



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Darf Kind mitreden? Wie Kinder einen stationären Aufenthalt an
der KJPP Hinterbrühl erleben

verfasst von | submitted by

Judith Maria Gramm BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Martina Zemp

Mitbetreut von | Co-Supervisor:

Mag. Dr. Dina Weindl-Wagner

Zusammenfassung

Kinder haben das Recht, in Behandlungsentscheidungen einbezogen zu werden, was aufgrund von Einschränkungen der Reife, der Einwilligungsfähigkeit sowie aufgrund von Störungsbildern herausfordernd ist. Patient*innen hegen den Wunsch, in stationären Settings partizipieren zu können. Sie fühlen sich jedoch wenig eingebunden und informiert. Erhöhte Partizipation kann zu mehr Behandlungszufriedenheit und besseren Behandlungserfolgen führen, was besonders vom Informationserhalt und einer respektvollen Beziehungsgestaltung abhängt. Gleichzeitig gibt es Unterschiede im Erleben hinsichtlich Alter, Störungsbild und präferierter Verteilung von Entscheidungsmacht. Kinder sind in vielen Studien zu Partizipation unterrepräsentiert. Derzeit fehlen gängige Definitionen und etablierte Messinstrumente zur Erfassung von Partizipation im stationären Kontext. Aus diesem Grund untersucht diese Arbeit, wie Kinder stationäre Aufenthalte insgesamt erleben, inwiefern sie Möglichkeiten zur Partizipation identifizieren und wie sie diese bewerten. Qualitative Leitfadeninterviews sowie der Fragebogen BesT-K schaffen ein erstes Verständnis dafür. Die Stichprobe besteht aus 3 Kinder im Alter von 9-12 Jahren mit einer stationären Aufnahme an der KJPP Hinterbrühl in NÖ. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse zeigen, dass der Aufenthalt selbst unfreiwillig ist und Kinder Partizipation in der Freizeitgestaltung erleben. Sie können sich besonders gut an Stationsregeln erinnern und beschreiben insgesamt sehr positive Beziehungen zu ihren Betreuungspersonen. Informationen zu Behandlungsabläufen und -zielen sind nur minimal vorhanden, persönliche Freiheiten und Freundschaften besonders wichtig. In der Praxis, aber auch in der Forschung muss auf kindgerechte Kommunikation geachtet werden. Dies erfordert notwendige Kompetenzen des Personals sowie vermehrte Verwendung von Feedbackmöglichkeiten oder visuellen Verankerungen von Informationen. So können in Zukunft positive Aspekte von Partizipation genutzt und Kinderrechte gesichert werden.

Abstract

Children have the right to participate in decisions concerning their treatment, which can be challenged by maturity, ability to consent and disorders. Patients desire to participate during in-patient stays while they feel that they are not included and thoroughly informed. Increased participation can lead to greater satisfaction of treatment and results which is influenced by given information and respectful relationships to the staff. Patients differ in their experience of participation in terms of age, disorders and their preferred distribution of power in decision making. Children are underrepresented in studies about participation. There are no established definitions of participation or questionnaires for an in-patient context. This paper aims to investigate how children experience in-patient stays, whether they notice possibilities to participate and how they evaluate this. Qualitative interviews and the BesT-K questionnaire give a first understanding on this matter. The sample consists of 3 patients aged 9-12 years submitted to in-patient stay at KJPP Hinterbrühl. Qualitative analysis shows that the stay itself is involuntary and children experience participation mostly in their spare time. They remember house rules well and describe very positive relationships to staff. There is little information concerning treatment course or goals. Personal freedom and friendships are very important. This shows the need of using communication that is suitable for children in the field and research. Staff must be trained and use feedback tools or visual help to share information so that the rights of children can be honoured and positive implications of participation used in the future.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Das Recht, gehört zu werden	2
1.2 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	3
1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie als Spannungsraum	3
2. Erleben stationärer Aufenthalte	5
2.1 Behandlungszufriedenheit.....	5
2.2 Partizipation.....	5
2.2.1 Partizipationsmodelle	6
2.2.2 Partizipative Entscheidungsprozesse.....	7
2.2.3 Informationsbedürfnisse	8
2.2.4 Partizipation und Zufriedenheit.....	9
2.2.5 Behandlungserfolg	10
2.2.6 Unterschiede im Erleben und Bewertung von Partizipation	11
2.3 Messinstrumente	12
2.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hinterbrühl	13
3. Zielsetzung.....	14
4. Fragestellung und Hypothesen	15
5. Methodik.....	15
5.1 Stichprobe	16
5.2 Studiendesign.....	16
5.3 Untersuchungsdurchführung	17
5.4 Erhebungsinstrumente	17
5.5 Datenanalyse	18
6. Ergebnisse	20
6.1 Stichprobenbeschreibung.....	20
6.2 Qualitative Inhaltsanalyse.....	20

Darf Kind mitreden?

6.2.1 Positive Faktoren des Erlebens.....	21
6.2.2 Negative Faktoren des Erlebens	22
6.2.3 Information	23
6.2.4 Partizipation	25
6.3 Verhaltensbeobachtung	27
6.4 Quantitative Analyse: BesT-K.....	28
6.5 Zusammenführung qualitativer und quantitativer Daten	29
7. Diskussion	29
7.1 Beantwortung und Bewertung der Forschungsfragen	29
7.2 Herausforderungen und Limitationen	34
7.2.1 Partizipative Kommunikation	34
7.2.2 Qualitative Erhebungen im Kindesalter	35
7.2.3 Kindliche Lebensrealität	37
7.2.4 Rahmenbedingungen	38
7.3 Ausblick	41
7.4 Fazit	41
8. Literaturverzeichnis	43
9. Abbildungsverzeichnis	54
10. Anhang	55
Anhang A	55
Anhang B	58

1. Einleitung

Kinder haben Rechte, unter anderem ein Recht auf Mitbestimmung (UNICEF, 1990). Dies gilt auch für medizinische Behandlungssettings. Bei Minderjährigen handelt es sich mit einer Prävalenz von 12-18% psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Petermann, 2013; Schulte-Körne, 2022) um eine vulnerable Gruppe. Minderjährige dürfen noch keine eigenverantwortlichen Entscheidungen treffen. Ihre Selbstbestimmung kann durch Störungsbilder eingeschränkt werden und hängt von der persönlichen Reife ab (Rothärmel et al., 2006). Stationäre Aufenthalte an Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJPs) stellen einen oft notwendigen, jedoch für Kinder einschneidenden oder gar unfreiwilligen Schritt dar (Nolkemper et al., 2019; Rothärmel et al., 2006; Schulmeister, 2023). An einem Kontinuum zwischen Fremd- und Selbstbestimmung von Kindern handeln KJPs in einem Spannungsfeld, das durch vorherrschende Vulnerabilitätsfaktoren und dem Anspruch nach Ressourcenstärkung gekennzeichnet ist. Partizipation kann eine effektive Möglichkeit sein, eine Brücke zwischen Fremd- und Selbstbestimmung zu schlagen und die Würde und Rechte von Patient*innen zu wahren. Durch Partizipation soll eine bedürfnisorientierte und menschenwürdige Behandlung gesichert werden. Die Literatur legt nahe, dass bei minderjährigen Patient*innen ein Wunsch nach Partizipation bei Behandlungen vorhanden ist (Hauschild et al., 2021; Rothärmel et al., 2006). Erhöhte Partizipation zeigt positive Zusammenhänge mit Behandlungserfolg (Knorth et al., 2009; Schepker et al., 2000) und Behandlungszufriedenheit (Keller et al., 2006; Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Dafür ist eine ausreichende Information für Patient*innen nötig, die sich oft zu wenig über ihre Behandlung aufgeklärt fühlen (Höger, 2010; Nolkemper et al., 2019; Rothärmel et al., 2006). Durch qualitative Interviews und einem quantitativen Fragebogen soll das kindliche Erleben eines stationären Aufenthalts mit besonderer Rücksichtnahme auf Partizipation untersucht werden. Einschlägige Ergebnisse zu Partizipation im Kindesalter legen nahe, dass Kinder partizipieren möchten, zu wenig informiert und in der Forschung unterrepräsentiert sind (Eberitzsch et al., 2021). Aus diesem Grund beschäftigt sich diese Arbeit mit dem Erleben stationärer Aufenthalte von Kindern. Durch qualitatives Vorgehen soll eine tiefere Auseinandersetzung und Verständnis der Zielgruppe ermöglicht werden. Diese Arbeit kann richtungsweisende Hinweise darauf geben, ob in der Realität dem

Wunsch nach Partizipation in einem stationären Setting auch Rechnung getragen werden kann. Daraus lassen sich relevante Forschungsthemen für die Zukunft identifizieren. Aus diesen kann der Handlungsbedarf von KJPs abgeleitet werden, damit der Gewinn von erhöhter Partizipation für den Erfolg von Behandlungen genutzt werden kann und Kinderrechte gesichert werden.

1.1 Das Recht, gehört zu werden

Mit der Einrichtung der Kinderrechtskonvention 1989 formulierten die Vereinten Nationen schriftlich, welche Rechte Kindern zugesprochen werden. Artikel 12 der Konvention über die Rechte der Kinder (UNICEF, 1990) hält fest, damit das Kind fähig ist „sich eine eigene Meinung zu bilden“ sowie seine Meinung „in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern“ (Artikel 12 Absatz 1). Als gesundheitliche Einrichtung ist es unter anderem die Aufgabe von KJPs, Schutz zu sichern und schnell zu intervenieren. Minderjährige haben gleichzeitig das Recht, bei gesundheitsbezogenen und ihren Körper betreffenden Fragen einbezogen zu werden. Partizipation ist als leitendes Prinzip in der Bundes-Kinder- und Jugendhilfe seit 2013 auch gesetzlich verankert. § 24 des Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz sieht vor, Kinder und Jugendliche zu beteiligen und „auf deren Entwicklungsstand Bedacht zu nehmen“ (§ 24 Abs. 3 Satz 1 B-KJHG). Außerdem besagt § 36 (B-KJHG), dass Minderjährige in der Planung und in Prozesse einbezogen werden müssen und dabei in ihrer Meinung gleichwertig mit den Erziehungsberechtigten sind. Herausforderungen in der psychiatrischen Praxis entstehen, wenn das Kindeswohl gefährdet wird, wie im Absatz 4 festgehalten (§ 24 Abs. 4 B-KJHG). Stationäre Aufenthalte in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen dem scheinbar diametral gegenüber: „Die Deutung der Erfahrung eines Freiheitsentzugs als existenziellen biografischen Einschnitt kann sowohl negativ als auch positiv konnotiert sein, ist jedoch in beiden Ausprägungen grundsätzlich als ein für die Subjekte wesentlicher Prozess der inneren und auch radikalen Veränderung ihrer Person“ (Schulmeister, 2023, S. 29). Die praktische Umsetzung von Partizipation fehlt in vielen Fällen oder wird nicht durch gängige Qualitätsstandards evaluiert (Rothärmel et al., 2006). KJPs sind vor das Problem gestellt, wie unter professionellen Abwägungen in der Praxis Entscheidungen zum Wohl von Minderjährigen getroffen werden können und gleichzeitig die persönlichen Rechte gewahrt bleibt (Zerbe et al., 2020).

1.2 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Um den Wirkungsbereich von Kinder- und Jugendpsychiatrien nachzuvollziehen, ist ein Verständnis für die Entstehung von Störungen im Kindes- und Jugendalter unabdingbar. Damit wichtige Entwicklungsschritte eines Kindes gemacht werden können, müssen Ressourcen vorhanden sein, um mögliche Herausforderungen zu meistern. Bestehen nicht ausreichende Schutz- oder Kompensationsfaktoren und häufen sich Risikofaktoren, kann es zu einer Fehlanpassung kommen (Petermann, 2013). Die komplexe Wechselwirkung vorhandener Risiko- und Schutzfaktoren hat einen hohen Einfluss auf die spätere psychopathologische Entwicklung. Angemessene Interventionen sollen Schutzfaktoren von Kindern stärken, um eine positive Entwicklung voranzutreiben und Resilienz zu stärken (Boeger, 2022). Unter Ressourcen können kognitive Fähigkeiten, Temperament und Selbstregulation, soziale Beziehungen sowie weitere Institutionen wie Gesundheitseinrichtungen oder Schulen verstanden werden (Petermann, 2013). Risikofaktoren stellen beispielsweise Frühgeburtlichkeit, chronische Erkrankungen oder geringer sozialer Status dar (Petermann, 2013). Bereits vor der Covid-Pandemie wurde die Häufigkeit von psychischen Störungen in Österreich im Kindes- und Jugendalter auf 20%-23.9% geschätzt (Thun-Hohenstein et al., 2017; Wagner et al., 2017). Während und nach der Pandemie ergaben gepoolte Prävalenzen bis zu 25.2% (Racine et al., 2020). Der seither gestiegene Bedarf an Psychopharmaka verdeutlicht dies (Otter et al., 2024). Der frühen Kindheit kommt eine besondere Rolle zu, da hier die Kompetenz erworben wird, Bindungen einzugehen und soziale Interaktionen zu vollziehen (Abels & König, 2016). Eine frühe Intervention ist notwendig, da sich die Hälfte der psychiatrischen Erkrankungen bereit im Jugendalter zum ersten Mal zeigt (Thun-Hohenstein, 2012). Umgekehrt wirken individuelle Schutzfaktoren wie ein hoher Selbstwert und adaptive Formen der Emotionsregulation bis in das Erwachsenenalter hinein und sollten deshalb besonders gestärkt werden (Boeger, 2022; Salisch & Klein, 2015). Kinder- und Jugendpsychiatrien kommt demnach große gesellschaftliche Verantwortung zu, entwicklungsfördernd zu handeln.

1.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie als Spannungsraum

KJPs bilden eine besondere Form der Sozialisation, da sie vorübergehend einen Kontext außerhalb von Familie und Schule darstellen. Für den Zeitraum eines Aufenthalts dient die Psychiatrie als Sozialisationsraum und vereint pädagogische

und psychiatrisch-therapeutische Maßnahmen (Schulmeister, 2023). Durch psychische Störungen und Einschränkungen in sozialen und emotionalen Fähigkeiten kann die Fähigkeit zur Einwilligung bei Minderjährigen reduziert sein (Rothärmel et al., 2006). Patient*innen begegnen gleichzeitig Formen der Ermöglichung und Begrenzung ihrer persönlichen Entfaltung und Freiheit (Schulmeister, 2023). KJPs bewegen sich im Feld zwischen Autonomie und Fürsorge und sind vor die Herausforderung gestellt, diese zwei Prinzipien miteinander zu vereinen und Möglichkeiten zur Selbstbestimmung im Behandlungskontext zu schaffen (Höger, 2010). Wie Erfahrungen in einer Psychiatrie erlebt werden, steht in enger Verbindung mit der Freiwilligkeit der Aufnahme (Schulmeister, 2023). Nur 38% der Personen mit einer freiwilligen Aufnahme geben an, auch freiwillig bleiben zu wollen (Nolkemper et al., 2019). Der Wunsch nach Partizipation ist in geschlossenen Stationen tendenziell höher (Zerbe et al., 2021). Dies zeigt, welchen Einschnitt in die persönliche Freiheit eine stationäre Aufnahme darstellen kann. Da es meist die Eltern sind, die kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe aufsuchen, werden dort agierende Menschen schnell als Verbündete der Eltern wahrgenommen (Rothärmel et al., 2006), was die Beziehungsgestaltung erschweren kann. Vor allem im Kindesalter ist eine starke Zusammenarbeit mit dem primären sozialen Bezugsfeld des Kindes jedoch besonders ausschlaggebend für den Behandlungserfolg (Schepker et al., 2000). Um Autonomie von Minderjährigen zu wahren, ist ausreichende Information und Beziehungsgestaltung notwendig (Brewer & Faitak, 1989; Nolkemper et al., 2019). Gerade bei Kindern erscheinen die Möglichkeiten, Autonomie wieder herzustellen, aufgrund des Alters und unterschiedlichen Kompetenzen besonders eingeschränkt. Ein hohes Bedürfnis nach partizipativer Mitsprache wird vor allem in Studien mit Jugendlichen berichtet. Kinder sind in solchen Befragungen meist unterrepräsentiert (Eberitzsch et al., 2021). Es bedarf also einer weiteren Auseinandersetzung mit einer jüngeren Zielgruppe (Hauschild et al., 2021). Aus diesem Grund liegt ein besonderer Fokus dieser Arbeit darauf, wie Kinder stationäre Aufenthalte im Allgemeinen und Partizipationsmöglichkeiten wahrnehmen.

2. Erleben stationärer Aufenthalte

2.1 Behandlungszufriedenheit

Zufriedenheit stellt einen wichtigen Aspekt zur Beurteilung und dem Erleben von Behandlungen dar (Della Casa et al., 2023). In früheren Studien wurde Partizipationserleben im Kontext von Behandlungszufriedenheit untersucht (Keller et al., 2006). Dabei spielt die Beziehung von Patient*innen und Therapeut*innen eine wichtige Rolle. Die therapeutische Beziehung zeigt einen mittleren Zusammenhang mit der Symptomreduktion in der Behandlung von Minderjährigen (Kinnen & Döpfner, 2013). Der Erfolg ($ES=.13-.21$), sowie die Behandlungszufriedenheit ($ES=.36$) korrelieren mit der Beziehung. Zufriedenheit zeigt im Vergleich zu Funktionsniveau, Symptome und Umgebungsfaktoren die stärkste Assoziation (McLeod, 2011). Sowohl die Beziehung von Therapeut*in zu Patient*in, als auch zu den Eltern korreliert mit der Behandlungszufriedenheit (Kinnen & Döpfner, 2013). Die Wichtigkeit guter Beziehungen im Behandlungskontext ergibt sich auch dadurch, dass Vertrauen eine hohe positive Korrelation mit der Zufriedenheit ($r = .710$; $\beta_1 = 0.718$) zeigt (Zerbe et al., 2021). Aufgrund der gezeigten Zusammenhänge wird die Behandlungszufriedenheit häufig als Maß bei der Evaluierung von Therapieerfolg herangezogen. Bei einigen Korrelationen ist ein Beurteilereffekt nicht auszuschließen. Zusammenhänge erscheinen meist höher, wenn aus der gleichen Perspektive beurteilt wird (Kinnen & Döpfner, 2013; Shirk & Karver, 2003). Außerdem scheinen Kinder- und Elternurteile der Zufriedenheit nur moderat zu korrelieren (Della Casa et al., 2023). Für die Behandlung von minderjährigen Personen ergibt sich dadurch, dass Beurteilungen von Behandlungen nicht ohne die Einschätzung von Patient*innen selbst geschehen sollten.

