



Aktion  
Psychisch  
Kranke e.V.

# Innovation in der Partizipation und Information bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen – IPI KiJu

## Projektbericht

Datum: 31.03.2025

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## **1. Titel und Verantwortliche**

### **1.1 Titel des Projektes**

Innovation in der Partizipation und Information bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen – IPI KiJu

### **1.2 Förderkennzeichen**

ZMI5-2522KIG001

### **1.3 Leitung und Projektmitarbeitende**

- Prof. Dr. Michael Kölich, Ärztlicher Direktor Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock, Vorstandsmitglied Aktion Psychisch Kranke e. V. (wissenschaftliche Leitung)
- Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm (wissenschaftliche Leitung)
- Dr. Myriam Bea, Geschäftsführerin ADHS Deutschland e. V. (wissenschaftliche Leitung)
- Jörg Holke, Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke e. V. (Koordination/Leitung)
- Wissenschaftliche Mitarbeit: Natascha Fries, Daria Nolkemper, Antonia von Weizsäcker, Amelie Weide, Paul-Simon Zerbe

### **1.4 Projektausführung und Kontaktdaten**

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Oppelner Straße 130

53119 Bonn

Telefon: 0228 676740, Fax: 0228 676742, E-Mail-Adresse: [apk-bonn@netcologne.de](mailto:apk-bonn@netcologne.de)

### **1.5 Laufzeit und Fördersumme**

- 01.11.2022 bis 30.09.2024
- 298.357,00 €

## 2. Inhaltsverzeichnis

<b>1. Titel und Verantwortliche .....</b>	<b>2</b>
1.1 Titel des Projektes .....	2
1.2 Förderkennzeichen .....	2
1.3 Leitung und Projektmitarbeitende .....	2
1.4 Projektausführung und Kontaktdaten .....	2
1.5 Laufzeit und Fördersumme .....	2
<b>2. Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Zusammenfassung .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Einleitung .....</b>	<b>7</b>
4.1 Ausgangslage und Ziele des Projektes .....	7
4.2 Projektstruktur .....	8
4.2.1 Expertengruppe, Projektkoordination und wissenschaftliche Mitarbeit .....	8
4.2.2 Kooperationspartner .....	9
4.2.3 Ethikvoten .....	10
<b>5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....</b>	<b>11</b>
5.1 Methodisches Vorgehen .....	11
5.2 Operationalisierung der Projektziele .....	11
5.3 Literatur- und Dokumentenrecherche .....	12
5.3.1 Methodik der Datenerhebung .....	12
5.3.2 Methodik der Datenauswertung .....	14
5.4 Recherche in den sozialen Medien .....	14
5.4.1 Methodik der Datenerhebung .....	14
5.4.2 Methodik der Datenauswertung .....	17
5.5 Internetrecherche zu Informationen im Bereich der Selbsthilfe, Fachgesellschaften und allgemeinen Gesundheitsinformationen in Deutschland .....	18
5.6 Durchführung der Interviews .....	19
5.6.1 Methodik der Datenerhebung .....	19
5.6.2 Methodik der Datenauswertung .....	21
<b>6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....</b>	<b>23</b>
6.1 Meilensteine .....	23

6.2	Expertengruppe .....	24
6.3	Projektkoordination und wissenschaftliche Mitarbeit .....	25
6.4	Projektverlauf .....	25
<b>7.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>28</b>
7.1	Literatur- und Dokumentenanalyse.....	28
7.1.1	Ergebnisse zu Information .....	28
7.1.2	Ergebnisse zu Aufklärung.....	35
7.1.3	Ergebnisse zu Partizipation .....	38
7.2	Recherche in den sozialen Medien.....	50
7.2.1	Suchbegriffe <i>ADHS/adhd, Depressionen/depression, Angststörung/anxiety disorder</i> sowie <i>Kinder- und Jugendpsychiatrie/child and adolescent psychiatry</i> ..	50
7.2.2	Suchbegriff <i>Kinder- und Jugendpsychotherapie/child and adolescent psychotherapy</i> .....	58
7.2.3	Zusammenfassung .....	63
7.3	Internetrecherche zu Informationen im Bereich der Selbsthilfe, Fachgesellschaften und allgemeinen Gesundheitsinformationen in Deutschland.....	63
7.3.1	Selbsthilfe .....	63
7.3.2	Gesundheitsinformationen und Fachgesellschaften auf Bundesebene ...	64
7.3.3	Schlussfolgerung .....	66
7.4	Auswertungsergebnisse der durchgeführten Interviews .....	66
7.4.1	Auswertungsergebnisse der Interviews mit Kindern und Jugendlichen ...	66
7.4.2	Auswertungsergebnisse der Interviews mit Eltern .....	82
7.4.3	Auswertungsergebnisse der Interviews mit Fachkräften.....	90
7.5	Information im kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Kontext – Qualitätskriterien, Empfehlungen und Weiterentwicklungsansätze .....	113
7.5.1	Einleitung – Information als Anspruch und Verpflichtung.....	114
7.5.2	Qualitätskriterien für Information.....	117
7.5.3	Umsetzungsempfehlungen und Weiterentwicklungsansätze für die Informationspraxis.....	120
7.5.4	Empfehlungen und Weiterentwicklungsansätze zu Strukturen und Gesetzgebung.....	124

7.6	Partizipation im kinder- und jugendpsychiatrischen und - psychotherapeutischen Kontext – Qualitätskriterien, Instrumente und Empfehlungen..	128
7.6.1	Einleitung – Partizipation im Fachdiskurs .....	128
7.6.2	Kriterien für gelingende Partizipation .....	130
7.6.3	Partizipationsfördernde Instrumente .....	138
7.6.4	Umsetzungsempfehlungen .....	143
<b>8.</b>	<b>Gender Mainstreaming Aspekte .....</b>	<b>150</b>
<b>9.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....</b>	<b>151</b>
9.1	Erreichung der Projektziele .....	151
9.2	Limitationen der Recherche in den sozialen Medien .....	152
9.3	Limitationen der Interviewerhebung.....	153
9.4	Einbezug von Kindern und Jugendlichen .....	153
<b>10.</b>	<b>Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....</b>	<b>154</b>
<b>11.</b>	<b>Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential) .....</b>	<b>155</b>
<b>12.</b>	<b>Publikationsverzeichnis .....</b>	<b>156</b>
<b>13.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>157</b>
13.1	FAQ-Liste – Information und Partizipation.....	157
13.2	Interviewleitfaden Kinder .....	161
13.3	Interviewleitfaden Jugendliche .....	164
13.4	Interviewleitfaden Eltern .....	167
13.5	Interviewleitfaden Fachkräfte.....	170
13.6	Literaturverzeichnis .....	174
13.7	Tabellenverzeichnis.....	187
13.8	Abbildungsverzeichnis.....	188

### 3. Zusammenfassung

Die Zielsetzungen des Projektes waren die Formulierungen von Qualitätskriterien, Handlungsempfehlungen und innovativen Ansätzen für die Information und Partizipation von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bezugspersonen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung. Die Grundlage bildeten die Evaluation bestehender Informationsmöglichkeiten und -bedarfe zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und der Behandlungsoptionen einschließlich der Partizipationsmöglichkeiten. Dem wurden die in Interviews ermittelten Bedarfe der betroffenen Kinder und Jugendlichen gegenübergestellt. Zudem wurden Sorgeberechtigte und Fachkräfte befragt. Expertenwissen und -erfahrung wurden über die Projektgruppe und Panels eingebunden.

Erarbeitet wurden Qualitätskriterien und Empfehlungen für die Information und Partizipation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien. Wesentliche Essenzen sind:

- qualitativ hoch zu bewertende Informationen zeichnen sich insbesondere durch eine leichte Zugänglichkeit und Sprache, individuelle, aktive und entstigmatisierende Ausrichtung, inhaltliche Fundierung und regelmäßige Aktualisierung aus. Auf der Umsetzungsebene sollten die formulierten Kriterien vor und während der Behandlung handlungsleitend sein. Entsprechende Empfehlungen sind angeführt.
- zentrale Kriterien für gelingende Partizipation sind der weitestmögliche Einbezug von Kindern und Jugendlichen und deren altersgerechten Mitbestimmung bei Entscheidungen. Eine vertrauensvolle Atmosphäre und eine transparente Kommunikation schaffen hierfür geeignete Räume. Die Informations- und die Partizipationspraxis sind als kontinuierlicher Prozess zu sehen und bedürfen einer regelmäßigen Evaluation. Es liegen bereits partizipationsfördernde Instrumente und Konzepte vor. In Teilbereichen bestehen Möglichkeiten der Weiterentwicklung und des Ausbaus. Entsprechende Handlungsoptionen insbesondere in Bezug auf die stärkere Berücksichtigung bei Schutzkonzepten, Fortbildungen, der partizipativen Entscheidungsfindung und Selbsthilfeförderung wurden erarbeitet.

In Bezug auf die bestehenden Informationspflichten zu psychischen Störungen und deren Behandlung und die Partizipation sollten die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen auch auf der strukturell-konzeptionellen und auf der sozial- und gesundheitsrechtlichen Ebene Berücksichtigung finden.

Dem digitalen Raum als Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen sollte sowohl in der Gesetzgebung als auch in der Praxis mehr Bedeutung im Sinne von Information und Partizipation beigemessen werden. Mögliche Risiken sind im Vorfeld zu klären und geeignete Schutz- sowie Kontrollmechanismen zu entwickeln und umzusetzen.

## 4. Einleitung

### 4.1 Ausgangslage und Ziele des Projektes

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind ebenso wie ihre Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen über die Erkrankung und die Behandlung zu informieren. Dabei sind die Informationen in angemessener Weise zu vermitteln. Die Bereitstellung und die altersgerechte Vermittlung notwendiger Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und daraus resultierende Konsequenzen stellen die Grundvoraussetzung von Partizipation dar. Dadurch werden Kinder und Jugendliche erst in die Lage versetzt sich zu Fragen der Behandlung und Rehabilitation zu äußern. Die Einbeziehung in die Behandlungsplanung und -entscheidung drückt auch die Anerkennung der Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen durch die therapeutischen Fachkräfte aus.

Die Ergebnisse aus den ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekten „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ (2014-2017) (Aktion Psychisch Kranke e. V., 2017) und „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen“ (2020-2021) (Aktion Psychisch Kranke e. V., 2021) bildeten die Grundlage für das Vorhaben.

Im Rahmen des Projektes „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ erfolgte eine umfassende Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Im Folgeprojekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen“ wurden konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung der vorhandenen Angebote erarbeitet. Durch die Einholung von Stellungnahmen, die Durchführung von zwei Expertenworkshops, Arbeitstreffen und die Einrichtung eines Beirates konnte die Beteiligung von Expertinnen und Experten aus Selbsthilfe, Fach- und Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Leistungsträgern sowie Wissenschaft und Praxis im gesamten Projektverlauf sichergestellt werden. Als Ergebnis wurde dem Handlungsfeld „Information und Partizipation“ ein prioritärer Handlungsbedarf zugeordnet und die Durchführung eines Projektes zu diesem Themenbereich vorgeschlagen. Es sollte eine Bestandsaufnahme bestehender Informationsmöglichkeiten in Bezug auf herkömmliche und neue Medien erfolgen. Zudem wurde die Formulierung von Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen empfohlen (Aktion Psychisch Kranke e. V., 2021, S. 23 ff).

Nach entsprechendem Projektantrag und Bewilligung durch das BMG startete im November 2022 das Projekt „Innovation in der Partizipation und Information bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen“ (IPI KiJu).

Ziel war zunächst über die Evaluation von bestehenden Informationsmöglichkeiten für Familien zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie möglichen Behandlungsoptionen einschließlich der vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung einen Überblick über den Ist-Zustand zu gewinnen. Dem wurden über die Durchführung und Auswertung von Interviews die ermittelten Bedarfe der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Sorgeberechtigten gegenübergestellt. Auch die Perspektive von im kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungssetting tätigen Fachkräften wurde im Rahmen von Interviews ermittelt.

Im nächsten Schritt erfolgte auf der Grundlage der Evaluationen, der Auswertungsergebnisse der Interviews und von Expertenpanels die Formulierung von Kriterien für gelingende Informations- und Partizipationsmöglichkeiten sowie die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für Praxis und Gesetzgebung.

## **4.2 Projektstruktur**

### **4.2.1 Expertengruppe, Projektkoordination und wissenschaftliche Mitarbeit**

Der Aufbau der Projektstruktur auf der Arbeitsebene startete im November 2022.

Die wissenschaftliche Leitung wurde Prof. Dr. Michael Kölch, Prof. Dr. Jörg M. Fegert, und Frau Dr. Myriam Bea übertragen.

Die Expertengruppe wurde benannt und war zusammengesetzt aus sechs Expertinnen und Experten und der wissenschaftlichen Leitung aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Selbsthilfe und der Jugendhilfe:

- Dr. Stefanie Bienioschek (Chefärztin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg)
- Dr. Maik Herberhold (niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Prof. Dr. Martin Holtmann (Ärztlicher Direktor, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)

- Dr. Michael Konrad (Diplom-Psychologe, ehemals Leiter des Geschäftsbereichs Wohnen Ravensburg-Bodensee, ZfP Südwürttemberg, Baden-Württemberg)
- Peter Lehdorfer (Bundespsychotherapeutenkammer)
- Prof. Dr. Renate Schepker (Ärztliche Direktorin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg, Baden-Württemberg)
- Prof. Dr. Michael Kölch (Ärztlicher Direktor, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock)
- Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm)
- Dr. Myriam Bea (Geschäftsführerin ADHS Deutschland)

Die Projektkoordination wurde durch eine in diesem Bereich erfahrene Fachkraft mit sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Qualifikation sichergestellt. Die Gesamtleitung des Projektes wurde durch die wissenschaftliche Leitung und die Projektkoordination gewährleistet. Die wissenschaftliche Mitarbeit (Evaluation, Durchführung und Auswertung der Interviews, Begleitung der Expertengruppe, Mitarbeit an der Erarbeitung von Qualitätskriterien, innovativen Ansätzen und Handlungsempfehlungen) erfolgte durch in der Projektdurchführung erfahrene Fachkräfte mit sozial-, gesundheits- oder pflegewissenschaftlicher Qualifikation (Masterabschluss).

#### **4.2.2 Kooperationspartner**

Die Durchführung des Projektes, v. a. der Interviews, wurde durch folgende Kooperationspartner unterstützt:

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie; Universitätsklinikum Ulm,
- Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter; Universitätsmedizin Rostock,
- ADHS Deutschland e.V.,
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter; Universitätsklinikum Freiburg,
- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter; Universitätsklinikum Ruppin-Brandenburg.

### **4.2.3 Ethikvoten**

Vor der Durchführung der Interviews wurden in den vier beteiligten Kliniken Ethikvoten bei den jeweils zuständigen Kommissionen beantragt und als positiv beschieden. Je nach Universität waren variierende Auflagen zu erfüllen. Neben der Projektbeschreibung wurden ausführliche Informationen über das Projekt für die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen, Eltern sowie Fachkräfte erstellt und den Anträgen beigelegt.

## 5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 5.1 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen im Projekt wurde in den folgenden Schritten vollzogen:

- Zunächst wurde die Arbeitsebene des Projektes konstituiert.
- Es folgte die Evaluation von Informations- und Partizipationsmöglichkeiten in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen ambulanten sowie (teil)stationären Behandlung. Hierzu wurden eine Literatur und Dokumentenrecherche und Inhaltsanalysen in den neuen Medien durchgeführt.
- Begleitend zur Evaluation wurden die Interviews mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätigen Fachkräften vorbereitet. Darauf folgten die Durchführung sowie die Auswertung der Interviews.
- Im Fokus der zweiten Phase des Projektes standen die Erarbeitung von Kriterien, innovativen Ansätzen und von Handlungsempfehlungen für die Information und Partizipation im ambulanten sowie (teil)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungssetting.
- Mit der Erstellung des Abschlussberichtes wurde das Projekt abgeschlossen.

### 5.2 Operationalisierung der Projektziele

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die vor Projektbeginn festgelegten Zielsetzungen und die Indikatoren für die Messung der Zielerreichung:

<b>Zielsetzungen</b>	<b>Wie wird die Zielerreichung gemessen?</b>
Bestandsaufnahme über Informationsmöglichkeiten über psychische Erkrankungen und deren Behandlung.	Literatur- und Dokumentenanalyse und Inhaltsanalysen in den neuen Medien sind durchgeführt. Ergebnisse sind zusammenfassend dargestellt.
Bestandsaufnahme über Partizipationsmöglichkeiten in Behandlungsangeboten.	Literatur- und Dokumentenanalyse und Inhaltsanalysen in den neuen Medien sind durchgeführt. Ergebnisse sind zusammenfassend dargestellt.
Bedarfsanalyse auf der Grundlage von Interviews mit einer partizipativen Ausrichtung.	Mindestens 50 Interviews mit Betroffenen, Sorgeberechtigten und Fachkräften in

<b>Zielsetzungen</b>	<b>Wie wird die Zielerreichung gemessen?</b>
	einer Stichprobenauswahl sind durchgeführt und ausgewertet.
Formulierung von Qualitätskriterien für Informationsmöglichkeiten zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Behandlung.	Qualitätskriterien sind anwendungsorientiert formuliert und ein Raster für Frequently Asked Questions (FAQ) ist erstellt.
Erarbeitung von innovativen Ansätzen und Umsetzungsempfehlungen inklusive eines Handlungsleitfadens zur Stärkung der Partizipation in der Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.	Innovative Ansätze sind beschrieben, Empfehlungen zur Umsetzung sind anwendungs- und leitfadenorientiert formuliert.
Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit der Projektergebnisse.	Die Qualitätskriterien und die Empfehlungen sind öffentlich zugänglich, auf nachhaltige Umsetzung ausgerichtet und werden über die mediale Verbreitung hinaus durch Gremien, Veranstaltungen und Fortbildungen in die Fläche getragen.

*Tabelle 1: Zielsetzungen und Messung der Zielerreichung*

### **5.3 Literatur- und Dokumentenrecherche**

#### **5.3.1 Methodik der Datenerhebung**

Die wissenschaftliche Literatur und Fachliteratur, die sich mit der Informationspraxis, Aufklärung und Partizipation bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen beschäftigt, wurde systematisch aufgearbeitet. Hierzu wurde ein Scoping-Review erstellt (Arksey & O'Malley, 2005). Ein solcher ist ausgelegt auf den Einbezug von sehr verschiedenartigen Texten und ermöglicht eine iterative Aufarbeitung des Themas. Die Identifizierung von relevanten Texten erfolgte durch Suche in elektronischen Datenbanken, Handsuche in zentralen Zeitschriften, Rückwärtssuche in eingeschlossenen Artikeln und das Kontaktieren von Expertinnen und Experten. Über die Suchoberfläche EBSCOhost wurden zwei elektronische Datenbanken systematisch durchsucht

(MEDLINE, PsycINFO). Die Suchstrategie wurde mithilfe von Thesauri und trunkierten Stichwörtern erstellt<sup>1</sup>

Ziel war es, die jüngsten Entwicklungen zur Thematik abzubilden. Ein ähnlich konzipierter Review zum Thema Partizipation untersuchte bereits die Literatur von 1998 bis einschließlich 2018 (Zerbe et al., 2020). Daher wurde die Suche hier auf Texte der letzten vier Jahre beschränkt. In die Literaturrecherche zu Information und Aufklärung wurden die letzten fünf Jahre einbezogen. Eingeschlossen wurden theoretische Arbeiten, empirische Studien, Masterarbeiten, Praxisberichte, Expertenmeinungen, Stellungnahmen, Guidelines und Evaluationen auf Deutsch, Englisch und Französisch, welche sich mit der Thematik speziell im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beschäftigen. Ausgeschlossen wurden Bachelorarbeiten und Texte mit dem Fokus auf die Corona-Pandemie.

Insgesamt wurden durch zwei unabhängige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zum Thema Information 2225 Texte, zum Thema Aufklärung 1698 Texte und zum Thema Partizipation 796 nach Titel und Abstract mit Hilfe des Softwareprogrammes Rayyan gescreent. Bei Information entsprachen 31 Texte, bei Aufklärung 24 Texte und bei

---

<sup>1</sup> [Information: ( ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychiatr\* OR AB psychiatr\* ) AND ( TI Info\* OR AB Info\* ) ) OR ( ((DE "Information") OR (DE "Health Information") OR (DE "Informed Consent") OR (DE "Knowledge Transfer"))) AND ((DE "Child Psychiatry") OR (DE "Adolescent Psychiatry"))) ) OR ( ((MA "Consumer Health Information") OR (MA "Patient Medication Knowledge")) AND ((MA "Child Psychiatry") OR (MA "Adolescent Psychiatry"))) , ( ((DE "Information") OR (DE "Health Information") OR (DE "Informed Consent") OR (DE "Knowledge Transfer"))) AND ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychotherap\* OR AB psychotherap\* ) ) OR ( ((MA "Consumer Health Information") OR (MA "Patient Medication Knowledge")) AND ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychotherap\* OR AB psychotherap\* ) ); Aufklärung: ( ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychiatr\* OR AB psychiatr\* ) AND ( TI educat\* OR AB educat\* ) ) OR ( ((DE "Education") OR (DE "Health Education") OR (DE "Client Education") OR (DE "Psychoeducation"))) AND ((DE "Child Psychiatry") OR (DE "Adolescent Psychiatry"))) ) OR ( ((MA "Health Education") OR (MA "Patient Education as Topic") OR (MA "Education, Nonprofessional"))) AND ((MA "Child Psychiatry") OR (MA "Adolescent Psychiatry"))) , ( ((DE "Education") OR (DE "Health Education") OR (DE "Client Education") OR (DE "Psychoeducation"))) AND ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychotherap\* OR AB psychotherap\* ) ) OR ( ((MA "Health Education") OR (MA "Patient Education as Topic") OR (MA "Education, Nonprofessional"))) AND ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychotherap\* OR AB psychotherap\* ) ); Partizipation: ( ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychiatr\* OR AB psychiatr\* ) AND ( TI participat\* OR AB participat\* ) ) OR ( ((DE "Participation") OR (DE "Client Participation") OR (DE "Parental Involvement"))) AND ((DE "Child Psychiatry") OR (DE "Adolescent Psychiatry"))) ) OR ( (MA "patient participation") AND ((MA "Child Psychiatry") OR (MA "Adolescent Psychiatry"))) , ( ((DE "Participation") OR (DE "Client Participation") OR (DE "Parental Involvement"))) AND ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychotherap\* OR AB psychotherap\* ) ) OR ( (MA "patient participation") AND ( (TI child\* OR AB child\*) OR (TI youth\* OR AB youth\*) OR (TI adolescen\* OR AB adolescen\*) ) AND ( TI psychotherap\* OR AB psychotherap\* ) )].

