellungen zum Essen (EAT)	Follow-up nach 6 Monaten: Keine Effekte	Stark

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Stice et al. (2006, 2008)	USA	Individuell	Selektive Prävention	Selektive Essstörungsprävention durchgeführt von Autorinnen und Autoren und Studierenden	2-3 Sitzungen: Psychoedukation und interaktive Elemente	Adressieren von Bedürfnissen/Ver sorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen	Jugendliche Mädchen, die unzufrieden mit ihrem Körper sind	N = 481 (100% Mädchen) IG 1: n = 115 (Dissonanzinterv.) IG 2: n = 117 („Healthy Weight“ Intervention) KG 1: n = 123 (Expressives Schreiben) KG 2: n = 126 (keine Interv.) 58% Kaukasisch, 19% Hispanisch, 10% Asiatisch, 6% Afrikanisch, 7% „Sonstige oder mixed“	Range: 14 – 19 M = 17.00	RCT	Verinnerlichung des Schlankheitsideals (IBSS) Körperunzufriedenheit (BPSS) Diät (DRES) Bulimische Symptome (EDE) Esspathologie (EDDI)	Follow-up nach 3 Jahren: Geringeres Risiko für Esspathologie in beiden IGs im Vergleich zur KG 2 (<i>HR</i> = 2.27 – 2.75) und signifikante Verbesserung der Verinnerlichung des Schlankheitsideals in IG 2 im Vergleich zur KG im Zeitverlauf (<i>d</i> = 0.23), mit einer kleinen Effektstärke (<i>d</i> = 0.23)	Stark
Stice et al. (2009, 2011)	USA	Individuell	Selektive Prävention	Selektive Essstörungsprävention durchgeführt von Autorinnen und Autoren und Studierenden	4 Sitzungen: Psychoedukation und interaktive Elemente	Adressieren von Bedürfnissen/Ver sorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion von weiblichen Schönheitsidealen	Jugendliche Mädchen mit Körperbildproblemen	N = 306 (100% Mädchen) IG: n = 139 KG: n = 167 (Bro schüre-Kontrollbedingung) 81% Kaukasisch, 9% Hispanisch, 2% Asiatisch, 2% Afro-amerikanisch, 6% Sonstige oder mixed	Range (n.b.) M = 15.70	RCT	Verinnerlichung des Schlankheitsideals (IBSS) Körperunzufriedenheit (BPSS) Diät (DRES) Esspathologie (EDDI)	3 Follow-up nach 3 Jahren: Signifikante Abnahme der Esspathologie (<i>d</i> = 0.30) in IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer kleinen Effektstärke (<i>d</i> = 0.30)	Stark

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Weigel et al. (2015); Gumz et al. (2017)	Deutschland	Schule	Universelle Prävention	Universelle AN, BN und BED Prävention durchgeführt durch Mitarbeitende des Präventionszentrum und des Forschungsteams	3 Sitzungen: Psychoedukation und interaktive Elemente	Geschlechtsadaptierte Intervention: Reflexion über weibliche und männliche westliche Schönheitsideale und geschlechtsadaptiertes Material (z.B. schwierige Situationen und Bewältigungsstrategien)	Jugendliche Mädchen und Jungen	N = 2342 (55.6% Mädchen) IG: n = 724 KG: n = 728 (keine Interv.) 31.1% Migrationshintergrund	Range: 14 – 17 M = 14.60	RCT	Essstörungspsychologie (Kinderversion EDE-Q)	Follow-up nach 6 Monaten: Keine Effekte	Stark
Wick et al. (2011); Adametz et al. (2017)	Deutschland	Schule	Universelle Prävention	Universelle AN Prävention („PriMa“) durchgeführt von geschulten Lehrkräften	9 Sitzungen: Psychoedukation und interaktive Elemente	Adressieren von Bedürfnissen/Ver sorgungsbedarf von jugendlichen Mädchen, Reflexion über weibliche Schönheitsideale und Förderung eines positiven Körperbilds	Vorpubertäre und jugendliche Mädchen	N = 1553 (100% Mädchen) IG: n = 450 KG: n = 437 (keine Interv.) (nur n = 100 Mädchen beim Follow-up) keine Angaben zu ethnischer Vielfalt	Range: 11 – 13 M = 12.00 (zur Baseline)	Kohortenanalyse	Körperlicher Selbstwert (FBek) Einstellungen zum Essen (EAT)	Follow-up nach 7-8 Jahren: Keine Effekte (aber sign. Abnahme des körperlichen Selbstwert in KG, jedoch nicht in IG)	Moderat

Anmerkungen. Verinnerlichte Schönheitsideale wurden in allen Interventionen als geschlechtsspezifische Risikofaktoren adressiert. Altersgruppen: Kinder/vorpubertäre Jugendliche 5 – 11 Jahre, Jugendliche 12 – 21 Jahre. Abkürzungn: AN, Anorexia Nervosa; BED, Binge Eating Disorder (Binge-Eating-Störung); BN, Bulimia Nervosa; BPSS, Body Parts Satisfaction Scale; BSVAS, Body Satisfaction Visual Analogue Scale; CCT, Controlled Clinical Trial; CIMEC, Questionnaire of Sociocultural Influences on the Aesthetic Body Shape Model; DRES, Dutch Restrained Eating Scale; EAT, Eating Attitudes Test; EDDI, Eating Disorder Diagnostic Interview; EDE(-Q), Eating Disorder Examination (Questionnaire); ES, Effektstärke(n); FBek, Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers; IG, Interventionsgruppe; n.b., nicht berichtet; KG, Kontrollgruppe; NUT-Q, Nutrition Questionnaire; PriMa, Primärprävention Magersucht; RCT, randomisiert kontrollierte Studie; RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale; SATAQ-3, Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3; SCID, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SIQYA, Self-Image Questionnaire for Young Adolescents; TFEQ, Three Factor Eating Questionnaire; TIIS, Thin Ideal Internalization Scale; UK, United Kingdom.