2.2 Partizipation

Begriffe wie Mitbestimmung, Teilhabe oder Beteiligung sind eng miteinander verwandt und kaum vom Begriff der Partizipation zu trennen. Im theoretischen Diskurs wird Partizipation häufig als demokratisches oder pädagogisches Prinzip betrachtet (Derecik et al., 2013). Entsprechende Forschung findet man vorrangig im Bereich der Soziologie oder Pädagogik (Rothärmel et al., 2006). Politische und soziale Auseinandersetzungen resultierten in Stufenmodelle der Partizipation, wie bei Schröder (1995) oder Blandow, Gintzel und Hansbauer (1999) zu finden (zitiert

nach Derecik et al., 2013, S. 49). Aus einem politischen Kontext heraus wurde der Begriff Partizipation zunächst als politische Einflussmacht von Bürger*innen auf Entscheidungen definiert (Derecik et al., 2013). Pädagogische Blickwinkel unterstreichen vor allem das Zugeständnis der Mündigkeit mit dem Ziel, den Subjektstatus von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlich ausgeprägten Kompetenzen anzuerkennen (Knauer & Sturzenhecker, 2005). Dabei sind vor allem Fähigkeiten wie Kommunikation, Kooperation oder Selbstvertrauen relevant (Derecik et al., 2013). Es fehlt bisher eine klare Definition von Partizipation im wissenschaftlichen-psychologischen Kontext (Rothärmel et al., 2006). Die Begriffsklärung scheint unter der Wichtigkeit der Thematik unterzugehen: „Who cares how we define participation as long as we do it“ (Healy, 1998, S. 898). Dennoch wurden vorerst aus dem politischen Bereich heraus Modelle der Partizipation entwickelt.

2.2.1 Partizipationsmodelle

Im populärwissenschaftlichen Bereich ist das Leitermodell der Partizipation von Roger Hart (1992, zitiert nach Hart, 2008, S. 22) sehr geläufig. Es unterteilt Entscheidungsprozesse in Zusammenhang mit Minderjährigen in acht Stufen. Ihrer Entwicklung entsprechend können Kinder in Zusammenarbeit mit Erwachsenen und durch gezielte Förderungen höhere Stufen der Partizipation erreichen. Die Stufen gehen laut Hart von Manipulation, Dekoration und symbolische Teilnahme über Zuweisung/Information, Konsultierung/Information bis zur geteilten Entscheidung von Erwachsenen initiiert, Eigeninitiative und geteilter Entscheidung von Kindern initiiert (Hart, 2008). Wright et al. (2010) erweitern dieses Modell und sehen ihre ersten zwei Stufen (Instrumentalisierung und Anweisung) nicht als Formen der Partizipation. Vorstufen von Partizipation sind hingegen Information, Anhörung und Einbeziehung. Formen der Partizipation im engeren Sinn sind die Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht, so Wright et al. (2010). Die Popularität solcher Stufen- und Leitermodelle erklärt sich womöglich aus der leichten Verständlichkeit und Anschaulichkeit.

Um sich dem Verständnis des Begriffs Partizipation in der gegenwärtigen Literatur anzunähern, werteten Zerbe et al. (2020) in einem Scoping-Review 27 Texte aus: Partizipation kann einerseits als normativer Wert und andererseits als Methode zur Steigerung von Motivation und Zufriedenheit betrachtet werden. Das

Ziel von partizipativen Prinzipien ist es, Ressourcen zu aktivieren und Empowerment zu fördern, um so die Handlungskompetenz zu erhöhen (Wedemeyer & Wiesemann, 2017). Empowerment kann als Prozess verstanden werden, um Kontrolle über Entscheidungen zu erlangen, die das Wohlbefinden fördern (Harris, 2016). Durch Partizipation kann ein Gefühl von Verantwortungsübernahme erzeugt werden, was wiederum das Selbstwirksamkeitserleben bereits in jungen Jahren vergrößern kann (Boeger, 2022). Eine Stärkung der Selbstwirksamkeit ist von großer Bedeutung, da sie als Resilienzfaktor vorhandene Risikofaktoren für eine ungünstigen Entwicklung abschwächen kann (Petermann, 2013). Möglichkeiten zur Partizipation zu schaffen erfordert, junge Menschen nicht als defizitär, sondern als handelnde Subjekte zu sehen (Knauer & Sturzenhecker, 2005). Während umfassende Definitionen zu Partizipation fehlen, bieten Modelle der Entscheidungsfindung wertvolle Ansätze zur Konzeptualisierung von Partizipation.

2.2.2 Partizipative Entscheidungsprozesse

Partizipation im engeren Sinn bezieht sich auf Entscheidungen und wie Akteur*innen zu dieser kommen. Der Prozess einer partizipativen Entscheidung kann in folgende Schritte unterteilt werden: Mitteilung der Entscheidung, Formulierung der Gleichberechtigung, Information über Optionen, Aufklären über Vor- und Nachteile, Verständnis erfragen, Präferenzen ermitteln, Aushandeln, gemeinsame Entscheidung herbeiführen und Umsetzung vereinbaren (Simon et al., 2008). Charles et al. (1999) beschreiben den Entscheidungsprozess im *shared treatment decision-making model*. Darin werden drei Aspekte identifiziert: Information teilen, Deliberation und Entscheidung treffen. Kombiniert man diese zwei Modelle, so können die ersten fünf Schritte im Model von Simon et al., (2008) dem Teilen von Information zugeordnet werden und jeweils zwei der Deliberation und dem Treffen der Entscheidung. Die Kombination diese zwei Modelle verdeutlicht, dass Partizipation zu einem wesentlichen Teil aus der Aufklärung und dem Informieren von Patient*innen besteht. Dies konnte durch Studien bestätigt werden: Das Erleben von Partizipation beim Treffen von Entscheidungen korreliert im Vergleich zu Teilen von Information und Deliberation am wenigsten mit der Zufriedenheit von Behandlungen (Zerbe et al., 2020). Die Bedürfnisse nach Information und Partizipation scheinen auf der Basis von Faktorenanalysen sehr

eng miteinander verbunden zu sein (Rothärmel et al., 2006). Ausführliche Information bedeutet demnach für Kinder, dass sie auch über Gespräche informiert werden wollen, an denen sie nicht teilgenommen haben oder wenn Erziehungsberechtigte eine Entscheidung für sie treffen (Rothärmel et al., 2006).

Um Partizipation zu bewerten, betrachtet man die Reichweite, Form und Stärke dessen (Wedemeyer & Wiesemann, 2017). Reichweite meint dabei den Bereich des Lebens, in dem es Mitsprache gibt. Form die äußeren Bedingungen und den Kontext von Partizipation wie zum Beispiel Kinderkonferenzen. Stärke zeigt den Grad der Einbindung an, also ob tatsächlich eine gleichberechtigte Entscheidung stattfindet. Vor allem die Möglichkeit der Partizipation bei kleinen Entscheidungen sollte stärker in das Blickfeld fallen. Besonders im persönlichen Bereich und bei Interaktionen mit sozialen Bezugspersonen aus dem eigenen Umfeld wünschen sich Kinder und Jugendliche mehr Selbstbestimmung (Zerbe et al., 2020). Partizipation sollte im Kontext von sozialen Beziehungen betrachtet werden. Möglichkeiten zu partizipativem Handeln können erst im Beisein anderer Menschen verwirklicht oder verwehrt werden (Nolkemper et al., 2019). Das unterstreicht die Bedeutung von Beziehung für Behandlungen, nicht nur für den Behandlungserfolg, sondern für Partizipation selbst. Es konnte bereits untersucht werden, dass das Partizipationserleben von Patien*innen mit der Beziehungsgestaltung zusammenhängt (Nolkemper et al., 2019).

2.2.3 Informationsbedürfnisse

Trotz einiger Bemühungen, Partizipation als leitendes Prinzip in den Alltag von KJPs einfließen zu lassen, bedarf es weiterer empirisch fundierter Untersuchungen (Rothärmel et al., 2006; Schulmeister, 2023). Junge Personen haben den Eindruck „nicht an bedeutsamen Entscheidungsprozessen wie dem über die Aufnahme einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung beteiligt zu sein und von mitunter weichenstellenden Akteuren wie den Eltern oder den einweisenden Ärzt*innen nicht einbezogen zu werden“ (Schulmeister, 2023, S. 13). Wie bereits dargelegt, kommt der Aufklärung eine wichtige Rolle zu. Einen umfassenden Beitrag zu dieser Thematik leisteten Rothärmel et al. (2006), indem 298 Kinder und Jugendliche in Deutschland zu ihrem stationären Aufenthalt befragt wurden. Bezüglich der Informationspraxis während einer stationären Behandlung gaben nur 33% an, dass sie in Gespräche über ihre weitere Zukunft einbezogen

wurden. Gespräche vor einer Aufnahme bezüglich Aufenthaltsdauer oder konkrete Tätigkeiten während des Aufenthalts werden beim Großteil vermisst. Rund 90% der befragten Personen gaben ein Bedürfnis nach Information bei der Aufnahme und während der Behandlung an. Information hinsichtlich Stationsregeln erhalten zu haben, berichten hingegen 73%. 60% fühlten sich über medizinische Untersuchungen informiert, jedoch nur 24% der Kinder gaben an, Informationen über Untersuchungsergebnisse oder Aufklärung über psychische Störungen (25% der Kinder) erhalten zu haben (Rothärmel et al., 2006). Allgemein geben Befragte an, mit Informationen bezüglich der eigenen Behandlung besonders unzufrieden zu sein (Nolkemper et al., 2019). Speziell bei jüngeren Patient*innen scheint es, dass sie zu wenig Information und Aufklärung erhalten (Höger, 2010). Aber auch bei den Jugendlichen meinen nur rund ein Drittel, genügend Information zu bekommen (Nolkemper et al., 2019). Dies hat merkbare Auswirkungen auf die Zufriedenheit von Behandlungen.

2.2.4 Partizipation und Zufriedenheit

Unabhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose geben 61,5% an, dass sie sich Teilhabe bezüglich Behandlungsentscheidungen wünschen (Rothärmel et al., 2006). Dabei besteht eine signifikante Differenz zwischen Wunsch und Erleben (Zerbe et al., 2021). Im Mittel fällt der Wunsch nach Partizipation bei einer fünfstufigen Skala eine Stufe höher aus als die Angaben zum tatsächlichen Erleben. Junge Patient*innen verstehen Partizipation wohl am ehesten als Mitbestimmung beziehungsweise ernst genommen zu werden (Keller et al., 2006; Zerbe et al., 2021). Letzteres korreliert mit der berichteten Behandlungszufriedenheit (Keller et al., 2006). Erhöhte Möglichkeit zu Partizipation wirkt sich somit im Allgemeinen positiv auf die Gesamtzufriedenheit aus (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Der Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und Partizipation wurde in frühen qualitativen Arbeiten wie bei Lenz (2001) vermutet:

Analysiert man die Aussagen der Kinder genauer über alle Themenbereiche hinweg, so fällt auf, dass sich die negativen Bewertungen in ihrem Kern immer auf eine Unzufriedenheit mit dem Grad der Partizipation am Geschehen zurückführen lassen und umgekehrt die positiven Bewertungen eng mit der Teilhabe und den aktiven Gestaltungsmöglichkeiten im beraterisch–therapeutischen Geschehen zusammenhängen. (S. 128)

Untersuchungen verdeutlichen, dass verstanden zu werden sowie ein respektvoller Umgang für minderjährige Patient*innen zu Formen der Partizipation zählen (Zerbe et al., 2021). Als fair wahrgenommene Behandlung und Respekt können zu einer positiveren Einstellung gegenüber der Behandlung führen (Rothärmel et al., 2006). Viele Patient*innen wünschen sich respektvolle Beziehungen, erleben diese jedoch nicht (Rothärmel et al., 2006). Die Zufriedenheit kann in der dritten Phase eines Entscheidungsprozesses, dem Treffen von Entscheidungen laut dem Modell von Charles et al. (1999), durch wachsende Partizipation nicht mehr gesteigert werden (Zerbe et al., 2021). Somit tragen die ersten beiden Aspekte des Modells, Information teilen und Deliberation, im Vergleich zum Treffen der Entscheidung maßgeblicher zur Zufriedenheit bei. Übersteigt die tatsächliche Beteiligung den vorhergegangenen Wunsch, sinkt die Zufriedenheit wieder (Zerbe et al., 2021). Dies verdeutlicht, dass es bei wahrgenommener Partizipation nicht um die Entscheidungsmacht selbst, sondern eher um Information und Austausch geht.

2.2.5 Behandlungserfolg

Neben der Zufriedenheit gibt es weitere positive Auswirkungen von Partizipation für Patient*innen. Es wurde ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer, Behandlungserfolg und der Kooperation von Jugendlichen gefunden. Dies bedeutet, dass Patient*innen mit höherem Handlungsspielraum bessere Erfolge bei Behandlungen erzielen (Schepker et al., 2000). Werden Kinder aktiv eingebunden, sinkt die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Abbruchs (Knorth et al., 2009). Für Minderjährige ist vor allem die Kooperation der Eltern ausschlaggebend (Schepker et al., 2000). Dieser Zusammenhang von Information und Abbruchraten wurde zuerst im Erwachsenenbereich untersucht, indem gezeigt wurde, dass Dropouts vermindert und Therapieerfolge erhöht wurden, wenn eine ausführliche Aufklärung in Therapien stattfand (Batten, 1996). Auch im Kinder- und Jugendbereich zeigten Untersuchungen, dass Aufklärung wie beispielsweise Nutzung traumainformierter Ansätze bei der Behandlung größere Erfolge bringen können (Boel-Studt, 2017). Durch mehr Partizipation können also insgesamt besserer Behandlungserfolge erzielt werden (Schepker et al., 2000). Dennoch wird Partizipation scheinbar unterschiedlich erlebt und bewertet.

2.2.6 Unterschiede im Erleben und Bewertung von Partizipation

Globalurteile der Behandlung bleiben über die Zeit hinweg eher stabil, während die Einschätzung von Partizipation im Laufe der Behandlung stärker variiert (Zerbe et al., 2021). Mädchen zeigen sich hinsichtlich der Partizipationspraxis im Allgemeinen unzufriedener (Keller et al., 2006; Rothärmel et al., 2006; Zerbe et al., 2021). Andere Studien berichten eine gemischte Befundlage (Nolkemper et al., 2019). Es könnte eine Wechselwirkung mit dem Störungsbild vorliegen, da Mädchen mit introversiven Störungen wie Depression oder Angststörung in manchen Aspekten mehr Partizipationsbedürfnisse zeigen als Mädchen mit expansiven Störungen (Rothärmel et al., 2006). Bezüglich Störungsbilder im Allgemeinen sprechen manche Befunde jedoch dafür, dass Personen mit externalisierenden Symptomen wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung einen stärkeren Wunsch nach Partizipation hegen (Rothärmel et al., 2006; Zerbe et al., 2021). Es lässt sich somit nicht eindeutig sagen, in welchem Zusammenhang Geschlecht, Störungsbilder und Partizipationsbedürfnisse stehen. Andere Studien finden keine globalen Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit der Behandlung, obwohl Jugendlichen mit externalisierenden Symptomen höhere Motivation im Behandlungsprozess angeben (Keller et al., 2006). Es kann allenfalls vermutet werden, dass der Wunsch nach Partizipation mit dem Schweregrad und der Art der Störung interagiert und Patient*innen mit bestimmten Störungsbildern wie beispielsweise Depression oder Essstörung passiverer Rollen bevorzugen (Zerbe et al., 2021). Auch der Kontext des Aufenthalts und das Alter könnten eine Rolle spielen. Vor allem in geschlossenen Stationen ist der Wunsch nach Partizipation tendenziell höher ausgeprägt (Zerbe et al., 2021). Je älter die Patient*innen, desto mehr Partizipation nehmen sie wahr und desto mehr berichten sie einen Wunsch nach Mitentscheidung bei der Aufnahme (Rothärmel et al., 2006).

Gleichzeitig wird Partizipation von Patient*innen sehr unterschiedlich beurteilt. Rund die Hälfte der Patient*innen wertet Partizipation als negativ, die andere Hälfte als positiv (Rothärmel et al., 2006). Das bedeutet, dass junge Patient*innen unterschiedliche Entscheidungsmodi präferieren (Nolkemper et al., 2019). Ein Drittel wünscht sich eine aktive Rolle (27%), ein kleinerer Teil eine passive Rolle (15%) bei Entscheidungen. Die meisten Patient*innen (58%) möchten

jedoch gemeinschaftlich entscheiden (Zerbe et al., 2021). Absolute Selbstbestimmung könnte vor allem Kinder überfordern und keine erwünschten positiven Effekte bringen (Derecik et al., 2013). Weitere Herausforderungen sind Verweigerung von Partizipation oder ein fehlendes Bedürfnis von Seiten der Patient*innen (Zerbe et al., 2020). Wird jedoch die Möglichkeit zur Partizipation wahrgenommen, steigt auch die Behandlungsmotivation (Rothärmel et al., 2006). Die passende Form, die zu einem positiven Partizipationserleben führt, kann also individuell für Patient*innen sehr unterschiedlich sein. Dies stellt eine große Herausforderung für Personen im Gesundheitswesen dar.

Insgesamt deuten die genannten Studienergebnisse daraufhin, dass Partizipation viele positive Effekte auf Behandlungserfolg- und zufriedenheit haben kann. Beziehungsgestaltung und Informationsweitergabe haben einen großen Einfluss drauf, inwiefern Partizipation erlebt wird. Minderjährige sollten von Beginn an umfassend informiert und respektvoll über ihre Behandlung aufgeklärt werden. Um zu messen, ob dies in der Praxis gelingt, braucht es geeignete Instrumente, die bisher in großen Teilen fehlen.