Partizipation 30 Texte den zuvor festgelegten Einschlusskriterien. Die Urteilerübereinstimmung (Cohen`s Kappa) lag bei Information bei 0,28 (Fair Agreement), bei Aufklärung bei 0,46 (Moderate Agreement) und bei Partizipation bei 0,73 (Substantial Agreement). Berechnet wurde Cohen`s Kappa mit einem online Rechner ([Rechner für den Cohen's Kappa](#)). Nach Volltextanalyse wurden zum Thema Information 13 Texte, zum Thema Aufklärung 19 Texte und zum Thema Partizipation 5 Texte aufgrund von inhaltlicher Distanz zum Thema ausgeschlossen. Somit konnten insgesamt 48 Texte in die Auswertung aufgenommen werden (Information: 18 Texte, Aufklärung: 5 Texte, Partizipation: 25 Texte).

Die Datenextraktion erfolgte nach einem Dokumentationsraster mit allgemeinen Referenzinformationen (Publikationsjahr, Herkunftsland, Studententyp, etc.) und themenspezifischen Kategorien. Die Datenextraktion wurde stichprobenhaft durch die zweite Reviewerin bzw. den zweiten Reviewer überprüft.

### **5.3.2 Methodik der Datenauswertung**

Die Auswertung der Volltexte orientierte sich an folgenden Leitfragen:

- Welche Wünsche und Erlebnisse bezüglich der Informationspraxis, Aufklärung und Partizipation werden von Kindern und Jugendlichen, Eltern sowie Fachkräften beschrieben?
- Welche Barrieren und förderlichen Faktoren im Hinblick auf die Informationspraxis sowie Aufklärung und Partizipation von Kindern und Jugendlichen bzw. Eltern werden von den Autorinnen und Autoren genannt?
- Welche Empfehlungen, die für die Formulierung von Qualitätskriterien, die Entwicklung innovativer Ansätze und der Erstellung eines Handlungsleitfadens (Informationspraxis, altersadäquater Aufklärung und Partizipation) relevant sein können, werden von den Autorinnen und Autoren gemacht?
- Welche Konzepte und konkreten Instrumente zur Informationspraxis, Aufklärung und Partizipation werden vorgeschlagen?

## **5.4 Recherche in den sozialen Medien**

### **5.4.1 Methodik der Datenerhebung**

Für die Definition des Begriffes soziale Medien wurde auf die Beschreibung von Schmidt und Taddicken (2022) rekrutiert: *„Insofern verstehen wir soziale Medien als Sammelbegriff für Angebote auf Grundlage digital vernetzter Technologien, die es Menschen*

*ermöglichen, Informationen aller Art zugänglich zu machen und davon ausgehend soziale Beziehungen zu knüpfen und/oder zu pflegen.“ (Schmidt & Taddicken, 2022)*

Als Forschungsleitfrage wurde definiert: Welche Informationen zu psychischen Störungen und deren Behandlung für Kinder und Jugendliche finden sich in den sozialen Medien? Unterfrage: Wie sind diese Informationen in ihrer fachlichen Qualität zu beurteilen?

Die folgenden Beschreibungen der technischen Funktionen und Gestaltungen der genutzten Plattformen beziehen sich auf den Zeitpunkt der Datensammlung. Es ist damit zu rechnen, dass diese Plattformen in ihrer Struktur großen Veränderungen in kurzen Zeiträumen unterliegen können (z. B. in Bezug auf Nutzungsrichtlinien, In-App-Käufe, Videoformate).

In der Recherche in den sozialen Medien wurden die drei Plattformen Instagram, TikTok und YouTube einbezogen. Diese drei Medien wurden bzw. werden nach einer aktuellen Erhebung von den 12-19-Jährigen am meisten zu Informationszwecken genutzt (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (MFPS) (Hrsg.), 2024). Messenger-Dienste, die auch zu den sozialen Medien gezählt werden (z. B. Snapchat) sind für die Recherche nach Informationen im Sinne dieses Projektes ungeeignet, weshalb diese ausgeschlossen wurden. Auf Instagram konnten Informationen in Form von Texten und Bildern untersucht werden, auf TikTok Kurzvideos (ca. sechs Sekunden bis zu drei Minuten lang) und auf YouTube Videos von längerer Dauer (ab ca. drei Minuten). Bei letzterem wurden zum Zweck der Eingrenzung nur Beiträge mit einer maximalen Dauer von 20 Minuten berücksichtigt.

Im Folgenden soll das technische Vorgehen beschrieben werden. Es wurden keine automatisierten Programmierschnittstellen einer Plattform (die sogenannten API) genutzt, da dies nicht auf allen untersuchten Plattformen möglich ist, um ein einheitliches Vorgehen sicher zu stellen. Die Datensammlung erfolgte somit ausschließlich händisch an einem PC auf Browsern im privaten Modus und mit Cookie-Ablehnung. Für alle drei Plattformen wurden neue, neutrale Accounts mit einer E-Mail-Adresse des Arbeitgebers angelegt. Als einzige Information wurde auf dem Account das Geburtsjahr 2006 entsprechend der Zielgruppe angegeben. Jeder ausgewählte Beitrag wurde in einem Quellenverzeichnis mit entsprechendem Link in einem Logbuch vermerkt und durch Screenshots oder Screenrecording mithilfe von den Programmen Quick Time Player und Black Hole zusätzlich für die Datenaufbereitung gespeichert. Dieses Vorgehen wird für das digitale Datenmanagement in der qualitativen Forschung vom Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München empfohlen (von Unger et al., 2019). Alle Daten wurden aufgrund des Datenvolumens auf einem externen Datenträger gespeichert und werden nach der Beendigung der Studie gelöscht. Zitationen oder andere Veröffentlichungen der gesammelten Daten sind aufgrund der rechtlichen und ethischen

Komplexität bei der Forschung in sozialen Medien nicht vorgesehen (McKee, 2013). Zudem besteht hierzu aus inhaltlicher Sicht der Ergebnisdarstellung der Recherche keine Notwendigkeit.

Die Suchbegriffe entsprachen den drei Störungsbildern, welche in der Stichprobe der Kinder und Jugendlichen einbezogen wurden. Diese wurden auf deutscher und englischer Sprache über die Such- und Hashtagfunktion recherchiert (*Depressionen/depression, Angststörungen/anxiety disorder, ADHS/adhd*). Zusätzlich wurden die Suchbegriffe *Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)/child and adolescent psychiatry (CAP)* sowie *Kinder- und Jugendpsychotherapie/child and adolescent psychotherapy* genutzt. Dabei wurden die ersten 200 Beiträge pro Suchbegriff und Plattform, welche zum Zeitpunkt des Suchaufrufes angezeigt wurden, gescreent. Es handelte sich um ein stichprobenartiges Vorgehen, da sich die Inhalte auf den sozialen Medien stets in einem rapiden Wandel und Wachstum befinden. Auf Instagram und TikTok wurden dabei von den Plattformen die Top-Beiträge angezeigt, auf YouTube wurde bei den Filterfunktionen der Suche die Reiteranzahl der Aufrufe ausgewählt. Zusätzlich besitzt YouTube die Funktion, von der Plattform überprüfte Informationsquellen in einem gesonderten Feld zu markieren (z. B. staatliches Krankenhaus, zugelassene Ärztin oder zugelassener Arzt, öffentlich-rechtlicher Rundfunk).

Dies spielte bei der Analyse der Informationen eine Rolle. Auf Instagram und TikTok existierte diese Funktion nicht.

Die Ein- und Ausschlusskriterien beinhalteten folgendes:

- Es wurden alle gesundheitlichen Informationen zu den gesuchten Themen unabhängig von deren Seriosität, Qualität oder Art der Urheberin oder des Urhebers einbezogen. Dazu gehörten u. a. subjektive Meinungen von Laien, Informationen von Fachpersonen oder Instituten und Werbung.
- Bei der Adressierung der Informationen wurde ebenfalls alles einbezogen, d. h. sowohl Informationen, die an die Zielgruppe gerichtet sind, sowie Eltern und Angehörige.
- Ausgeschlossen wurden Inhalte, die sich nur indirekt mit den Suchbegriffen beschäftigten (z. B. Musikvideos mit entsprechenden Songtexten) oder sich im Titel spezifisch auf das gesundheitliche Thema für Erwachsene richteten (z. B. Behandlung). Insbesondere auf der Plattform TikTok konnten Trends, Sounds oder Texte von mehreren Nutzerinnen und Nutzern wiederverwendet oder geteilt werden, diese wurden zur Vermeidung von Dopplungen ausgeschlossen.
- Unter dem Suchbegriff *Angststörung/anxiety disorder* wurden Beiträge zur generalisierten Angststörung, sozialen Phobie, Agoraphobie und Panikstörung (auch in verschiedenen Kombinationen) einbezogen, ausgeschlossen wurden Beiträge,

die sich ausschließlich um spezifische Phobien drehten (z. B. Emetophobie, Hypochondrie/health anxiety).

- Unter dem Suchbegriff *Depressionen/depression* wurden Informationen rund um unipolare depressive Episoden aller Schweregrade und Dysthymie gesammelt. Zu dem dritten Störungsbild wurden Beiträge zu Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) berücksichtigt. Beiträge, die sich explizit mit dem Zusammenhang oder der Koexistenz von zwei Diagnosen beschäftigten (z. B. häufig: Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS) wurden nicht in dieser Recherche beachtet.

#### 5.4.2 Methodik der Datenauswertung

Die Kategorien wurden deduktiv aus dem Projektantrag verwendet und sollten die drei großen Projektthemen Information, Partizipation und Aufklärung beinhalten. Die Unterkategorien wurden induktiv aus dem Material herausgebildet.

Die Beiträge wurden nach der Qualität der Informationen beurteilt. Hierbei war der berufliche Hintergrund der Beurteilenden maßgeblich. Beide Raterinnen waren zum Zeitpunkt der Datenauswertung (Herbst 2022, Frühjahr 2023 und Sommer 2023) approbierte Psychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeutin mit klinischer Erfahrung.

Die Bewertung der Beiträge aus der Kategorie *Informationen* erfolgte nach den allgemeingültigen Standards der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit wie sie z. B. in der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch = International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) (Remschmidt, 2012), in der fünften Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM V) (Falkai et al., 2015), den S3-Leitlinien ([Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.](#)) und verschiedenen Manualen und Lehrbüchern (siehe z. B. Kandale & Rugenstein, 2022; Schneider & Margraf, 2021; Fegert & Kölch, 2013) festgeschrieben sind. Die Beiträge aus der Kategorie *Statement* wurde aus dem Blickwinkel der therapeutischen Nützlichkeit nach der Frage: „Was würde ich zu meiner Patientin oder meinem Patienten sagen, wenn sie mir in der Therapiestunde diesen Beitrag zeigen würde?“ bewertet.

Die Beiträge sind nach ihrer Qualität des Inhalts folgenden Farben zugeordnet:

Hellgrün
Der Beitrag enthält fachlich richtige Informationen und ist entweder von seriös ausgebildeten Fachpersonen wie Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten oder Pflegekräften verfasst worden oder eine

solche Fachperson wird in dem Beitrag interviewt, oder in dem Beitrag sind seriöse Quellen angegeben.
<b>Grün</b>
Der Beitrag enthält fachlich richtige Informationen, d. h. die Informationen entsprechen den gängigen Standards der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit, wie sie in der ICD-10 bzw. DSM V (Symptomatik) und den S3-Leitlinien (Behandlung) festgeschrieben sind.
<b>Gelb</b>
Der Beitrag enthält nicht ganz korrekte oder nicht ganz vollständige Informationen.
<b>Rot</b>
Der Beitrag enthält fachlich falsche Informationen.
<b>Schwarz</b>
Der Beitrag hat eine schädliche Wirkung, da er verharmlosend, triggernd oder sonst irgendwie einer Genesung entgegenstehend ist.
<b>Lila</b>
Der Beitrag hat keine schädliche Wirkung, da er neutral das Erleben der Verfasserin oder des Verfassers darstellt.

Abbildung 1: Ampelschema zur Datenauswertung in den sozialen Medien

Die Auswertung der Daten anhand der Kategorisierung und Bewertung durch das Ampelschema wurde durch zwei Reviewerinnen mit gegenseitiger Überprüfung vorgenommen (Chen et al., 2021).

## 5.5 Internetrecherche zu Informationen im Bereich der Selbsthilfe, Fachgesellschaften und allgemeinen Gesundheitsinformationen in Deutschland

Im Zeitraum 2023 bis August 2024 wurde auf Internetseiten der Selbsthilfe und Fachgesellschaften im Bereich psychischer Erkrankungen sowie auf Gesundheitsinformationseiten auf Bundesebene nach Informationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche sowie Eltern recherchiert. In die Recherche eingeschlossen wurden deutsche Informationsportale und Internetseiten der Selbsthilfe, medizinischen Fachgesellschaften, Fachverbänden und Gesundheitsinformationen auf Bundesebene. Ausgeschlossen wurden Internetseiten, auf denen über Corona informiert und aufgeklärt wird.

## **5.6 Durchführung der Interviews**

### **5.6.1 Methodik der Datenerhebung**

Zur Fundierung der Entwicklung von Qualitätsstandards, Empfehlungen und innovativen Ansätzen für die Informations-, Aufklärungs- und Partizipationsmöglichkeiten im kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungssetting wurden die Bedarfe und Perspektiven der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Sorgeberechtigten und Fachkräfte durch eine Stichprobenauswahl in Interviews erfasst. An insgesamt vier Studienzentren wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt.

### **Samplestruktur und Einschlusskriterien**

Die Stichprobenauswahl erfolgte anhand einer stratifizierten Zufallsstichprobe. In der Stratifizierung wurden für alle Teilnehmenden die Kriterien Geschlecht (m, w), Verteilung (Ost, West) und Behandlungssetting (ambulant, stationär) berücksichtigt. Ambulantes Setting bedeutet hierbei psychiatrische Institutsambulanzen von Universitätskliniken. Bei den Behandlerinnen und Behandlern wurden auch Personen aus dem niedergelassenen Sektor angefragt. Bei der Gruppe der Fachärztinnen und Fachärzte waren hier mit dem Verweis auf mangelnde Kapazitäten Absagen zu verzeichnen. Für die Kinder und Jugendlichen wurde zudem das Alter (6-9 Jahre, 10-13 Jahre, 14-18 Jahre) und die Diagnose (Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, Depression) berücksichtigt. Für die Fachkräfte wurde zudem auf einen ausgeglichenen Anteil unterschiedlicher Berufsgruppen (ärztlich und therapeutisch, pflegerisch) abgezielt.

Einschlusskriterium für Kinder und Jugendliche und deren Eltern war im stationären Setting eine mindestens zwei Wochen andauernde Behandlung und im ambulanten Setting mindestens zwei stattgefundene Termine. Ausgeschlossen wurden Kinder und Jugendliche mit einer akuten Psychose, akuten emotionalen Belastungszuständen sowie unterdurchschnittlichem Intelligenzquotienten (IQ). Einschlusskriterium bei den ärztlichen bzw. therapeutischen Fachkräften waren die Approbation und bei den Fachkräften aus dem Bereich der Pflege eine abgeschlossene Pflegefachausbildung mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Einrichtung. Insgesamt wurden 53 Interviews durchgeführt.

## **Semistrukturierter Interviewleitfaden und Interviewablauf**

Die Informationsmaterialien für die Gewinnung der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer waren bereits für die Ethikvoten erforderlich gewesen und konnten direkt für die Akquise eingesetzt werden.

Die Durchführung der Interviews erfolgte orientiert an semistrukturierten Interviewleitfäden. Diese wurden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Abstimmung mit der Projektkoordination und der Expertengruppe erstellt. Vor Beginn der Interviewphase erfolgten Probeinterviews, um die Fragen in der Praxis zu erproben. Infolgedessen erfolgten noch einige Anpassungen an den Interviewleitfäden, bevor die ersten Interviews durchgeführt wurden.

Für die verschiedenen Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, Eltern, Fachkräfte) wurden jeweils angepasste Leitfäden entwickelt. Die Leitfäden waren in Hauptfragen und potenzielle Nachfragen unterteilt, mit Hilfe derer je nach Antwortverhalten weitere Impulse gegeben oder Themen vertieft werden konnten. Leitfragen für die Interviews waren insbesondere:

- Zufriedenheit mit der Informations-, Aufklärungs- und Partizipationspraxis,
- Art und Form der Informationsgewinnung bzw. -vermittlung inklusive der sozialen Medien,
- Bedürfnisse in Bezug auf die Informations- und Aufklärungspraxis (Themen, Umfang, Form, Zeitpunkt) sowie die Partizipationsmöglichkeiten (Art und Umfang des Einbezugs),
- Veränderungswünsche sowie förderliche und hinderliche Faktoren,
- Haltung zu Informations-, Aufklärungs- und Partizipationsmöglichkeiten in der Praxis.

Zum Interviewausklang und um den Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmern im Anschluss an die Fragen die Möglichkeit zu geben noch eigene Themen in Bezug auf die Forschungsfragen anzusprechen und gewisse Aspekte zu vertiefen bestand für maximal 10 Minuten Raum für ein unstrukturiertes Gespräch. Dieser Teil wurde nicht in die Auswertung mit einbezogen.

Die Interviews wurden aufgezeichnet und wortgetreu transkribiert. Die Erhebung erfolgte zunächst personalisiert. Danach wurden die Informationen aus den Unterlagen durch eine Mitarbeitende bzw. einen Mitarbeitenden der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) eigenhändig pseudonymisiert. Die Tabelle zur Rückführung der Pseudonyme zu den jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde verschlossen abgelegt. Für die anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Studie war ein Rückschluss auf die Person somit ausgeschlossen. Nach Beendigung der wissenschaftlichen Auswertung war ein

Rückschluss auf die Person nicht mehr notwendig. Die Zuordnungsdatei wurde vernichtet. Dadurch sind die Studiendaten anonymisiert, d. h. sie lassen keinerlei Rückschluss auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr zu.

## **Dokumentationsbogen und Interviewprotokoll**

Begleitend zum Interview wurden anhand eines pseudonymisierten Dokumentationsbogens personenbezogene Variablen wie Alter, Geschlecht, Behandlungssetting, Diagnose, Freiwilligkeit und Behandlungsstandort erhoben. Im Interviewleitfaden wurden zudem soziodemographische Variablen wie Schulniveau, subjektiver Behandlungsgrund, Erkrankungsdauer, Familienstand der Eltern, und Dauer der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Tätigkeit von den Fachkräften erfasst. In einem Interviewprotokoll erfassten die Interviewerin und der Interviewer darüber hinaus ihre Wahrnehmung zum Ablauf des Interviews und die aus ihrer Sicht wichtigsten bzw. neu angesprochenen Themen.

### **5.6.2 Methodik der Datenauswertung**

Die Auswertung erfolgte softwareunterstützt durch das Inhaltsanalyseprogramm MAXQDA anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2022). Es wurde ein Ablaufprotokoll geführt. Die Analysetechnik entsprach im ersten Schritt einer Strukturierung und in einem zweiten Schritt einer abstrahierenden Zusammenfassung. In bestimmten Aspekten wurden Häufigkeiten der Aussagen betrachtet.

Im ersten strukturierenden Schritt wurde unter Einbezug von theoretischen Vorannahmen sowie nach einer Probekodierung von ersten Interviews durch jeweils zwei Analytinnen und Analytisten ein Kategoriensystem entwickelt. Für die verschiedenen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner (Kinder und Jugendliche, Eltern, Fachkräfte) wurden eigene Kategoriensysteme aufgestellt, wobei ein einheitliches System für die verschiedenen Altersgruppen bei den Kindern und Jugendlichen genutzt wurde. Die Definitionen der Kategorien wurden in einem Kodierleitfaden für alle Analytinnen und Analytisten transparent gemacht und wenn nötig mit Ankerbeispielen und Kodierregeln versehen. Die Fragestellungen an denen sich die erste Strukturierung orientierte waren:

1. Welcher Grad an Zufriedenheit mit Informationen und Partizipation besteht?
2. Welche Informationen sind hilfreich?
3. In welcher Form soll die Information präsentiert werden?
4. Gibt es sonstiges Erleben und sonstige Bedarfe im Hinblick auf die Informationsvermittlung?
5. Welche Haltung nehmen die Fachkräfte bezüglich Partizipation ein?

6. Bei welchen Entscheidungen ist Partizipation hilfreich?
7. Wie soll Partizipation aussehen?
8. Gibt es sonstiges Erleben und sonstige Bedarfe im Hinblick auf Partizipationsmöglichkeiten?

Aufgrund großer Datenmengen innerhalb der Kategorien wurden die Textpassagen in einem zweiten zusammenfassenden Schritt in Unterkategorien eingeteilt und unter Einbezug der IPI KiJu Expertengruppe auf ein höheres Abstraktionsniveau gehoben. Die Abstraktion im zweiten Schritt orientierte sich am Zielkriterium des Forschungsvorhabens mit folgenden Fragestellungen:

1. Welche Hinweise geben die Interviewten für die Entwicklung von Qualitätsstandards?
2. Welche Informationsinhalte, die für die Erstellung einer FAQ-Liste relevant sein könnten, sind aus Sicht der Interviewten besonders wichtig?
3. Welche Hinweise geben die Interviewten für Empfehlungen eines Handlungsleitfadens?
4. Welche innovativen Ansätze kommen zur Sprache?

In der Ergebnisdarstellung wurden synthetisierte Kernaussagen im Sinne der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring präsentiert, welche als Tendenz innerhalb verschiedener Aussagen der Interviewten sichtbar waren. Einzelaussagen wurden nur zur Vertiefung von synthetisierten Kernaussagen präsentiert und als solche im Text jeweils explizit benannt. Ausnahme bildete die Darstellung von konkreten Umsetzungsideen von Partizipation. Da das Zielkriterium des Forschungsprojektes die Entwicklung innovativer Ansätze einschließt, wurden bei der Präsentation von Umsetzungsideen auch Einzelaussagen als Kernaussagen zugelassen, wobei diese wiederum explizit benannt wurden. Die präsentierten Kernaussagen wurden zur Veranschaulichung mit Zitaten versehen. Die im Text genannten Beispiele und Zitate sind allein gesehen nicht generalisierbar. In der Ergebnispräsentation wurden darüber hinaus zur besseren Verständlichkeit im Sinne einer Explikation zum Teil theoretische Grundlagen hinzugenommen.