Disruptive, Impulskontroll- und Sozialverhaltensstörungen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Cummings et al. (2004)	Kanada	Wohnrichtung	Behandlung	Behandlung von aggressivem Verhalten durchgeführt von Praktikantinnen und Praktikanten („A Girls' Relationship Group“)	8 Sitzungen: Psychoedukative Gruppe, Skills Training, Rollenspiel, und Aktivitäten	Berücksichtigung der Bedürfnisse/ Versorgungsbedarfs, geschlechtsspezifischer Risiko- und Schutzfaktoren, anderer Formen der Aggression bei Mädchen, der Geschlechtsrolle, sozialisierung und geschlechtsspezifischer Situationen, feministisches Verständnis und Empowerment	Jugendliche Mädchen mit aggressivem Verhalten	N = 8 (100% Mädchen) 75% Kaukasisch, 25% „Native“	Range: 12 – 16 M = 14.70	Kohorte	Antisoziale Überzeugungen und Werte (BAS)	Kurz nach der Behandlung: Signifikante Abnahme der antisozialen Überzeugungen und Werte im Zeitverlauf, <i>ES</i> n.b.	Schwach
Goldstein et al. (2018)	USA	Wohnrichtung	Behandlung	Behandlung zur Wutbewältigung und zum Abbau von Aggressionen („JJAM“), durchgeführt von Psychologinnen und Psychologen	16 Sitzungen: Gruppenbasierte Behandlung, Psychoedukation, Skills Training, Rollenspiele und Aktivitäten	Anpassung des CPP an die Bedürfnisse und Probleme von Mädchen, die in das Jugendstrafsystem involviert sind, Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Situationen	Jugendliche Mädchen in stationären Jugendstrafanstalten/Wohnrichtungen	N = 70 (100% Mädchen) IG: n = 35 KG: n = 35 (TAU) 63% Schwarz oder Afroamerikanisch, 26% Hispanisch, 23% „more than one race“, 11% Weiß, 3% Asiatisch	Range: 14 – 20 M = 17.45	CCT	Wut und Aggression (NAS-PI, AQ, PCS)	Kurz nach der Behandlung: Signifikante Abnahme der Wut und Aggression (<i>partielles</i> $n^2 = .11 - .19$ / $d = 0.70 - 0.97$) in IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich mittleren Effektstärke ($d = 0.79$)	Moderat

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Hoffman et al. (2004)	Kanada	Wohnrichtung	Behandlung	Behandlung von aggressivem Verhalten durchgeführt von Praktikantinnen und Praktikanten („A Girls' Relationship Group“)	8 Sitzungen: Gruppentherapie, Psychoedukation, Rollenspiele und Skills Training	Adressieren von Risikofaktoren für Aggressionen von Mädchen sowie von geschlechtsspezifischen Situationen, Berücksichtigung anderer Formen der Aggression bei Mädchen und der Geschlechtsrolle, feministisches Verständnis	Jugendliche Mädchen mit aggressivem Verhalten	N = 12 (100% Mädchen) 83% Kaukasisch, 17% „Native“	Range 12 – 16 M = 14.70	Kohorte	Antisoziale Überzeugungen und Werte (BAS) Aggression (RDAS)	Kurz nach der Behandlung: Signifikante Abnahme der antisozialen Überzeugungen und Werte im Zeitverlauf, ES n.b	Schwach
Pepler et al. (2010)	Kanada	Gemeinde	Behandlung	Behandlung von aggressivem Verhalten („SNAP GC“) durchgeführt von Klinikerinnen und Klinikern	12 Sitzungen: Gruppenkurs für Mädchen („SNAP Girls Club“) und Elterngruppe („SNAPP“)	Adressieren von Risikofaktoren für Aggressionen von Mädchen, Einbezug typ. Probleme, Empowerment, feministische Perspektive	Vorpubertäre Mädchen mit Verhaltensauffälligkeiten	N = 80 (100% Mädchen) IG: n = 45 KG: n = 35 (Warteliste) 42% Kaukasisch, 23% Afrokanadisch, 3% „Pacific Islander“, 3% Latino, 3% „Native Canadian“, 26% Sonstige	Range: 5 – 11 M = 8.60	CCT	Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (CBCL, TRF)	Kurz nach der Behandlung: Signifikante Abnahme von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten (d = 0.41 – 0.51) in IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich kleinen Effektstärke (d = 0.46)	Stark

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Walsh et al. (2002)	Kanada	Gemeinde	Behandlung	Behandlung von Sozialverhaltensstörungen („EGC“)	22 Sitzungen: Gruppenkurs für Mädchen („SNAP Girls Club“), Elterngruppe („SNAPP“) und Mutter-Tochter-Gruppe („GGUH“)	Anpassung des Programms an die Risiko- und Schutzfaktoren für die Aggression von Mädchen und an ihre Bedürfnisse, Einsatz anderer geschlechtsspezifischer Maßnahmen	Präpubertäre Mädchen mit Verhaltensproblemen	N = 98 (100% Mädchen) keine Angaben zu ethnischer Vielfalt	Range: 5 – 11 M (n.b.)	Kohorte	Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten (SCIS)	Follow-up nach 12 Monaten: Signifikante Abnahme von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten (Subskalen externalisierendes Verhalten $d = 0.49$, und zwischenmenschliche Beziehungen $d = 0.51$) im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich mittleren Effektstärke ($d = 0.50$)	Schwach