2.3 Messinstrumente

Das Erleben eines stationären Aufenthalts von minderjährigen Personen kann durch die Behandlungszufriedenheit erfasst werden. Matthejat und Remschmidt (1998) stellten mit ihrem Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) erstmals ein deutschsprachiges Instrument zur Evaluierung von Therapien (Cronbachs $\alpha=.80$) bei Kindern und Jugendlichen vor. Er behandelt folgende Bereiche: Erfolg der Behandlung, Beziehung zum Therapeuten und Rahmenbedingungen der Behandlung. Prinzipien der Autonomie und Partizipation kamen in diesen frühen Arbeiten noch zu kurz. Zum damaligen Zeitpunkt fehlten zudem Instrumente zur Befragung von Kindern unter 12 Jahren. Bei der Validierung einer Stichprobe im Kindesalter konnten drei Faktoren zur Beschreibung von Behandlungszufriedenheit identifiziert werden (Keller et al., 2018): Gesamtatmosphäre bzw. allgemeine Zufriedenheit, therapeutisches Setting und Problembearbeitung. Der daraus entstandene Fragebogen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) wurde für Kinder (BesT-K), Jugendliche (BesT-J) und Eltern (BesT-E) entwickelt. Dieser soll vermehrt auf Mitspracherecht und Aufklärung eingehen. Ein neuerer Versuch,

Behandlungszufriedenheit breiter zu erfassen, ist der Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (FBZ-KJP); (Della Casa et al., 2023). In der Pilotstudie mit 174 Patient*innen wurde ein Cronbachs $\alpha=.93$ ermittelt. Inhaltlich deckt der Fragebogen die Bereiche Aufnahme, Information, Behandlung, Engagement, Hotellerie, Vorbereitung/Entlassung, Behandlungsergebnis und Gesamturteil ab.

Eine allgegenwärtige Herausforderung bei der Messung von Zufriedenheit ist es, dass globale Beurteilungen meist sehr hoch ausfallen (Della Casa et al., 2023; Keller et al., 2018). Aus diesem Grund ist es dringend notwendig, nicht nur nach dem Therapie- oder Behandlungserfolg, sondern gezielt einzelne Bereiche zu erfragen, wie etwa konkrete Wünsche zur Veränderung. Neben dem Vorgeben von standardisierten Fragebögen können qualitative Erhebungen und offene Fragen zu einem weiteren Erkenntnisgewinn beitragen. Wie dargelegt, kann durch die vermehrte Partizipation im Behandlungsprozess die Behandlungszufriedenheit erhöht werden (Zerbe et al., 2020).

2.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hinterbrühl

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hinterbrühl (KJPP Hinterbrühl) in Niederösterreich leistet einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von minderjährigen Personen im Einzugsgebiet Industrieviertel und nördliches Burgenland. Bei rund 700 Vorstellungen in einem Zeitraum von sieben Monaten liegt das mittlere Alter der Patient*innen bei 14,54 Jahren (Haselgruber et al., 2023), das Mindestalter für eine stationäre Aufnahme bei 6 Jahren (NÖ Landesgesundheitsagentur, o. D.). Mit 15,5% sind Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend die drittgrößte Gruppe der vergebenen Verdachtsdiagnosen (Haselgruber et al., 2023). Obgleich im Verhältnis mehr Jugendliche vorgestellt werden, muss der Gruppe der Kinder besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da das Risiko für langfristige psychische Folgen für diese besonders hoch ist (Trost, 2018). Bei einer Prävalenz von 12-18% einer psychischen Störung mit erheblicher Funktionseinschränkung in der Gesamtbevölkerung der Kinder und Jugendlichen (Petermann, 2013; Schulte-Körne, 2022), treten Angstsymptome und depressive Symptomatik neben Substanzmissbrauch, Verhaltensauffälligkeiten sowie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom am häufigsten auf (Schulte-Körne, 2022). Wird eine

Störung als Wechselwirkung von Anlage und Umfeld verstanden, können Einrichtungen wie Kinder- und Jugendpsychiatrien einen Einfluss auf dieses Umfeld ausüben, indem Resilienz gestärkt und Vulnerabilität vermindert wird (Petermann, 2013).

Um Entwicklungen im Kindesalter positiv zu beeinflussen und passende Interventionen durchzuführen, bedarf es fundierter Kenntnisse darüber, wie Patient*innen den Aufenthalt an einer KJP erleben. Insbesondere fehlt es an der Rekonstruktion der subjektiven Bedeutungen von individuellen Biografien, die durch institutionelle Rahmenbedingungen beeinflusst sind. Qualitative Studien mit jungen Patient*innen in Krisensituationen können diese Lücke schließen (Schulmeister, 2023). In der Arbeit mit minderjährigen Patient*innen müssen Wege gefunden werden, das Recht nach Selbstbestimmung zu wahren. Dabei ist es ratsam, Selbstbestimmung außerhalb von rechtlichen Fragestellungen als Kontinuum zu verstehen. Junge Menschen sind im „Grenzbereich am Übergang von Einwilligungsunfähigkeit zu Einwilligungsfähigkeit“ zu verorten (Wedemeyer & Wiesemann, 2017, S. 2). Immerhin geben 60% der Kinder und Jugendliche (Rothärmel et al., 2006) an, in Behandlungen keine Aufklärung über ihre Rechte zu bekommen. Eine überwiegende Mehrheit von 80% erachtet es als wichtig, Informationen zu bekommen und in Entscheidungen einbezogen zu werden (Rothärmel et al., 2006). Da es kein gängiges Evaluationsinstrument gibt, das sich ausschließlich auf das Partizipationserleben von Kindern im stationären Setting bezieht, müssen auch Einflussfaktoren des Erlebens besser untersucht und verstanden werden.

3. Zielsetzung

Kinder sind im Vergleich zu Jugendlichen in der aktuellen Partizipationsforschung meist unterrepräsentiert. Ein Großteil der Forschung bezieht sich auf die Gesamtgruppe der Kinder- und Jugendlichen oder fokussiert sich stark auf Jugendliche. Dies bietet bereits wertvolle Hinweise. Es gilt jedoch zu überprüfen, inwiefern Ergebnisse auf Kinder zu übertragen sind. Es gibt Hinweise dafür, dass ein Wunsch nach Partizipation und Information auch bei jüngeren Kindern vorhanden zu sein scheint. In dieser Altersgruppe kann die Verwirklichung von Partizipation aufgrund des Alters und Reife besonders herausfordernd sein. Mit dieser Arbeit soll ein erstes Verständnis dafür geschaffen werden, wie Kinder einen

stationären Aufenthalt an einer KJP erleben. Ein besonderes Augenmerk liegt darauf, ob und wie Kinder Möglichkeiten für Partizipation wahrnehmen, welche Informationen sie erhalten und wie sie dies bewerten. Geäußerte Belastungen, aber auch positive Faktoren sollen vertiefend erfasst werden und nicht durch vorgefertigte Antwortmöglichkeiten eingeschränkt werden. Das „Wie“ ist von großem Interesse. Durch die aktive Einbeziehung und Befragung von Patient*innen selbst soll ihnen eine Form des Feedbacks ermöglicht und Raum für ihre Empfindungen gegeben werden.

4. Fragestellung und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit soll erheben, inwiefern sich Kinder im Zuge ihres stationären Aufenthalts eingebunden fühlen und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Folgende Forschungsfragen sollen beantwortet werden: (1) Wie erleben Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren einen stationären Aufenthalt an der KJPP Hinterbrühl? (2) Inwiefern berichten Kinder partizipative Elemente und (3) wie empfinden sie diese?

Die erste Frage erlaubt es, zu untersuchen, welche Faktoren von Kindern als positiv und welche als negativ oder belastend empfunden werden. Sie soll Raum für individuelle Empfindungen und Bedürfnisse geben und Aspekte der Zufriedenheit abbilden. Die zweite Forschungsfrage soll erheben, in welchem Ausmaß und in welchen Bereichen Kinder Selbstbestimmung und Partizipation erleben und welche Informationen sie erhalten. Die dritte Fragestellung soll unterschiedliche Bewertungen von Mitsprachemöglichkeiten erfragen. Die Literatur deutet darauf hin, dass die meisten Kinder- und Jugendliche einen Wunsch nach Partizipation hegen. Partizipative Möglichkeiten werden gleichzeitig unterschiedlich bewertet (Rothärmel et al., 2006). Aus diesem Grund wird differenziert, ob Kinder Partizipation identifizieren und wie sie über eigene Entscheidungsfreiheit empfinden. Die aus der Literaturrecherche abgeleiteten Fragestellungen erfordern eine qualitative Methodik für die Datenerhebung, da eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Erlebten angestrebt wird.

5. Methodik

Um individuelle Sichtweisen von Patient*innen zu rekonstruieren, wurden Leitfadeninterviews durchgeführt. So kann sichergestellt werden, dass durch spezifische Fragen genügend Informationen für die Beantwortung der Fragestellung

erhoben werden. Gleichzeitig wird den Interviewpartner*innen Raum für persönliche Assoziationen und spontane Äußerungen gegeben (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Im Frühjahr 2024 wurde das geplante Vorhaben der Ethikkommission der Universität Wien vorgelegt und im November 2024 ein positives Votum erteilt. Im Zuge dessen stimmte auch die Landesgesundheitsagentur Niederösterreich der Durchführung der Studie an der KJPP Hinterbrühl zu.

5.1 Stichprobe

Für die Stichprobe wurden Patient*innen aus der Kindergruppe, sowie der Präadoleszenzgruppe im stationären Setting rekrutiert. Dies betrifft Kinder im Alter von sechs bis vierzehn Jahren. Schlussendlich konnten drei Personen im Erhebungszeitraum rekrutiert werden. Vorab wurden schriftliche Einwilligungen der Erziehungsberechtigten und der Teilnehmenden eingeholt, nachdem die betreffenden Personen über die Studie und ihre Rechte informiert wurden. Bei der Rekrutierung gab es keine formalen Ausschlusskriterien. Sie gestaltete sich insgesamt als äußerst schwierig. Mehrere Faktoren waren hierbei zu beachten. Zum Erhebungszeitpunkt kam es aufgrund von Personalmangel zu einer Reduzierung der belegbaren Betten. Aufgrund von Renovierungsarbeiten kam es zusätzlich zu einer Zusammenlegung der Kinder- und Präadoleszenzgruppe. Außerdem gab es mehrere Patient*innen, denen eine Teilnahme aufgrund von akuten Krisen oder dem Schweregrad der psychischen Störung nicht möglich war. Bei 4 Fällen wollten entweder die Erziehungsberechtigten oder die Patient*innen selbst einer Teilnahme nicht zustimmen. Die angestrebte Stichprobengröße von $N=10$ konnte aus diesen Gründen nicht erreicht werden.

5.2 Studiendesign

Gegenstand der Untersuchung ist das Erleben von Kindern an einer KJP unter besonderer Berücksichtigung von Partizipation durch eine qualitative querschnittliche Erhebung. Das zusätzliche Erfassen von quantitativen Daten durch das Vorlegen eines Fragebogens stellt eine Triangulation im Mixed-Method-Design dar. Die Ergebnisse beider Verfahren werden zusammengeführt und liefern als kollektives Ergebnis wertvolle Informationen. Durch diese parallele und konvergente Vorgehensweise kann ein breiteres Verständnis für den Untersuchungsgegenstand erzielt werden (Plano Clark, 2017).

5.3 Untersuchungsdurchführung

Im ersten Schritt wurden die fallführenden Personen an der KJPP Hinterbrühl ausreichend über die Studie informiert. Danach wurden durch diese die Teilnahmeeinwilligung der Erziehungsberechtigten eingeholt. Hierfür wurde ein kleines Infopaket zusammengestellt, in dem sich die Masterstudierende vorstellt und die wichtigsten Infos verständlich nähergebracht werden. Die geplante Vorerhebung im August 2024 konnte nicht durchgeführt werden, da sich die Erhebungsphase aufgrund der bürokratischen Abwicklung und Freigabe durch die Landesgesundheitsagentur und der Ethikkommission Wien verzögerte. Das erste Interview konnte schließlich Anfang Dezember 2024 an der KJPP Hinterbrühl durchgeführt werden. Die Rekrutierungs- und Erhebungsphase wurde Ende Jänner 2025 aufgrund mangelnder infrage kommender Patienten*innen geschlossen. Die Teilnahme dauerte maximal eine Stunde und wurde auf der Wohngruppe der jeweiligen Patient*innen. Dabei wurde zuerst das Interview abgehalten und danach der Fragebogen ausgefüllt. Vor der Erhebung wurde genügend Zeit für ein Kennenlernen zwischen Interviewerin und Patient*in gegeben. In Absprache mit den Psychologinnen der Station wurden die Interviewtermine so geplant, dass sie die Behandlung der Patient*innen nicht behindert.

5.4 Erhebungsinstrumente

Um inhaltliche und wissenschaftliche Qualität sicherzustellen, wurde für die Einzelinterviews unter Supervision der Masterarbeitsbetreuerin ein Gesprächsleitfaden erstellt (siehe Anhang A). Als Orientierung bei der Erstellung des Leitfadens dienten Studien, welche sich eingehend mit der Informationspraxis und Partizipation beschäftigt haben (Rothärmel et al., 2006; Zerbe et al., 2020). Das Interview enthielt folgende Abschnitte: 1. allgemeine Eindrücke zur Aufnahme, 2. das Teilen und Erhalt von Information, 3. Beziehungsgestaltung sowie Einbindung in Alltagsentscheidungen und 4. Fragen zur Einschätzung und dem Empfinden. Zur Aufnahme wurde erfragt, wie sie erinnert wird und wer diese Entscheidung getroffen hat. Fragen zum Informationserhalt (2.) bezogen sich beispielsweise darauf, ob Kinder Ansprechpersonen nennen können, wie sie Gespräche mit dem Personal erleben, ob sie erklären können, warum sie aufgenommen wurden und ob Behandlungsvereinbarungen getroffen wurden. Themen der Partizipation (3.) wurden erfragt, indem Kinder von ihrem Tagesablauf erzählten, ob es hierbei

Gestaltungsspielräume gibt, wer Entscheidungen trifft und wie zufrieden Patient*innen damit sind. Außerdem wurde besprochen, ob Betreuungspersonen genug Zeit haben. Abschließend konnten Kinder unter viertens angeben, welche Aspekte ihnen gefallen und weniger gefallen und welche Veränderung sie sich wünschen. Das Interview deckt also den Prozess der Aufnahme, die Informationspraxis und Entscheidungsfindungen ab.

Der *Fragebogen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie in der Version BesT-Kind* (Keller et al., 2020) wurde als zusätzliches Maß an quantitativer und explorativer Erhebung vorgegeben. Anhand von 20 Items beurteilten Kinder auf einer fünfstufigen Antwortskala in Form von Smileys ihre Zufriedenheit der Behandlung. Der Fragebogen wurde an einer Stichprobe von rund 850 Kindern, bei einem mittleren Alter von 10,55 Jahren validiert und ergab eine interne Konsistenz von $\alpha = .85$. Die Items laden dabei hauptsächlich auf den zwei Faktoren, „generelles Wohlfühlen“ sowie „Beziehungen“. Bei zweitemer fließen Beurteilungen zur Aufklärung und Mitsprache ein (Keller et al., 2020).

5.5 Datenanalyse

Nach Durchführung der Interviews wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) vorgenommen. Hierfür wurde ein wörtliches Transkript der Audioaufzeichnungen erstellt, bei dem das Gesagte in Schriftdeutsch niedergeschrieben wurde. Als Transkriptionsregeln wurde an Rädiker und Kuckartz (2019) angelehnt, wie Markierung von längeren Pausen, besonderen Betonungen, lautem Sprechen, Lautäußerungen oder nonverbalen Aktivitäten. Sprechanteile der Interviewerin wurden durch die Abkürzung I und jene der Patient*innen mit K markiert.

Die angewandte Technik der Reduzierung der Transkripte auf ihre Kernaussagen entspricht einer zusammenfassenden Vorgehensweise (Mayring, 2010). Die induktive Vorgehensweise wurde gewählt, um Kategorien tatsächlich aus den Antworten der Interviewpartner*innen ohne Verlust von Information oder Bias zu gewinnen (Mayring, 2000). Als Auswertungseinheit gelten dabei die drei schriftlichen Transkripte der Interviews. Eine Kodiereinheit entspricht einem bedeutungstragendem Textelement, das mindestens aus einem Wort besteht. Die Kontexteinheit stellt jeweils die Antwort eines Kindes auf eine Frage dar und kann unter Umständen auch die Frage der Interviewerin beinhalten (Mayring, 2015). Vor

dem Durcharbeiten der Transkripte der Interviews wurden Kategorien und Abstraktionsniveau definiert (Mayring, 2000).

Kriteriumsdefinition. Diese Definition legt fest, wie weit das Material reduziert werden soll und nach welchem Kriterium eine Passage als relevant für eine Kategorie gesehen werden soll (Mayring, 2000). Für Forschungsfrage (1) gilt folgende Definition: „Gefühle, Beurteilungen und andere Äußerungen, die im Kontext des stationären Aufenthalts genannt werden“. Somit werden Äußerungen, die sich auf Erfahrungen außerhalb des Aufenthalts beziehen, ausgeschlossen. Bezüglich Forschungsfrage (2) wird folgende Definition angewandt: „Methoden, Formen und Erlebnisse, die eine Art von Partizipation sowie Formen von Informationsaustausch oder ein eindeutiges Fehlen davon anzeigen“. Kategorien der Forschungsfrage (3) werden so definiert: „Gefühle, Beurteilungen und andere Äußerungen, die sich auf die partizipative Praxis sowie Entscheidungsprozesse beziehen und eine Bewertung darstellen“.

Abstraktionsniveau. Das Level an Abstraktion zeigt an, wie allgemein oder spezifisch eine Kategorie sein soll (Mayring, 2000). Für die Subkategorien II gilt ein enges Niveau: „Persönlich gemachte Erfahrungen und eigene Beurteilungen“. Dadurch wird sichergestellt, dass Einschätzungen anderer Personen ausgeschlossen werden. Subkategorien I und Hauptkategorien sollen allgemeiner übertragbare Begriffe darstellen und übergeordnete Themen repräsentieren. Elemente davon liegen auf einem höheren Abstraktionsniveau als jene der Subkategorien II.