## 6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

### 6.1 Meilensteine

Die zu Beginn erstellte Zeitplanung für das gesamte Projekt musste im Verlauf angepasst werden. Der neue Zeitplan wurde im Rahmen des Verlängerungsantrages an das BMG übermittelt.

Folgend findet sich eine Übersicht über die vereinbarten und die angepassten Meilensteine im Projekt (siehe Tabelle 2).

<b>Meilenstein (M)</b>	<b>Fälligkeit</b>	<b>Zeitplanänderung</b>	<b>Umsetzung</b>	<b>Bemerkung</b>
M 1: Bildung der Expertengruppe, erstes Treffen	31.12.2022		31.12.2022	
M 2: Evaluation der Informationsmöglichkeiten in herkömmlichen Medien in Print-, Audio- und Videoformat und neuen Medien ist erfolgt	30.04.2023		30.06.2024	
M 3: Evaluation bisheriger Aufklärungs- und Partizipationsansätze in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung ist erfolgt	30.04.2023		30.06.2024	
M 4: Interviewteilnehmende sind ausgewählt und der Interviewleitfaden ist erstellt	31.05.2023		31.08.2023	Die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer war ein laufender Prozess, so dass sich hier kein konkretes Umsetzungsdatum nennen lässt. .

<b>Meilenstein (M)</b>	<b>Fälligkeit</b>	<b>Zeitplanänderung</b>	<b>Umsetzung</b>	<b>Bemerkung</b>
M 5: Durchführung von Interviews ist erfolgt	31.10.2023		31.01.2024	
M 6: Auswertung der Interviews einschließlich Expertenpanel ist erfolgt	31.01.2024		30.06.2024	
M 7: Empfehlungen zu Qualitätsstandards von Informationsmaterialien und zur Verbreitung sind formuliert	30.04.2024	30.06.2024	30.08.2024	
M 8: Innovative Ansätze inkl. Handlungsleitfaden und Umsetzungsempfehlungen zur Partizipation von Kindern und Jugendlichen sind erarbeitet	30.06.2024	31.08.2024	30.08.2024	
M 9 Abschlussbericht wird erstellt	31.07.2024 (+ 6 Monate)	30.09.2024 (+ 6 Monate)	Abgabe 03/2025	

*Tabelle 2: Fälligkeit und Umsetzung der Meilensteine des Projektes*

## **6.2 Expertengruppe**

In der ersten Projektphase übernahm die Expertengruppe projektberatende Funktionen in Bezug auf die Einholung der Ethikvoten, die beiden Evaluationen zu Information und Partizipation sowie die Vorbereitung der Interviewleitfäden und die Durchführung der Interviews.

In der zweiten Projektphase erfolgte die Auswertung der Evaluationsergebnisse und die Diskussion von Kriterien für eine gelingende Informations- und Partizipationspraxis sowie von Handlungsempfehlungen im Rahmen von zwei Expertenpanels (03.06. und 22.07.2024).

In der folgenden Tabelle sind die Termine der Sitzungen der Expertengruppe und der zwei Expertenpanels dargestellt:

<b>2022/2023</b>
07.12.2022 in Präsenz/Ulm
03.04.2023 online
06.07.2023 online
11.10.2023 online
<b>2024</b>
14.02.2024 online
03.06.2024 online – Expertenpanel 1
22.07.2024 in Präsenz/Berlin – Expertenpanel 2
10.12.2024 online

*Tabelle 3: Termine der Sitzungen der Expertengruppe und der Expertenpanels*

### **6.3 Projektkoordination und wissenschaftliche Mitarbeit**

Neben den Expertenpanels fanden regelmäßige Besprechungen der Projektkoordination mit der wissenschaftlichen Mitarbeit statt, um den Projektverlauf und aktuelle Aufgaben zu besprechen.

### **6.4 Projektverlauf**

Im Dezember 2022 fand das erste Treffen der Expertengruppe mit der Projektkoordination und der wissenschaftlichen Mitarbeit als Präsenzveranstaltung statt. Thematisch wurden in dieser konstituierenden Sitzung u. a. der Ablauf und die Samplestruktur der Interviews, die teilnehmenden Studienzentren, die Beantragung der Ethikvoten sowie die weitere Projektterminplanung besprochen.

Bereits in der Frühphase des Projektes zeichnete sich im Rahmen von Voranfragen ab, dass auf Grund der angespannten Personalsituation in den Kliniken die zunächst vorgesehene Beschränkung auf zwei Kliniken bei der Akquise von Interviewteilerinnen und Interviewteilnehmern nicht umsetzbar und eine Ausweitung auf vier Kliniken unumgänglich war. Ausgewählt wurden neben Ulm und Rostock die Kliniken in Neuruppin und Freiburg, um weiter die Ost-West-Aufteilung aufrechtzuerhalten. Dies hatte auch zur Folge, dass das Ethikvotum in vier Kliniken notwendig war und dies mit entsprechend mehr Zeitaufwand verbunden war.

Im März 2023 wurde der Ethikantrag an der Universität Rostock positiv beschieden. Im gleichen Monat konnte das Titel- und Abstractscreening der Literatur- und Dokumentenanalyse abgeschlossen und mit dem Screening der Volltexte begonnen werden.

Auf der Sitzung der Expertengruppe im April 2023 wurden erste Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse sowie der Recherche in den neuen Medien präsentiert.

In Vorbereitung auf die geplante Sitzung der Expertengruppe im Juli 2023 konnten die Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse sowie der Recherche in den sozialen Medien in einer ersten Entwurfsfassung dokumentiert werden. Parallel wurden erste Entwürfe der Interviewleitfäden erstellt. Seitens der Expertinnen und Experten wurde u. a. darauf hingewiesen auch den Beziehungsaspekt bei der Informationsvermittlung in der weiteren Projektdurchführung zu berücksichtigen. Das Spannungsfeld zwischen Komplexität und Verständlichkeit in Bezug auf die Aufklärung und zwischen Autonomie und Fürsorge in Bezug auf Partizipation wurde erörtert. Es wurde deutlich, dass Partizipation als durchgängiger Prozess betrachtet werden sollte.

In Bezug auf die Recherche in den sozialen Medien zeigte sich, dass die Bereitstellung bzw. der Verweis auf vertrauenswürdige Informationsmöglichkeiten ein wichtiger Aspekt für die Projektergebnisse darstellt. Die ersten Entwürfe der Interviewleitfäden wurden diskutiert und angepasst. Die Samplestruktur für die Auswahl der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer wurde im kleineren Rahmen zusammen mit der Projektkoordination und der wissenschaftlichen Mitarbeit vervollständigt.

Im Juli 2023 entschied die Ethikkommission in Freiburg positiv über den gestellten Antrag. In Rücksprache mit der Projektleitung wurde entschieden auch niedergelassenes Fachpersonal in die Interviews mit einzubeziehen.

Im August 2023 konnten die Interviewleitfäden fertiggestellt werden.

Im September 2023 wurde der Ethikantrag in Neuruppin positiv beschieden und es konnte mit der Durchführung der Interviews an den vier Standorten begonnen werden. Die Unterstützung der Kliniken war hier von hoher Bedeutung, weil Motivationsarbeit notwendig war, die von der therapeutischen bzw. pflegerischen Seite geleistet werden musste. Hier war teilweise auch die enge Personalsituation zu spüren. Zudem waren bestimmte Variablen in der Samplestruktur nicht direkt verifizierbar. Teilweise musste auf eine andere Klinik ausgewichen werden, teilweise waren leichte Korrekturen der Struktur notwendig (ohne vom Ziel des möglichst typischen Spektrums abzuweichen) und teilweise musste auch auf Änderungen in der Patientenstruktur gewartet werden.

Im Januar 2024 konnte die Interviewphase abgeschlossen und mit der Auswertung der Interviews begonnen werden. Mit 53 Interviews konnte die angestrebte Zielsetzung der mindestens 50 Interviews erreicht werden. Insgesamt wurden 33 Interviews mit Kindern und Jugendlichen, acht mit Eltern und 12 mit Fachkräften geführt. Auch die gewünschte

Samplestruktur konnte weitgehend umgesetzt werden. Die wenigen Abweichungen waren durch die angeführten Patienten- bzw. Personalkonstellationen in den Kliniken bedingt. Für die Auswertung wurde jedoch nicht wie im Projektantrag zunächst angedacht die von Mayring et al. entwickelte Software QCMap, sondern das auch aus der Expertengruppe empfohlene und komfortablere MAXQDA eingesetzt.

Die Auswertung der Interviews wurde im Juni 2024 abgeschlossen,

Die Ergebnisse konnten am 03.06.2024 im Rahmen des ersten Expertenpanels diskutiert und die Relevanz für Empfehlungen bewertet werden.

Da aufgrund der zeitlichen Verschiebungen der Abschluss des Projektes bis zum 31.07.2024 nicht realisiert werden konnte, wurde eine kostenneutrale Verlängerung des Projektes beantragt und durch das BMG genehmigt. Zudem konnte aufgrund von Terminschwierigkeiten das letzte Expertenpanel nicht wie geplant im Juni 2024 sondern erst im Juli 2024 terminiert werden.

Am 22.07.2024 fand das zweite Expertenpanel als Präsenzveranstaltung in Berlin statt. Im Rahmen der Sitzung erfolgte die Bewertung der auf der Grundlage der Auswertung erfolgten Entwurfsvorschläge zu Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen. Im Anschluss erfolgte eine Zusammenführung der Ergebnisse des Expertenpanales durch das Projektteam, die nochmals mit der Expertengruppe rückgekoppelt wurden.

Die Projektarbeiten wurden mit Ablauf des Verlängerungszeitraumes abgeschlossen und die Erstellung des Abschlussberichtes konnte erfolgen.

## 7. Ergebnisse

### 7.1 Literatur- und Dokumentenanalyse

#### 7.1.1 Ergebnisse zu Information

#### **Erleben und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie Eltern und Fachkräften hinsichtlich der Informationspraxis**

Insgesamt liegen nur wenige Studien zur Erfassung und Bewertung der Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vor.

#### **Kinder und Jugendliche**

Die vorliegenden Studien kommen zu dem Ergebnis, dass bezüglich der Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aus Sicht der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren eine positive Entwicklung festzustellen ist (Nolkemper et al., 2019). Mögliche Gründe hierfür könnten laut Nolkemper et al. die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen (Ratifizierung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen) sowie allgemein die stärkere Präsenz der Thematik in der Öffentlichkeit sein. Dennoch bestehen weiterhin eine Unzufriedenheit und ein Bedürfnis nach qualitativ hochwertigen und leichter zugänglichen Informationen (Nolkemper et al., 2019).

In der oben erwähnten Studie mit einem quantitativen Forschungsdesign von Nolkemper et al. (2019) zeigten sich insgesamt nur 1/3 der Befragten mit der Informationspraxis zufrieden. Hierbei war die Zufriedenheit mit Informationen über Stationsregeln und die eigenen Rechte deutlich höher als die Zufriedenheit mit Informationen, die die eigene Behandlung betreffen. Es konnte auch gezeigt werden, dass es „über 90 % der Gesamtstichprobe (...) wichtig (war), über alles informiert zu werden“ (Seite 279). In einer quantitativen Untersuchung von Vijverberg et al. (2020) zu Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6-17 Jahren, die sich in einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung befanden, war das Bedürfnis nach Informationen über Diagnose und Behandlung an zweiter Stelle der am häufigsten genannten Bedürfnisse.

Birnbaum et al. (2022) konnten in ihrer Evaluation einer digitalen Aufklärungskampagne und einer online Plattform namens [nywell.strong365.org](https://nywell.strong365.org), die das Ziel hatte, die Hilfesuche von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Symptomen zu beschleunigen, feststellen, dass Kinder und Jugendliche den Wunsch haben, alle notwendigen

Informationen leicht verständlich und an einem Ort zur Verfügung gestellt zu bekommen. Auch die Vertrauenswürdigkeit der Informationsquelle war von Bedeutung. 71 % der Jugendlichen äußerten den Wunsch, mehr über psychische Gesundheit zu erfahren. Price et al. (2019) beziehen sich in ihren qualitativen Befragungen konkret auf die Informationspraxis in der Transitionsphase von Jugendlichen mit ADHS im Vereinigten Königreich. Jugendliche beschreiben einen Informationsmangel bezüglich des Wechsels in die Erwachsenenversorgung und damit verbundener Fragen, der rückblickend zu Wut und Verzweiflung führt. Sie seien in dieser Phase häufig darauf angewiesen, dass ihre Eltern die für sie notwendigen Informationen besorgen und ihnen verständlich vermitteln.

## **Eltern**

Auch Eltern beschreiben in der oben genannten Studie von Price et al. (2019) einen Mangel an verfügbaren Informationen während der Transitionsphase. Informationen seien nur schwer zugänglich, so dass viele Eltern auf informelle Informationen zurückgreifen würden. Gustafsson et al. (2022) untersuchten in einer qualitativen Studie die Erfahrungen von Eltern mit der medizinischen Versorgung, inklusive Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in Schweden. Die Kinder der befragten Eltern waren im Vorschulalter und zeigten früh einsetzende Auffälligkeiten des Verhaltens und bzw. oder der Kognition. In dieser Studie wird ebenfalls ein Mangel an Informationen seitens der Eltern beschrieben. Sie artikulieren den Wunsch nach Ansprechpersonen sowie nützlichen Informationen.

Diesen von den Eltern erlebten Informationsmangel konnten auch die Autorinnen und Autoren um Valderrama et al. (2020) feststellen. Sie untersuchten in ihrer qualitativ empirischen Studie das Informationsbedürfnis sowie Barrieren und förderliche Faktoren für die Informationssuche von Eltern, deren Kinder eine Autismusdiagnose erhalten haben. Es wurde v. a. ein Informationsmangel für Eltern von kleinen Kindern beschrieben. Der Zugang zu Informationen sei unzureichend, was insbesondere bei Eltern mit wenigen Sozialkontakten (z. B. kurz nach der Immigration nach Kanada) zu einem Gefühl von Hilflosigkeit führt. Zur Informationssuche wurden v. a. das Internet aber auch der Austausch mit anderen Eltern über soziale Medien genutzt, wobei die Eltern Bedenken zur Qualität der verfügbaren Informationen im Internet äußerten (Valderrama et al., 2020). Eltern nannten das Bedürfnis nach Informationen, die Autismus in einer positiveren Form darstellen und Hoffnung vermitteln (Valderrama et al., 2020).

Des Weiteren äußern sie in der genannten Studie den Wunsch nach begleitender emotionaler Unterstützung bzw. Informationen dazu, wo sie solch eine Unterstützung finden können. Valderrama et al. (2020) konnten feststellen, dass Eltern mit einem niedrigerem Bildungsstand Texte mit vielen Bildern oder Videos und mit einer einfachen sowie klaren Sprache, ohne die Verwendung von Fachbegriffen, bevorzugen. Bezüglich des Inhaltes äußerten die Eltern je nach Alter ihres Kindes unterschiedliche Bedürfnisse (Valderrama

et al., 2020). So formulierten Eltern von kleinen Kindern das Bedürfnis nach Informationen über die Art und Weise der Diagnosestellung, die Suche nach Behandlungseinrichtungen, die Krankheitsprognose, das familiäre Zusammenleben, die Kommunikation mit dem Umfeld bzgl. der Autismusdiagnose sowie einen möglichen Schulbesuch. Eltern von Jugendlichen äußerten in der oben genannten Studie von Valderrama et al. (2020) das Bedürfnis nach Informationen zur Kommunikation zwischen Eltern und ihrem Kind, zur Unterstützung in der Schule und der Beziehung zu Gleichaltrigen.

Die bereits erwähnte Studie von Birnbaum et al. (2022) kam zu dem Ergebnis, dass nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch ihre Bezugspersonen den Wunsch haben, alle notwendigen Informationen leicht verständlich und an einem Ort zur Verfügung gestellt zu bekommen. 44 % der Bezugspersonen äußerten den Wunsch, mehr über psychische Gesundheit zu erfahren.

In einer quantitativen, empirischen Studie aus Südafrika von Rajcumar & Paruk (2020) wurde das Wissen der Eltern über die Erkrankung ADHS ihrer Kinder untersucht. Es stellte sich heraus, dass die Eltern sich zwar gut informiert fühlten, jedoch große Lücken hinsichtlich des Wissens über die Diagnose und Behandlung ihrer Kinder bestanden. Rajcumar & Paruk (2020) berichten weiterhin, dass alle Eltern von einem Arzt oder einer Ärztin über die Diagnose ADHS ihres Kindes sowie die Behandlung informiert worden waren. Weitere Informationsressourcen waren z. B. die Schule oder das Internet.

### **Behandlerinnen und Behandler**

Eine weitere qualitative Studie von Price et al. (2022) zum Transitionsprozess von Jugendlichen mit ADHS adressiert die Sichtweise der Fachkräfte bzgl. der Informationspraxis während dieser Phase. Sie kam zu dem Ergebnis, dass Fachkräfte einen Bedarf an wissenschaftlich fundierten, qualitativ hochwertigen, gut zugänglichen und diagnose-spezifischen, in diesem Fall ADHS, Informationen sehen, die sie ihren jungen Patientinnen und Patienten aushändigen bzw. an die sie sie verweisen können. Gugglberger et al. (2022) untersuchten in ihrer Studie die Umsetzung von Kinderrechten auf Kinder- und Jugendstationen in Österreich inklusive der praktizierten Informationspraxis bzgl. Erkrankung und Behandlung. An der Fragenbogenerhebung sowie den qualitativen Interviews nahmen auch medizinische Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie teil. Die Autorinnen und Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass „es bei altersgerechten Informationsmaterialien Handlungsbedarf (gibt)“ (Seite 6).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bzgl. einer gelingenden Informationspraxis weiterer Handlungsbedarf besteht. Das Bedürfnis nach leicht zugänglichen, leicht verständlichen und altersgerechten Informationen, insbesondere erkrankungs- und behandlungsspezifisches Wissen, ist unter den Kindern und Jugendlichen, den Eltern sowie den Fachkräften stark ausgeprägt. Die unzureichende Informationspraxis führt bei

den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern zu Wut, Verzweiflung und einem Gefühl von Hilflosigkeit.

## **Mögliche Barrieren und förderliche Faktoren in der Informationspraxis**

### **Barrieren**

Mehrere Studien weisen auf mögliche hinderliche Faktoren für eine gelungene Informationspraxis hin. Van Langen et al. (2022) untersuchten in ihrer systematischen Auswertung schriftliche Psychoedukationsmaterialien zu ADHS aus den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Ungarn. Sie stellten fest, dass die Materialien teils widersprüchliche Aussagen enthielten. Des Weiteren entdeckten die Autorinnen und Autoren in den Ländern Unterschiede in der präferierten Ätiologie sowie in der Bedeutung der Rolle der Eltern im Diagnostik- und Behandlungsprozess. Eigene Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Eltern wurden nur rudimentär berücksichtigt. Kinder und Jugendliche wurden nicht als aktive Akteurinnen und Akteure im Behandlungsprozess angesehen. Die Autorinnen und Autoren weisen darauf hin, dass solch eine Informationspraxis zu Verwirrung und Unsicherheit bei den Betroffenen führen kann.

Batstra et al. (2020) untersuchten neun Bücher über ADHS, die auf Niederländisch erhältlich waren und stellten u. a. fest, dass biomedizinische Informationen über ADHS gegenüber Informationen zu möglichen psychosozialen Einflussfaktoren dominierten. Betroffenen werde es laut der Autorinnen und Autoren dadurch erschwert, eine eigene, umfassende Sichtweise auf die Erkrankung und den Umgang damit zu entwickeln.

In der bereits erwähnten Studie von Valderrama et al. (2020) wird als mögliche Barriere auf den generellen Mangel an Informationen für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismusdiagnose und im Speziellen auf den Mangel an wissenschaftlich fundierten bzw. validierten Informationen zu dem Thema im Internet hingewiesen. Zudem wird auf die Schwierigkeit, die vorhandenen Informationen zu verstehen, aufmerksam gemacht. Die Komplexität des Gesundheits- und Helfersystems und damit verbundene administrative Prozesse verhindern den Zugang zu spezialisierten Einrichtungen und somit zu qualitativer Information (Valderrama et al., 2020). Als weitere Barriere beschreiben Valderrama et al. (2020) die Stigmatisierung und das Urteilen von anderen bei Vorliegen einer Autismusdiagnose, was zu sozialer Isolation führen kann.

### **Förderliche Faktoren**

Valderrama et al. (2020) formulieren in ihrer Studie mit einem qualitativen Forschungsdesign auch förderliche Faktoren für die Informationspraxis. Hierzu zählen die Begleitung von Eltern durch Fachkräfte bei der Informationsauswahl und Unterstützung bei der Unterscheidung zwischen richtigen und falschen Informationen. Des Weiteren werden

eine emotionale und soziale Begleitung der Eltern genannt und die Entwicklung einer positiven Vision im Zusammenhang mit der Erkrankung ihrer Kinder.

## **Allgemeine Empfehlungen für die Informationspraxis**

Mehrere Autorinnen und Autoren formulieren auf der Grundlage ihrer Forschungsergebnisse Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten, die für eine gelungene Informationspraxis hilfreich sind. In der analysierten Literatur werden der Einbezug der Eltern in den Informationsprozess, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen, die Art und Weise der Informationsweitergabe und auch spezifisch der Transitionsprozess von Jugendlichen mit einer ADHS-Diagnose in den Erwachsenenbereich thematisiert. Gugglberger et al. (2022) betonen in Bezug auf die Informationspraxis die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-Kinderrechtskonvention, UN für United Nations). Valderrama et al. (2020) empfehlen die Nutzung des Modells von Mental Health Literacy (Zugang, Verständnis, Interpretation und Nutzung der Informationen für Entscheidungen) zur Kategorisierung von Informationsbedürfnissen und die Erstellung von Informationsmaterialien. Diesbezüglich empfehlen sie auch eine Sensibilisierung von Fachkräften.