Anmerkungen. Altersgruppen: Kinder/vorpubertäre Jugendliche 5 – 11 Jahre, Jugendliche 12 – 21 Jahre. Abkürzungen: AQ, Aggression Questionnaire; BAS, Beliefs and Attitudes Scale; CBCL, Child Behavior Checklist; CPP, Coping Power Program; EGC, Earls court Girls Connection; ES, Effektstärke(n); GGUH, Girls Growing Up Healthy; IG, Interventionsgruppe; JJAM, Juvenile Justice Anger Management; KG, Kontrollgruppe; NAS-PI, Novaco Anger Scale and Provocation Inventory; n.b., nicht berichtet; PCS, Peer Conflict Scale; RDAS, Relational and Direct Aggression Scale; SCIS, Standardized Client Information Systems; SNAP, Stop Now And Plan; SNAP GC, Stop Now And Plan Girls Connection; SNAPP, Stop Now And Plan Parenting; TRF, Teacher Report Form.

Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Elliot et al. (2004, 2008)	USA	Schule	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzkonsum und Essstörungen („ATHENA“) durchgeführt von geschulten Peers	8 Sitzungen: Interaktive Elemente, Psychoedukation und Informationen zur Ernährung	Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Bedürfnisse, Probleme, Korrelate und Risikofaktoren für Substanzkonsum und gestörtes Essverhalten; Reflexion über den gesellschaftlichen Druck, dünn zu sein	Jugendliche weibliche Sportlerinnen	$N = 928$ (100% Mädchen) IG: $n = 457$ KG: $n = 471$ (TAU) 92% Weiß	Range (n.b.) $M = 15.40$ (zur Baseline)	RCT	Gestörtes Essverhalten (einzelne Items) Substanzkonsum (einzelne Items)	Follow-up nach 1-3 Jahren: Signifikante Abnahme des Substanzkonsums in der IG im Vergleich zur KG Zeitverlauf ($OR = 0.26 - 0.61 / d = -0.74 - -0.27$), mit einer durchschnittlich kleinen Effektstärke ($d = 0.42$)	Schwach
Fang und Schinke (2013)	USA	Familie	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzkonsum, internetgestützt	9 Sitzungen: Aktivitäten und Psychoedukation für Töchter und ihre Mütter	Berücksichtigung spezifischer Risiko- und Schutzfaktoren sowie Bedürfnisse/Versorgungsbedarf und häufiger Probleme Asiatisch-Amerikanischer Mädchen; Stärkung der Mutter-Tochter-Beziehung	Asiatisch-Amerikanische vorpubertäre und jugendliche Mädchen und ihre Mütter	$N = 108$ (100% Mädchen) IG: $n = 56$ KG: $n = 52$ (keine Interv.) 100% Asiatisch-Amerikanisch, 19% außerhalb der USA geboren	Range: 10 – 14 $M = 13.10$	RCT	Fähigkeiten, Drogenkonsum zu verweigern (adaptiert von DRS) Substanzkonsumabsichten (adaptiert von CNUDS) 30-Tage Substanzkonsum (adaptiert von ADAS)	Follow-up nach 2 Jahren: Signifikante Verbesserung in Fähigkeiten, Drogenkonsum zu verweigern ($n^2 = .05 / d = 0.46$) und signifikante Abnahme der Substanzkonsumabsichten und 30-Tage Substanzkonsum ($n^2 = .03 - .43 / d = 0.35 - 1.74$) in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich mittleren Effektstärke ($d = 0.72$)	Moderat

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Goldberg et al. (2000)	USA	Schule	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzkonsum durchgeführt durch Trainees und Trainer sowie durch geschulte Peers („ATLAS“)	8 – 14 Sitzungen: Psychoedukation, interaktive Elemente, Informationen zur Ernährung und Trainingseinheiten	Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse und Risikofaktoren für den Substanzkonsum männlicher Sportler (Alkohol, illegale Drogen, Anabolika)	Jugendliche männliche Sportler	$N = 2516$ (100% Jungen) IG: $n = 1371$ KG: $n = 1145$ (Brochure erhalten) 79% Weiß, 7% „Mixed Heritage“, 5% Afroamerikanisch, 4% Hispanisch, 4% Asiatisch, 1% „Native American“	Range (n.b.) $M = 15.42$	CCT	Substanzkonsum und -absichten (einzelne Items)	Follow-up nach 1 Jahr: Signifikante Abnahme des Substanzkonsums und der -absichten in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, ES n.b.	Moderat
Hinz et al. (2007)	Deutschland	Schule	Universelle Prävention	Universelle Prävention des Nikotinkonsums und Gesundheitsförderung („Stark im Leben“) durchgeführt von geschulten Lehrkräften und Peers	9 – 12 Sitzungen: Psychoedukation, Aktivitäten, Skills Training	Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse, Entwicklungsaufgaben und Risikofaktoren, Reflexion über Maskulinität bei Jungen und über Schönheitsideale bei Mädchen	Jugendliche Mädchen und Jungen	$N = 660$ IG: $n = 320$ KG: $n = 340$ (keine Intervention) keine Angaben zu Geschlechterverteilung und ethnischer Vielfalt	Range: 12 – 16 $M = 13.60$	Kohortenanalyse	Selbstbewusstes Verhalten (SSES) Männlichkeitsideologie (einzelne Items) Körperbild (einzelne Items) Rauchen in den letzten 30 Tagen (einzelne Items)	Follow-up nach 6 Monaten: Signifikante Zunahme von selbstbewusstem Verhalten ($n^2 = .10$ / $d = 0.67$) bei Jungen und Mädchen in IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf und signifikante Verbesserungen der Männlichkeitsideologie ($n^2 = .03$ / $d = 0.35$) bei Jungen in IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich mittleren Effektstärke ($d = 0.53$)	Moderat