Die transkribierten Interviews wurden Zeile für Zeile dahingehend analysiert, ob eine der festgelegten Kriteriumsdefinitionen auf sie zutrifft. Danach wurde für jede dieser Auswahlen eine Paraphrase durch vereinfachte Sprache und grammatikalische Verkürzung der Antworten vorgenommen, ohne inhaltstragende Teile zu eliminieren (Mayring, 2015). Danach wurden die Paraphrasen generalisiert, dem Abstraktionsniveau angepasst und nur solche Paraphrasen behalten, die inhaltlich als zentral erachtet wurden. Dann wurden Teile mit gleicher Bedeutung gestrichen und Paraphrasen miteinander integriert (Mayring, 2000). Da die Kinder teils kurze Antworten auf die Fragen des Interviews gaben, entfiel in manchen Fällen der Schritt der Paraphrase und es wurde direkt eine Generalisierung vorgenommen. Im Schritt der Reduktion und Bündelung wurden bedeutungsgleiche

Paraphrasen zusammengeführt. Dabei können theoretische Vorannahmen einfließen (Mayring, 2010). Im letzten Schritt wurden also die Subkategorien II in Subkategorien I und Hauptkategorien thematisch gebündelt. Das bedeutet, dass Inhalte der Subkategorie II den höchsten Informationsgehalt der Interviews darstellen. Am Ende wurde das gesamte Material mit den finalen Definitionen noch einmal durchgearbeitet (Mayring & Brunner, 2009). Zur Auswertung der Transkripte wurde das Computerprogramm MAXQDA verwendet, um Arbeitsprozesse bei der qualitativen Analyse zu erleichtern (Mayring & Brunner, 2009). Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden keine gängigen Häufigkeitsanalysen durchgeführt (Mayring, 2014).

BesT-K. Der Fragebogen BesT-Kind wurde durch Ermittlung der Skalenmittelwerte ausgewertet. Diese ergeben einen Gesamtwert der Zufriedenheit. Außerdem geben die zwei Subskalen „Therapeutische Beziehung“ und „Umgebung/Regeln“ Aufschluss über die Prozess- und Strukturqualität des Aufenthalts (Keller et al., 2020). Die Ergebnisse wurden interpretatorisch zusammengeführt, wobei die Priorität bei den qualitativen Daten liegt (Flick, 2011). Die angestrebte Triangulation von quantitativen und qualitativen Daten ermöglicht es, die Fragestellungen differenzierter zu beantworten und einen besonderen Fokus auf individuelle Einschätzungen zu legen (Hanson et al., 2005).

6. Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung

Alle befragten Kinder waren auf der Kinderstation der KJPP Hinterbrühl aufgenommen. Aus der Präadoleszenzgruppe konnten keine Patient*innen rekrutiert werden. Im Laufe der Erhebungsphase wurden beide Gruppen zusammengelegt. Zwei Kinder waren 12 und eines 9 Jahre alt, davon zwei männlich und eines weiblich. Zum Zeitpunkt der Interviews lag die bisherige Aufenthaltsdauer der befragten Kinder auf der Station bei einer bis fünf Wochen. Zwei Kinder waren das erste Mal auf der Station. Die Interviews wurden auf der Gruppe in einem ruhigen Raum durchgeführt und dauerten zwischen 20 und 30 Minuten. Alle drei Personen füllten den BesT-K vollständig unter Anwesenheit der Studienleitung aus.

6.2 Qualitative Inhaltsanalyse

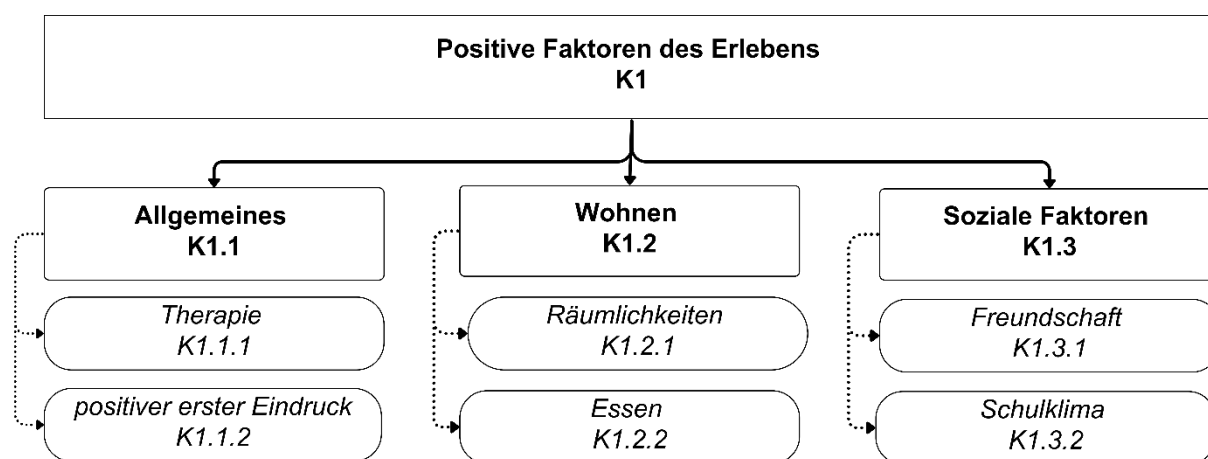
Im Zuge der qualitativen Inhaltsanalyse ergab sich ein Kategorienschema aus vier Hauptkategorien (siehe Abbildungen 1 bis 4), und dreizehn Subkategorien

I. Äußerungen bezüglich des Wohnens, der Therapien und soziale Faktoren wurden unter den positiven und negativen Faktoren des Erlebens K1 und K2 kodiert.

6.2.1 Positive Faktoren des Erlebens

Die Kategorien der positiven Faktoren K1 (siehe Abbildung 1) verteilen sich auf Allgemeines (K1.1), Wohnen (K1.2) und soziale Faktoren (K1.3). Bezüglich der *Therapie* (K1.1.1) wurden handwerkliche Tätigkeiten und Fragebögen als angenehme Tätigkeiten beschrieben. Außerdem umfasst *positiver erster Eindruck* (K1.1.2) allgemeine positive Bewertungen wie das Aufnahmeerlebnis selbst. Neben dem *Essen* (K1.2.2) wurde der ausreichende Platz (K1.2.1 *Räumlichkeiten*) positiv erwähnt, was unter Wohnen (K1.2) eingeordnet wurde. Mehrere Aussagen bezogen sich auf soziale Faktoren (K1.3) wie die positiven Beziehungen, die die Befragten zu anderen Patient*innen hätten (K1.3.1 *Freundschaft*): „Es gibt voll viel Kinder die jetzt da sind, weil da merkt man, des fühlt sich eigentlich gut an, weil man denkt, man ist ned allein da. Man is ned allein so ein Freak da“. Ein Kind sprach davon, dass es im Vergleich zu zuvor ein gutes *Schulklima* (K1.3.2) erlebe: „die Leute mögen mich. In meiner alten Schule, die Direktorin mag mich, Lehrerin mag mich nicht, niemand mag mich bei der alten Schule“.

Abbildung 1



Hauptkategorie K1 Positive Faktoren des Erlebens, Allgemeines, Wohnen und Soziale Faktoren

6.2.2 Negative Faktoren des Erlebens

Die negativen Faktoren des Erlebens K2 (siehe Abbildung 2) unterteilen sich ebenso wie die positiven Faktoren in Allgemeines (K2.1), Wohnen (K2.2) und Soziale Faktoren (K2.3).

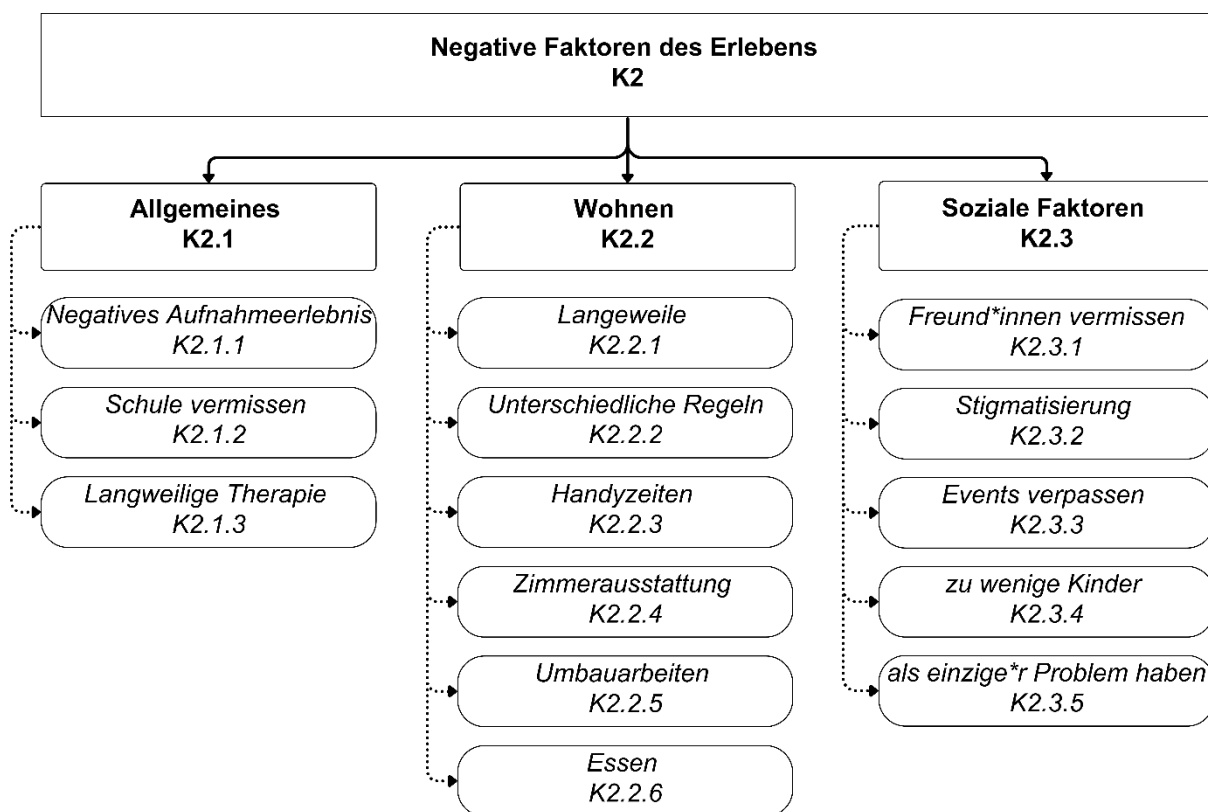
K2.1 Allgemeines. Bezüglich Allgemeinem (K2.1) beschreibt die Kategorie *negatives Aufnahmeerlebnis* (K2.1.1), wenn Kinder negative Erinnerungen an den Aufnahmetag teilten. Patient*innen gaben an, dass sie ihre *alte Schule vermissen* würden (K2.1.2) und den Schulstoff herausfordernd fänden: „Dann ist das alles etwas chaotisch, weil ich nicht mitkomm (...) Des ist dann ein bisserl blöd, da wär ich gern in meiner Schule, damit das wieder alles klar und strukturiert ist“. Unter *Langweilige Therapie* (K2.1.3) fallen Anmerkungen, wo eine negative Einstellung gegenüber der Behandlung geäußert wurde. Ein Kind meinte, dass es eine der Therapien langweilig finde und nannte den Inhalt „Babysachen“.

K2.2 Wohnen. Anschließend folgen Aspekte des Zusammenlebens auf der Station (K2.2). Alle drei Befragten erwähnten, dass sie schon *Langeweile* (K2.2.1) empfunden hätten, beispielsweise an den Wochenenden, wenn weniger Kinder auf der Station oder viele krank seien. Eine weitere Kategorie beschreibt den Umstand, dass Kinder unterschiedlichen Alters derselben Gruppe nicht die gleichen Regeln hätten (K2.2.2): „Daweil bin ich noch die jüngste da und deswegen ist das ein bisschen blöd, weil ich halt alles früher abgeben muss und früher schlafen gehen muss und früher alles machen muss. Deswegen ist das ein wenig blöd“. Mehrere Kinder nannten außerdem, dass sie die Schlafenszeiten zu früh und die *Handyzeiten* zu wenig empfänden (K2.2.3). Weiters beschrieben Kinder die *Zimmerausstattung* beispielsweise, dass die Betten unbequem seien (K2.2.4) und der Lärmpegel wegen der *Umbauarbeiten* (K2.2.5) als unangenehm empfunden werde. Manche seien mit dem *Essen* nicht zufrieden (K2.2.6).

K2.3 Soziale Faktoren. Die ersten drei Kategorien der sozialen Faktoren beziehen sich auf das weitere Umfeld außerhalb der Station. Kinder gaben an, *Freund*innen zu vermissen* (K2.3.1), Feierlichkeiten zuhause zu verpassen (K2.3.3 *Events verpassen*) und erzählten von *Stigmatisierungserfahrungen* (K2.3.2), wie beispielsweise „Psycho“ genannt zu werden. Auf die Frage, was sie sich wünsche, antwortete eine Patientin: „Mehr Kinder. Klar es ist gut, wenn ned so viele Kinder da sind oder gar keine. Aber trotzdem. Ich bin das einzige Mädli da“. Dies wurde unter

zu *wenige Kinder* (K2.3.4) kategorisiert. Außerdem habe ein Kind den Eindruck, *als einziges* sein *Problem zu haben* (K2.3.5). Die letzten beiden Kategorien beziehen sich demnach auf anderen Personen der Station.

Abbildung 2



Hauptkategorie K2 Negative Faktoren des Erlebens, Allgemeines, Wohnen und Soziale Faktoren

6.2.3 Information

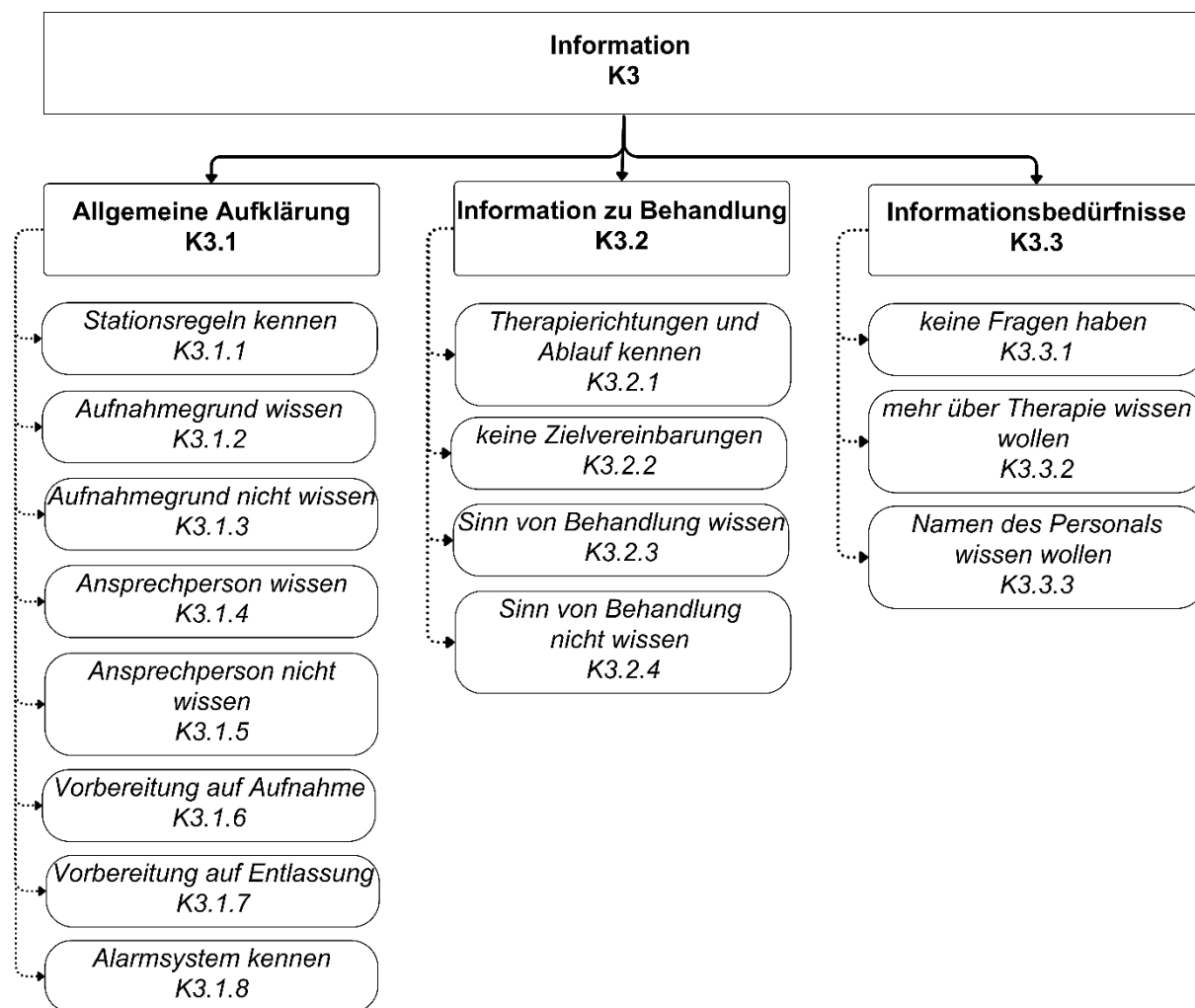
Unter K3 Information (siehe Abbildung 3) fallen sämtliche Äußerungen, die sich auf erhaltene Informationen im Allgemeinen (K3.1) oder auf Informationen zur Behandlung (K3.2) beziehungsweise Therapie beziehen. Die dritte Kategorie Informationsbedürfnisse (K3.3) zeigt Bereiche, in denen Kinder mehr wissen möchten.

K3.1 Allgemeine Aufklärung. Besonders gut konnten *Stationsregeln* (K3.1.1) genannt werden. Alle Kinder erwähnten diese an einem Punkt während des Interviews und konnten teilweise genaue Regeln wiedergeben. Dies betraf vor allem die Handyzeiten, Mittagspause und Schlafenszeiten: „Handyzeiten gibt’s, von 9-12 Jahren zwei Stunden und dann der Rest drei Stunden“. Ein Kind nannte

Selbstverletzung als einen der *Gründe für die Aufnahme* (K3.1.2), manche Kinder konnten *keinen Aufnahmegrund nennen* (K3.1.3). Ein Kind meinte, den Grund vergessen zu haben. Ähnlich verhielt es sich mit dem Wissen um *Ansprechpersonen*. Zwei Kinder wussten, zu wem sie bei Fragen gehen könnten (K3.1.4), eines hingegen nicht (K3.1.5). Ein Kind meinte, dass es vorher über die Aufnahme von Erziehungspersonen informiert geworden wäre (K3.1.6 *Vorbereitung auf Aufnahme*). Ein Kind berichtete, dass es auf die *Entlassung* folgendermaßen vorbereitet werde (K3.1.7): „Dass bestimmt Kinder herkommen werden und dich auslachen werden und nicht wissen wie sie damit umgehen sollen und aber es wird aber Kinder geben, die verstehen und für dich da sein werden“. Die letzte Kategorie der Aufklärung ist die Kenntnis des *Alarmsystems* (K3.1.8) der KJPP Hinterbrühl, bei der ein Knopf gedrückt wird, damit Mitarbeitende in einer Situation zur Unterstützung gerufen werden können.