## **Empfehlungen zum Einbezug der Eltern in den Informationsprozess**

Ein Teil der Literatur geht explizit auf den Einbezug der Eltern in den Informationsprozess ein. Um Eltern mehr Sicherheit zu geben, auch in der teils langen Wartezeit bis zum Beginn der Therapie, wird empfohlen, ihnen einen besseren Einblick in den therapeutischen Prozess zu ermöglichen (Gustafsson et al., 2022). Valderrama et al. (2020) empfehlen in ihrer Studie über die Informationssuche von Eltern, deren Kind eine Autismusdiagnose erhalten hat, qualitative Informationen für Eltern besser zugänglich zu machen und die Entwicklung von glaubhaften und validierten Informationsmaterialien im Internet. Die bereits genannten Hürden und förderliche Faktoren sind zu berücksichtigen (Valderrama et al., 2020).

Des Weiteren sollte laut Valderrama et al. (2020) die Kommunikation mit den Eltern positive Aspekte enthalten, die einen optimistischen Blick auf die Zukunft der Familie ermöglichen und motivationsfördernd wirken. Stigmatisierende Äußerungen sollten vermieden werden (Valderrama et al., 2020). Bzgl. der zunehmenden Falschinformationen im Internet und den sozialen Medien ist es wichtig, mit Eltern ins Gespräch zu kommen, um zu erfahren, welche Informationen sie aus dem Internet erhalten und sie wissen zu lassen, dass sie die Fachkräfte jederzeit diesbezüglich ansprechen können, gerade bei Unsicherheiten (Qureshi, 2020). Rajcumar & Paruk (2020) empfehlen für die Praxis, Lücken und Missverständnisse im Wissen der Eltern zu reduzieren, indem psychosoziale

Interventionen angeboten werden und das Personal die Informationen noch besser vermittelt.

### **Empfehlungen zur Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse**

Vijverberg et al. (2022) und van Langen et al. (2022) betonen die Bedeutung des Dialoges mit Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern und den Fachkräften. Es ist wichtig, die Behandlung und deren Notwendigkeit sowie die damit vorhandenen oder auch nicht vorhandenen Bedürfnisse dialogisch mit den Kindern bzw. Jugendlichen, ihren Eltern und den Fachkräften zu eruieren (Vijverberg et al., 2022). In einer weiteren Studie von Vijverberg et al. (2020) zu Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit ADHS, wird Fachkräften empfohlen, im Dialog mit ihren Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Alter, herauszufinden, wie groß ihr Informationsbedarf ist und auch, warum sie vielleicht kein Informationsbedürfnis äußern.

Valderrama et al. (2020) empfehlen die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Eltern, deren Kind eine Autismusdiagnose erhalten hat, nach begleitender emotionaler und sozialer Unterstützung sowie Informationen, die Hoffnung vermitteln und an das Alter des Kindes angepasst sind. Das Informationsmaterial und die Sprache sollte den eruierten Bedürfnissen entsprechend an den Bildungshintergrund der Eltern angepasst und durch audiovisuelle Materialien für Eltern mit einem niedrigeren Bildungsstand ergänzt werden (Valderrama et al., 2020).

### **Empfehlungen zu Art und Weise der Informationspraxis**

Die Art und Weise, wie Informationen aufbereitet werden, ist laut den identifizierten Studien ein wichtiger Aspekt der Informationspraxis. Batstra et al. (2020) empfehlen eine differenziertere Darstellung in Informationsbroschüren zu ADHS in Bezug auf die Ursachen, die medikamentöse Behandlung als auch die Therapie und wissenschaftliche Erkenntnisse. Generell sollten Fachkräfte in Aufklärungs- und Aufnahmegesprächen die Vermittlung des therapeutischen Prozesses mehr beachten. Die Autorinnen und Autoren um Chen et al. (2021) analysierten Webseiten mit Inhalten zum Thema Suizid in italienischer Sprache und empfehlen Fachkräften, ihre Internetpräsenz zu verstärken und auf diesem Wege qualitativ wertvolle Informationen für Betroffene bereitzustellen. Gugglberger et al. (2022) empfehlen in der bereits erwähnten Studie den „Einsatz von altersgerechten Informationsmaterialien. Sofern diese verfügbar sind, geht es v. a. darum, sie gezielt einzusetzen und zu verbreiten. In vielen Fällen wird es allerdings notwendig sein, altersgerechte Informationsmaterialien zu entwickeln, wofür zusätzliche Ressourcen notwendig sind“ (Seite 6). Es erfolgt ein Verweis auf die Kriterien der Guten

Gesundheitsinformation Österreich, denen die Informationsmaterialien entsprechen sollten. Das heißt sie sollten „qualitätsgesicherte, verständliche, evidenzbasierte Informationen über für sie (die Kinder und Jugendlichen) relevante Aspekte ihrer Gesundheit enthalten“ (Seite 6).

### **Empfehlungen bzgl. dem Transitionsprozess mit einer ADHS-Diagnose**

Bezüglich der Transitionsphase im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung waren nur Empfehlungen aus Studien mit Jugendlichen, die eine ADHS-Diagnose erhalten haben, zu finden. Price et al. (2019) erläutern in ihrer Studie, dass die Verfügbarkeit und die Informationsweitergabe ein essenzieller Bestandteil im Transitionsprozess von Jugendlichen mit ADHS sind. Wichtige Informationen müssen klar verständlich und in verschiedenen Formaten für Jugendliche und ihre Eltern verfügbar sein (Price et al., 2019). Die Nutzung des Internets und der sozialen Medien könnte vorhandene Lücken in der Informationspraxis schließen (Price et al., 2019). Auch das Teilen von Erfahrungsberichten wird als mögliche hilfreiche Unterstützung im Transitionsprozess beschrieben (Price et al., 2019). Weitere Forschung ist notwendig, um die effektivste Informationsweitergabe von verständlichen und hilfreichen Informationen an Jugendliche mit ADHS im Transitionsprozess zu eruieren (Price et al., 2022).

### **Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten und Instrumente für die Informationspraxis**

Konkrete, bereits initiierte Umsetzungsmöglichkeiten bzw. praktische Beispiele für eine gelungene Informationspraxis sind nur wenige in der vorhandenen Literatur zu finden. Allerdings finden sich diverse konzeptionelle Ansätze und Ideen, v. a. für online-Formate.

#### **Für Kinder und Jugendliche**

In der Studie von Nguyen et al. (2021) wurde der Nutzen einer Webseite mit Informationen zur psychischen Gesundheit, die an Schülerinnen und Schüler in Vietnam gerichtet ist, untersucht (suckhoetre.vn). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Webseite gut angenommen wurde und eine gute Möglichkeit darstellt, um Schülerinnen und Schülern Informationen zur psychischen Gesundheit zur Verfügung zu stellen. Die Autorinnen und Autoren um Primbs et al. (2022) evaluierten die Webseite [www.corona-und-du.info](http://www.corona-und-du.info), die die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit der Coronapandemie thematisiert. Sie konnten nachweisen, dass die Nutzung der Webseite mit einem Wissenszuwachs der Nutzerinnen und Nutzer verbunden war. Auch wenn

sich die Evaluation auf eine Webseite mit einem spezifischen Bezug zur Coronapandemie bezieht, kann das Ergebnis dennoch für zukünftige Umsetzungen hilfreich sein.

Die Autorinnen und Autoren um Morgado et al. (2021) stellen in ihrer Studie mit quantitativem Forschungsdesign ein Instrument zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen in Bezug auf Ängste vor. In der ProLiSMental psychoeducational intervention werden die Themenbereiche Erkennen von Ängsten, Präventionsstrategien und Selbsthilfetechniken behandelt. Die Autorinnen und Autoren der Studie konnten nach der Intervention eine kleine bis relativ starke Verbesserung der Gesundheitskompetenz im Bereich der zuvor genannten Komponenten beobachten. Die bereits erwähnten Autorinnen und Autoren um Nolkemper et al. (2019) empfehlen für eine gelingende Informationspraxis kindgerechte Aufklärungsmaterialien zu Stationsabläufen und Behandlungsinhalten.

### **Für Eltern**

Als mögliche Informationsmöglichkeit für Eltern schlagen Shoval et al. (2022) ein internationales, online öffentlich zugängliches kinder- und jugendpsychiatrisches Journal vor. Die Texte sollten kurz, leicht verständlich und lebensweltbezogen formuliert sein. Ziel dieser Plattform wäre es, Eltern anhand von Texten und auch Videosequenzen aktuelle und fundierte Informationen zur Verfügung zu stellen.

### **Für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern**

Birnbaum et al. (2022) stellen in ihrer Studie eine digitale Aufklärungskampagne und die interaktive Navigationsplattform namens [nywell.strong356.org](http://nywell.strong356.org) zum Thema psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor, die sich sowohl an Kinder und Jugendliche als auch an ihre Bezugspersonen richtet. Die Nutzerinnen und Nutzer erhalten hier Informationen zur psychischen Gesundheit, können aber auch mit Peers und Fachkräften Kontakt aufnehmen und im weiteren Verlauf an eine entsprechende Versorgungsstruktur überwiesen werden.

## **7.1.2 Ergebnisse zu Aufklärung**

Der Begriff der Aufklärung ist eng verbunden mit dem Entscheidungs- und Zustimmungsprozess zu einer Behandlung. Die Möglichkeiten der (Mit)entscheidung und Zustimmung sind je nach Altersgruppe unterschiedlich gegeben. Im rechtlichen Verständnis sieht die Aufklärung eine Verpflichtung zu einer umfassenden und verständlichen Erläuterung von Art und Umfang der Behandlung und auch möglicher Alternativen vor. So sind die Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Sorgeberechtigten erst in der Lage, eine Entscheidung zu treffen.

Die systematische Analyse hat ergeben, dass insgesamt wenig wissenschaftliche Literatur in Bezug auf konkrete Aufklärungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie publiziert worden ist. Die wenigen Studien stehen in der Regel im Zusammenhang mit der Beteiligung und Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Behandlung.

### **Erleben und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie Eltern und Fachkräften hinsichtlich der Aufklärung**

Minderjährige können mit zunehmendem Alter in den Aufklärungs- und Entscheidungsprozess eingebunden werden, da sie die Informationen und ihre Bedeutung für den Alltag zunehmend besser verstehen (Kölch et al., 2019). Studien von Tan et al. aus den Jahren 2003 zeigen, dass Mädchen mit Essstörungen ein großes Bedürfnis haben, an Entscheidungen hinsichtlich ihrer Behandlung beteiligt zu werden (Kölch et al., 2019). Eine Studie aus dem Jahr 2002 von Tates et al. weist darauf hin, dass Kinder wenig in den Aufklärungsprozess integriert werden (Kölch et al., 2019). Diese Aussage unterstützt auch die umfassende, jedoch ältere Studie von Rothärmel et al. aus dem Jahr 2006: Jüngere Kinder fühlten sich nicht gut informiert und gaben an, dass sie von ihren Eltern aufgeklärt worden sind (Kölch et al., 2019).

Fasst man die wenig vorhandene Literatur zusammen, so lässt sich schlussfolgern, dass durchaus Bedürfnisse seitens der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen und auch Eltern dahingehend bestehen, in den Aufklärungsprozess eingebunden werden zu wollen, dass aber in dieser Hinsicht noch Verbesserungsbedarf besteht, insbesondere zur Vermittlung von adäquatem Wissen über Krankheiten und Behandlungsoptionen.

### **Mögliche Barrieren und förderliche Faktoren bei der Aufklärung**

Die Fähigkeit eines Kindes oder Jugendlichen, in eine medizinische Entscheidung eingebunden zu werden, kann von seiner psychischen Erkrankung abhängig und aufgrund derer gemindert sein (Kölch et al., 2019). Nach Rothärmel et al. (2006) kann dies Erkrankungen betreffen, wie bspw. Schizophrenien, die eine weniger ausgeprägte Krankheitseinsicht bedeuten (Kölch et al., 2019). Des Weiteren erwähnen Kölch et al. (2019), dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie die Triade zwischen Betroffenen, Sorgeberechtigten und Behandlerinnen bzw. Behandlern die Entscheidungsfindung erschweren kann, weil teilweise emotionale Belastungen und Abhängigkeiten bestehen können (Kölch et al., 2019). Zudem können fehlende Konzepte die Aufklärungsarbeit zur psychischen Gesundheit, wie z. B. in Schulen, beeinträchtigen (Zhang & Du, 2018).

Vollmann (2000) bekräftigt, dass die Einwilligung bzw. der Einbezug in eine medizinische Behandlung das Autonomiebedürfnis der Patientinnen und Patienten unterstützen kann (Kölch et al., 2019). Außerdem stellt die Aufklärung die Voraussetzung für die Entscheidungsfähigkeit und Partizipation der Betroffenen dar und stärkt laut Simon et al. (2017) die Compliance in Bezug auf ihre Behandlung (Kölch et al., 2019).

### **Allgemeine Empfehlungen für die Aufklärungspraxis**

Kölch et al. (2019) empfehlen für die Praxis, dass die Aufklärung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) bzw. im Rahmen einer medizinischen Behandlung dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden sollte. In einem Zeitschriftenartikel erwähnt ein Autor, dass die entwicklungspsychologischen Erfahrungen des Kindes oder Jugendlichen in den Aufklärungsprozess innerhalb klinischer Forschung einfließen sollten (Kölch, 2004). Dies ließe sich auch auf die Aufklärungspraxis im Rahmen der medizinischen Behandlung anwenden. Grundsätzlich ist es wichtig, dass Aufklärung Informationen über die Behandlung, z. B. Art, Wirkung und Nebenwirkungen, sowie über die Behandlungsalternativen beinhaltet, sodass sie auf die Entscheidungsfindung angemessen vorbereitet (Kölch et al., 2019).

Dabei ist es bei klinischen Studien bedeutsam, dass dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen ein Konzept seiner Erkrankung erläutert wird (Kölch, 2004). Faktoren, die zu berücksichtigen sind und den Prozess der Aufklärung beeinflussen können, sind bspw. die kognitive Entwicklung des Kindes oder auch Krankheitsvorerfahrungen. Neben dem betroffenen Kind selbst sind auch die Sorgeberechtigten in den Aufklärungsprozess einzubinden. Insgesamt halten Kölch et al. (2019) fest, dass die Aufklärungsarbeit hinsichtlich einer altersadäquaten Informationsvermittlung verbessert werden kann und als Prozess verstanden werden sollte, der während des gesamten stationären Aufenthaltes stattfindet.

Aufklärung im weiteren Sinne sollte bereits in der Schule beginnen (Zhang & Du, 2018). So empfehlen Zhang & Du (2018), Beratungsmöglichkeiten zur mentalen Gesundheit in das Schulsystem zu integrieren, um dem Präventionsgedanken frühzeitig gerecht zu werden und die Kinder im Umgang mit Stress zu unterstützen.

### **Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten und Instrumente für die Aufklärungspraxis**

Die Aufklärung im Rahmen einer medizinischen Behandlung muss in einem Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen erfolgen und durch schriftliche Unterlagen ergänzt

werden (Kölch et al., 2019). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Aufklärungsbögen für die Minderjährigen und Sorgeberechtigten gut verständlich und nicht zu lang sind, um auch auf Fragen angemessen eingehen zu können (Kölch et al., 2019). Es empfiehlt sich in diesem Zusammenhang, wie etwa in klinischen Prüfungen, eine kindgerechte Sprache und die Reduzierung auf die wesentlichsten Nebenwirkungen (Kölch, 2004). Ratsam können zudem häufig gestellte Fragen, FAQs, sein, die man dem betroffenen Kind bzw. Sorgeberechtigten mit an die Hand gibt (Kölch, 2004; Kölch et al., 2019). Inhaltlich können Themen wie z. B. Freizeitaktivitäten, Schule, Sexualität und Schlafrythmus von Bedeutung sein (Kölch, 2004; Kölch et al., 2019). Zhang & Du (2018) empfehlen, zur Integration von Aufklärung über seelische Gesundheit im Schulsystem, dass u. a. Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen und Lehrerinnen und Lehrer gemeinsam an der Umsetzung arbeiten. In der Doktorarbeit von Williamson (2021) wird beschrieben, dass die Motivation zur Hilfesuche bei psychischen Problemen von der Informationsvermittlung abhängt. So fand man heraus, dass Fachsprache die Hilfesuche bei bereits Erkrankten erhöht und Laiensprache die Hilfesuche bei erstmalig Betroffenen (Williamson, 2021). Diese Erkenntnis ließe sich auf die Aufklärungspraxis im Rahmen einer medizinischen Behandlung übertragen und sei daher an dieser Stelle erwähnt. Insgesamt lassen sich anhand der Literaturanalyse wenig konkrete Umsetzungsmöglichkeiten für die Aufklärungspraxis für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ableiten.

### **7.1.3 Ergebnisse zu Partizipation**

#### **Erleben und Wunsch nach Partizipation**

Im Hinblick auf das Erleben und den Wunsch von Partizipation ist die analysierte Literatur methodisch sehr uneinheitlich. Eine Differenzierung nach Altersgruppen wurde in den Studien a priori nicht vorgenommen. Teilweise wurde das Alter als Einflussvariable betrachtet (Nolkemper et al., 2025; Zerbe et al., 2020).

#### **Quantitative Studien**

Vier Studien untersuchen im Rahmen von quantitativen Fragebogenstudien direkt das Erleben und den Wunsch nach Beteiligung, wobei sich drei auf Kinder und Jugendliche (Nolkemper et al., 2019, 2025; Zerbe et al., 2021) und eine auf das Erleben von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (Gugglberger et al., 2022) konzentrieren. Drei Studien erfassen den Wunsch bzw. das Erleben von Beteiligung durch Fragebögen indirekt im Rahmen der Messung von Patientenzufriedenheit,

Krankheitserleben oder Behandlungsbedürfnissen (Felnhofer et al., 2019; Schepker et al., 2022; Vijverberg et al., 2022).

### **Qualitative Studien**

Vier Studien erfassen das Partizipationserleben direkt anhand von qualitativen Interviews, wobei sich zwei auf Kinder und Jugendliche konzentrieren (Bjønness, Grønne-stad, et al., 2020; Mikesell et al., 2020) und jeweils eine auf die Eltern (Gustafsson et al., 2022) bzw. die Fachkräfte (Bjønness, Viksveen, et al., 2020). Drei qualitative Studien evaluieren die Wirksamkeit von Interventionen der Umsetzung von Partizipation (Dohil et al., 2021; Liverpool, Hayes, et al., 2021a; Steffen, 2022; Teela et al., 2022). Zwei Studien untersuchen wiederum auf qualitative Art und Weise verschiedene Hürden und förderliche Faktoren von Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie anhand von Interviews mit Patientinnen und Patienten sowie Fachkräften (Nolkemper et al., 2019).

Bei den übrigen Studien handelt es sich vom methodischen Zugang her um eigene Literaturanalysen oder Guidelines.

### **Erleben von Partizipation**

Das Gefühl mitentscheiden zu können hatten bei Nolkemper et al. (2019) etwa nur die Hälfte (52 %) der Patientinnen und Patienten. In Bezug auf Behandlungsentscheidungen erlebten nach Zerbe et al. (2021) insgesamt 42 % und in einer wiederholten Testung mit dem gleichen Erhebungsinstrument an einer Klinik in Norddeutschland durch Nolkemper et al. (2024) 55 % der Kinder und Jugendlichen einen gemeinschaftlichen oder aktiven Entscheidungsmodus. Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, dass es große Unterschiede im Partizipationserleben im Vergleich verschiedener Kliniken gibt (Gugglberger et al., 2022; Liverpool, Hayes, et al., 2021b). Betrachtet man verschiedene Stufen von Beteiligung entsprechend Charles et al. (1999), dann bestand seitens der Kinder und Jugendlichen insbesondere bei erlebter Beteiligung innerhalb früherer Stufen (Information, Deliberation) ein hoher Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit (Zerbe et al., 2021). Auch ein hohes Erleben von Einbezug im Bereich der „persönlichen Freiheiten“ wie Ausgangsregelungen ging mit einer vergleichsweise hohen Gesamtzufriedenheit einher (Nolkemper et al., 2025; Zerbe et al., 2021).

Seitens der Fachkräfte wurde eine Stärkung von Patientenpartizipation als grundsätzlich sinnvoll und insbesondere aufgrund des damit einhergehenden Feedbacks der Kinder und Jugendlichen sowie eines besseren Verständnisses der Kindseltern als hilfreich erlebt (Liverpool, Hayes, et al., 2021a; Liverpool, Pereira, et al., 2021). Nur 60 % der Behandlerinnen und Behandler fühlen sich im Hinblick auf Kommunikation dafür ausreichend geschult (Gugglberger et al., 2022).

## **Wunsch nach Partizipation**

Ein grundsätzlich hoher Beteiligungswunsch von Kindern und Jugendlichen wurde von vielen Autorinnen und Autoren beschrieben (Gugglberger et al., 2022; Gustafsson et al., 2022; Liverpool, Hayes, et al., 2021a; Nolkemper et al., 2025; Teela et al., 2022; Zerbe et al., 2021). Bezüglich der Stufen von Beteiligung von Charles et al. (1999) ist sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei den Eltern ein vergleichsweise hoher Wunsch bei den ersten beiden Stufen (Information, Deliberation) festzustellen (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gustafsson et al., 2022; Zerbe et al., 2020, 2021). Der Unterschied zwischen erlebter und gewünschter Beteiligung wird jedoch bei steigender Stufe immer größer (Nolkemper et al., 2025; Zerbe et al., 2021). Für die letzte Stufe der Beteiligung (Entscheidung treffen) sind sich viele Autorinnen und Autoren einig, dass Kinder und Jugendliche mit großer Mehrheit einen „gemeinschaftlichen Entscheidungsmodus“ bevorzugen (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Nolkemper et al., 2025; Zerbe et al., 2021). Betrachtet man verschiedene Bereiche von Beteiligung, dann wird bei stationärer Behandlung ein ausgeprägter Wunsch an Beteiligung bei Entscheidungen zum Kontakt mit Freunden und Familie, z. B. beim Thema Ausgangsregelungen oder Handyzeiten, beschrieben (Schepker et al., 2022; Steffen, 2022; Teela et al., 2022; Vijverberg et al., 2022; Zerbe et al., 2021). Auch für den Bereich von Therapieentscheidungen wie bei der Wahl der Therapie, Behandlungsplanung oder Absprache von Therapiezielen stellen viele Autorinnen und Autoren einen hohen Beteiligungswunsch von Kindern und Eltern fest (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Gustafsson et al., 2022; Nolkemper et al., 2025; Schepker et al., 2022; Steffen, 2022; Teela et al., 2022; Vijverberg et al., 2022; Zerbe et al., 2021). Insbesondere bei der Behandlungsplanung vor einer stationären Aufnahme bestehe für Eltern und Kinder ein hohes Beteiligungsbedürfnis (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020). Während einer laufenden Behandlung bestehe seitens der Kinder und Jugendlichen ein ausgeprägter Bedarf an Einbezug in die Aufklärung über die Erkrankung (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Schepker et al., 2022; Teela et al., 2022, 2022; Vijverberg et al., 2022). Im Hinblick auf die Medikationsaufklärung besteht dabei bereits eine vergleichsweise höhere Zufriedenheit (Schepker et al., 2022).