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Roberts-Lewis et al. (2010) & Welch et al. (2009)	USA	Wohneinrichtung	Behandlung	Stationäre Behandlung von Substanzmissbrauch („HE-ART“) durchgeführt von geschultem Personal	5 Behandlungsphasen mit KVT, Gruppentherapie und Meetings, Pharmakotherapie, 12-Schritte-Programm, feministische Gruppen, Familientherapie	Fokus auf die Bedürfnisse, Probleme und Risikofaktoren von inhaftierten Mädchen, Berücksichtigung soziokultureller Einflüsse, Empowerment von Mädchen, feministische Perspektive, Einbindung weiblicher Rollenmodelle in das Programm	Inhaftierte jugendliche Mädchen mit diagnostiziertem Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	N = 30 (100% Mädchen) 63% Weiß, 30% Afroamerikanisch, 7% Sonstige	Range (n.b.) M = 15.00	Kohorte	Funktionsniveau (POSIT)	Kurz nach der Intervention: Signifikante Verbesserungen des Funktionsniveaus in den meisten Bereichen (z.B. psychische Gesundheit, Beziehungen zu Gleichaltrigen; <i>partielles</i> $n^2 = .13 - .53 / d = 0.77 - 2.12$) im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke ($d = 1.42$)	Schwach
Schinke und Schwinn (2005)	USA	Schule	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzmissbrauch, CD-ROM-gestützt („Girls and Stress“)	1 Sitzung: Psychoedukation, Vermittlung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung	Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Problemen (Stress) und Bedürfnissen, Einsatz von weiblichen Peer Rollenmodellen als Charaktere und weiblichen Erzählerinnen	Jugendliche Mädchen	N = 91 (100% Mädchen) IG: n = 47 KG: n = 44 (geschlechtsunspezifische Intervention)	Range (n.b.) M (n.b.) Siebtklässlerinnen und Siebtklässler (ca. 12 – 13 Jahre)	CCT	Stressbewältigung (einzelne Items) Substanzkonsum (einzelne Items adaptiert von YRBS und ADAS)	Kurz nach der Intervention: Signifikante Abnahme der Substanzkonsumabsichten in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, ES n.b.	Schwach

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Schinke et al. (2009a)	USA	Familie	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzkonsum, computergestützt	14 Module: Aktivitäten und Psychoedukation für Töchter und ihre Mütter, Skills Training	Berücksichtigung von Schutzfaktoren für den Alkoholkonsum minderjähriger Mädchen, Einsatz von animierten weiblichen Sprecherinnen, Stärkung der Mutter-Tochter-Beziehung	Vorpubertäre und jugendliche Mädchen	N = 202 (100% Mädchen) IG: n = 101 KG: n = 101 (Warteliste) 68% Weiß, 14% Latina, 10% Schwarz, 1% Asiatisch, 8% Sonstige	Range: 10 – 13 M = 12.20	CCT	Fähigkeiten, Alkoholkonsum zu verweigern (LSTQ) Alkoholkonsum und -absichten (ADAS)	Follow-up nach 2 Monaten: Signifikante Verbesserungen der Fähigkeiten zur Alkoholverweigerung ($n^2 = .02 / d = 0.29$) und signifikante Rückgänge beim Alkoholkonsum ($n^2 = .02 - .03 / d = 0.29 - 0.35$) in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich kleinen Effektstärke ($d = 0.30$)	Moderat
Schinke et al. (2009b)	USA	Familie	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzkonsum, computergestützt	9 Sitzungen: Aktivitäten und Psychoedukation für Töchter und ihre Mütter, Skills Training	Berücksichtigung der Bedürfnisse/des Versorgungsbedarfs, der Risiko- und Schutzfaktoren für den Substanzkonsum von Mädchen, und geschlechtsspezifischer Probleme, Stärkung der Mutter-Tochter-Beziehung	Vorpubertäre und jugendliche Mädchen	N = 591 (100% Mädchen) IG: n = 252 KG: n = 339 (keine Intervention) 49% Schwarz, 26% Weiß, 25% Latina	Range: 11 – 13 M = 12.70	CCT	Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen (ADAS)	Follow-up nach 1 Jahr: Signifikante Abnahme des Substanzkonsums in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, ES n.b.	Moderat