K3.2 Information zur Behandlung. Manche Kinder konnten verschiedene *Therapierichtungen* wie Musiktherapie oder Reittherapie nennen (K3.2.1) oder den *Ablauf* einer Therapiestunde erklären. In der Therapie wären aber *keine Ziele* oder allgemeine nächste Schritte während des Aufenthalts besprochen worden (K3.2.2). Den *Sinn von Behandlung* (K3.2.3) konnte ein Kind folgendermaßen erklären: „Dass da Menschen geholfen werden, denen es psychisch und auch körperlich nicht gut geht und dass einem danach besser geht“. Ein Kind erklärte, dass es bei den Therapien mitmachen müsse, um bald wieder nach Hause zu kommen. Manche erhielten keine Erklärung über den Zweck von Fragebögen und ein Kind gab an, nicht zu wissen, warum es Therapien machen solle (K3.2.4 *Sinn von Behandlung nicht wissen*).

K3.3 Informationsbedürfnisse. Diese Kategorie zeigt geäußertes Interesse oder Desinteresse an Information. Ein Kind meinte ausdrücklich, dass es *keine Fragen* hätte (K3.3.1) oder es ihm egal sei: „Ich hab keine Fragen“. Ein Kind erzählte, dass es die *Namen des Personals* wissen möchte (K3.3.3), da es sich mit Namen schwertun würde. Ein anderes Kind meinte, gern den Zweck von *Therapien* (K3.3.2) wissen zu wollen.

Abbildung 3

Hauptkategorie K3 Information, Allgemeine Aufklärung, Information zu Behandlung und Informationsbedürfnisse

6.2.4 Partizipation

Kategorien der Partizipation K4 (siehe Abbildung 4) umfassen die erlebten Möglichkeiten von Partizipation von Fremd- bis Selbstbestimmung sowie Kategorien zur Beschreibung der Beziehung zu Betreuungspersonen.

K4.1 Fremdbestimmung. Zunächst umfasst die Kategorie, dass Kinder eine *Aufnahme* nicht gewollt hätten (K4.1.1). Die Kinder berichteten, bei der Aufnahme nervös gewesen zu sein oder nicht an der KJPP bleiben zu wollen. Ein Kind sagte: „Habe den ganzen Tag geweint (...) ich wollte nicht dort wohnen“. Bei vielen der Entscheidungen und Umstände, die von Eltern oder medizinischem Personal

getroffen wurden, war Kindern nicht klar, wer die Entscheidung schlussendlich getroffen habe (K4.1.2 *nicht wissen, wer Entscheidungen trifft*). Alle drei Personen berichteten mindestens einmal von so einem Erlebnis der Fremdbestimmung. Ein Kind überlegte, wer die Entscheidungsmacht habe: „Vielleicht alle“. Weiters gaben Kinder an, dass die *Zimmerkolleg*innen* (K4.1.3) sowie die *Bezugsbetreuer*innen* (K4.1.4) für sie entschieden worden seien. Auch die Aufforderung, *Fragebögen auszufüllen* oder an Behandlung teilzunehmen, sei fremdbestimmt erlebt worden (K4.1.5). Gleichzeitig gaben einige Kinder an, sie würden Entscheidungen nicht selbst treffen wollen oder sie ihnen egal seien: „Nein, ich lass mich gerne überraschen“. Kinder berichteten, sie seien mit einigen Entscheidungen *zufrieden* (K4.1.6) wie beispielsweise die Wahl der Bezugsbetreuer*innen oder der Zimmerkolleg*innen.

K4.2 Mitsprache. Möglichkeiten für Gestaltungsspielraum würden die Patient*innen bei der Teilnahme an Aktivitäten bei *Ausflügen* (K4.2.1) und wie sie die Mittagszeit verbringen (K4.2.2 *Zimmerpause*), erleben. In der Frage, ob die Patient*innen stationär aufgenommen werden sollten, wünschen sich Kinder, einbezogen oder zumindest *gefragt zu werden* (K4.2.3). Ein Kind meinte, es komme auf die Entscheidung an, ob es mitentscheiden möchte: „Kommt drauf an auch was aber fragen wär nicht schlecht“.

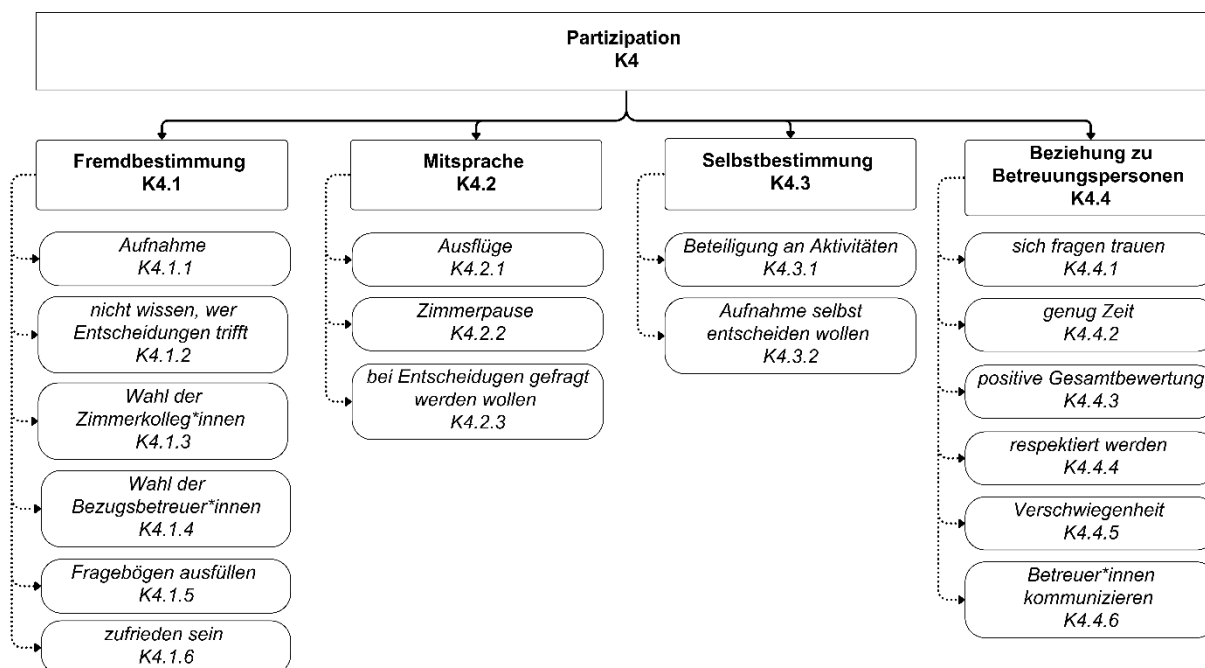
K4.3 Selbstbestimmung. Die Patient*innen berichteten, dass sie bei therapeutischen Nachmittagen und anderen *Nachmittagsaktivitäten* selbst entscheiden dürften, ob sie mitmachen wollen (K4.3.1 *Beteiligung an Aktivitäten*): „Man muss mitgehen, aber wenn man sagt na eislaufen oder so was, man muss nicht mitmachen aber mitgehen muss man“. Unter diese Kategorie fällt auch die Fernsehnutzung am Wochenende. Bei der Frage nach einer stationären Aufnahme sei der Wunsch nach Selbstbestimmung bei den Kindern besonders groß (K4.3.2 *Aufnahme selbst entscheiden wollen*).

K4.4 Beziehung zu Betreuungspersonen. Die größte Kategorie unter Partizipation umfasst durchwegs positive Aspekte, die Kinder im Kontakt mit den Betreuungspersonen erlebt hätten. Sie berichteten, dass sie *sich fragen trauen* (K4.4.1) würden, Personal *genug Zeit* (K4.4.2) für Gespräche hätte, sie *respektiert werden* (K4.4.4) würden und das Personal *Verschwiegenheit* (K4.4.5) wahren würde. Unter *positive Gesamtbewertung* (K4.4.3) fallen allgemeine Aussagen wie

beispielsweise: „Ja dass die Leute nett sind und so“. Ein Kind erzählte, dass es sich von Betreuer*innen ernstgenommen fühle: „Ned so oft wie meine Eltern, die dann sagen, jo geh, das wird schon wieder. Aber die nehmen mich auch ernst“.

Außerdem würden die Betreuer*innen eine klare Kommunikationspraxis (K4.4.6 *Betreuer*innen kommunizieren*) pflegen: „Die sagens eh wenn die keine Zeit mehr haben“.

Abbildung 4



Hauptkategorie K4 Partizipation, Fremdbestimmung, Mitsprache, Selbstbestimmung und Beziehung zu Betreuungspersonen

6.3 Verhaltensbeobachtung

Im Allgemeinen begegneten die Patient*innen der Interviewsituation und der Interviewerin offen und reagierten stets angemessen auf Fragen in der informellen Kontaktaufnahme. Gleichzeitig gestalteten sich die Interviews inhaltlich sehr unterschiedlich, da die Befragten verschiedene kognitive und reflexive Fähigkeiten mitbrachten, was sich vor allem an der Konzentrationsfähigkeit und dem Verständnis von Fragen zeigte. Das spiegelt sich auch an der Dauer der Interviews wider. Eines der Kinder antwortete besonders ausführlich und stellte mit 30 Minuten auch das längste Interview dar. Dieses Kind blieb das ganze Interview hindurch ruhig sitzen, hielt Blickkontakt mit der Interviewerin und lächelte sie hin und wieder an. Es fiel ihm meist nicht schwer, Antworten auf die Fragen zu finden. Ein Kind

hatte im Gegensatz dazu größere Schwierigkeiten konzentriert zu bleiben, indem es immer wieder mit Gegenständen im Raum spielte oder sich auf dem Sessel hin und her bewegte. Dieses Kind drückte gegen Ende des Interviews den Wunsch aus, das Gespräch zu beenden, weswegen die letzten Fragen angepasst wurden. Dabei blieb dieses Kind höflich und direkt. Insgesamt antwortete dieses Kind häufig mit „Ich weiß nicht“. Es wurden häufiger Nachfragen gestellt, da das Kind nicht auf die Frage antwortete, sondern etwas Anderes erzählte. Dieses Kind redete in einem gedämpften Tonfall und sprach hauptsächlich leise. Anders verhielt es sich bei der dritten Person, die das Erzählte häufig mit großen Gestiken begeistert unterstützte. Auch hier begann das Kind mehrmals von anderen Dingen zu erzählen und beschrieb beispielsweise ausführlich Situationen zu Hause. Es gelang jedoch gut, auf das Interview zurückzukommen und die Person blieb das ganze Interview hindurch ruhig auf dem Platz sitzen.

6.4 Quantitative Analyse: BesT-K

Aufgrund der kleinen Stichprobe konnten die Fragebögen nur einzeln ausgewertet werden. Die Antwortkategorien des BesT-K reichen von 1 (=sehr zufrieden) bis 5 (=gar nicht zufrieden). Die Werte der Gesamtzufriedenheit ergaben durch Berechnung der Gesamtskalenmittelwerte mittels Excel-Kalkulation jeweils 1.7, 2.3 und 2.8. Dies entspricht den Prozenträngen 0.1, 0.8 und 2.2. Im Vergleich zur Normstichprobe (N=852) haben höchstens 0.1-2.2% genauso viele oder weniger Punkte erreicht. Die Skala für Therapeutische Beziehung ergab die Prozentränge 0.1, 0.2 und 0.4 und jene der Umgebung 0.8, 28.6 und 84.6. In diesem Fall bedeutet dies, dass nur ein sehr geringer Teil der Vergleichsstichprobe auf ihrer Station in der Gesamtzufriedenheit zufriedener war als die Stichprobe. Diese Ergebnisse der Gesamtzufriedenheit befinden sich in einem erstaunlich zufriedenem Randbereich, während Zufriedenheit mit Umgebungsfaktoren niedriger war.

Auffallend bei der Durchführung war, dass alle Kinder eine Erklärung für das Item bezüglich Zwangsmaßnahmen wünschten, da sie diesen Begriff nicht verstanden. Ob die Befragten wieder auf die Station kommen würden, wurde als einziges Item von allen drei Personen mit drei oder schlechter beurteilt. Außerdem gaben zwei Personen ziemliche oder große Angst an, dass Außenstehende etwas von ihrem Aufenthalt mitbekommen könnten. Die besten Angaben erzielten die Items, ob Betreuer*innen nett sind und ob Mitarbeiter*innen an das Zimmer klopfen.

Hier kreuzten alle drei Befragten die höchste Zufriedenheitsstufe an. Auch die Verfügbarkeit und das Zuhören, wenn Patient*innen Hilfe benötigen, wurde sehr gut bewertet. Der Fragebogen beinhaltet außerdem drei offene Fragen. Die Schlafenszeiten wurden von zwei Personen negativ genannt, Therapien und Zimmerruhe wurden als positiv gewertet. Eine Person gab an, wieder nach Hause zu wollen.

6.5 Zusammenführung qualitativer und quantitativer Daten

Größtenteils decken sich die quantitativen Daten mit den qualitativen Ergebnissen. Ein Patient erzielte besonders unzufriedene Werte auf der Umgebungsskala des BesT-K. Auf Itemebene betrifft dies Fragen, ob die Station gefällt oder das Essen geschmeckt hat. Es ist in diesem Fall von einer generell negativen Bewertung der Aufnahme auszugehen. Vor allem die positive Beziehung zu den Betreuer*innen wird bei allen Patient*innen, wie auch im Kategoriensystem (K4.4 *Beziehung zu Betreuungspersonen*) ersichtlich, bestätigt. Gleichzeitig möchte niemand der Patient*innen wieder auf die Station zurückkommen, was auch in den Interviews erwähnt wurde. Die insgesamt eher zufriedenen Gesamtwerte sind in Anbetracht der vielen negativen Bewertungen, die besonders bei einem Kind im Gespräch auftraten, schwierig zu deuten. Die deutlich schlechteren Werte in der Umgebungsskala bei allen Kindern zeigen, dass dieser Bereich für Kinder besonders relevant ist.

7. Diskussion

7.1 Beantwortung und Bewertung der Forschungsfragen

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder Partizipation in der Beziehung zu den Betreuungspersonen erleben, indem sie sich ernst genommen fühlen und es genügend Zeit für Gespräche gibt. Die essenzielle Rolle der Beziehungsgestaltung für Partizipationserleben deckt sich mit früheren Forschungsergebnissen (Keller et al., 2006; Kinnen & Döpfner, 2013). Hinsichtlich erhaltener Information können die Kinder Aspekte wie Stationsregeln besonders gut wiedergeben. Explizite Zielvereinbarungen der Behandlung scheinen zu fehlen, was für die Zufriedenheit und das Partizipationserleben von Minderjährigen jedoch sehr wichtig ist (Boel-Studt, 2017; Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Hinsichtlich des Erlebens im Allgemeinen verdeutlichen die Ergebnisse sowohl negative als auch positive Aspekte im Bereich Behandlung, Soziales und Wohnen.

Erleben eines stationären Aufenthalts. Forschungsfrage (1) bezieht sich auf das kindliche Erleben stationärer Aufenthalte an der KJPP Hinterbrühl. Antworten der Kategorien K1 positive Faktoren des Erlebens und K2 negative Faktoren des Erlebens geben Einblicke, dass sowohl negative als auch positive Empfindungen identifiziert werden können. Besonders hervorzuheben ist der milieutherapeutische Aspekt der stationären Aufnahme, der sich in positiv berichteten Kontakten mit Mitpatient*innen zeigt. Auch die Kategorie *Langeweile* (K2.2.1) gibt Aufschluss darüber, dass Patient*innen größere Gruppen als Mehrwert für sie empfinden würden. Ebenso werden Tätigkeiten im Rahmen der Therapien positiv hervorgehoben, beispielsweise das Heilpädagogische Voltagieren oder die Abwechslung, die in der Therapie geboten wird. Die Schule scheint außerdem eine sehr präsente Rolle zu spielen. Einerseits wird berichtet, dass das Fehlen in der alten Schule eine Belastung darstelle. Ein anderer Patient erzählt von positiven Begegnungen, die er zuvor im Schulkontext noch nicht machen konnte. Ein großer Bereich des negativen Erlebens betrifft soziale Beziehungen außerhalb der Station und Wohnen. Handyzeiten oder Schlafenszeiten werden oft angesprochen. Einige der angeführten Aspekte des Erlebens entsprechen dem Bereich Hotellerie des FBZ-KJP (Della Casa et al., 2023) und unterstreichen die Wichtigkeit der unmittelbaren Umgebung von Kindern.

Stationsregeln. Patient*innen scheinen besonders gut über Stationsregeln und weniger gut über ihre eigene Behandlung Bescheid zu wissen. Das könnte damit erklärt werden, dass spezifische Stationsregeln wie Handyzeiten einfach und konkret zu vermitteln sind und den täglichen Ablauf der Patient*innen beeinflussen. Außerdem sind Kindern Alltagsentscheidungen besonders wichtig (Zerbe et al., 2021). Minderjährige zeigen sich im Allgemeinen eher unzufrieden hinsichtlich einzelner Stationsregeln oder dem Essen (Keller et al., 2018). Dieser Trend ist sowohl in den Interviews also auch in den Ergebnissen des BesT-K sichtbar. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass durch unterschiedliche Alterszusammensetzung der Gruppen unterschiedliche Regelungen für Patient*innen gelten. Aufgrund der geringen Gruppengröße rücken diese Unterschiede möglicherweise stärker in das Bewusstsein. Darin zeigt sich, dass die aktuellen Bedingungen an der KJPP Hinterbrühl eine für Kinder wahrnehmbare Auswirkung haben. Ein weiteres Beispiel hierfür sind die genannten Umbauarbeiten.

Die Antworten legen nahe, dass in der Lebensrealität der Befragten die unmittelbaren Wohnverhältnisse und Bedingungen im Vergleich zu medizinischen Behandlungen und Therapie präsenter sind. Dasselbe gilt für die Beziehung zu Betreuungspersonen.