## **Vertrauen, Respekt und Beziehung**

Neben der Beteiligung auf verschiedenen Stufen oder Bereichen werden von Kindern und Eltern interaktionelle Komponenten von Beteiligung als besonders wichtig betrachtet: Vertrauen in die Behandlerinnen und Behandler zu haben (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gibson, 2022; Gustafsson et al., 2022; Zerbe et al., 2021), respektvoll behandelt zu werden (Bjønness, Grønnestad, et al.,

2020; Teela et al., 2022; Zerbe et al., 2021) und in guter Beziehung mit den Fachkräften zu stehen (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gibson, 2022; Teela et al., 2022). In dem Zusammenhang werden auch häufig Wünsche nach verstanden werden, ernst genommen werden, Fragen stellen können, Feedback erhalten, nicht bewertet werden, nicht gezwungen werden und auf Augenhöhe behandelt werden beschrieben (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gibson, 2022; Gustafsson et al., 2022; Teela et al., 2022).

### **Bereitschaft der Mitwirkung von aktuellen und ehemaligen Patientinnen und Patienten**

Im Hinblick auf die Umsetzung von Partizipation bestehe seitens der Kinder und Jugendlichen eine hohe Bereitschaft als Expertinnen und Experten bei der Implementierung von neuen Partizipationsmethoden mitzuwirken (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020). Auch im Hinblick auf den Einbezug therapieerfahrener Patientinnen und Patienten als Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter in die Behandlung anderer Patientinnen und Patienten bestehe eine hohe Bereitschaft.

### **Barrieren und förderliche Faktoren von Partizipation**

Im Diskurs über Barrieren von Partizipation wurden einige bereits im Rahmen des Kapitels über allgemeinen Empfehlungen der Umsetzung thematisiert. Hierzu zählen: unzureichende Informationsangebote, wenige Partizipationsinstrumente, fehlende Handlungsempfehlungen oder standardisierte Protokolle. Darüberhinausgehend können spezifische Barrieren genannt werden:

- systemische Hürden wie Zeitmangel, Ressourcenmangel, fehlende Räumlichkeiten oder Stress der Behandlerinnen und Behandler (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Gustafsson et al., 2022; Hayes et al., 2019, 2020; Teela et al., 2022; Zerbe et al., 2020),
- limitierte Anzahl an Behandlungsoptionen (Hayes et al., 2019; Liverpool, Hayes, et al., 2021b),
- Vorbehalte der Behandlerinnen und Behandler im Sinne von „Braucht zu viel Zeit“, „Kann zu falschen Entscheidungen führen“ oder „Das machen wir ja schon“ (Hayes et al., 2019, 2020; Zerbe et al., 2020),

- unzureichendes Wissen der Behandlerinnen und Behandler über Behandlungsoptionen außerhalb der eigenen Praxis oder Institution (Gustafsson et al., 2022; Hayes et al., 2019),
- kultureller Hintergrund der Herkunftsfamilie, insbesondere Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit (Gugglberger et al., 2022; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Nolkemper et al., 2025; Wijngaarde et al., 2021),
- soziale Faktoren wie niedriger sozioökonomischer Status der Familie oder alleinerziehende Eltern (Liverpool, Hayes, et al., 2021b; Vijverberg et al., 2022; Wijngaarde et al., 2021),
- Verunsicherung oder emotionale Aufregung von Kindern und Jugendlichen (Hayes et al., 2020; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Nolkemper et al., 2025)
- ausgeprägte Krankheitsschwere der Kinder und Jugendlichen, insbesondere bei externalisierenden Erkrankungen, Störungen des Sozialverhaltens, selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen (Vijverberg et al., 2022; Wijngaarde et al., 2021),
- fehlende Fähigkeit der Kinder und Jugendlichen (Gugglberger et al., 2022; Hayes et al., 2019, 2020; Nolkemper et al., 2025; Zerbe et al., 2020),
- wechselhafte Meinung der Kinder und Jugendlichen (Mikesell et al., 2020, 2020),
- Zielkonflikte zwischen Eltern und Kind (Gugglberger et al., 2022; Vijverberg et al., 2022).

### **Förderliche Faktoren**

Auch im Hinblick auf förderliche Faktoren von Partizipation wurden bereits einige im Kapitel über allgemeine Empfehlungen der Umsetzung beschrieben. Hierzu zählen: partizipative Haltung von Fachkräften, Trainings für Behandlerinnen und Behandler, partizipative Kultur innerhalb der Institution, Implementierungsstrategien und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Darüber hinaus können weitere förderliche Faktoren aus der Literatur extrahiert werden:

- Vertrauen von Kindern und Eltern in die Behandlerinnen und Behandler (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gustafsson et al., 2022; Zerbe et al., 2021),
- respektvoller und validierender Umgang der Fachkräfte mit Kindern und Jugendlichen (Hayes et al., 2019; Zerbe et al., 2020),
- kommunikative Fähigkeiten der Behandlerinnen und Behandler (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Hayes et al., 2019, 2020),
- Bekanntheit des Konzepts der partizipativen Entscheidungsfindung (Hayes et al., 2019, 2020),

- Engagement von Kindseltern in der Behandlung, insbesondere wenn beide Eltern in die Behandlung involviert sind und eine gute Beziehung zum Kind besteht (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Liverpool, Hayes, et al., 2021b; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Vijverberg et al., 2022).

## **Allgemeine Empfehlungen zur Umsetzung von Partizipation**

In der identifizierten Literatur werden sehr unterschiedliche Empfehlungen zur Umsetzung von Partizipation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in stationärer und ambulanter Behandlung gegeben.

### **Häufige Empfehlungen**

Als Grundlage von Beteiligung betonen viele Autorinnen und Autoren die Wichtigkeit von ausreichender Psychoedukation und Information für Patientinnen und Patienten und Eltern (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Gustafsson et al., 2022; Hayes et al., 2019, 2020; Schepker et al., 2022; Wijngaarde et al., 2021). Viele Autorinnen und Autoren betonen auch die Notwendigkeit der Förderung von Teamarbeit und interdisziplinärer Zusammenarbeit der Fachkräfte als Grundbedingung für funktionierende Partizipation (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Dohil et al., 2021; Gugglberger et al., 2022; Hayes et al., 2019).

Dabei wird häufig darauf hingewiesen, dass es eine gewisse Partizipationskultur innerhalb von Kliniken bzw. eine partizipative Haltung von Behandlerinnen und Behandlern bedarf (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Zerbe et al., 2020). Im Hinblick auf das Verständnis von Partizipation empfehlen insbesondere Autorinnen und Autoren aus Deutschland, damit nicht nur die Beteiligung an Behandlungsentscheidungen zu verstehen (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2020, 2021; Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021), sondern auch die Beteiligung an interstitiellen Bereichen von Behandlung, wie z. B. das Zusammenleben auf einer Station oder Besuchsregelungen (Schepker et al., 2022; Zerbe et al., 2020). Als Zielgruppe für Beteiligung weisen viele Autorinnen und Autoren darauf hin, nicht nur die Kinder und Jugendlichen sondern alle entscheidungstragenden Parteien und insbesondere die Eltern miteinzubeziehen (Felnhofer et al., 2019; Gustafsson et al., 2022; Liverpool, Hayes, et al., 2021a; Liverpool, Pereira, et al., 2021).

Mehrfach wird darauf hingewiesen, dass auch Kinder und Jugendliche einbezogen werden können, welche aufgrund von Alter oder Erkrankung eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit besitzen (Hayes et al., 2021; Nolkemper et al., 2025; Zerbe et al., 2020, 2021).

Für eine nachhaltige Stärkung von Beteiligung gehen viele Autorinnen und Autoren davon aus, dass ein Multitool-Multilevel-Ansatz notwendig ist, bei welchem verschiedene

Beteiligungsstrategien auf mehreren Organisationsebenen angewendet werden (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Liverpool, Hayes, et al., 2021b; Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021). Daneben sind sich viele Autorinnen und Autoren darüber einig, dass eine Berücksichtigung der kontextspezifischen Barrieren und förderlichen Faktoren von Partizipation bei jedweder Entwicklung von Beteiligungsstrategien sinnvoll ist (Hayes et al., 2019, 2020; Liverpool, Hayes, et al., 2021b; Wijngaarde et al., 2021; Zerbe et al., 2020).

### **Strittige und einzelne Empfehlungen**

Im Hinblick auf die Frage, ob standardisierte oder flexible Ansätze der Beteiligung sinnvoll sind, sind sich die Autorinnen und Autoren nicht einig. Auf der einen Seite wird beschrieben, dass ein standardisiertes Vorgehen bei Gesprächen anhand des shared decision-making-Prinzips sinnvoll ist (Gugglberger et al., 2022; Steffen, 2022; Wijngaarde et al., 2021). Auf der anderen Seite wird darauf hingewiesen, dass Beteiligungsansätze im besonderen Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie einer hohen Flexibilität bedürfen (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gibson, 2022; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Vijverberg et al., 2022; Zerbe et al., 2020).

Manche Autorinnen und Autoren machen auf ein Beteiligungsdefizit bei bestimmten Erkrankungen aufmerksam. Sie empfehlen daher bei der Entwicklung von Beteiligungsinstrumenten im Besonderen Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Erkrankungen (Hayes et al., 2019, 2020; Zerbe et al., 2021) sowie mit Störungen des Sozialverhaltens (Liverpool, Hayes, et al., 2021b) zu berücksichtigen. Manche Autorinnen und Autoren halten eine verstärkte sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Fachkräften für notwendig, damit Beteiligung beim Transfer zwischen verschiedenen Behandlungssettings nicht ins Stocken gerät (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Liverpool, Hayes, et al., 2021a).

Dabei wird insbesondere für die Phase vor einer stationären Behandlung darauf hingewiesen, dass im Rahmen von Vorgesprächen die Erwartungen von Eltern sowie Patientinnen und Patienten geklärt werden (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020). Manche Autorinnen und Autoren halten insbesondere Gesetze zur Stärkung von Partizipationsrechten für wirksam (Gugglberger et al., 2022; Nolkemper et al., 2019, 2025; Schepker et al., 2022). Andere Autorinnen und Autoren halten wiederum konkrete Veränderungen von Räumlichkeiten und Architektur von kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Einrichtungen für hilfreich (Gugglberger et al., 2022; Hayes et al., 2019, 2021; Liverpool, Hayes, et al., 2021b; Schepker et al., 2022).

Als grundsätzliche Empfehlung bei der Entwicklung von neuen Partizipationsinstrumenten wird empfohlen, Kinder und Jugendliche in die Entwicklung und Evaluation eng

einzu beziehen (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Teela et al., 2022). Darüber hinaus wird empfohlen, sich bei der Entwicklung und Implementierung von neuen Partizipationsinstrumenten an Modellen zur Verhaltensänderung, z. B. dem Behavior Change Wheel (Michie et al., 2014), zu orientieren (Hayes et al., 2021). In pragmatischer Hinsicht wird darauf hingewiesen, dass Partizipationsinstrumente einer Simplizität und Verständlichkeit für alle Nutzerinnen und Nutzer bedürfen (Liverpool, Pereira, et al., 2021). Manche Autorinnen und Autoren empfehlen in dem Zusammenhang auch ein normalisierendes Verständnis von psychischen Erkrankungen zu kommunizieren und weniger stark ein pathologisches, welches die Kinder und Jugendliche auf klinische Diagnosen fixiert (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gibson, 2022). Gibson (2022) empfiehlt zudem stärker auf Technologie, online-support und informelle soziale Netzwerke zu setzen, in denen sich Kinder und Jugendliche gegenseitig helfen können.

## **Konkrete Methoden der Umsetzung von Partizipation**

### **Bisherige Übersichtsarbeiten**

Insgesamt wurden vier bereits bestehende Übersichtsarbeiten zum Thema der Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gefunden (Cheng et al., 2017; Hayes et al., 2021; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Zerbe et al., 2020). Die Übersichtsarbeit von Cheng et al. (2017) fasst bestehende Umsetzungsvorschläge für das eng definierte shared decision-making Konzept in der stationären und ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammen und vergleicht diese. Die Übersicht von Zerbe et al. (2020) versteht Partizipation in einem weiteren Sinne als Entscheidungen über Behandlung aber auch über Alltägliches und persönliche Freiheiten und beschreibt Partizipationsmethoden im stationären Kontext. Die Arbeit von Liverpool et al. (2021) beschreibt shared decision-making Interventionen, welche alleine für die Kindseltern entwickelt wurden. Hayes et al. (2021) fokussiert sich auf die Synthese der für die Entwicklung von shared decision-making Interventionen genutzten Theorien.

### **Kategorisierungsversuche**

In der Literatur bestehen bisher zwei Versuche die verschiedenen Ideen und Ansätze zu Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Kategorien einzuteilen. Der erste Vorschlag stammt aus einer systematischen Literaturanalyse zu shared decision-making Ansätzen in der Kinderpsychiatrie von Cheng et al. (2017) und wurde in zwei darauffolgenden Scoping-Reviews derselben Arbeitsgruppe aus London aufgegriffen (Hayes et al., 2021; Liverpool, Pereira, et al., 2021).

Er unterteilt die Ansätze in sechs verschiedene Gruppen: 1) Psychoedukative Information, 2) Diskussionsanregungen, 3) Entscheidungshilfen, 4) Handlungsplanung oder

Zielsetzung, 5) Therapeutische Techniken, 6) Mobilisierung von Patientinnen und Patienten zum Einbezug. Ein zweiter Vorschlag eines Scoping-Reviews aus dem deutschen Sprachraum zu Ideen der Umsetzung von Partizipation innerhalb der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie synthetisiert drei Gruppen: 1) Partizipationsinstrumente, 2) Strukturen der Mitarbeit und 3) Schlüsselfiguren (Zerbe et al., 2020). Vergleicht man die beiden Kategorisierungsversuche, können sich die meisten Gruppen jeweils ungefähr zugeordnet werden. Tabelle 4 stellt ähnliche Sinnkategorien in untereinanderstehenden Spalten dar. Zur Einfachheit verwendet die darauffolgende Aufzählung von Partizipationsmethoden den zweiten Vorschlag.

Psychoedukative Information	Diskussionsanregungen	Entscheidungshilfen	Handlungsplanung oder Zielsetzung	Therapeutische Techniken	Mobilisierung von Patientinnen und Patienten zum Einbezug
	Partizipationsinstrumente		Strukturen der Mitarbeit		Schlüsselfiguren

Tabelle 4: Vergleich von Kategorienvorschlägen für die Umsetzung von Partizipation

### Verschiedene Methoden der Umsetzung

Als Strukturen der Mitarbeit können Umsetzungsmöglichkeiten verstanden werden, welche sich auf die Organisation des Behandlungsablaufs, wie zum Beispiel die Struktur von einzelnen Beratungsgesprächen oder die Zusammensetzung von Teambesprechungen beziehen. Neben den an der Uniklinik in Salzburg entwickelten partizipativ strukturierten Team-Patienten-Eltern-Gesprächen (Zerbe et al., 2020) ist an der Stelle das Modell Counselling in Dialogue zu nennen, welches in den Niederlanden entwickelt und angewendet wurde (Hayes et al., 2021). Hierbei handelt es sich um ein ambulant durchgeführtes dreiteiliges semistrukturiertes Beratungsgespräch für Eltern und Kinder, welches auf Grundlage des Ottawa Decision Support Frameworks die Inhalte a) Retrospektion, b) Diagnostischer Befund und c) Behandlungsplanung bespricht. Es zielt darauf ab, durch intermediäre Variablen, wie erhöhtes Vertrauen oder verstärkte Sicherheit den Behandlungserfolg zu verbessern. In einer Evaluation konnte die Reduktion von Entscheidungskonflikten sowie eine höhere Akzeptanz von therapeutischen Empfehlungen festgestellt werden.

Als weitere strukturelle Ansätze der Mitarbeit werden Beschwerdesysteme und Feedbackstrukturen für Eltern, Patientinnen und Patienten sowie Fachkräfte beschrieben (Gugglberger et al., 2022; Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2020). Im Hinblick auf die Zusammensetzung von Teambesprechungen wird von der Fachklinik Marzipanfabrik in Hamburg die aus der Jugendarbeit übertragenen Methode des Open Staff beschrieben (Steffen, 2022). Hierbei handelt es sich um eine offene Teamübergabe, welche versucht, Patientinnen und Patienten in den Klinikalltag täglich bei Teamentscheidungen

als Akteurinnen und Akteure miteinzubinden. Inhaltlich werden in den offenen Teambesprechungen tagesaktuelle Informationen, behandlungsübergreifende Themen oder Etappenziele besprochen. Da sich das Open Staff in den jeweiligen Lobbys der Stationen stattfindet, können die Kinder und Jugendlichen jederzeit zuhören und sich mit Wortbeiträgen beteiligen.

Neben offenen Teambesprechungen schlagen andere Autorinnen und Autoren vor, Patientinnen und Patienten nach dem OpenNotes Prinzip die stationsinterne Dokumentation direkt zugänglich zu machen (Dohil et al., 2021). Nach Erfahrungsberichten konnten das Vertrauen und die Kollaboration der Patientinnen und Patienten dadurch gesteigert werden. Speziell für Kinder mit Autismus beschreiben manche Autorinnen und Autoren das Konzept des Medical Home als besonders partizipativ (Liverpool, Pereira, et al., 2021; Suen et al., 2021). Hierbei handelt es sich um ein ambulantes familienbegleitendes multidisziplinäres Angebot, welches langfristig, umfassend und aufeinander abgestimmt im Hinblick auf medizinische, therapeutische und alltägliche Fragestellungen mit den Betroffenen zusammenarbeitet.

Als Partizipationsinstrumente werden häufig Behandlungsvereinbarungen als hilfreicher Ansatz vorgeschlagen, der Kindern und Jugendlichen ermöglicht, ihre Wünsche und Präferenzen im Hinblick auf den Umgang mit Krisensituationen, in welchen sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Wünsche klar zu äußern, vorzuformulieren (Nolkemper et al., 2019; Wijngaarde et al., 2021; Zerbe et al., 2020). Als besonderes Instrument ist das Partizipationsspiel All Voices Count zu nennen (Teela et al., 2022). Das Spiel wird auf Initiative einer Behandlerin oder eines Behandlers im Rahmen eines stationären Aufenthalts gespielt. Die Behandlerin oder der Behandler bereitet dazu im Vorfeld ein 2-4-minütiges Video-Pitch vor, in dem er eine Frage stellt, zu der er die Meinung der Jugendlichen hören möchte, z. B. „Was hältst du von dieser neuen Behandlung?“. Das Spiel wird von einer Spielleiterin oder einem Spielleiter begleitet. Die Behandlerin oder der Behandler ist während des Spiels nicht anwesend, um zu vermeiden, dass die Jugendlichen in der Äußerung ihrer Meinung gehemmt werden. Das Kartenspiel ähnelt vom Ablauf her dem Prinzip von Ligretto. Es können Karten eines zur gestellten Frage passenden Themenbereichs gewonnen werden, wobei die eigene Meinung dazu dann geäußert wird und andere Spielerinnen und Spieler darauf reagieren. Um Ideen zu bekommen, können die Spielerinnen und Spieler die Bilder auf den gewonnenen Karten oder die zum Thema gehörenden Wörter auf dem Spielplan betrachten. Daneben wird mit next step cards ein weiteres Kartenspiel beschrieben, welches zur Erleichterung von gemeinsamer Zielformulierung in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung entwickelt wurde ([Kartenspiel next step cards](#)).

Auch zur partizipativeren Gestaltung von Zielfestlegung werden Likert-Skalen vorgeschlagen, welche zur Evaluation von Befürchtungen oder Behandlungsfortschritten vor Beratungsgesprächen eingesetzt werden können (Cheng et al., 2017). Als typischstes

Partizipationsinstrument aus dem shared decision-making Konzept können digital oder analog vorliegende Entscheidungshilfen (englisch: decision aids) betrachtet werden (Hayes et al., 2021; Liverpool, Pereira, et al., 2021). Darin werden Ziel, Ausmaß sowie Risiken und Nebenwirkungen von verschiedenen Behandlungsmethoden in klarer Sprache und ansprechendem Design so aufbereitet, so dass sich Kinder und Jugendliche oder Sorgeberechtigte im Vorfeld eines Beratungsgesprächs eine fundierte eigene Meinung bilden können. Für die Behandlungsoptionen von ADHS, Depression, Ängsten und zum Umgang mit Selbstverletzung bestehen zum Beispiel solche Hilfen mit den i-THRIVE Grids bereits in englischer Sprache ([i-THRIVE Grids](#)). Daneben beschreibt die englische Literatur hilfreiche Fragenlisten (englisch: question prompt lists), welche zur Vorbereitung auf wichtige medizinische Entscheidungen genutzt werden können (Liverpool, Pereira, et al., 2021). Ein umfassendes Partizipationsinstrument für den stationären Bereich ist das Headspace Toolkit (Zerbe et al., 2020). Es besteht aus einer Papiermappe mit grundlegenden Informationen zur Behandlung, dem Klinikablauf und eigenen Rechten wie auch aus einer Reihe von Fragebögen, sogenannten Power-Tools, mit welchen relevante Entscheidungen direkt beeinflusst werden können.

Als Schlüsselfiguren werden zum Beispiel Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher betrachtet, bei welchen sich Kinder und Jugendliche bei Unzufriedenheit mit der Behandlung an externer Stelle Beratung suchen können (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2020). Mit dem Keyworker werden auch stationsinterne Fürsprecherinnen und Fürsprecher beschrieben (Zerbe et al., 2020). Diese Schlüsselfigur wird aus den Reihen des stationären Behandlungsteams ernannt, fungiert in der Zeit des Klinikaufenthalts als Hauptansprechpartnerin bzw. Hauptansprechpartner für ein Kind und vertritt in Teamsitzungen explizit die Kinderperspektive.