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Schinke et al. (2011)	USA	Familie	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzmissbrauch, computergestützt	10 Sitzungen: Aktivitäten und Psychoedukation für Töchter und ihre Mütter, Skills Training	Berücksichtigung der Bedürfnisse/des Versorgungsbedarfs, der Risiko- und Schutzfaktoren für den Substanzkonsum von Schwarzen und Hispanischen Mädchen, und geschlechtsspezifischer Probleme, Stärkung der Mutter-Tochter-Beziehung	Schwarze und Hispanische vorpubertäre und jugendliche Mädchen	N = 546 (100% Mädchen) IG: n = 212 KG: n = 334 (keine Intervention) 65% Schwarz, 34% Latina	Range: 10 – 13 M = 12.75	CCT	Substanzkonsum und -absichten (ADAS)	Kurz nach der Behandlung: Signifikante Abnahme der Substanzkonsumabsichten in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, ES n.b.	Schwach
Schwinn et al. (2010)	USA, Kanada	Individuell	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzmissbrauch, computergestützt („RealTeen“)	12 Sitzungen: Skills Training, Aktivitäten, Psychoedukation	Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse, Aufgaben/Themen und Risikofaktoren, Nutzung weiblicher Charaktere	Jugendliche Mädchen	N = 236 (100% Mädchen) IG: n = 118 KG: n = 118 (keine Interv.) 60% Weiß, 17% Schwarz, 7% Latina, 7% Asiatisch, 9% Sonstige	Range (n.b.) M = 14.00	CCT	Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen (einzelne Items adaptiert von YRBS und ADAS)	Follow-up nach 6 Monaten: Signifikante Abnahme des Substanzkonsums (d = 0.19 – 0.20) in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich kleinen Effektstärke (d = 0.20)	Schwach

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Schwinn et al. (2015)	USA	Individuell	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Drogenkonsum, webbasiert	3 Sitzungen: Skills Training, Aktivitäten, Psychoedukation	Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse/ Versorgungsbedarf, Intervention geleitet durch Minoritätenstresstheorie	SGM Jugendliche	N = 236 (51% weiblich, 33% männlich, 16% queer/fluid/anderes Gender) IG: n = 119 KG: n = 117 (keine Intervention) 62% Weiß, 13% Hispanisch, 10% Schwarz, 8% Asiatisch, 8% Sonstige	Range: 15 – 16 M = 16.08	CCT	Fähigkeiten, Drogenkonsum zu verweigern (keine weiteren Informationen) Substanzkonsum in den letzten 30 Tagen (keine weiteren Informationen)	Follow-up nach 3 Monaten: Signifikante Verbesserungen der Fähigkeit zur Drogenverweigerung ($d = 0.32$) und signifikante Abnahme des Konsums „anderer“ Drogen ($d = 0.34$) in der IG im Vergleich zur KG, mit einer durchschnittlich kleinen Effektstärke ($d = 0.33$)	Moderat
Schwinn et al. (2018, 2019)	USA	Individuell	Universelle Prävention	Universelle Prävention von Substanzmissbrauch, webbasiert („RealTeen“)	9 Sitzungen: Skills Training, Aktivitäten, Psychoedukation	Einsatz von Peer-Rollenmodellen als Erzählerinnen und Adressieren von geschlechtsspezifischen Bedürfnissen, Aufgaben/Themen und Risikofaktoren für den Substanzmissbrauch von Mädchen	Jugendliche Mädchen	N = 788 (100% Mädchen) IG: n = 396 KG: n = 392 (keine Intervention) 63% Weiß, 17% Schwarz, 15% Latino, 4% Asiatisch, 16% Sonstige	Range: 13 – 14 M = 13.68	CCT	Drogenkonsum (einzelne Items adaptiert von YRBS)	Follow-up nach 3 Jahren: Signifikante Abnahme des Zigarettenkonsums (RR = .146 – .353) in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke (RR = 4.84; ES konnte wg. fehlenden Informationen nicht transformiert werden, $d = 0.80$ wurde angewandt)	Moderat
Walker et al. (2019)	USA	Jugendjustizsystem	Selektive Prävention	Selektive Prävention von Substanzkonsum und Delinquenz durch geschultes Personal („GOAL“)	20 Sitzungen: kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppensitzungen, Rollenspiele, Psychoedukation und Elternschulung	Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse, Themen, Schutzfaktoren und Entwicklung von Mädchen, Empowerment	Jugendliche straffällige Mädchen	N = 87 (100% Mädchen) IG: n = 57 KG: n = 30 (TAU) 47% Weiß, 26% „mixed ethnicity“, 8% Schwarz, 7% Latina, 2% „American Indian“, 9% Sonstige	Range: 12 – 17 M = 15.15	Kohortenanalyse	Substanzkonsum und Folgen (DISA) Risikoverhalten (Subskala Risikoverhalten des HSQ)	Follow-up nach 6 Monaten: Signifikanter Abnahme des Risikoverhaltens (ES = 0.84) in der IG im Vergleich zur KG im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke (ES konnte wg. fehlenden Informationen nicht transformiert werden, $d = 0.80$ wurde angewandt)	Moderat

Anmerkungen. Altersgruppen: Kinder/vorpubertäre Jugendliche 5 – 11 Jahre, Jugendliche 12 – 21 Jahre. Abkürzungen: ADAS, American Drug and Alcohol Survey; ATHENA, Athletes Targeting Healthy Exercise and Nutrition Alternatives; ATLAS, Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids; CCT, Controlled Clinical Trial; CNUDS, Commitment to Not Use Drug Scale; DISA, Drug Involvement Scale for Adolescents; DRS, Drug Refusal Skills; ES, Effektstärke(n); GOAL, Girls Only Active Learning; HEART, Holistic Enrichment for At-Risk Teens; HSQ, High School Questionnaire; IG, Interventionsgruppe; IRR, Incidence Rate Ratio; KG, Kontrollgruppe; KVT, kognitive Verhaltenstherapie; LSTQ, Life Skills Training Questionnaire; n.b., nicht berichtet; POSIT, Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers; SGM, Sexual and Gender Minority; SSES, State Self-Esteem Scale; YRBS, Youth Risk Behavior Survey.