Partizipationserleben. Forschungsfrage (2) beschäftigt sich mit vorhandenem oder nicht vorhandenem Partizipationserleben. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in manchen Bereichen vermehrte Fremdbestimmung wahrgenommen wird. Ein Großteil davon wiederum bezieht sich auf die Aufnahme oder den Aufenthalt selbst, der von allen Kindern als fremdbestimmt beurteilt wurde. Der hohe Grad an Unfreiwilligkeit von Aufnahmen zeigte sich bereits in anderen Studien (Nolkemper et al., 2019; Schulmeister, 2023). Eigenständige Entscheidungen oder leichtere Formen der Partizipation können lediglich im Bereich der Freizeitgestaltung genannt werden, beispielsweise Beschäftigung in der Mittagspause oder die aktive oder passive Teilnahme an Ausflügen. Nach den Partizipationsmodellen von Hart (1992, zitiert nach Hart, 2008, S. 22) und Wright et al. (2010) befinden sich die befragten Patient*innen somit nur selten auf höheren Stufen von Partizipation. Fragen zu Entscheidungstragenden zeigen, dass Kindern in vielen Fällen nicht klar ist, wer Entscheidungen für sie trifft. Möglichkeiten zur Partizipation und Gestaltungsspielraum in den Pausen stellt für Kinder einen durchaus wichtigen Bereich der persönlichen Freiheit dar (Zerbe et al., 2021). Den eindeutig größten Teil des Partizipationserlebens bildet die Beziehungsgestaltung und umfasst die Kategorien K4.4.

Beziehungsgestaltung. Die Beziehung zu behandelnden Personen leistet einen großen Beitrag zur wahrgenommenen Partizipation (Keller et al., 2006; Kinnen & Döpfner, 2013). Fairness, Respekt und Vertrauen können dadurch vermittelt werden und hängen mit der Gesamtzufriedenheit zusammen (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Beschreibungen der Patient*innen beziehen sich hauptsächlich auf die Betreuungspersonen. Die Befragten berichteten ausschließlich von positiven Beziehungserfahrungen, die sich darin äußern, dass ihnen zugehört wird, sie Fragen stellen können und sich ernst genommen fühlen. Respektvolle Beziehungen stellen somit ein einflussreiches Werkzeug dar, mit dem ein Gefühl von Partizipation und Zufriedenheit erzeugt werden kann (Kinnen & Döpfner, 2013; McLeod, 2011). Bei Partizipation als demokratisches Prinzip geht es

nicht nur darum, Möglichkeiten dafür zu identifizieren, sondern Kommunikationsfähigkeit und Kooperation zu fördern (Derecik et al., 2013). An der KJPP Hinterbrühl scheint dies den unmittelbaren Betreuungspersonen bereits sehr gut zu gelingen und könnte eine Erklärung dafür sein, dass kein expliziter Wunsch nach mehr Partizipation berichtet wurde. Einen weiteren Beitrag zur Zufriedenheit leistet die erhaltene Information.

Informationspraxis. Aufklärung und Information tragen zu Zufriedenheit bei und sind für Partizipationserleben von Kindern besonders wichtig (Boel-Studt, 2017; Zerbe et al., 2021). Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass es große Unterschiede zur erhaltenen Information und die Fähigkeit, diese wiederzugeben, gibt. Während konkrete Stationsregeln wie Handyzeiten leicht wiedergegeben werden können, scheint Aufklärung über den Zweck von Therapien oder Zielvereinbarungen in großen Teilen zu fehlen. All diese Aspekte werden durch die Hauptkategorie K3 beschrieben. Es könnte schwierig gewesen sein, Erwartungen oder andere Aspekte der Behandlung zu kommunizieren, da diese unvorhersehbar oder sehr individuell sind. Explizite Behandlungsvereinbarungen oder andere Formen davon werden in den Interviews nicht berichtet. Möglicherweise mangelt es hier an kindgerechten Kommunikationswegen während des Aufenthalts, damit die gewünschte Information bei Empfänger*innen ankommen kann. Visuelle Hilfen oder Verschriftlichungen könnten eine Möglichkeit darstellen, Vereinbarungen oder Behandlungsabläufe für Kinder zu verschiedenen Zeitpunkten nachvollziehbar zu machen (Wedemeyer & Wiesemann, 2017). Ein Kind unterscheidet sich hier stark von den anderen, da es eine altersangemessene Erklärung über KJPs, den Aufnahmegrund, aber auch Wissen über Abläufe wie beispielsweise Routinen beim Ertönen des Alarms auf der Station nennen kann. Dieses Kind scheint ein hohes intrinsisches Interesse mitzubringen, denn die Patientin erklärt ihr Wissen damit, dass sie selbst nachfragen würde. Im Gegensatz dazu zeigen sich die anderen Patienten eher desinteressiert. Laut den Modellen von Simon et al., (2008) und Charles et al. (1999) stellt Informationsweitergabe jedoch einen elementaren Bestandteil eines partizipativen Entscheidungsprozesses dar, was vor allem in Bezug auf Behandlung und Zielvereinbarungen an der KJPP Hinterbrühl scheinbar noch zu wenig berücksichtigt wird. Kinder zeigen sich über Information zur Behandlung in Studien besonders unzufrieden (Nolkemper et al., 2019).

Zufriedenheit hinsichtlich der ermöglichten Partizipation zeigt sich in den Ergebnissen eher gemischt.

Bewertung von Partizipation. Forschungsfrage (3) setzt sich mit persönlichen Wertungen und Präferenzen bezüglich Partizipation und Entscheidungen auseinander. Zwei der Befragten machen insgesamt einen sehr zufriedenen Eindruck, weswegen eine Wertung oder Verbesserungen der ermöglichten Partizipation schwieriger zu beantworten war. Dies betraf beispielsweise die Wahl der Zimmerkolleg*innen oder die Bezugsbetreuer*innen, mit denen sie ohnehin zufrieden waren. Es wird wenig Interesse an der eigenen Störung oder Aufnahmegründen berichtet. Ein Wunsch nach mehr Aufklärung oder Partizipation wie durch Befunde anderer Studien nahelegt, scheint zu fehlen (Rothärmel et al., 2006; Zerbe et al., 2021). Das ausgedrückte Desinteresse an mehr Entscheidungsmacht wird als eine Präferenz für einen passiveren Entscheidungsmodus gewertet, was laut anderen Studien nur für einen kleinen Anteil von Patient*innen zutrifft (Zerbe et al., 2021). Die Aufnahme selbst stellt hier eine Ausnahme dar, da die Befragten sie als ungewollten Schritt ansehen. Kinder sind der Ansicht, dass Patient*innen selbst darüber entscheiden sollten oder sind nicht einverstanden mit ihrer Aufnahme. Ein ausgeprägter Wunsch nach Partizipation bei Aufnahmeentscheidungen zeigte sich bereits in anderen Studien (Rothärmel et al., 2006; Zerbe et al., 2021). Kinder geben an, bei Entscheidungen zumindest gefragt werden zu wollen, was einem gemeinschaftlichen Entscheidungsmodus wie bei Zerbe et al. (2021) entspricht. Obwohl sich das konkrete Fragen nach Bewertungen in der Interviewsituation herausfordernd herausstellt, sind in diesem Zusammenhang die respektvolle Beziehungserfahrungen der Kinder hervorzuheben. Die Beziehungsgestaltung könnte eine mögliche Erklärung für die allgemeine Zufriedenheit darstellen (McLeod, 2011; Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Konkrete Wünsche nach Partizipation richten sich auf persönliche Aspekte der Stationsregeln und sind individuell. Dabei scheint die Gesamtzufriedenheit mit der ermöglichten Partizipation zu korrelieren, wie auch bei Della Casa et al. (2023) gezeigt. Negative Haltung richtet sich weniger auf Behandlung oder das Personal. Ein mangelndes Interesse an Partizipation stellt jedoch eine diskutierte Herausforderung dar (Zerbe et al., 2020). Die Gründe dafür sowie Bewältigung davon werden bisher kaum in Studien

diskutiert. Die Ergebnisse bestätigen jedoch, dass Unterschiede in der Präferenz des Entscheidungsmodus vorliegen (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Es entsteht der Eindruck, dass sich nur eine kleine Minderheit der Kinder tatsächlich völlig autonome Entscheidungsmacht wünscht, wie bei Rothärmel et al. (2006) berichtet.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die praktische Umsetzung von Partizipation tatsächlich eine Herausforderung ist, in der auf verschiedene Bedürfnisse, Rahmenbedingungen und das Wohl des Kindes Rücksicht genommen werden muss (Höger, 2010; Rothärmel et al., 2006). Auch wenn in dieser Stichprobe mit Ausnahme der Aufnahmeentscheidung Kinder zufrieden scheinen, sollten Möglichkeiten weiterer Partizipation nicht missachtet werden. Eine Zusammenfassung von konkreten Vorschlägen finden sich beispielsweise bei Wedemeyer und Wiesemann (2017) und reichen von visueller Anbringung von Kinderrechten, Comichefte zur Aufklärung, Feedback- oder Beschwerdemöglichkeiten bis zu strukturierter Gesprächsführung zwischen Erziehungsberechtigten, Patient*innen und Fachpersonal. Behandlungsgespräche sollten dabei unbedingt einen Informationsteil und einen Vereinbarungsteil wie Ziele enthalten und eventuell mit einer Unterschrift von allen Seiten bestätigt werden. Kooperation und Behandlungsmotivation von Patient*innen können dadurch den Behandlungserfolg verbessern (Schepker et al., 2000). Für einzelne Einrichtungen ist es ratsam, standardisierte Instrumente zur Evaluation und Qualitätssicherung im Behandlungsverlauf einzuplanen (Reisel et al., 1998). Zerbe et al. (2020) empfehlen folgende Implementierungen: partizipatorische Haltung von Betreuer*innen, formelle und informelle Strukturen der Mitarbeit, Patient*innen Fürsprecher und interaktive Partizipationsinstrumente (S. 716).

7.2 Herausforderungen und Limitationen

7.2.1 Partizipative Kommunikation

Wie gezeigt, hat Beziehungsgestaltung einen großen Einfluss auf Partizipationserleben von Kindern (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2021). Somit spielt auch die Kommunikation innerhalb von Beziehungen eine Rolle. An einigen Stellen konnten Lücken in der Aufklärung der Kinder gefunden werden, wodurch sich die Frage stellt, ob Informationen erst gar nicht an Patient*innen weitergegeben werden oder aber nicht behalten und wiedergegeben werden

können. Damit Informationen weitergegeben und Partizipationserleben entstehen kann, müssen demnach gängige Kommunikationsformen in stationären und medizinischen Settings reflektiert werden. Besonders in triadischen Gesprächen zwischen Fachpersonen, Eltern und Kindern kann es vorkommen, dass hauptsächlich Information zwischen den Erwachsenen ausgetauscht wird (Damm et al., 2014). Außerdem muss der kognitive Entwicklungsstand wie Perspektivenübernahme und Konzentrationsfähigkeit berücksichtigt werden (Damm, 2014). Eine solche Gesprächsführung, in der sensibel auf Kinder eingegangen wird, erfordert Zeit und Kenntnis des Entwicklungsstandes. Ob Kinder in Gesprächen antworten, hängt in großem Maß von den kommunikativen Fähigkeiten der anderen Person ab. Blickverhalten und sprachliche Formulierungen wie geschlossene oder offene Fragestellungen spielen dabei eine Rolle (Stivers, 2012). Nach dem *shared treatment decision-making model* (Charles et al., 1999) sollte genügend Zeit vorgesehen werden, Informationen zu vermitteln, um im zweiten Schritt Argumente und Meinungen austauschen zu können und schließlich zu einer Entscheidung zu finden. Das bloße Informieren einer für Kinder getroffenen Entscheidung, wie es in den Interviews öfter berichtet wurde, greift hier zu kurz. Um Partizipation zu fördern, müssen kommunikative Fähigkeiten von Personal in KJPs wie aktives Zuhören, Körpersprache und Zeigen von Empathie geschult werden (Kölfen, 2016). Daneben braucht es konkrete Empfehlungen und Materialien, wie Information kindgerecht aufbereitet werden kann (Gugglberger et al., 2022).

7.2.2 Qualitative Erhebungen im Kindesalter

Bei qualitativen Erhebungen ist es besonders wichtig, offene und möglichst natürliche Kommunikation zuzulassen (Vogl, 2012), was bei Interviews mit Kindern dazu führt, dass die Interviewsituation unterschiedlich und flexibel gestaltet werden muss. Der Interviewleitfaden wurde intuitiv eingesetzt und Fragen den sprachlichen Fähigkeiten von Kindern angepasst. Dadurch kann es zu unterschiedlichen Schwerpunkten in den Interviews gekommen sein, was die Vergleichbarkeit der Inhalte erschwert. In Studien zu Partizipationsbedürfnissen konnte schon bei der Formulierung „Ist es dir wichtig, dass“ ein verzerrtes Antwortverhalten festgestellt werden (Rothärmel et al., 2006). Außerdem können geschlossene Fragen weniger reliable Ergebnisse liefern, da es Minderjährigen schwerfallen kann, Nichtverständnis zu äußern (Vogl, 2021). Es besteht ein gewisses Autoritätsgefälle

in Interviewsituationen mit Kindern, was sozial erwünschte Antworten produzieren kann, aber auch die Interpretierbarkeit der Antworten beeinflusst (Andresen, 2012). Es ist die Aufgabe von Studienleiter*innen, eine besonders wertschätzende Haltung zu zeigen, um das Prinzip der Offenheit zu erfüllen (Butschi & Hedderich, 2021). Deswegen wurden die Interviews in den Gruppenräumen und nicht in Testräumen der KJPP Hinterbrühl durchgeführt. Vor diesem Hintergrund ist es als positiv zu bewerten, dass zwei der drei Kinder zu bestimmten Zeitpunkten eigene Grenzen der Interviewerin kommunizierten. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf den Möglichkeiten der Partizipation und darauf, Bedürfnisse von Kindern ernst zu nehmen. Aus diesem Grund sind solche Äußerungen als positiv zu werten und können ein Hinweis darauf sein, dass sich die Befragten in der Interviewsituation respektiert gefühlt haben. Außerdem dürfen Antworten Kinder nicht entlockt werden, sondern ein offener Rahmen durch Beziehungsgestaltung geschaffen werden, in dem jegliche Antworten und Nicht-Wissen akzeptiert werden (Butschi & Hedderich, 2021).

Aufgrund unterschiedlicher linguistischer Fähigkeiten kann es in Interviews notwendig sein, Spieltechniken, Handpuppen oder andere Kommunikationsstützen wie Bilder dem biologischen und sozialen Alter entsprechend einzusetzen (Vogl, 2021). Hier bieten sich auch Verfahren mit Fotos an, indem gemeinsam über visuelle Beispiele reflektiert wird oder Kinder selbst zu einem gewissen Thema Bilder festhalten sollen (Butschi & Hedderich, 2021). Solche Techniken kamen nicht zum Einsatz und sollten bei der Planung von Interviews mit Kindern in Zukunft berücksichtigt werden. Es zeigte sich in der Interviewsituation, dass es teilweise sehr schwerfiel, auf abstraktere Fragen zu antworten, wie beispielsweise der Frage nach Entscheidungsträger*innen und Entscheidungsprozessen. Vogl (2012) gibt an, dass in der Altersgruppe 8 bis 10 Jahren freies Erinnern, Meinungsfragen und Erklärungen bewältigbar sind. Bei der Erstellung eines Leitfadens sollte in Zukunft auf spielerische Formen der Kommunikation geachtet und vermehrt konkrete Fragen mit Bezug auf Alltagssituationen eingesetzt werden. So könnten auch jüngere Patient*innen und Kinder mit Konzentrationsschwierigkeiten adäquater in qualitative Befragungen einbezogen werden. Kinder erweisen sich hinsichtlich kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten als Zielgruppe von Forschung als sehr heterogene Gruppe (Butschi & Hedderich, 2021). Dies könnte einen möglichen Grund darstellen, dass in diesem Bereich wenig Forschung im Vergleich zum

Jugendalter vorhanden ist. Für einen maximalen Erkenntnisgewinn reicht es nicht, Forschungsmethoden aus dem Erwachsenenbereich auf Kinder zu übertragen.

7.2.3 Kindliche Lebensrealität

Die Ergebnisse zeigen, dass stationäre Aufenthalte und das Erleben davon als Resultat der Wechselwirkung verschiedener Systeme gesehen werden können. Diese unterliegen unterschiedlichen persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Einflüssen. All das hat eine merkbare Auswirkung auf die kindliche Lebenswelt, was sich in den persönlichen Empfindungen und Einschätzungen manifestiert. Das sozio-ökonomischen Modell von Bronfenbrenner (1979) kann als Erklärungsmodell herangezogen werden, diese unterschiedlichen Einflüsse auf persönlicher bis hin zu gesellschaftlicher Ebene einzuordnen und zu interpretieren. Nach Bronfenbrenner werden die Wechselwirkungen verschiedener Einflüsse von unmittelbar bis mittelbar modelliert (Schmithüsen & Ferring, 2015). Durch den Aufenthalt an der KJPP wird eine Gesundheitseinrichtung (Exosystem) vorübergehend zum unmittelbaren Interaktionssystem (Mikrosystem) eines Kindes. Das weitere soziale Umfeld bleibt trotz physischer Distanz aber präsent, was die Antworten der Kinder zeigen. Die wirtschaftliche Lage und Ressourcen des Gesundheitswesens bestimmen auf Exoebene, wie viele Patient*innen auf einer Station sind, was einen direkten Einfluss auf das Erleben der Patient*innen auf Mikroebene hat. Dies zeigte sich am Wunsch von Kindern, mehr Patient*innen auf der Gruppe zu haben. Das Vorhandensein von personellen Ressourcen bestimmt diese. An der KJPP Hinterbrühl hatten die Betreuungspersonen bei der aktuellen Gruppengröße genügend Zeit für einzelne Patient*innen. Das Mesosystem zeigt die Wechselbeziehung der ersten Systeme, beispielsweise die Zusammenarbeit mit der Heimatschule, die laut einem Kind belastend empfunden wurde. Das Makrosystem wiederum beeinflusst Patient*innen, indem sie Stigmatisierungserfahrungen machen. Die gezeigte Wechselwirkung verschiedener Systeme unterstreicht, dass kindliches Erleben im Allgemeinen, aber auch Partizipation von vielen Faktoren beeinflusst wird. Umfassende Förderung von Partizipation erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine umfassende Reflexion aller wirkender Kräfte. Nur so kann erreicht werden, dass Partizipation auf interaktionaler und institutioneller Ebene ermöglicht wird, indem die dazu benötigten strukturellen und personellen Ressourcen bereitgestellt werden (Derecik et al., 2013). Partizipation kann erst

dann geschehen, wenn auch das örtliche Personal genug Zeit für einzelne Personen hat und KJPs hinsichtlich partizipativer Möglichkeiten und Qualitätsstandards geschult sind. Dies stellt das gesamte Gesundheitswesen und einzelne Akteur*innen davon vor große Herausforderungen.