Zur Überprüfung von ausreichend Partizipation in kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Kliniken können zudem Besuchskommissionen eingesetzt werden (Nolkemper et al., 2019). Für viele Autorinnen und Autoren als partizipationsfördernd gilt auch der Austausch von Patientinnen und Patienten mit ehemaligen Patientinnen und Patienten, den sogenannten Kinderexpertinnen und Kinderexperten (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Hayes et al., 2021; Wijngaarde et al., 2021; Zerbe et al., 2020). Eine besondere Form der partizipativen Unterstützung, bei denen sich betroffene Kinder und Jugendliche helfen können, sind angeleitete online Netzwerke (Gibson, 2022). Hier ist das #Chatsafe Project von Jo Robinson in Australien zu nennen, welches Kindern und Jugendlichen Empfehlungen darüber zur Verfügung stellt, wie sie sich in Chats sicher über Themen wie Suizidalität austauschen können.

In einem auch aus Australien stammenden noch innovativeren Projekt Live for Tomorrow, wurde versucht proaktiv in online Netzwerken zu intervenieren. Dafür wurden freiwillige ehemalige Patientinnen und Patienten zu Beraterinnen und Beratern ausgebildet, welche auf Instagram auf suizidale Kommunikation direkt per Nachricht antworten. Auch

der Austausch zwischen Eltern von betroffenen Kindern im Sinne der Konsultation von Elternexpertinnen und Elternexperten wird als förderlich für bessere Beteiligung im Therapieprozess beschrieben (Gustafsson et al., 2022).

Neben den bisher beschriebenen einzelnen Methoden bestehen auch übergreifende Konzepte, welche die gleichzeitige Implementierung von Instrumenten, Strukturen und Schlüsselfiguren befürworten. Das Shared Decision Making (SDM) Framework beschreibt zum Beispiel eine integrative Kombination von partizipativ strukturierten Beratungsgesprächen, Arbeitsblättern und Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprechern zur Vorbereitung von Medikationsentscheidungen (Liverpool, Pereira, et al., 2021). Das Konzept beinhaltet ein gestuftes Vorgehen: a) setting the stage (z. B. Training von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern), b) facilitating SDM (z. B. Entscheidungskonflikte identifizieren), c) supporting SDM (z. B. Prozessbegleitung durch Fürsprecherinnen und Fürsprecher).

Als innerhalb der analysierten Literatur neu herausfilterbare Kategorie von Methoden zur Umsetzung kann die Förderung von partizipativer Kultur verstanden werden. Hiermit sind jegliche Maßnahmen gemeint, welche dazu beitragen, dass ausreichend Motivation für und ein Verständnis von partizipativ gestalteter Behandlung bestehen. Zur Förderung einer partizipativen Kultur werden vor allem Weiterbildungen für Fachkräfte aber auch Trainings für Patientinnen und Patienten beschrieben (Gibson, 2022; Gugglberger et al., 2022; Gustafsson et al., 2022; Hayes et al., 2021; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Nolkemper et al., 2025; Schepker et al., 2022; Zerbe et al., 2020). Unterschiedliche Vorstellungen bestehen darin, welchen Inhalt und welche Zielgruppe solche Fortbildungen oder Trainings haben sollen.

Die meisten Autorinnen und Autoren sehen die Therapeutinnen und Therapeuten als Zielgruppe, andere auch explizit Pflegekräfte (Schepker et al., 2022) oder Patientinnen und Patienten (Liverpool, Pereira, et al., 2021). Inhaltlich plädieren die einen dafür, auf Kommunikationstrainings zu setzen (Gugglberger et al., 2022; Zerbe et al., 2020), andere betrachten es als sinnvoll, die Behandlerinnen und Behandler über Behandlungsoptionen und den Verlauf von Erkrankungen weiterzubilden (Gustafsson et al., 2022; Hayes et al., 2019). Auch eine Vermittlung von Partizipationskonzepten wird vorgeschlagen (Nolkemper et al., 2025). Neben spezifischen Trainings wird zur Förderung von partizipativer Kultur empfohlen, die Vorteile von Beteiligung gegenüber Fachkräften regelmäßig zu kommunizieren (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Hayes et al., 2020) oder das Thema regelmäßig im Team zu thematisieren (Gugglberger et al., 2022). Es wird auch vorgeschlagen, bei der Suche nach Zustimmung für Behandlungsentscheidungen zuerst offene Fragen (z. B. „Wie klingt das?“, „Was denkst du?“) zu stellen und erst wenn die Kinder oder Jugendlichen nicht ausreichend antworten, auf einen geschlossenen Fragenmodus zu wechseln (Mikesell et al., 2020).

Als darüber hinaus förderlich für eine partizipative Kultur wird neben gesetzlichen und räumlichen Veränderungen auch vorgeschlagen, die UN-Kinderrechtskonvention innerhalb von Kliniken direkt sichtbar zu machen (Gugglberger et al., 2022; Hayes et al., 2021; Zerbe et al., 2020).

## 7.2 Recherche in den sozialen Medien

### 7.2.1 Suchbegriffe *ADHS/adhd*, *Depressionen/depression*, *Angststörung/anxiety disorder* sowie *Kinder- und Jugendpsychiatrie/child and adolescent psychiatry*

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Recherche in den sozialen Medien zu den Störungsbildern (*ADHS/adhd*, *Depressionen/depression*, *Angststörung/anxiety disorder*) und der stationären Behandlung dargestellt (*Kinder- und Jugendpsychiatrie/child and adolescent psychiatry*).

#### Kategorien

Die Auswertung der Beiträge auf den sozialen Plattformen konnte in zwei Kategorien eingeteilt werden: *Information* und *Statement*. Unter *Information* sind die Beiträge gefasst, die vorrangig Fakten und objektiv nachprüfbar Inhalte zu einem Thema enthalten. *Statements* sind hingegen Beiträge, die vorrangig das individuelle Erleben der Betroffenen darstellen. Die Kategorie Aufklärung wurde nicht verwendet, da Aufklärung sich im engeren Sinne nach dem Patientenrechtegesetz § 630 e BGB auf Informationen bezieht, die für die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten bei einer konkreten Situation bzw. Entscheidung notwendig ist. Ein Ergebnis der Analyse ist, dass die Zuordnung zu einer der Kategorien *Information* oder *Statement* nicht immer eindeutig war. Die Grenzen zwischen den Kategorien verschwimmen beispielsweise in Interviews, in denen sowohl die persönliche Erfahrung der Interviewten als auch objektive Fakten zum Thema vermittelt werden oder wenn Informationen vermittelt werden mit dem Zusatz, es habe der Verfasserin oder dem Verfasser geholfen oder wie es der Berichterstatterin bzw. dem Berichterstatter damit ergangen ist.

Da das Erleben der Betroffenen nicht als richtig oder falsch bewertet werden kann, können Beiträge der Kategorie *Statement* nur mit der Farbe lila (neutral) oder schwarz (schädlich) eingestuft werden. Bei Beiträgen der Kategorie *Information* hingegen kann der Wahrheitsgehalt überprüft werden, weshalb diese grün (fachlich richtig), gelb (nicht

ganz korrekt oder nicht ganz vollständig), rot (fachlich falsch) oder schwarz (schädlich) sein können.

## Plattformen

Nach Angaben der aktuellen Jugend, Information, Medien (JIM)-Studie zum Medienumgang 12 – 19-Jähriger liegt die Anzahl der Befragten bei der regelmäßigen Instagram-Nutzung bei 62 % und bei TikTok bei 54 % (n= 1.197). 50 % nutzten YouTube regelmäßig (JIM-Studie, Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (MFPS) (Hrsg.), 2022). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die genutzten Plattformen für diese Recherche geeignet sind. Es gibt auf allen drei Plattformen zwar unterschiedliche Nutzungsrichtlinien zu dem Mindestalter, jedoch werden diese alle nicht von den Plattformen überprüft.

Es ist für jedes Kind und Jugendlichen mit Internetzugang möglich, problemlos diese sozialen Medien zu nutzen. Auch Kindersperren und Altersbeschränkungen, die von Angehörigen eingerichtet werden können, sind leicht umgehbar. Folglich kann vermutet werden, dass auch viele wesentlich jüngere Nutzerinnen und Nutzer die Inhalte dieser Plattformen konsumieren können. Von den zahlreichen potenziellen Risiken, die mit der Nutzung von sozialen Medien insbesondere für Minderjährige einhergehen können, soll im Folgenden kurz auf die finanziellen Risiken der untersuchten Plattformen eingegangen werden. Dies spielt bei der Bewertung der Daten eine Rolle (z. B. bei beworbenen Produkten mit Heilversprechen).

Bei TikTok besteht die Funktion von In-App-Käufen (coins), welche direkt an Influencer und Accounts verschenkt werden können. Dabei handelt es sich um Beträge von ca. einem Euro bis 105 Euro. Auf Instagram sind ebenfalls schnelle Shopping-Funktionen eingebaut über z. B. eine Shop-Seite, In-App-Kauf-Optionen, Werbung oder mit Links markierte Beiträge. Auf YouTube sind über Premium-Mitgliedschaften, spezielle Kanal-Abonnements oder Super-Chats ebenfalls schnelle In-App-Käufe möglich.

Knapp zwei Drittel der Beiträge, die zu den o. g. Suchbegriffen gefunden worden sind, sind der Kategorie *Statement* zuzuordnen (65 %), nur rund ein Drittel der Kategorie *Information* (35 %) (siehe Abbildung 2).

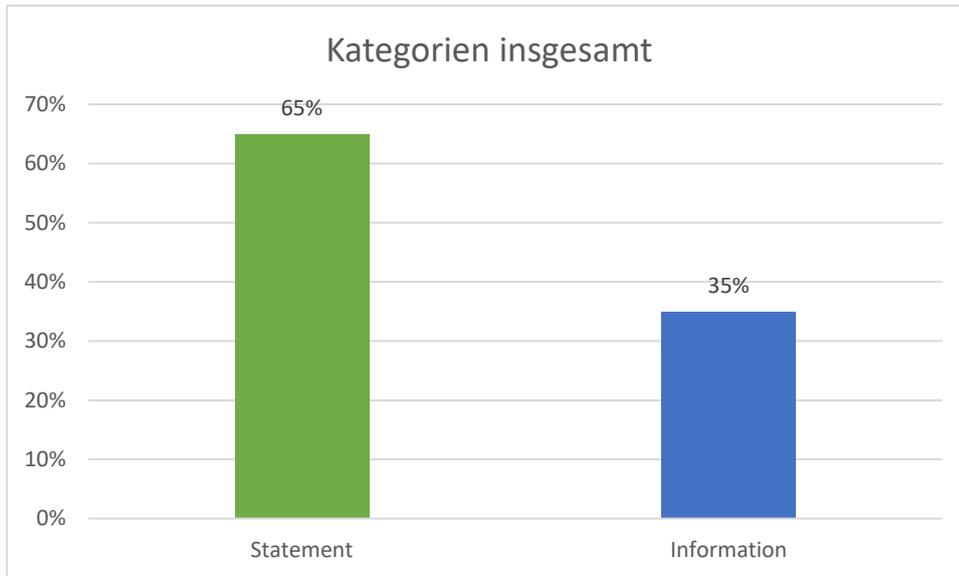


Abbildung 2: Anzahl Kategorien insgesamt

Gegliedert nach den verschiedenen Plattformen wird deutlich, dass die meisten *Informationen* auf der Plattform YouTube zu finden sind, die meisten Beiträge, die als *Statements* kategorisiert worden sind, finden sich auf TikTok (siehe Abbildung 3).

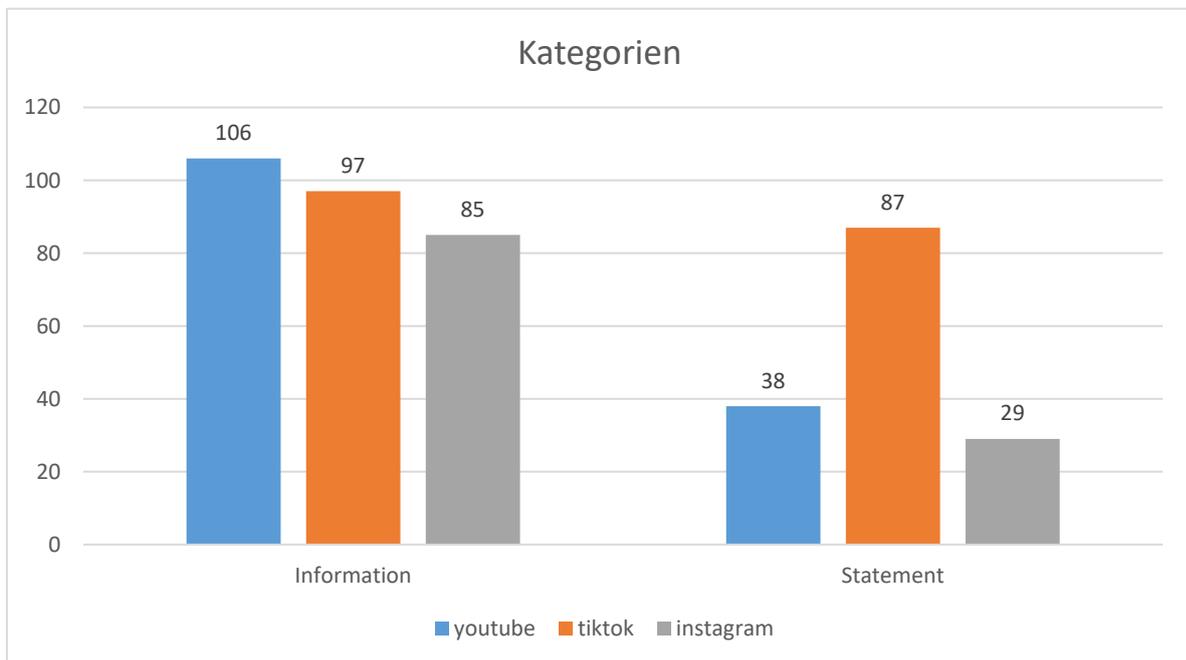


Abbildung 3: Anzahl der Kategorien pro Plattform im Vergleich

Es wird deutlich, dass während bei YouTube und Instagram nur rund ein Viertel der gefundenen Beiträge *Statements* sind, sind es bei TikTok etwas weniger als die Hälfte (siehe Abbildung 4).

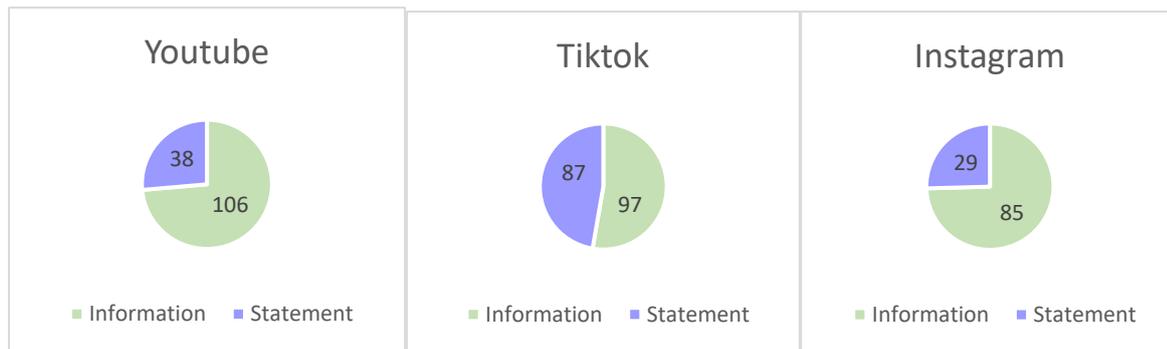


Abbildung 4: Anzahl der Kategorien innerhalb der Plattformen im Vergleich

Die meisten Beiträge, die als fachlich richtig bzw. als fachlich richtig von Fachkräften eingestuft wurden, befinden sich auf der Plattform YouTube. Die meisten schädlichen und neutralen Beiträge finden sich auf der Plattform TikTok (siehe Abbildung 5).

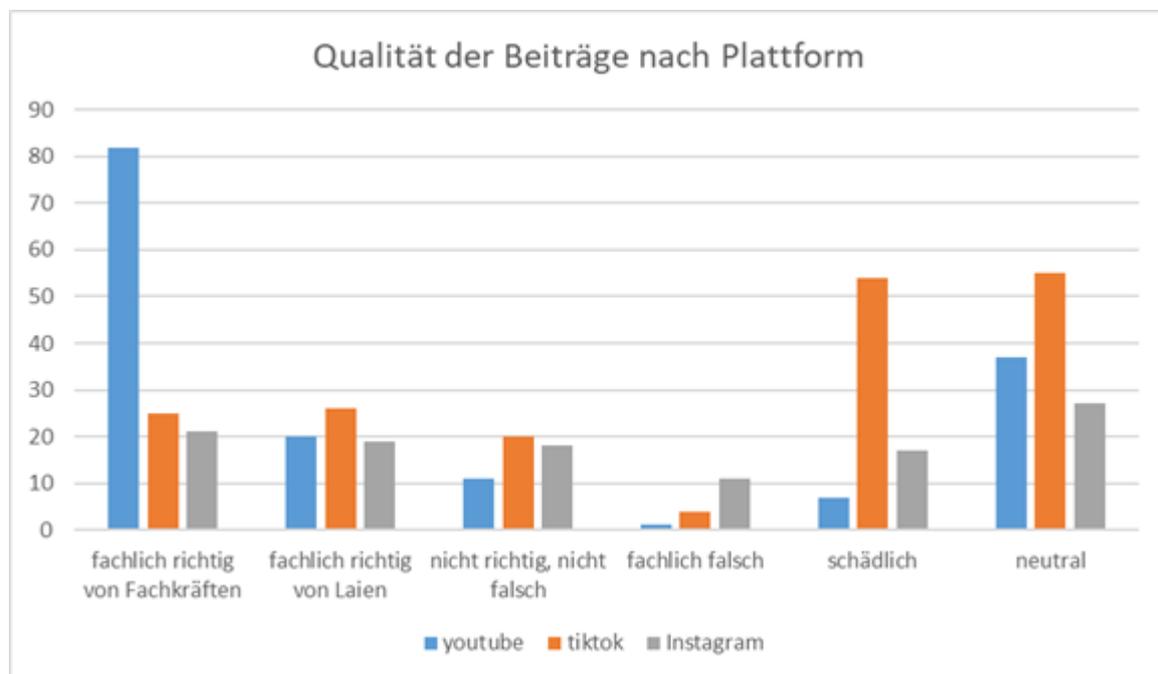


Abbildung 5: Qualität der Beiträge nach Plattform

Über die Hälfte der Beiträge, die von Personen erstellt worden sind, die selbst an einer der gesuchten psychischen Störungen leiden bzw. selbst Erfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben, finden sich auf TikTok (siehe Abbildung 6).

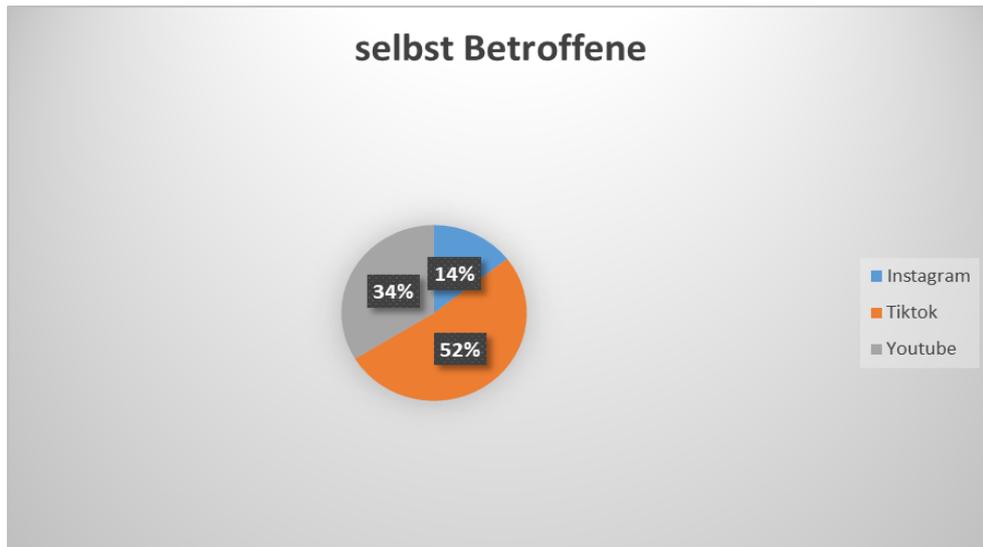


Abbildung 6: Anzahl selbst Betroffener pro Plattform

Die meisten der Beiträge von selbst Betroffenen sind als neutral zu bewerten (57 %). Es gibt jedoch auch Beiträge, die fachlich richtig sind (22 %). Rund 8 % der Beiträge von selbst Betroffenen sind falsch oder schädlich (siehe Abbildung 7).

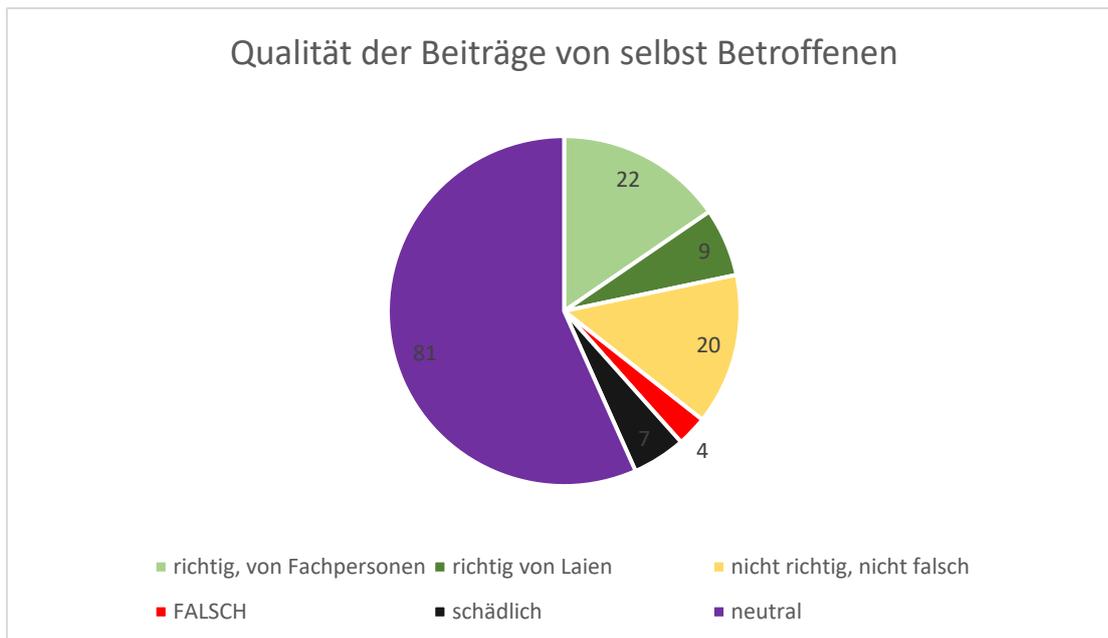


Abbildung 7: Qualität der Beiträge von selbst Betroffenen

## Unterkategorien

Aus dem gesichteten Material ergaben sich folgende Unterkategorien:

- Diagnose → Beitrag thematisiert die Diagnosestellung.