Persönlichkeitsstörungen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Heider et al. (2017)	Deutschland	Klinisch	Behandlung	Adaptierte DBT-A für Borderline Persönlichkeitsstörung durchgeführt von Therapeutinnen und Therapeuten („ACTiv“)	Ca. 6 Wochen: Einzel- und Gruppentherapie, Aktivitäten, Skillsgruppe, Familientherapie, Elterngruppe	Anpassung der DBT-A an die spezifischen Bedürfnisse und Probleme männlicher Jugendlicher	Männliche Jugendliche mit Borderline Persönlichkeitsstörung	N = 7 (100% Jungen) 100% Deutsche Nationalität	Range: 13 – 16 M = 14.00	Kohorte	Symptombelastung (SCL-90-R) Emotionsregulation (FEEL-KJ) Aggressives Verhalten (K-FAF) Selbstverletzendes Verhalten (OUSI)	Kurz nach der Behandlung: Signifikanter Abnahme des aggressiven Verhaltens ($d = 1.10 - 1.53$) im Zeitverlauf, mit einer durchschnittlich großen Effektstärke ($d = 1.32$)	Moderat

Anmerkungen. Altersgruppe: Jugendliche 12 – 21 Jahre. Abkürzungen: ACTiv, Achtsamkeit Coolness Training aktiv; Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente; FEEL-KJ, Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen; K-FAF, Kurzfragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren; SCL-90-R, Symptom Checklist-90-Revised; OUSI, Ottawa/Ulm Selbstverletzungsinventar.

Andere psychische Störungen

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Hampel et al. (2008)	Deutschland	Schule	Universelle Prävention	Universelle Stress Prävention durchgeführt von Studierenden	7 Sitzungen: Psychoedukation, Skills Training für Stressbewältigung, interaktive Elemente	Anpassung der geschlechtsspezifischen Intervention („AST“), Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse, Probleme und Bewältigungsstrategien, Nutzung geschlechtsspezifischer Rollenmodelle und Situationen, Reflexion über geschlechtsspezifische Vorurteile	Vorpubertäre Mädchen und Jungen	N = 80 (44% Mädchen, 56% Jungen) keine Angaben zu ethnischer Vielfalt	Range (n.b.) M = 11.10	Kohorte	Stressverarbeitung (SVF-KJ)	Follow-up nach 1 Monat: Keine Effekte	Moderat
Turner und Werner-Wilson (2008)	USA	Gemeinde	Behandlung	Tagesbehandlungsprogramm („Progress“), durchgeführt von Mitarbeitenden	16 Wochen: Skills Training, Gruppentherapie, Aktivitäten	Adressieren von Entwicklungsaufgaben und Problemen jugendlicher Mädchen	Jugendliche Mädchen mit Risikoverhalten	N = 66 (100% Mädchen) 85% Kaukasisch, 6% Afroamerikanisch, 3% Asiatisch, 3% Hispanisch, 3% Sonstige	n.b.	Kohorte	n.b.	n.b.	Nicht zutreffend ¹

Anmerkungen. Altersgruppen: Kinder/vorpubertäre Jugendliche 5 – 11 Jahre, Jugendliche 12 – 21 Jahre. Abkürzungen: AST, Anti-Stress-Training; n.b., nicht berichtet; SVF-KJ, Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche.¹ Die Studienqualität konnte nicht bewertet werden, da mehrere Kriterien der Checkliste nicht anwendbar waren.

Versorgungssetting

Autorinnen und Autoren und Publikationsjahr	Land	Setting	Interventionsform	Beschreibung der Intervention	Interventionskomponenten	Geschlechtsspezifität	Zielgruppe	Teilnehmende	Alter (Jahre)	Studien-design	Messinstrumente (Auswahl)	Hauptergebnisse (Auswahl)	Bewertung der Studienqualität
Crabbe et al. (2013)	USA	Wohnrichtung	Veränderung der Versorgung (auf Systemebene)	Geschlechtsspezifisches und traumainformiertes Schulungscurriculum für das Personal	8 Module: Psychoedukation über Trauma und Tools zur Unterstützung traumatisierter Jugendlicher	Eingehen auf die Bedürfnisse/den Versorgungsbedarf (insbesondere wg. Trauma) und Berücksichtigung der Risiko- und Schutzfaktoren von weiblichen Jugendlichen in Wohnrichtungen, Empowerment	Betreuungspersonal, das mit jugendlichen Mädchen arbeitet	N = 40 (Mitarbeitende) IG: n = 20 KG: n = 20	Range: 22 – 55 (Mitarbeitende)	Zeitreihenanalyse (interrupted time series)	Zufriedenheit mit Schulung (Zufriedenheitsumfrage) Wissen (Wissensumfrage)	Kurz nach der Schulung: Im Kontrast zu den Hypothesen signifikante Abnahme der Zufriedenheit, ES n.b.	Schwach
Guss et al. (2020)	USA	Klinisch	Veränderung der Versorgung (auf Systemebene)	Anpassung der Klinikformulare	Aufnahme von geschlechtsbezogenen Fragen in die Aufnahmeformulare der Kliniken: korrekter Name, Pronomen, Geschlechtsidentität und das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht	Aufnahme geschlechtsspezifischer Fragen, um den spezifischen Bedürfnissen und Problemen von Transgender Jugendlichen gerecht zu werden	Jugendliche, die sich in Klinik vorstellen	Interviews: N = 21 (52% cisgender, 33% transgender, 14% nichtbinär oder genderqueer; 39% Weiß, 24% Schwarz, 10% Asiatisch, 19% „Multiracial“) Intervention: N = 1442 IG: n = 827 (nachdem das neue Formular eingeführt wurde) KG: n = 615 (bevor das neue Formular eingeführt wurde)	Range: 15 – 25 Interviews: M = 18.80	Mixed methods (Interviews und zwei retrospektive Chart Reviews)	Akzeptanz der neuen Fragen in den Aufnahmeformularen (strukturierte Interviews) Geschlechtsbezogene Dokumentation (elektronische Patientenakte)	Interviews: Geschlechtsbezogenen Fragen für die meisten Teilnehmenden akzeptabel (n = 20/21) Intervention: Signifikante Zunahme in der Dokumentation des Geschlechts/Genders in den elektronischen Patientenakten	Schwach ¹