7.2.4 Rahmenbedingungen

Allgemeine Entwicklungen wie Mangel an niedergelassenen Ärzt*innen (Eichinger et al., 2021), hohe Prävalenzen und Härtegrade psychischer Störungen (Eichinger et al., 2021; Wagner et al., 2017) verdeutlichen, dass ein großer Bedarf an psychiatrischer Versorgung im Kindes- und Jugendbereich besteht (Hartl & Karwautz, 2017). Derzeit liegt der Schwerpunkt vermehrt auf ambulanten Angeboten, da sie niederschwellig sind und sich leichter mit der Aufrechterhaltung eines Familienlebens vereinbaren lassen (Knorth et al., 2009). Kinder berichteten davon, lieber in ihrem gewohnten sozialen Umfeld, wie bei den Freund*innen oder der Schulklasse sein zu wollen. Keines der befragten Kinder gab an, grundsätzlich mit der Behandlung nicht einverstanden zu sein. Zerbe et al. (2021) nennen ihre Skala zu diesem Thema „Wunsch zur Interaktion mit Freunden und Familie“. Es muss also in Betracht gezogen werden, dass für Kinder das soziale Umfeld außerhalb der Station weiterhin sehr wichtig ist. Die Rolle der Kooperation mit den Eltern für besseren Behandlungserfolg wurde in Studien wie Schepker et al. (2000) dargelegt. Lebensumstände wie Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit wie beispielsweise mit dem Essen oder den Zimmern rücken in der Wahrnehmung von Kindern in den Vordergrund. Die Befragten sehen eine große Gruppengröße außerdem als Bereicherung. In zukünftiger Forschung dürfen diese Aspekte im Vergleich zu traditionell psychologischen Themen nicht in den Hintergrund rücken. Darin liegt die Chance, durch eine ansprechende Umgebung wie beispielweise eine kindgerechte Gestaltung der Lebensräume und Gruppenzusammensetzung in Kinderpsychiatrien einen positiven Beitrag zum Aufenthalt zu leisten. Der Einfluss alltäglicher Faktoren sollte nicht unterschätzt werden. Zum Zeitpunkt der Erhebung fand ein Umbau der Räumlichkeiten der KJPP Hinterbrühl statt, was ein Schritt sein könnte, mehr Platz und passende Angebote bieten zu können.

Partizipative Forschung. Damit Partizipation mehr Einhalt in der klinischen Praxis finden kann, muss Forschung selbst demokratischer organisiert werden. So können motivierende und protektive Aspekte einer Behandlung von und mit Kindern

untersucht werden. Systemtheorie bietet hier einen wertvollen Ansatz, da Akteur*innen und deren Interaktionen in das Blickfeld fallen (Fasching, 2020). Partizipative Forschung umfasst die gemeinsame Forschungsarbeit von Wissenschaftler*innen und Nicht-Wissenschaftler*innen, um ein bestmögliches Verständnis für die Lebenswelt von Kindern- und Jugendlichen zu erlangen und neue Ansätze zu generieren (Bell & Konrad, 2023). Dabei handelt es sich nicht um ein standardisiertes Verfahren, sondern um einen Forschungsstil (Butschi & Hedderich, 2021). Nach dem Partizipationsmodell von Hart (2008) bilden die „von Kindern initiierte, gemeinsame Entscheidungen mit Erwachsenen“ die höchste Stufe der Partizipation. Studien wie Levac et al., (2019) zeigen, dass Partizipation oft auf Studiendesign und Datenerhebung beschränkt bleibt, die tatsächlichen Fähigkeiten von Kindern jedoch unterschätzt werden. Um Wissen zu generieren, das in den Alltag transferierbar ist, müssen Kinder aktiver in Forschung einbezogen werden (Bell & Konrad, 2023). Dafür braucht es neue Methodenkenntnisse, wie partizipative Forschung in der Psychologie aussehen kann. Dies erfordert, Kinder schon bei der Auswahl der Fragestellung einzubeziehen, um auch wirklich relevante Themen auszuwählen (Bergold & Thomas, 2010). Partizipative Forschung könnte außerdem Antworten dafür liefern, warum mangelndes Interesse an Partizipation bei manchen Kindern vorhanden ist (Zerbe et al., 2020) und neues Interesse wecken. vorliegende Arbeit kann insofern als eine schwächere Form der Partizipation gedeutet werden. Einige Patient*innen an der KJPP Hinterbrühl haben ihr Einwilligungsrecht genutzt und eine Teilnahme abgelehnt. In Zukunft sollten mehr Ressourcen in die Aufklärung und aktive Einbeziehung von Minderjährigen investiert werden. Partizipation folgt nicht dem „Alles-oder-Nichts“-Prinzip (Bergold & Thomas, 2010, S. 337), sondern gestaltet sich als vielschichtiger Prozess. Kinder und Jugendliche sollen das Gefühl bekommen, aus eigenem Interesse Mitgestalter*innen zu sein und die Möglichkeit haben, ihren Fähigkeiten entsprechend teilnehmen zu können.

Limitationen. Zum Zeitpunkt der Erhebung war die KJPP Hinterbrühl zwar ausgelastet, jedoch nicht vollständig belegt, was auf einen Personalmangel hindeutet. Dadurch könnten akute Fälle weniger akuten bei der Aufnahme vorgezogen werden, was zu einer Häufung im Schweregrad und Art der Störungen führen könnte (Eichinger et al., 2021). Dazu kamen erschwerende Faktoren wie ein Umbau an der KJPP und die hohe Auslastung des Personals. Einige

Erziehungsberechtigte oder Patient*innen verweigerten ohne Angabe von Gründen die Teilnahme. Eine Teilnahme war aufgrund der Störungsbilder und akuten Krisen für ein paar Patient*innen nach Einschätzung der fallführenden Psychologinnen für die betroffenen Personen und den derzeitigen Behandlungsverlauf nicht durchführbar. Diese Umstände verhinderten, eine angestrebte Stichprobengröße von 10 Personen zu erreichen. Die Fragebögen wurden stets im Anschluss an das Interview ausgefüllt. Ein Ermüdungseffekt ist demnach nicht auszuschließen und die Interpretierbarkeit des Ergebnisses nur bedingt gegeben. Die Interviewsituation und die behandelten Inhalte verlangen zudem ein gewisses Maß an Konzentrations- und Reflexionsfähigkeit von Seiten der befragten Kinder und können mit möglichen Störungsbildern interagiert haben. Störungsdiagnosen wurden in dieser Befragung bis auf etwaige Selbstauskunft der Patient*innen nicht erhoben. In Zukunft könnten sich hier Zusammenhänge zu Partizipationserleben wie in anderen Studien (Keller et al., 2006; Rothärmel et al., 2006; Zerbe et al., 2021) zeigen. Mit Rücksichtnahme auf unterschiedliche Fähigkeiten hätten angepasste Methoden zur Datenerhebung wie Spieltechniken eingeplant werden können. Für zukünftige Erhebungen dieser Art braucht es außerdem mehr Kenntnis darüber, warum manche Eltern oder Kinder nicht teilnehmen wollten. Möglicherweise haben einigen Personen Hemmnisse oder mangelndes Interesse an wissenschaftlicher Forschung. Partizipative Forschungsansätze könnten eine Antwort darauf liefern, indem Betroffene von Beginn an einbezogen werden und Hürden möglicherweise besser im Voraus identifiziert werden können. Die Ergebnisse geben dennoch ein Bild davon, wie die befragten Personen die partizipative Praxis an der KJPP Hinterbrühl unter den oben genannten Umständen erleben. Zentrale Aspekte würden in einer größeren Stichprobe möglicherweise deutlicher hervortreten und können konkretere Anregungen für Hypothesenbildung geben. Durch das querschnittliche Design konnten zeitliche Veränderungen hinsichtlich Partizipationserleben nicht überprüft werden, wie es in anderen Studien berichtet wurde (Keller et al., 2006). Gleichzeitig kann laut Keller et al. (2006) vermutet werden, dass Globalurteile über die Zeit hinweg relativ stabil bleiben. Die Ergebnisse erfüllen trotz kleiner Stichprobe den Anspruch qualitativer Forschung, nämlich einen Einblick in das Partizipationserleben von Kindern und Jugendlichen zu gewinnen (Marshall, 1996).

7.3 Ausblick

Neben etablierten Messinstrumenten zur Evaluation von Partizipation und anderen Qualitätsstandards, die tatsächlich in der Praxis Anwendung finden, fehlt es an einem tiefen Verständnis dafür, wie sich Kommunikation im stationären Setting gestaltet. Forschung in diesem Bereich könnte aufzeigen, wie Personal geschult werden muss, damit Partizipationserleben bei Minderjährigen ermöglicht werden kann. Außerdem gibt es noch wenige systematische Hinweise darüber, wie unterschiedliche Formen von Partizipation erlebt und bewertet werden und in welcher Art Partizipationsformen zu mehr Zufriedenheit führen könnten. Die Befragung hat gezeigt, dass stationäre Aufnahmen einen großen Einschnitt in die persönliche Freiheit von Minderjährigen darstellen. Es bleibt zu klären, wie eine andere Gestaltung des Aufnahmeprozesses Kinder und Jugendliche mehr einbeziehen könnte. Auch in Zukunft werden diese Themen in medizinischen Settings relevant sein. Vorstellungen von Erziehung und Teilhabe an der Gesellschaft entwickelten sich in den letzten Jahren zusehends weg von autoritärem Handeln hin zu Gleichwertigkeit, in dem Eltern kindliche Bedürfnisse berücksichtigen (Nolkemper et al., 2019). Aus diesem Grund wird die Auseinandersetzung mit Partizipation an Wichtigkeit gewinnen. Herausfordernd wird sich in den nächsten Jahren der vermehrte Fokus auf ambulanten statt stationären Behandlungen gestalten (Thun-Hohenstein et al., 2017). Dies erfordert, auch im ambulanten Setting partizipative Ansätze wie Zielvereinbarungen oder Feedbackwerkzeuge zu entwickeln und die richtige Balance von Fürsorge und Autonomie in der Praxis zu finden. Inwiefern sich Erkenntnisse aus dem stationären Bereich auf den ambulanten um umgekehrt übertragen lassen, muss erforscht werden. Personalmangel sowie tief verwurzelte Hierarchien könnten erschwerende Faktoren bei der Umsetzung von Partizipation in verschiedenen Settings darstellen.

7.4 Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass qualitative Befragung zum Erleben stationärer Aufenthalte mit Kindern wertvolle Erkenntnisse liefern. Kinder erleben während eines stationären Aufenthalts sowohl positive als auch negative Faktoren. Besonders zufrieden sind die befragten Patient*innen mit den Sozialkontakten, den Räumlichkeiten oder dem Schulklima. Negative Auswirkungen auf das Erleben haben Faktoren wie die Aufnahme selbst, Langeweile zu empfinden, die Gestaltung

der Regeln oder das gewohnte soziale Umfeld zu vermissen. Partizipation zeigt sich als mehrschichtiges Thema, das von vielen Faktoren beeinflusst wird. Das verdeutlicht die Dringlichkeit, gerade die Zielgruppe der Kinder vermehrt in Forschung zu Partizipationserleben einzubeziehen. Während soziale Interaktionen und Beziehungen mit dem Betreuungspersonal als positiv erlebt werden, könnten verringerte Gestaltungsmöglichkeiten oder Fremdbestimmung in Aufnahmeprozessen negative Auswirkungen haben. Der Wunsch nach persönlichen Freiheiten und Autonomie in der Alltagsgestaltung wie Stationsregeln unterstreicht die Bedeutung eines kindgerechten Umfelds. Kinder scheinen Partizipation eher in Alltagssituationen wie der Freizeitgestaltung zu erleben. Darüber liegende Entscheidungsprozesse wie Therapien oder die Aufnahme werden eher fremdbestimmt wahrgenommen. Bezüglich der Informationsvermittlung zeigen sich einige Lücken hinsichtlich Abläufe, Ansprechpersonen oder den Zweck von Therapien. Die quantitative Erhebung unterstützt diese Ergebnisse und zeigt die positiven Beziehungen, aber auch gemischte Zufriedenheit mit Umgebungsaspekten auf der Station auf. Insgesamt unterscheiden sich die Befragten in vielen Bereich und konnten mehr oder weniger erhaltene Information über ihre Behandlung wiedergeben. Da die Befragten größtenteils keinen ausgeprägten Wunsch nach weitreichenderer Partizipation hegen, scheinen sie zufrieden mit der aktuellen Struktur zu sein. Die inkonsistente Informationsvermittlung und Kenntnisse über Entscheidungsgrundlagen stellen dennoch eine potenzielle Herausforderung für Partizipationserleben dar. Vertrauensvolle Beziehungen tragen zu einem Gefühl von Partizipation bei und unterstreichen, wie wichtig ein wertschätzender Umgang in KJPs ist. Um Partizipation nachhaltig zu fördern, sollten Informationen kindgerecht vermittelt und Kinder in Alltagsentscheidungen eingebunden werden. Dafür sind vor allem gute kommunikative Fähigkeiten des Personals nötig. Für die Forschung und Praxis ergibt sich, Kinder ernst zu nehmen und respektvolle Beziehungen aufzubauen. In Zukunft ist es wichtig, auch für die Forschung selbst altersgerechte Kommunikationsformen einzusetzen und Kinder schon bei der Wahl des Forschungsthemas einzubinden. So sollen Erkenntnisse generiert werden, die für Patient*innen selbst und für Institutionen ein Gewinn sind und auf das Recht auf Mitbestimmung von Kindern Rücksicht nehmen

8. Literaturverzeichnis

- Abels, H. & König, A. (2016). *Sozialisation: Über die Vermittlung von Gesellschaft und Individuum und die Bedingungen von Identität*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13229-3>
- Andresen, S. (2012). „Was“ und „wie“ Kinder erzählen. Potenzial und Grenzen qualitativer Interviews. *Frühe Bildung*, 1(3), 137–142. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000046>
- Batten, D. A. (1996). Informed consent by children and adolescents to psychiatric treatment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(5), 623–629. <https://doi.org/10.3109/00048679609062657>
- Bell, L. & Konrad, K. (2023). Wissen gemeinsam erarbeiten: Partizipative Methoden in der psychologischen und neurowissenschaftlichen Forschung mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 5–16 <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000916>
- Bergold, J. & Thomas, S. (2010). Partizipative Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 333–344). VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_23
- Boeger, A. (2022). *Entwicklungspsychologie: Von der Geburt bis zum hohen Alter: Ein Lehrbuch für Bachelor-Studierende* (1. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-040351-2>
- Boel-Studt, S. M. (2017). A quasi-experimental study of trauma-informed psychiatric residential treatment for children and adolescents. *Research on Social Work Practice*, 27(3), 273–282. <https://doi.org/10.1177/1049731515614401>

- Brewer, T. & Faitak, M.T. (1989). Ethical guidelines for the inpatient psychiatric care of children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(3), 142–147. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.3.142>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.4159/9780674028845>
- Butschi, C. & Hedderich, I. (2021). Kindgerecht forschen. Ein Überblick. In I. Hedderich, J. Reppin & C. Butschi (Hrsg.), *Perspektiven auf Vielfalt in der frühen Kindheit* (2. Aufl., S. 101–119). Julius Klinkhardt. <https://doi.org/10.35468/5895>
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651–661. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
- Damm, L. (2014). *Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen*. LIT Verlag.
- Damm, L., Habeler, U., Habeler, W., & Leiss, U. (2014). Mit Kindern und Jugendlichen reden: Kommunikation als Chance für Partizipation. *Pädiatrie und Pädologie*, 49(1), 36–41. <https://doi.org/10.1007/s00608-014-0174-y>
- Della Casa, A., Urben, S., Hefti, S., Wöckel, L., Beutler, H., Holzer, L., Riedo, V., Schimmelman, B. G. & Schmid, M. (2023). Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (FBZ-KJP): Ergebnisse einer Schweizer Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51(2), 153–165. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000869>

- Derecik, A., Kaufmann, N. & Neuber, N. (2013). *Partizipation in der offenen Ganztagschule*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19693-0>
- Eberitzsch, S., Keller, S., & Rohrbach, J. (2021). Partizipation in der stationären Kinder-und Jugendhilfe—Theoretische und empirische Zugänge zur Perspektive betroffener junger Menschen: Ergebnisse eines internationalen Literaturreviews. *Österreichisches Jahrbuch für Soziale Arbeit*, 1, 113–154. <https://doi.org/10.30424/OEJS2103113>
- Eichinger, T., Marte, E., Thun-Hohenstein, L., Santner, F. & Plattner, B. (2021). Akutversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Eine Pilotstudie an 257 PatientInnen. *Neuropsychiatrie*, 35(4), 199–205. <https://doi.org/10.1007/s40211-021-00389-7>
- Fasching, H. (2020). Systemisch leiten lassen in der partizipativen Forschung. ÖAS Eigenverlag.
- Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung* (3. aktualisierte Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92864-7>
- Gugglberger, L., Flaschberger, E., & Degelsegger-Márquez, A. (2022). Kinderrechte in österreichischen Krankenhäusern: Umsetzungsfaktoren für die Beteiligung von Kindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 172, 300–307. <https://doi.org/10.1007/s00112-022-01505-9>
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S. & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224–235. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.224>

- Harris, R. B. (2016). Empowerment: cross-cultural perspectives, strategies and *psychological benefits*. Nova Science Publishers.
- Hartl, C. & Karwautz, A. (2017). Zehn Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich: ein neues ärztliches Sonderfach in den Strukturen des Gesundheitswesens. *Neuropsychiatrie*, 31(3), 103–111.
<https://doi.org/10.1007/s40211-017-0235-0>
- Hart, R. A. (2008). Stepping back from ‘the ladder’: reflections on a model of participatory work with children. In A. Reid, B. B. Jensen, J. Nikel & V. Simovska (Hrsg.), *Participation and Learning* (S. 19–31). Springer.
- Haselgruber, A., Weindl, D., Sandra, S., Rusinek, M., Maletzky, A., Singer, V., Zajec, K. & Noske, J. (2023). Psychisch belastete Jugend?: Vorstellungszahlen und Gefährdungsausmaß von Patient:innen an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hinterbrühl. *Psychotherapie Forum*, 27(3–4), 67–76. <https://doi.org/10.1007/s00729-023-00236-w>
- Hauschild, S., Kasper, L. A. & Taubner, S. (2021). Was hat dir an der Therapie gefallen? – Eine qualitative Studie zur Evaluation der Mentalisierungsbasierten Therapie für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(5), 386–402. <https://doi.org/10.13109/prkk.2021.70.5.386>
- Healy, K. (1998). Participation and child protection: the importance of context. *The British Journal of Social Work*, 28(6), 897–914.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a011407>
- Höger, C. (2010). Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit. Ethische Aspekte der psychiatrischen Behandlung von Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und*

Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38(6), 421–427.