- Erfahrungsbericht → Beitrag stellt das Erleben eines Betroffenen dar.
- Erfahrungsbericht mit Beschwerde → Beitrag stellt das Erleben eines Betroffenen dar und kritisiert ein bestimmtes Thema.
- Erfahrungsbericht mit Therapiemotivation → Beitrag stellt das Erleben eines Betroffenen dar und motiviert zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.
- Genese der Störung → Im Beitrag wird erklärt, wie die Störung entsteht.
- Kein Thema nur Drama → Im Beitrag wird kein bestimmtes Thema adressiert, er besteht aus dramatischer Musik und Bildern oder Kurzvideos.
- KJPP-Alltag → Im Beitrag wird der Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) dargestellt.
- Mental health literacy → Im Beitrag werden Informationen über seelische Gesundheit zur Verfügung gestellt.
- Motivation → Im Beitrag werden die Stärken der Störung in den Vordergrund gestellt.
- Rechte → Im Beitrag wird über Patientenrechte informiert.
- Suizid → Im Beitrag wird Suizid thematisiert.
- Symptome → Im Beitrag wird sich mit den Symptomen einer Störung befasst.
- Therapiemethode → Im Beitrag wird eine Möglichkeit der Behandlung dargestellt.
- Therapiemethode (Alternativ) → Im Beitrag wird eine alternative Möglichkeit der Behandlung dargestellt.
- Therapiemethode (Medikamente) → Im Beitrag wird ein Medikament als Möglichkeit der Behandlung dargestellt.
- Überblick über das Krankheitsbild → Im Beitrag werden mehrere der folgenden Themen behandelt: Symptome, Verlauf, Ätiologie, Klassifizierung.
- Überblick über das Krankheitsbild und die Therapie → Im Beitrag werden mehrere der folgenden Themen behandelt: Symptome, Verlauf, Ätiologie, Klassifizierung. Zusätzlich werden Behandlungsmöglichkeiten dargestellt.
- Verhalten von Angehörigen → Im Beitrag wird sich mit dem Verhalten von Angehörigen befasst.
- Werbung für Veranstaltung → Im Beitrag wird Werbung für eine Veranstaltung gemacht.

## Auszählung der Beiträge der verschiedenen Unterkategorien

Die meisten Beiträge finden sich zu der Unterkategorie Symptome (88), gefolgt von Erfahrungsbericht (51) und Überblick über das Krankheitsbild mit Therapie (50). Es gab nur zwei Beiträge zum Thema Rechte, drei zur Diagnose und fünf Beiträge zum Thema Suizid (vier von fünf Beiträgen in dieser Unterkategorie sind als schädlich bewertet worden (siehe Tabelle 5).

Die Themen, die am meisten von Fachpersonen angesprochen wurden, waren Überblick über das Krankheitsbild und die Therapie, Therapiemethode und Symptome.

Das Thema, das am meisten schädliche Beiträge hatte, waren Symptome, alternative Therapiemethode und Erfahrungsbericht mit Beschwerde (siehe Tabelle 5).

Unterkategorie	Gesamt	Instagram	TikTok	YouTube	hellgrün	grün	Gelb	rot	schwarz	lila
Diagnose	3	1	2	0	1	1			1	
Erfahrungsbericht	51	15	24	12					6	45
Erfahrungsbericht mit Beschwerde	10	0	10	0					8	2
Erfahrungsbericht mit Therapiemotivation	30	1	7	22						
Genese der Störung	9	9	0	0	1	3		3	2	
Kein Thema nur Drama	7	0	7	0					5	2
KJPP-Alltag	18	1	4	13	11	3			1	3
Mental health literacy	12	7	3	2	7	2	2			1
Motivation	9	7	2	0			2		1	6
Rechte	2	0	2	0	2					
Suizid	5	0	45	0					4	1
Symptome	88	22	57	9	17	16	25	5	16	12
Therapiemethode	28		21	12	19	18	10	2	5	6

Unterkategorie	Gesamt	Instagram	TikTok	YouTube	hellgrün	dunkelgrün	Gelb	rot	schwarz	lila
Therapiemethode (Alternative)	19	5	8	6	1		3	2	13	
Therapiemethode (Medikamente)	17	0	11	6	7	1	1		7	1
Überblick über das Krankheitsbild	21	0	4	17	10	7	1		1	2
Überblick über das Krankheitsbild und Therapie	50	4	5	41	31	9	4	1	3	1
Verhalten von Angehörigen	21	5	12	4	7	4	1	2	1	6
Werbung für Veranstaltung	9	9	0	0	0	0	0	1	7	1

Tabelle 5: Unterkategorien nach Plattform und Qualität der Beiträge

## Schlussfolgerung

Das Ziel der Recherche war es, die Informationsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in den sozialen Medien zu evaluieren. Zudem sollte die Qualität der Beiträge in Bezug auf eine adäquate kindes- und jugendgerechte Information für alle Altersgruppen (vom Vorschul- bis ins Jugendalter) überprüft werden. Die Analyse der drei Plattformen YouTube, Instagram und TikTok zu den Suchbegriffen bzw. Hashtags *Depression/depression*, *Angststörung/anxiety disorder*, *ADHS/ADHD* (ADHD für attention deficit hyperactivity disorder) ergab zunächst einmal eine unzählig hohe Anzahl an Beiträgen. Dies zeigt, dass die sozialen Medien durchaus ein von den Jugendlichen bereits genutztes Instrument der Informationspraxis darstellen. Bei der Eingabe der Suchbegriffe und *KJP/CAP* gab es insgesamt weniger Beiträge und die meisten fanden sich auf TikTok (39). Auf YouTube fanden sich 15 Beiträge zu dem Thema *KJP/CAP*, auf Instagram 10. Die Analyse der Kategorien zeigt, dass die Plattformen den Nutzerinnen und Nutzern

auch dazu dienen, ihr persönliches Erleben mit den gesuchten Erkrankungen bzw. mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie darzustellen und mitzuteilen. Insbesondere TikTok ist die Plattform, auf der das am meisten geschieht. Dabei ist die Qualität der Beiträge selbst Betroffener heterogen. Die Beiträge selbst Betroffener, die als schädlich, also die Störung verharmlosend, triggernd oder in Bezug auf die Behandlungsmethode als hinderlich oder gar gefährlich eingestuft wurden, sind zwar in der Minderzahl, ihre Wirkung ist jedoch nicht zu unterschätzen.

Die Plattform, die am meisten fachlich richtige Beiträge beinhaltet ist YouTube. Hier gibt es viele korrekte und umfassende Beiträge zu den gesuchten Begriffen. Die sozialen Medien können also ein sinnvolles und geeignetes Instrument darstellen, um Jugendliche zu informieren und ihnen Raum zu geben, sich mitzuteilen und auszutauschen. Diese Plattformen werden jedoch nur wenig von ausgebildeten Fachpersonen und offiziellen Stellen genutzt. Auf YouTube gibt es die meisten Beiträge von medizinischen Einrichtungen, Einrichtungen vom Bund und von Fachpersonen.

Wünschenswert wäre, wenn mehr Informationen durch Fachpersonen und von offizieller Stelle in den sozialen Medien präsent wären. Dann könnten nicht nur die Qualität der Beiträge, sondern auch die Inhalte der Beiträge etwas gesteuert werden. In den in dieser Recherche gefundenen Beiträgen wird am meisten über die Symptome verschiedener Störungen gesprochen (88 Beiträge), weitgehend fehlen ganz grundlegende Informationen wie z. B. Möglichkeiten Hilfe in Anspruch zu nehmen (ambulant/stationär), wie eine solche Inanspruchnahme ablaufen würde (Vorgespräche) oder was genau in einer Psychotherapie passiert. Nur zwei Videos beziehen sich auf Kinderrechte und stellen explizit die Rechte von Kindern und Jugendlichen dar, die diese in Bezug auf eine (stationäre) Therapie haben (Freiwilligkeit der Aufnahme und alleinige Entscheidung zur Therapie).

Auch werden in den wenigsten Beiträgen konkrete Anlaufstellen genannt, die Betroffene aufsuchen oder anrufen können, wenn sie Hilfe brauchen. Viel zu häufig fehlt ein Disclaimer („I am not a doctor“) und es ist insbesondere bei Instagram und TikTok weder vom Inhalt des Beitrages noch von dem Kanal ersichtlich, ob die Verfasserinnen und Verfasser des Beitrags einen professionellen Hintergrund haben. Insgesamt fehlt es zudem an kindgerechten Informationen und Videos. Die meisten Beiträge sind für Jugendliche oder Erwachsene konzipiert.

### **7.2.2 Suchbegriff *Kinder- und Jugendpsychotherapie/child and adolescent psychotherapy***

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Recherche zu dem Suchbegriff *Kinder- und Jugendpsychotherapie/child and adolescent psychotherapy* von den drei Plattformen YouTube, TikTok und Instagram vorgestellt. Dabei wurden Dopplungen und Beiträge, die

bereits unter den zuvor verwendeten Schlagwörtern und Hashtags aufgenommen wurden, ausgeschlossen.

## Kategorien

Die Einteilung in die zwei Kategorien *Information* und *Statement* wurde beibehalten. Bei diesem Suchbegriff überwog der Anteil der Beiträge, die sich zu der Kategorie *Information* zuordnen ließen (73 %) (siehe Abbildung 8). Somit wurde weniger als ein Drittel der Beiträge der Kategorie *Statement* zugeteilt (27 %) (siehe Abbildung 8). Diese Verteilung ist bei den bisherigen Suchbegriffen umgekehrt.

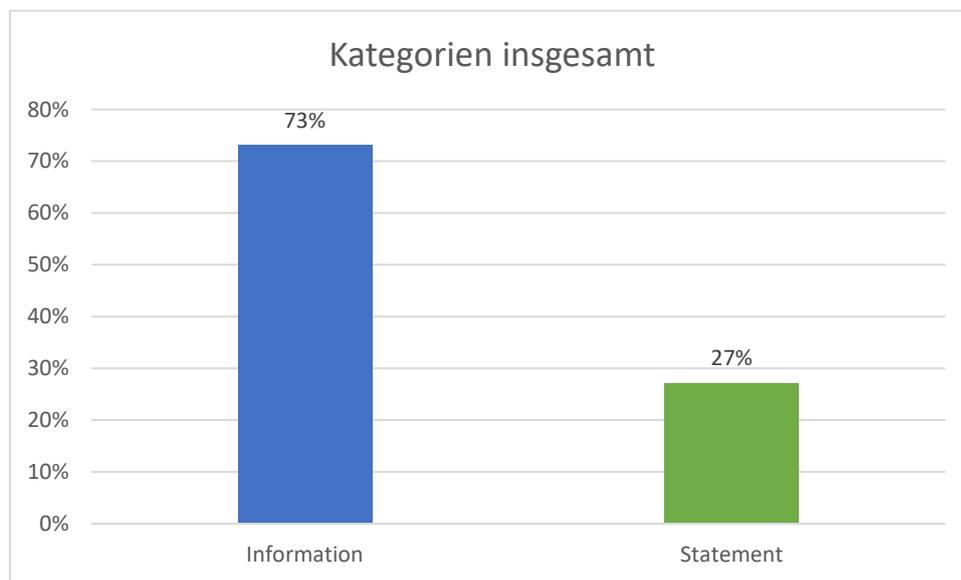


Abbildung 8: Anzahl der Kategorien *Information* und *Statement* insgesamt

## Unterkategorien

Zusätzlich zu den bisherigen Unterkategorien wurden drei neue Unterkategorien gebildet: *Behandlungswege*, *Erziehung* und *Wie funktioniert Therapie*.

Aus dem gesichteten Material ergaben sich folgende Unterkategorien:

- *Behandlungswege* → Es werden die organisatorischen Abläufe zur Sicherung eines Therapieplatzes beschrieben.
- *Wie funktioniert Therapie* → Beitrag stellt die Inhalte und Abläufe eines Therapieprozesses dar.
- *Erziehung* → Beitrag beschäftigt sich mit Erziehungsthemen.

- Diagnose → Beitrag thematisiert die Diagnosestellung. Erfahrungsbericht → Beitrag stellt das Erleben eines Betroffenen dar.
- Erfahrungsbericht mit Beschwerde → Beitrag stellt das Erleben eines Betroffenen dar und kritisiert ein bestimmtes Thema.
- Erfahrungsbericht mit Therapiemotivation → Beitrag stellt das Erleben eines Betroffenen dar und motiviert zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten.
- Genese der Störung → Im Beitrag wird erklärt, wie die Störung entsteht.
- Kein Thema nur Drama → Im Beitrag wird kein bestimmtes Thema adressiert, er besteht aus dramatischer Musik und Bildern oder Kurzvideos.
- KJPP-Alltag → Im Beitrag wird der Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) dargestellt
- Mental health literacy → Im Beitrag werden Informationen über seelische Gesundheit zur Verfügung gestellt.
- Motivation → Im Beitrag werden die Stärken der Störung in den Vordergrund gestellt.
- Rechte → Im Beitrag wird über Patientenrechte informiert.
- Suizid → Im Beitrag wird Suizid thematisiert.
- Symptome → Im Beitrag wird sich mit den Symptomen einer Störung befasst.
- Therapiemethode → Im Beitrag wird eine Möglichkeit der Behandlung dargestellt.
- Therapiemethode (Alternativ) → Im Beitrag wird eine alternative Möglichkeit der Behandlung dargestellt.
- Therapiemethode (Medikamente) → Im Beitrag wird ein Medikament als Möglichkeit der Behandlung dargestellt.
- Überblick über das Krankheitsbild → Im Beitrag werden mehrere der folgenden Themen behandelt: Symptome, Verlauf, Ätiologie, Klassifizierung.
- Überblick über das Krankheitsbild und Therapie → Im Beitrag werden mehrere der folgenden Themen behandelt: Symptome, Verlauf, Ätiologie, Klassifizierung. Zusätzlich werden Behandlungsmöglichkeiten dargestellt.
- Verhalten von Angehörigen → Im Beitrag wird sich mit dem Verhalten von Angehörigen befasst.
- Werbung für Veranstaltung → Im Beitrag wird Werbung für eine Veranstaltung gemacht.

Der Großteil der Beiträge stammt von Personen, die nicht selbst betroffen sind (93%) (siehe Abbildung 9). Dabei wurde ca. ein Drittel der Beiträge von selbst Betroffenen als

schädlich eingestuft, wobei der restliche Anteil aufgrund des subjektiven Erfahrungscharakters neutral gewertet wurde (siehe Abbildung 10).

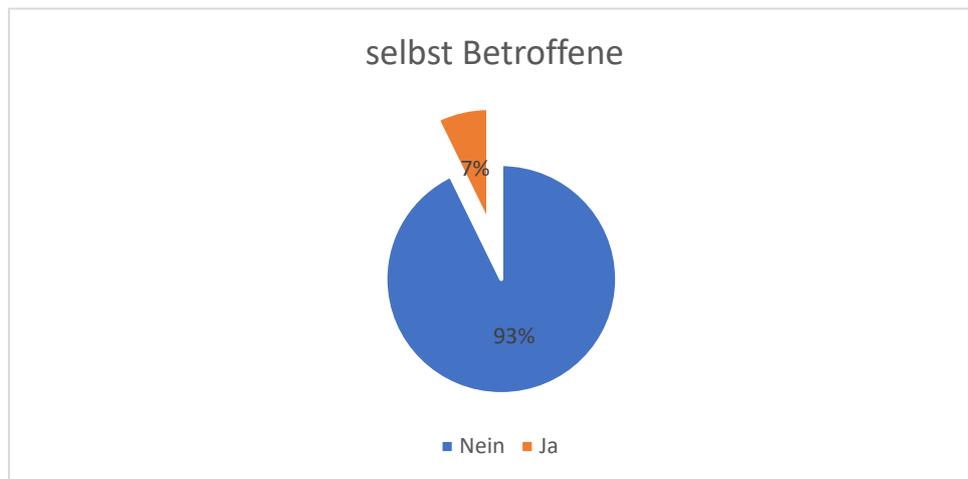


Abbildung 9: Anzahl selbst Betroffener

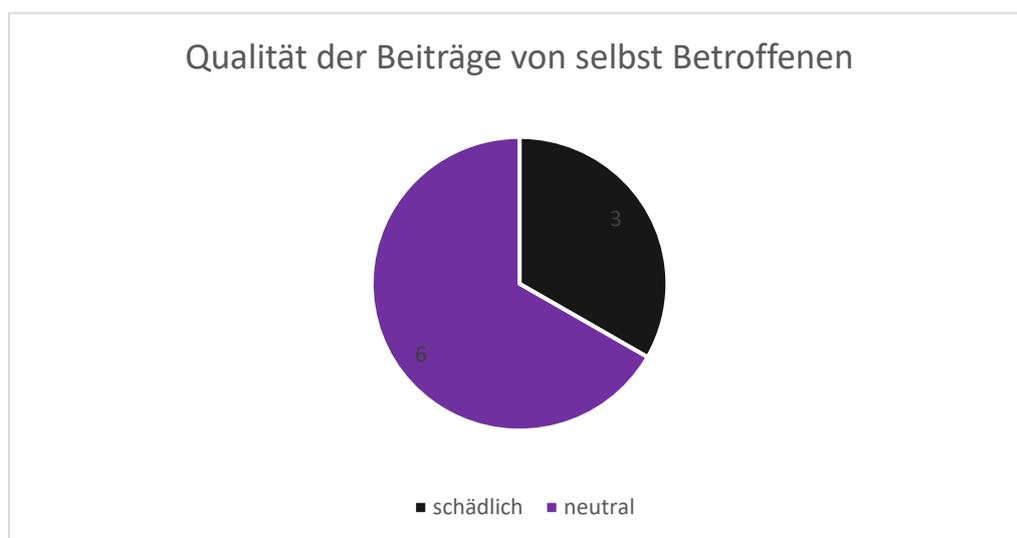


Abbildung 10: Qualität der Beiträge von selbst Betroffenen

Insgesamt ist die Mehrheit der Beiträge der höchsten Qualitätsstufe fachlich richtig von Fachkräften zuzuordnen (siehe Abbildung 11). Fachlich richtige Beiträge von Laien sind zu diesem Thema deutlich seltener zu finden. Den zweitgrößten Anteil machen Beiträge mit Informationen gemischter Qualität aus (nicht richtig, nicht falsch) (siehe Abbildung 11). Dennoch sind Beiträge, die als fachlich falsch und schädlich eingeschätzt wurden, ebenfalls zu finden.

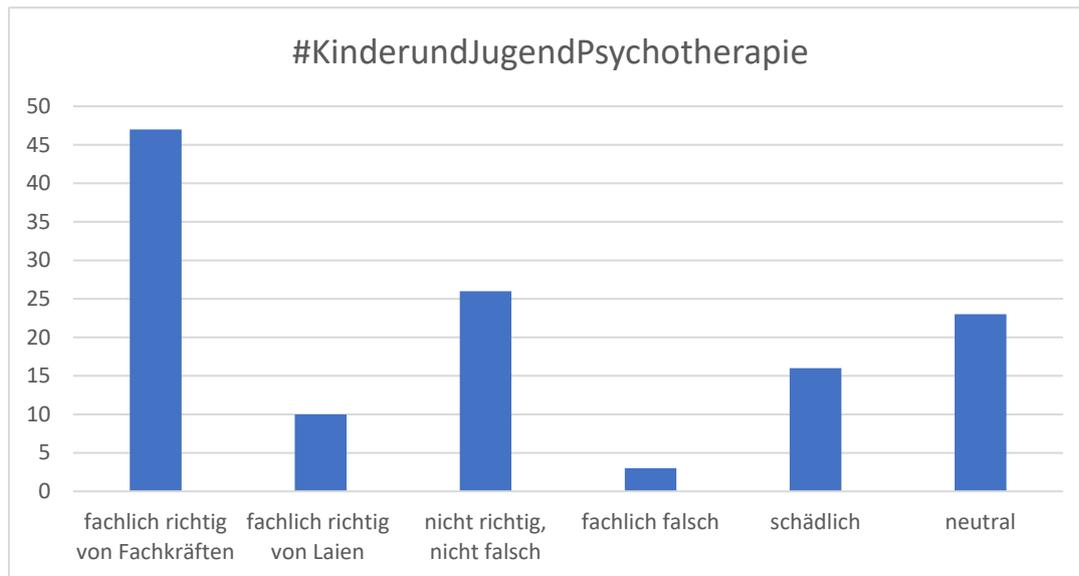


Abbildung 11: Qualität der Beiträge nach Plattform

## Schlussfolgerung

Besonders im Vergleich zu den anderen verwendeten Suchbegriffen der Störungsbilder (mehrere Millionen) ist die Quantität der Beiträge zu Kinder- und Jugendpsychotherapie (wenige Hundert) zum Zeitpunkt der Recherche sehr gering. Dafür liefern diese wenigen Beiträge häufiger hochwertige Informationen. Bei diesem Hashtag finden sich Informationen zu Strukturen des Gesundheitssystems im weitesten Sinne, also dazu, wie man an eine Therapie gelangen kann (Unterkategorie „Behandlungswege“). Es gibt hier auch Informationen dazu, was Psychotherapie überhaupt ist (Unterkategorie: „Wie funktioniert Therapie“). Zusätzlich drehen sich viele Beiträge um verwandte Themen und andere Therapieformen (z. B. Ergotherapie, Kunsttherapie, Spielangebote, Bauernhof-Arbeit, Jugendhilfe, etc.) Diese wurden nicht miteinbezogen.