Anmerkungen. Altersgruppen: Jugendliche 12 – 21 Jahre, Erwachsene 26 – 55 Jahre. Abkürzungen: ES, Effektstärke(n); IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; n.b., nicht berichtet.

¹Die angewandte Checkliste zur Beurteilung der Studienqualität war im Falle des Mixed-Methods-Designs von Guss et al. (2020) nur bedingt geeignet, dennoch haben wir uns aus Gründen der Vollständigkeit und Vergleichbarkeit entschieden, die Studie zu bewerten.

Referenzliste (einbezogene Studien)

- Adametz, L., Richter, F., Strauss, B., Walther, M., Wick, K., & Berger, U. (2017). Long-term effectiveness of a school-based primary prevention program for anorexia nervosa: A 7-to 8-year follow-up. *Eat Behav*, 25, 42-50.
- Arnold, E. M., Kirk, R. S., Roberts, A. C., Griffith, D. P., Meadows, K., & Julian, J. (2003). Treatment of incarcerated, sexually-abused adolescent females: An outcome study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 123-139.
- Bird, E. L., Halliwell, E., Diedrichs, P. C., & Harcourt, D. (2013). Happy Being Me in the UK: A controlled evaluation of a school-based body image intervention with pre-adolescent children. *Body Image*, 10(3), 326-334.
- Crable, A. R., Underwood, L. A., Parks-Savage, A., & Maclin, V. (2013). An examination of a gender-specific and trauma-informed training curriculum: implications for providers. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(4), 30.
- Craig, S. L., & Austin, A. (2016). The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review*, 64, 136-144.
- Cummings, A. L., Hoffman, S., & Leschied, A. W. (2004). A psychoeducational group for aggressive adolescent girls. *The Journal for Specialists in Group Work*, 29(3), 285-299.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., & Siqueland, L. (2012). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: a treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy (Chic)*, 49(1), 62-71.
- Elliot, D. L., Goldberg, L., Moe, E. L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., & Hix-Small, H. (2004). Preventing substance use and disordered eating: initial outcomes of the ATHENA (athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives) program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(11), 1043-1049.
- Elliot, D. L., Goldberg, L., Moe, E. L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., McGinnis, W., & Lockwood, C. (2008). Long-term outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise & Nutrition Alternatives) program for female high school athletes. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 52(2), 73.
- Fang, L., & Schinke, S. P. (2013). Two-year outcomes of a randomized, family-based substance use prevention trial for Asian American adolescent girls. *Psychol Addict Behav*, 27(3), 788-798.

- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., & Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 73-77.
- Goldberg, L., MacKinnon, D. P., Elliot, D. L., Moe, E. L., Clarke, G., & Cheong, J. (2000). The adolescents training and learning to avoid steroids program: preventing drug use and promoting health behaviors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(4), 332-338.
- Goldstein, N. E., Giallella, C. L., Haney-Caron, E., Peterson, L., Serico, J., Kemp, K., Romaine, C. R., Zelechowski, A. D., Holliday, S. B., & Kalbeitzer, R. (2018). Juvenile Justice Anger Management (JJAM) Treatment for Girls: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 15(4), 386.
- Gumz, A., Weigel, A., Daubmann, A., Wegscheider, K., Romer, G., & Löwe, B. (2017). Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1), 293.
- Guss, C. E., Eiduson, R., Khan, A., Dumont, O., Forman, S. F., & Gordon, A. R. (2020). "It'd Be Great to Have the Options There": A Mixed-Methods Study of Gender Identity Questions on Clinic Forms in a Primary Care Setting. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 590-596.
- Halliwell, E., & Diedrichs, P. C. (2014). Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychol*, 33(2), 201-204.
- Hampel, P., Jahr, A., & Backhaus, O. (2008). Geschlechtsspezifisches Anti-Stress-Training in der Schule. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(1), 20-38.
- Heider, J., Fleck, A., Peteler, C., Anker, S., Lieb, S., Behrens, M., Schröder, A., In-Albon, T., & Brünger, M. (2017). Dialektisch-Behaviorale Therapie für männliche Jugendliche mit Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(2), 104-120.
- Hinz, A. (2007). Prävention durch Unterstützung bei der Bewältigung geschlechts-spezifischer Entwicklungsaufgaben. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 21(2), 145-155.
- Hoffman, S., Cummings, A. L., & Leschied, A. W. (2004). Treating aggression in high-risk adolescent girls: A preliminary evaluation. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 38(2).
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls: General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. *The Spanish journal of psychology*, 14(1), 293-303.