<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000071>

Keller, F., Fegert, J. M. & Naumann, A. (2018). Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Entwicklung und Validierung für Jugendliche und für Eltern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47(3), 186–197. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000488>

Keller F., Fegert, J. M. & Neumann, A. (2020). *Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Testhandbuch*. Universitätsklinikum Ulm.

<https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder->

[Jugendpsychiatrie/Downloads/BesT_Manual_preprint.pdf](https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Downloads/BesT_Manual_preprint.pdf)

Keller, F., Peter, S., Fegert, J. M., Naumann, A. & Goldbeck, L. (2006). Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(5), 367–376. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.34.5.367>

Kinnen, C. & Döpfner, M. (2013). Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit: in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und/oder Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(2), 133–144. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000220>

Knauer, R. & Sturzenhecker, B. (2005). Partizipation im Jugendalter. In B. Hafeneger, M. M. Jansen & T. Niebling (Hrsg.), *Kinder- und*

- Jugendpartizipation: Im Spannungsfeld von Interessen und Akteuren* (S. 63–94). Verlag Barbara Budrich.
- Knorth, E. J., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Stijker, J. & Tausendfreund, T. (2009). Jugendhilfe: ambulant und stationär. Plädoyer für ein Kontinuum. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(5), 330–350. <https://doi.org/10.13109/prkk.2009.58.5.330>
- Kölfen, W. (2016). Professionelle ärztliche Kommunikation in der Kinder- und Jugendmedizin: Elterngespräche sind Heilkunst. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(7), 574–582. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0101-3>
- Lenz, A. (2001). *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie*. Juventa Verlag.
- Levac, L., Ronis, S., Cowper-Smith, Y. & Vaccarino, O. (2019). A scoping review: The utility of participatory research approaches in psychology. *Journal of Community Psychology*, 47(8), 1865–1892. <https://doi.org/10.1002/jcop.22231>
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522–526. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung: FBB*. Hogrefe.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2), o. S.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 601–613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Mayring, P. (2014). *Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution*. GESIS.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Beltz.
- Mayring, P. & Brunner, E. (2009). Qualitative Inhaltsanalyse. In R. Buber & H. H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung* (2. Aufl., S. 669–680). Gabler.
https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9441-7_42
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603–616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- NÖ Landesgesundheitsagentur (o. D.). *Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Standort Hinterbrühl*. Landesklinikum Baden-Mödling. <https://moedling.lknoe.at/fuer-patienten/abteilungen/abteilung-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie-am-standort-hinterbruehl/information>
- Nolkemper, D., Wiggert, N., Müller, S., Fegert, J. M. & Kölch, M. (2019). Partizipation und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(4), 271–285.
<https://doi.org/10.13109/prkk.2019.68.4.271>
- Otter, M., Kothgassner, O. D., Lepuschütz, L., Drahos, S., & Plener, P. L. (2024). The impact of the COVID-19 pandemic on rates of adolescents receiving psychopharmacological medication in Austria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 10–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00684-x>

- Petermann, F. (2013). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Hogrefe.
- Plano Clark, V. L. (2017). Mixed methods research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 305–306. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262619>
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Aufl.). Oldenbourg Verlag.
- Racine, N., Cooke, J. E., Eirich, R., Korczak, D. J., McArthur, B. & Madigan, S. (2020). Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry Research*, 292, 113307–113307. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113307>
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA : Text, Audio und Video*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Reisel, B., Floquet, P., & Leixnering, W. (1998). Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 47(10), S. 705–721. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.10787>
- Rothärmel, S., Dippold, I., Wiethoff, K., Wolfslast, G. & Fegert, J. M. (2006). *Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (1. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Salisch, M. & Klein, A. M. (2015). Emotionsregulation und Problemverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und*

- Kinderpsychiatrie*, 64(5), 328–333. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.13109/prkk.2015.64.5.328>
- Schepker, R., Wirtz, M. & Jahn, K. (2000). Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49(9), 656–676.
- Schmithüsen, F. & Ferring, D. (2015). Entwicklungspsychologie. In F. Schmithüsen (Hrsg.), *Lernskript Psychologie* (S. 245–283). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-44941-7>
- Schröder, R. (1995). *Kinder reden mit! Beteiligung an Politik, Stadtplanung und Stadtgestaltung*. Beltz.
- Schulmeister, J. (2023). *Jugend und Psychiatrie: Adoleszente Sozialisationsverläufe im Spannungsfeld der jugendpsychiatrischen Triade*. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-40476-5>
- Schulte-Körne, G. (2022). Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 170(6), 530–538. <https://doi.org/10.1007/s00112-022-01508-6>
- Shirk, S. R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.452>
- Simon, D., Loh, A. & Härter, M. (2008). Grundlagen der partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 47, 84–89. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1042446>
- Stivers, T. (2012). Physician–child interaction: When children answer physicians’

- questions in routine medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 87(1), 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.007>
- Thun-Hohenstein, L. (2012). Kinder im Spannungsfeld von Psyche und Soma: Das Aufgabengebiet Mental Health. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160(9), 839–849. <https://doi.org/10.1007/s00112-012-2666-9>
- Thun-Hohenstein, L., Fliedl, R., Sevecke, K. & Karwautz, A. (2017). Zukunft der Kinder-und Jugendpsychiatrie in Österreich. *Neuropsychiatrie*, 31(3), 144–149. <https://doi.org/10.1007/s40211-017-0242-1>
- Trost, A. (2018). *Bindungswissen für die systemische Praxis: Ein Handbuch* (1. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666452086>
- UNICEF. (1990). *UN-Konvention über die Rechte des Kindes*. unicef. <https://unicef.at/fileadmin/media/Kinderrechte/crcger.pdf>
- Vogl, S. (2012). *Alter und Methode : Ein Vergleich telefonischer und persönlicher Leitfadeninterviews mit Kindern*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Vogl, S. (2021). Mit Kindern Interviews führen: Ein praxisorientierter Überblick. In I. Hedderich, J. Reppin & C. Butschi (Hrsg.), *Perspektiven auf Vielfalt in der frühen Kindheit* (2. Aufl., S. 142–157). Verlag Julius Klinkhardt. <https://doi.org/10.35468/5895>
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L. & Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>

- Wedemeyer, F. & Wiesemann, C. (2017). Ziele und Methoden der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 22(1), 243–266. <https://doi.org/10.1515/jwiet-2017-0011>
- Wright, T. M., von Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (1. Aufl., S. 35–52). Huber
- Zerbe, P.-S., Röttele, N. & Körner, M. (2020). Partizipation von Patienten im Kontext der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – ein Scoping Review. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(8), 700–719. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.8.700>
- Zerbe, P.-S., Schulz, E., Dixius, A. & Körner, M. (2021). Wunsch und Erleben von Partizipation für Kinder und Jugendliche in der stationären Psychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(3), 213–226. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000797>

Darf Kind mitreden?

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Hauptkategorie K1 Positive Faktoren des Erlebens, Allgemeines, Wohnen und Soziale Faktoren	211
Abbildung 2. Hauptkategorie K2 Negative Faktoren des Erlebens, Allgemeines, Wohnen und Soziale Faktoren	233
Abbildung 3. Hauptkategorie K3 Information, Allgemeine Aufklärung, Information zu Behandlung und Informationsbedürfnisse	255
Abbildung 4. Hauptkategorie K4 Partizipation, Fremdbestimmung, Mitsprache, Selbstbestimmung und Beziehung zu Betreuungspersonen	277

10. Anhang

Anhang A

Interviewleitfaden

Einleitung

Hallo {NAME}. Mein Name ist Judith und ich studiere Psychologie. Das bedeutet, dass ich später vielleicht auch einmal in einer Psychiatrie arbeiten werde. Ich möchte heute gerne von dir und den anderen Kindern erfahren, wie die Zeit für euch hier ist. Was dir gefällt und was dir nicht so gefällt. Ich habe also ein paar Fragen an dich, die du aber ganz bestimmt beantworten kannst. Du musst dir denken, dass DU jetzt der Experte/die Expertin bist. Du weißt am besten Bescheid, wie das hier an der KJPP ist und kennst dich bestimmt schon gut aus. Dabei gibt es auch keine richtigen oder falschen Antworten. Du kannst also nichts falsch machen!

*Du siehst hier ein Aufnahmegerät. Das heißt, ich werde eine Aufnahme von unserem Gespräch machen. Das mache ich deswegen, damit ich mich später gut erinnern kann, was du mir erzählt hast und ich auch nichts vergesse. Du darfst heute mal so richtig ehrlich sein und mir alles erzählen, was du möchtest. Ich werde deinen Betreuer*innen, Ärzt*innen, Psycholog*innen oder deinen Eltern nicht weitersagen, was du mir genau erzählt hast. Du brauchst also keine Angst haben. Wenn ich alle Antworten von den Kindern gesammelt habe, kann man nicht mehr sehen, wer was zu mir gesagt hat.*

Möchtest du, bevor wir loslegen noch etwas fragen oder wissen? Du kannst mich auch jederzeit unterbrechen, wenn du eine Frage nicht verstehst.

Wenn das okay für dich ist, dann kannst du gerne selber auf Aufnahme drücken und wir können loslegen.

Stationärer Aufenthalt

Hier in der KJPP kommen ganz verschiedene Kinder und Jugendliche zusammen. Alle haben ihre eigene Geschichte. Deine Geschichte ist bestimmt ganz anders als die von den anderen Kindern hier.

1. Kannst du mir erzählen, wie das bei dir war, als du an die KJPP gekommen bist?
Wie ist das bei dir abgelaufen?

1.1 Wer das entschieden, dass du an die KJPP kommst?

1.1.1 Hast du mitentscheiden dürfen?/ Bist du gefragt worden, ob du auf die KJPP kommen willst?

1.2 Weißt du noch, wie das für dich war, als du auf die KJPP gekommen bist?

1.3 Haben die Menschen hier mit dir darüber gesprochen, was hier auf dich zukommt?

Wenn Ja: Was haben die dir da erzählt?

Information

Für viele Kinder ist es etwas ganz Neues, wenn sie an die KJPP kommen. Man lernt viele neue Menschen kennen, das Bett schaut anders aus und man macht vielleicht auch andere Dinge als Zuhause. Bestimmt hat man da auch viele Fragen! Wie ist das bei dir?

2.1 Wenn du irgendwelche Fragen hast zum Beispiel zu deiner Therapie, gibt es jemanden, den du fragen kannst?

2.1.1 Hören dir die Menschen dann gut zu?/Was könnten sie noch besser machen?

2.2 Gibt es etwas, worüber du gerne mehr wissen möchtest?

2.3 Kannst du mir genauer erklären, warum du hier auf der KJPP bist?

2.4 Haben dir die Menschen hier erklärt, warum du da bist?

Wenn Ja: Was haben die dir da erzählt?

Partizipation

Wenn man mit so vielen Menschen wie hier zusammenlebt, muss man auch oft Entscheidungen treffen und gemeinsam den Tag planen. Ich frage mich, wie das bei euch ist.

3.1 Kannst du mir erzählen, was du den ganzen Tag hier in der KJPP machst? Wie schaut ein Tag bei dir aus?

3.1.1. Darfst du das selber entscheiden, wie du deinen Tag verbringst?

Wenn Ja: Was machst du am liebsten hier?

Wenn Nein: Wer entscheidet denn, was du den ganzen Tag machen sollst?

3.1.2 Wie findest du das? Bist du zufrieden damit?

3.1.3 Wenn jemand eine Entscheidung trifft, wird dir dann erklärt, wie es dazu gekommen ist?

3.1.4 Würdest du gerne mehr Entscheidungen selber treffen?

Wenn Ja: Was würdest du gerne selber entscheiden?

Wenn Nein: Wer sollte am liebsten für dich entscheiden?

3.2 Haben die Menschen hier genug Zeit für dich? Nehmen sie dich ernst? Respektieren sie dich?

3.3 Glaubst du, dass Kinder und Jugendliche selber entscheiden sollten, ob sie auf die KJPP kommen wollen?

3.4 Was sollten die Kinder und Jugendliche hier selber entscheiden dürfen?

Empfinden

4.1 Stell dir vor, eine Freundin oder ein Freund von dir kommt auch an eine KJPP.

Was würdest du der denn erzählen, wie es hier ist?

4.1.1 Wie findest du das, hier zu sein?

4.3 Was gefällt dir gar nicht an der KJPP?

4.3 Was gefällt dir am besten an der KJPP?

4.4 Wenn du später noch einmal an die KJPP Hinterbrühl kommen sollst, was sollte dann anders sein? Stell dir vor, du könntest alles für die Kinder hier entscheiden/Was könnte man noch machen, damit du dich noch wohler fühlst?

Schluss

Ich habe sehr viel von dir lernen dürfen! Danke, dass du mir so viele Sachen erzählt hast, ich konnte alles fragen, was ich wissen wollte und bin jetzt fertig. Vielleicht möchtest du mir jetzt auch eine Frage stellen oder etwas wissen von mir?

Ich kann mir vorstellen, dass es eine ganz besondere Zeit hier ist und ich wünsche dir noch alles Gute auf deinem Weg. Dann können wir jetzt wieder auf Stopp drücken.

Anhang B

Beschreibung	
Domäne 1: Forschungsteam und Reflexivität	
1. Interviewer*in	JG
2. Qualifikation	Absolventin des Bachelorstudiums Psychologie und Masterstudierende Psychologie
3. Beschäftigung	JG ist Masterstudentin an der Universität Wien
4. Gender	JG ist weiblich
5. Erfahrung und Training, Beziehung zu den Teilnehmenden	Die Interviewerin war durch vorherige Forschungsprojekte in der Umsetzung von Projekten geschult und wurde von einer klinischen Psychologin supervidiert. Es bestand keine Beziehung zwischen der Interviewerin und den Befragten.
6. Beziehungen	Es bestand keinerlei Beziehung zwischen der Interviewerin und den Teilnehmenden. Alle Teilnehmenden wurden über die leitende Fallführung der KJPP Hinterbrühl rekrutiert.
7. Wissen der Teilnehmenden über die Interviewerin	Die Kinder wussten, dass die Interviewerin nicht an der Institution arbeitete und die Erhebung im Rahmen ihrer Masterarbeit stattfand.
8. Charakteristika der Interviewerin	Das Hauptinteresse der Forscherin war das kindliche Erleben eines stationären Aufenthalts und Möglichkeiten zur Partizipation zu erfassen.
Domäne 2: Studiendesign	
<i>Theoretischer Rahmen</i>	
9. Methodische Orientierung und Theorie	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring
<i>Auswahl der Teilnehmenden</i>	
10. Sampling	Alle Kinder mit stationärem Aufenthalt an der KJPP Hinterbrühl und deren Erziehungsberechtigte wurden im Erhebungszeitraum von fallführenden Psychologinnen zur Teilnahme eingeladen. Die

	unterschiedenen Teilnahmeerklärungen wurden der Forschenden übergeben.
11. Methode	Die Psychologinnen trafen persönlich oder per Telefon mit den Kindern und Erziehungsberechtigten in Kontakt.
12. Stichprobengröße	Es wurden 3 Personen rekrutiert.
13. Nicht-Teilnahme	Vier Kinder und deren Erziehungsberechtigte stimmten einer Teilnahme nicht zu.

Setting

14. Setting der Datenerhebung	Alle Erhebungen fanden in den Gruppenräumen der Kinderstation an der KJPP Hinterbrühl statt.
15. Anwesenheit von Nicht-Teilnehmenden	Neben der Interviewerin und den Befragten war niemand anwesend.
16. Beschreibung der Stichprobe	Siehe Kapitel 6.1 Stichprobenbeschreibung

Datensammlung

17. Interviewleitfaden	Der Leitfaden kann im Anhang A eingesehen werden.
18. Wiederholte Interviews	Es wurde keine Interviews wiederholt
19. Audio-/videoaufnahme	Digitale Audioaufnahme
20. Feldnotizen	Die Forscherin notierte sich während und nach den Interviews persönliche Eindrücke und Beobachtungen.
21. Dauer	Ungefähr 45 Minuten.
22. Datensättigung	Drei Interviews geben wertvolle Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfrage.
23. Zurückgegebene Transkripte	Die Transkripte wurden den Teilnehmenden nicht zur Korrektur zurückgegeben.

Domäne 3: Analyse und Ergebnisse

Datenanalyse

24. Anzahl der Kodierer*innen	1
25. Beschreibung des Kategorienschemas	Siehe Abbildungen 1 bis 4
26. Herleitung der Themen	Siehe Kapitel 6.2.1 bis 6.2.4

27. Software	Kodierungen wurden mit MAXQDA erstellt
28. Teilnehmer*innen Kontrolle	Es fand kein formelles Setting statt, in dem die Ergebnisse den Teilnehmenden präsentiert wurden.

Auswertung

29. Zitate	Koderungen werden anhand von Zitaten in den Kapiteln 6.2.1 bis 6.2.4 dargestellt.
30. Konsistenz von Daten und Ergebnissen	Aus der Sicht der Forscherin sind die Ergebnisse konsistent
31. Klarheit von Hauptthemen	Siehe Ergebnisteil Kapitel 6.2.1 bis 6.2.4, 6.5 sowie Kapitel 7.1
32. Klarheit von Nebenthemen	Siehe Ergebnisteil Kapitel 6.2.1 bis 6.2.4, 6.5 sowie Kapitel 7.1