- Lucassen, M. F. G., Merry, S. N., Hatcher, S., & Frampton, C. M. A. (2015). Rainbow SPARX: A Novel Approach to Addressing Depression in Sexual Minority Youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(2), 203-216.
- McVey, G. L., & Davis, R. (2002). A Program to Promote Positive Body Image: A 1-Year Follow-Up Evaluation. *The Journal of Early Adolescence, 22*(1), 96-108.
- McVey, G. L., Davis, R., Tweed, S., & Shaw, B. F. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders, 36*(1), 1-11.
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 52*(4), 359-369.
- Pepler, D., Walsh, M., Yuile, A., Levene, K., Jiang, D., Vaughan, A., & Webber, J. (2010). Bridging the Gender Gap: Interventions with Aggressive Girls and Their Parents. *Prevention Science, 11*(3), 229-238.
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Portell, M., Moncada, A., & Fauquet, J. (2008). A controlled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eat Disord, 16*(3), 255-272.
- Roberts-Lewis, A. C., Welch-Brewer, C. L., Jackson, M. S., Pharr, O. M., & Parker, S. (2010). Female juvenile offenders with HEART: Preliminary findings of an intervention model for female juvenile offenders with substance use problems. *Journal of Drug Issues, 40*(3), 611-625.
- Schinke, S., & Schwinn, T. (2005). Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls. *The American journal of drug and alcohol abuse, 31*(4), 609-616.
- Schinke, S. P., Cole, K. C., & Fang, L. (2009a). Gender-specific intervention to reduce underage drinking among early adolescent girls: A test of a computer-mediated, mother-daughter program. *Journal of studies on alcohol and drugs, 70*(1), 70-77.
- Schinke, S. P., Fang, L., & Cole, K. C. (2009b). Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother-daughter program. *Addictive behaviors, 34*(12), 1060-1064.
- Schinke, S. P., Fang, L., Cole, K. C., & Cohen-Cutler, S. (2011). Preventing substance use among Black and Hispanic adolescent girls: Results from a computer-delivered, mother-daughter intervention approach. *Substance use & misuse, 46*(1), 35-45.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., & Di Noia, J. (2010). Preventing drug abuse among adolescent girls: outcome data from an internet-based intervention. *Prevention Science, 11*(1), 24-32.

- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., Keller, B., & Liu, X. (2018). An online drug abuse prevention program for adolescent girls: posttest and 1-year outcomes. *Journal of youth and adolescence, 47*(3), 490-500.
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Keller, B., & Hopkins, J. (2019). Two-and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. *Addictive behaviors, 93*, 86-92.
- Schwinn, T. M., Thom, B., Schinke, S. P., & Hopkins, J. (2015). Preventing drug use among sexual-minority youths: findings from a tailored, web-based intervention. *J Adolesc Health, 56*(5), 571-573.
- Smith, D. K., Chamberlain, P., & Deblinger, E. (2012). Adapting Multidimensional Treatment Foster Care for the Treatment of Co-occurring Trauma and Delinquency in Adolescent Girls. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 5*(3), 224-238.
- Stewart, D. A., Carter, J. C., Drinkwater, J., Hainsworth, J., & Fairburn, C. G. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *Int J Eat Disord, 29*(2), 107-118.
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., & Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(2), 329-340.
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(5), 825-834.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. (2011). An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(4), 500-508.
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(2), 263-275.
- Suarez, E., Jackson, D. S., Slavin, L. A., Michels, M. S., & McGeehan, K. M. (2014). Project Kealahou: Improving Hawai'i's System of Care for At-Risk Girls and Young Women through Gender-Responsive, Trauma-Informed Care. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health, 73*(12), 387.
- Turner, L. K., & Werner-Wilson, R. J. (2008). Phenomenological experience of girls in a single-sex day treatment group. *Journal of Feminist Family Therapy, 20*(3), 220-250.

- Walker, S. C., Duong, M., Hayes, C., Berliner, L., Leve, L. D., Atkins, D. C., Herting, J. R., Bishop, A. S., & Valencia, E. (2019). A tailored cognitive behavioral program for juvenile justice-referred females at risk of substance use and delinquency: A pilot quasi-experimental trial. *PloS one*, 14(11), e0224363.
- Walsh, M. M., Pepler, D. J., & Levene, K. S. (2002). A Model Intervention for Girls with Disruptive Behavior Disorders: The Earls court Girls Connection. *Canadian Journal of Counselling*, 36(4), 297-311.
- Weigel, A., Gumz, A., Uhlenbusch, N., Wegscheider, K., Romer, G., & Löwe, B. (2015). Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 21.
- Welch, C. L., Roberts-Lewis, A. C., & Parker, S. (2009). Incorporating gender specific approaches for incarcerated female adolescents: Multilevel risk model for practice. *Journal of Offender Rehabilitation*, 48(1), 67-83.
- Whaling, K. M., der Sarkissian, A., Sharkey, J., & Akoni, L. C. (2020). Featured counter-trafficking program: Resiliency Interventions for Sexual Exploitation (RISE). *Child abuse & neglect*, 100, 104139.
- Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Strauss, B., & Berger, U. (2011). Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Preventive Medicine*, 52(2), 152-158.