Neu dazugekommen ist auch die Unterkategorie „Erziehung“, da es unter diesem Hashtag einige Beiträge zum Thema Kindererziehung im Allgemeinen und Ratschläge gibt (z. B.: „Wie tröste ich mein Kind?“ oder „Wie kann ich mein Kind bei der Emotionsregulation unterstützen?“). Unter diesem Hashtag gibt es auch undifferenzierte Beiträge zu beliebten Themen wie Parentifizierung, Trauma oder Narzissmus, die in die Unterkategorie „mental health literacy“ fallen und teilweise die Gefahr der Selbstdiagnose fördern könnten. Es ist zu vermerken, dass unter diesem Suchbegriff deutlich mehr Beiträge zu dem Thema „Rechte“ der Kinder zu finden sind als unter allen anderen Suchbegriffen (Fremdbestimmung, Inobhutnahme, Therapie ohne Zustimmung der Eltern, mehrfach zum Zweck der Rekrutierung. Dabei mangelt es an neutralen Aufklärungsformaten, zur Schweigepflicht u. W.).

Auf allen Plattformen richteten sich die meisten Beiträge explizit an Erwachsene, wie Eltern, Fachkräfte und Ausbildungsinteressierte. Fachkräfte mit den unterschiedlichsten Ausbildungshintergründen nutzen die sozialen Medien als Werbung für ihre eigenen Therapieangebote oder die alle möglichen Therapieoptionen aufzählen. Die wenigen Beiträge, welche eher für die Zielgruppe selbst erstellt werden, stammen meistens von Jugendlichen selbst und stellen weniger informative, subjektive Erfahrungen dar. Hier könnte noch viel mehr Aufklärungsmaterial für die Zielgruppe in den sozialen Medien angeboten werden.

### **7.2.3 Zusammenfassung**

Es gibt eine Vielzahl an qualitativ hochwertigen Informationen in den sozialen Medien zu den genannten Suchbegriffen. Insbesondere zu dem Suchbegriff *Kinder- und Jugendpsychotherapie/child and adolescent psychotherapy* finden sich zum Zeitpunkt der Recherche in den sozialen Medien (YouTube, TikTok, Instagram) zwar nur sehr wenige, dafür aber vergleichsweise qualitativ hochwertige Informationen. Künftig könnte es hilfreich sein, wenn mehr und an die Zielgruppe adressierte Beiträge rund um dieses Thema auf diesen Plattformen zugänglich wären. In Bezug auf die Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie konnte weniger gefunden werden. Die Beiträge, die es zu dem Thema gibt, sind vorrangig Erfahrungsberichte oder Erfahrungsberichte mit Beschwerde. Es gibt zu allen Suchbegriffen auch nicht therapieförderliche Inhalte, die von den Kindern und Jugendlichen auf den betreffenden Plattformen ohne Reflexion konsumiert werden können und diese in ihrem Erleben beeinflussen. Dies sollte therapeutisch Handelnden bewusst sein und mit den Kindern und Jugendlichen besprochen werden. Fakt ist, dass die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen sich auch in Bezug auf psychische Erkrankungen in den sozialen Medien abspielt sowohl im Sinne der Informationspraxis als auch als Möglichkeit das eigene Erleben darzustellen und mit anderen Nutzerinnen und Nutzern darüber ins Gespräch zu kommen bzw. Anerkennung und Anteilnahme zu erhalten.

## **7.3 Internetrecherche zu Informationen im Bereich der Selbsthilfe, Fachgesellschaften und allgemeinen Gesundheitsinformationen in Deutschland**

### **7.3.1 Selbsthilfe**

Im Rahmen der Selbsthilfe stehen einzelne zuverlässige Informationsquellen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sowohl online als auch in schriftlicher Form zur Verfügung. Dazu zählen bspw. Informationen über Erkrankungen, Diagnosen, Therapiemöglichkeiten und Selbsthilfekontaktstellen, die vorrangig an Erwachsene gerichtet sind.

Vereinzelt stehen kindgerechte Materialien und auch Verlinkungen zu kindgerechten Videos zur Verfügung. Die meisten Informationen für Kinder und Jugendliche sowie Familien sind zum Thema ADHS zu finden. Zahlreiche Informations- und Aufklärungsbroschüren hierzu, auch in leichter Sprache, und Hinweise zu Selbsthilfegruppen finden sich auf den Internetseiten der Selbsthilfeorganisation [ADHS Deutschland e. V.](#) und einer [Selbsthilfegruppe für betroffene Eltern](#). Zu nennen sind ebenfalls die Webportale [www.adhs.info](#) sowie [www.zentrales-adhs-netz.de](#), die vom Universitätsklinikum Köln mit einer Grundförderung durch das BMG entwickelt wurden und Informationen bzw. Videos für Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pädagoginnen und Pädagogen bereitstellen. Die [Deutsche Angst-Hilfe e. V.](#) und die [Deutsche DepressionsLiga e. V.](#) informieren zu den Themen Depression, Angst- und Zwangsstörungen. Diese Internetseiten sind entsprechend ihrer Darstellung und Sprache eher an Erwachsene gerichtet. Für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern sowie für Familien mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen bietet der [Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.](#) altersangepasste Informationsmaterialien an. So findet sich hier z. B. ein Comicbuch namens „Die Wunschperle“ sowie Verlinkungen zu thematischen Videos des Westdeutschen Rundfunks (WDR). [NACOA Deutschland, die Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.](#) stellt Informationsmaterialien und Videos für betroffene Kinder und Jugendliche online bereit. Das [Kindernetzwerk e. V.](#), ein Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen, bietet eine Beratungssuchmaschine für Betroffene zu über 2.000 Krankheitsbildern an, darunter Selbsthilfeorganisationen, Peer- und Transitionsberatung und einen Kummerkasten. Einschränkend ist zu erwähnen, dass der Dachverband chronische Erkrankungen und Behinderungen umfasst und nicht psychiatriespezifisch ist. Der [Dachverband Gemeindepesychiatrie e. V.](#) stellt Kinderbroschüren für Kinder psychisch erkrankter Eltern zur Verfügung.

Das Datenbankprojekt für Individuelle Patient\*innen-Erfahrungen Deutschland (DIPEX Germany), das am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane angesiedelt ist, veröffentlicht auf der Internetseite [www.krankheitserfahrungen.de](#) Erfahrungswissen z. B. zu den Störungsbildern ADHS bei Kindern und Jugendlichen oder Anorexie und Bulimie. Zum Themenbereich ADHS wurden insgesamt 30 Interviews mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in ganz Deutschland geführt.

### **7.3.2 Gesundheitsinformationen und Fachgesellschaften auf Bundesebene**

Die Informationsportale [gesund.bund.de](#) und [www.gesundheitsinformation.de](#) bieten Informationen zum Themenbereich Gesundheit und im Speziellen auch zur psychischen Gesundheit an. [gesund.bund.de](#) ist ein Gesundheitsportal des BMG und wird u. a. in

Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt. Das IQWiG selbst ist Herausgeber des Portals [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de). Beide veröffentlichen Informationen zu verschiedenen Krankheitsbildern, z. B. Angst- und Zwangserkrankungen, ADHS, Depression und Schizophrenie. Auch Informationen zu Themen der Gesundheitsversorgung wie z. B. Arzneimittel sowie Patientenrechte und Selbsthilfe sind dort zu finden. Beide Informationsportale können in Gebärdensprache und leichter Sprache angezeigt werden und sind von zeitlicher Aktualität gekennzeichnet. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine Mediathek (<https://gesund.bund.de/service/mediathek>), die Videos zu den Themen Angststörung, Depression und Burn-out-Syndrom über einen YouTube-Kanal zur Verfügung stellt. Diese Videos sind nicht an Kinder und Jugendliche adressiert.

Die [Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.](#) (DGKJP) verweist auf ihrer Internetseite u. a. auf das Video der Sendung mit der Maus-Spezial „[Die unsichtbare Krankheit](#)“, das kindgerecht psychische Störungen im Kindesalter thematisiert.

Der Fernsehbeitrag [Quarks: Psychisch gesund: Was schadet, was hilft](#) des Westdeutschen Rundfunks thematisiert die psychische Gesundheit und bezieht die Perspektive von Betroffenen mit ein. Das Video ist nicht an Kinder und Jugendliche adressiert.

Die von den Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gegründete Stiftung [Achtung!Kinderseele](#) veröffentlicht auf ihrer Internetseite Informationen zur psychischen Gesundheit und psychischen Erkrankungen, teils werden in den Texten auch jugendliche Leserinnen und Leser direkt angesprochen. Zudem werden Beratungs- und Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche genannt sowie Seminare zur psychischen Gesundheit für Eltern. Für junge Auszubildende wird ein E-Learning-Programm zu verschiedenen psychischen Erkrankungen angeboten.

Neben Informationen und Hilfestellungen zur Aufnahme einer Psychotherapie werden auf [www.therapie.de](http://www.therapie.de) und der Internetseite der [Bundespsychotherapeutenkammer](#) (BPtK) u. a. Informationen zu psychischen Erkrankungen und den verschiedenen Therapien zur Verfügung gestellt. Die BPtK bietet mit [www.gefuehle-fetzen.net](http://www.gefuehle-fetzen.net) eine Extra-seite für Jugendliche zum Thema Gefühle an.

Das [Aktionsbündnis Seelische Gesundheit](#) als bundesweite Initiative bietet darüber hinaus deutschlandweit im Rahmen von regionalen Veranstaltungswochen Informationen, Aufklärung und Workshops zur seelischen Gesundheitsförderung und Antistigmatisierungskampagnen für Erwachsene an.

Unter der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (seit dem 13.02.2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit – BIÖG) herausgegebenen Internetseite [www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de) können Eltern und Fachkräfte neben Informationen zur somatischen Gesundheit auch Informationen zur psychischen Gesundheit von

Kindern im Alter von null bis sechs Jahren erhalten. Umfassendere Informationen zu Essstörungen veröffentlicht die BZgA unter [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de). Kinder und Jugendliche werden hier nicht direkt adressiert. Für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien stehen kindgerechte Broschüren zur Verfügung.

Das [Informationsportal der Berufsverbände für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie in Deutschland](#) enthält u. a. Informationen über psychische Störungen, Diagnostik und Therapie. Kinder und Jugendliche werden nicht direkt angesprochen.

### 7.3.3 Schlussfolgerung

Insgesamt betrachtet lässt sich feststellen, dass Quellen an Informationen in Bezug auf psychische Gesundheit und psychische Störungen sowie Therapieoptionen im deutschsprachigen Internet zur Verfügung stehen. Es fehlt an einem digitalen Gesamtüberblick in einer alle Informationen zusammenführenden Internetquelle. Zudem ist einschränkend festzustellen, dass die Informationen stärker für Erwachsene ausgelegt sind und Kinder sowie Jugendliche in einem geringeren Umfang adressiert werden.

## 7.4 Auswertungsergebnisse der durchgeführten Interviews

### 7.4.1 Auswertungsergebnisse der Interviews mit Kindern und Jugendlichen

#### Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 33 Kinder und Jugendliche in der Studie interviewt.

Davon waren acht im Alter von 6-9 Jahren, 13 im Alter von 10-13 Jahren und 12 gehörten der Altersgruppe der 14-18-Jährigen an (siehe Tabelle 6).

<b>Altersgruppe</b>	<b>N</b>
6 – 9 Jahre	8
10 – 13 Jahre	13
14 – 18 Jahre	12

*Tabelle 6: Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen*

14 Kinder und Jugendliche haben sich dem weiblichen, 17 dem männlichen und zwei dem diversen Geschlecht zugeordnet (siehe Tabelle 7).

<b>Geschlecht</b>	<b>N</b>
männlich	17
weiblich	14
divers	2

*Tabelle 7: Geschlecht der Kinder und Jugendlichen*

12 der interviewten Kinder und Jugendlichen befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews im vollstationären, 12 im teilstationären und neun im ambulanten Behandlungssetting (siehe Tabelle 8).

<b>Behandlungssetting</b>	<b>N</b>
ambulant	9
teilstationär	12
vollstationär	12

*Tabelle 8: Behandlungssetting der Kinder und Jugendlichen*

Bei 10 der Kinder und Jugendlichen wurde nach ICD-10 ein ADHS oder ADS, bei weiteren 10 eine Angststörung und bei 13 eine depressive Störung als Hauptdiagnose diagnostiziert (siehe Tabelle 9). Bei 20 der befragten Kinder und Jugendlichen wurde mindestens eine Nebendiagnose diagnostiziert.

<b>Diagnosegruppe</b>	<b>N</b>
Depressive Störung	13
Angststörung	10
ADHS und ADS	10

*Tabelle 9: Diagnose der Kinder und Jugendlichen*

11 der an der Studie teilnehmenden Kinder besuchten zum Zeitpunkt des Interviews die Grundschule. Die Mehrheit (11) der älteren Kinder und Jugendlichen besuchte das Gymnasium als weiterführende Schulform (siehe Tabelle 10). Zu der Schulform Oberschule zählen auch Realschule, Gemeinschaftsschule und Gesamtschule.

<b>Schulform</b>	<b>N</b>
Grundschule	11
Gymnasium	11
Oberschule	7
Andere Schulform	4

*Tabelle 10: Besuchte Schulform der Kinder und Jugendlichen*

19 der befragten Kinder und Jugendlichen lebten zum Zeitpunkt des Interviews mit zwei und 11 mit einem Elternteil zusammen (siehe Tabelle 11).

<b>Wohnsituation</b>	<b>N</b>
Lebt mit zwei Elternteilen zusammen (und Geschwistern)	19
Lebt mit einem Elternteil (Mutter) zusammen (und Geschwistern)	11
Lebt in einer Einrichtung	1
Keine Information	2

*Tabelle 11: Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen*

Aus der Stichprobenbeschreibung wird deutlich, dass die meisten befragten Kinder und Jugendlichen einen mittleren bis hohen sozio-ökonomischen Status aufwiesen. Nur ein Kind lebte in einer Einrichtung der stationären Jugendhilfe und der Großteil der Jugendlichen besuchte das Gymnasium.

### **Wie erleben die jüngeren Kinder die Informationspraxis und ihre Möglichkeit des Einbezugs und der Mitbestimmung?**

Aus den Interviews wird deutlich, dass die jüngeren Kinder andere Bedürfnisse in Bezug auf Information und Partizipation äußern als die Jugendlichen, weshalb im folgenden Abschnitt die Altersgruppe der 6-9-Jährigen besonders betrachtet wird. Bei den weiteren Abschnitten stehen die Kinder und Jugendliche in den Altersstufen 10-13 Jahre und 14-18 Jahre vorrangig im Fokus.

Auch in der Literatur sind Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersklassen in Bezug auf Information und Partizipation zu finden. So konnte in der Studie von Rothärmel, 2006, in die auch jüngere Kinder eingeschlossen wurden, festgestellt werden, dass sowohl das Informationsbedürfnis als auch der Wunsch nach Partizipation mit dem Alter anstieg. Wobei hier insbesondere den Eltern das Recht zugeteilt wird, über die Kinder betreffende Belange zu entscheiden (ebd.). Es kann davon ausgegangen werden, dass der Anspruch von jüngeren Kindern mitzuentcheiden nicht so hoch ist wie bei älteren Kindern und Jugendlichen, da sie es aus der Familie und der Schule nicht gewohnt sind, solche Entscheidungen zu treffen oder mit einbezogen zu werden oder auch, weil sie sich damit überfordert fühlen würden.

Nach neopiagetianischen Konzepten werden abstrakte Denksysteme erst im letzten Stadium erworben, so dass die Fähigkeit zu logischen Schlussfolgerungen unter

Berücksichtigung verschiedener miteinander in Beziehung stehender Dimensionen entwicklungspsychologisch erst mit dem Alter entwickelt wird (Lohaus & Vierhaus, 2019).

In den zwei weiteren Alterskategorien (10-13 Jahre und 14-18 Jahre) ließen sich inhaltlich keine klaren Abgrenzungen finden, was mit einem fließenden Übergang ins Jugendalter erklärt werden kann, das in dieser Altersspanne eintritt. Die Ergebnisse dieser Altersklasse finden sich in den folgenden Kapiteln.

In der Altersgruppe der 6-9-Jährigen zeigt sich, dass die Kinder sowohl im Zeitraum vor als auch im Zeitraum während der Behandlung über ihre psychische Erkrankung sowie über ihre Behandlung wenig informiert sind. In den Interviews der vorliegenden Untersuchung äußern die befragten 6-9-Jährigen allerdings auch eher wenig Interesse an Informationen aus diesem Themenbereich. Informationen zu den Stationsabläufen scheinen für die 6-9-jährigen Kinder wichtiger zu sein. Hierüber fühlen sie sich teilweise auch gut informiert.

Der Einbezug und die Möglichkeit der Mitbestimmung werden in der Gruppe der 6–9-Jährigen unterschiedlich erlebt. Einige geben an, dass sie mitbestimmen können, andere sagen, dass die Erwachsenen die Entscheidungen allein treffen würden. Auffallend ist, dass der Wunsch nach Partizipation in dieser Altersgruppe nicht so ausgeprägt zu sein scheint. Insbesondere therapeutische Behandlungsentscheidungen werden gerne der Fachkraft überlassen. Die Kinder in der Gruppe der 6-9-Jährigen beschäftigen eher die Regeln, die es auf den Stationen und in den Tageskliniken gibt, an die sie sich halten müssen und sie wünschen sich bei den Ausflügen, die gemacht werden, mitentscheiden zu können.

## **Ergebnisse zu Information**

### **Welche Themen sind den Kindern und Jugendlichen wichtig?**

#### **Wunsch nach Informationen zum allgemeinen und individuellen Behandlungsablauf sowie der Behandlungsdauer**

In allen drei Behandlungssettings (ambulant, teilstationär und stationär) sind für die Kinder und Jugendlichen, für die eine Behandlung geplant ist bzw. die sich gerade am Anfang ihrer Behandlung befinden, v. a. standardisierte Informationen zum Behandlungsablauf relevant. Im Rahmen einer (teil)stationären Behandlung besteht der Wunsch nach Informationen zum Stationsalltag wie z. B. dem Tagesablauf, Therapieangeboten oder aber auch die Erläuterung der Visite, medizinischer Eingriffe wie Blutabnahmen sowie zu den Stationsregeln (Handyzeiten, Essensregeln, Ausgang, Medienzeit). Des

Weiteren interessiert die Kinder und Jugendlichen der Ablauf der Klinikschule wie z. B. die Größe der Lerngruppen oder die Unterrichtszeiten.

Im Verlauf der Behandlung werden in allen drei Behandlungssettings vor allem Informationen zum individuellen Behandlungsablauf für die Kinder und Jugendlichen wichtig. Hierzu zählen im Sinne der Aufklärung die individuellen Therapiemöglichkeiten inklusive Informationen zur Medikation, unabhängig davon, ob eine Medikation in Erwägung gezogen wird sowie die geplante Behandlungsdauer. Kinder und Jugendliche, die sich in einer (teil)stationären Behandlung befinden äußern teils Unwissen darüber, wer, wann und in welchem Rahmen Entscheidungen getroffen werden, die ihre Behandlung betreffen und wünschen sich diesbezüglich eine bessere Informationsvermittlung. Sie berichten auch, dass ihnen nicht bekannt ist, wobei sie mitentscheiden können und wünschen sich, dass ihnen das klarer kommuniziert wird. In einem Interview wird auch der Wunsch nach Informationen zur ambulanten Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt geäußert.

*„Für mich wäre vielleicht auch wichtig gewesen, dass man sagt „Man muss nicht unbedingt Medikamente nehmen.“. Ich finde es war schon relativ klar, dass das noch passieren muss. Also ich habe nichts gegen Medikamente so und auch gegen den Weg, aber das ist durchaus auch einen Weg gibt vielleicht auch ohne.“ (Ambulant, 15 Jahre)*

In allen drei Behandlungssettings äußern vor allem ältere Kinder und Jugendliche den Wunsch nach Transparenz in Bezug auf ihre Diagnosen, auch wenn es sich um Verdachtsdiagnosen handelt. Hierzu zählen das Mitteilen der Diagnosen, die Ursachen, die Auswirkungen, der Umgang damit und was man selbst zur Genesung beitragen kann.

*„Ich glaube ich hätte gerne noch gewusst, eben nicht nur, wie es mit der Essstörung abläuft, sondern auch, wie es mit Depressionen und sozialen Ängsten wird, weil zu dem Zeitpunkt, wusste ich nicht, dass ich sie hab, aber ich habe dann später mitbekommen, dass es anscheinend lange schon so in meinen Akten als Vermutung drinsteht, aber ich irgendwie davon nicht mitbekommen habe.“ (Station, 16 Jahre)*

In diesem Zusammenhang wurde in einem Interview auch der Wunsch nach einer Einschätzung von Ärztinnen bzw. Ärzten zum Schweregrad der Erkrankung geäußert, als Legitimation „krank zu sein“.

*„Es ist, wenn man erkrankt ist, sage ich mal, denkt man immer, dass die eigenen Probleme gar nicht so wichtig sind oder gar nicht so schlimm, weil es ja anderen schlechter geht. Und für mich wäre es halt leichter, mit Diagnosen von Ärzten, die dann auch wirklich sagen können, wie es mir geht, sage ich mal, ja, von denen so eine Einschätzung zu haben.“ (Tagesklinik, 13 Jahre)*

### **Berichte von anderen Betroffenen sind hilfreich**

In der Gruppe der 10-13- und 14-18-Jährigen werden Berichte von anderen Betroffenen aus dem Internet als hilfreich beschrieben. Sie vermitteln den Kindern und Jugendlichen

das Gefühl, nicht allein zu sein und dass geeignete Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Allerdings muss hier auch ein von den Kindern und Jugendlichen beschriebener möglicher negativer Einfluss auf das psychische Befinden beachtet werden. Zudem hat das Wissen um eine Vielzahl anderer Betroffener einen Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen. Hier wird z. B. vereinzelt Betroffenheit geäußert sowie ein dadurch entstehendes Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Gleichgültigkeit die eigene Genesung betreffend.

*„Du fühlst dich teilweise auch verstanden. Manchmal. Also ja es hilft schon, weil du merkst ok anderen geht's auch so. (...). I: Gab's auch mal Situationen, wo du gemerkt hast, oh, das tut mir jetzt gerade nicht so gut so viele Beiträge über zum Beispiel Depression zu sehen? B: Ja. (...) Man fühlt sich halt eigentlich meistens unwohl. Man fühlt sich einfach schlechter als im Voraus.“ (Station, 13 Jahre)*

*„Also erstmal ist es natürlich eine Erleichterung, wenn du weißt, dass du nicht alleine darin bist, und dir auch geholfen werden kann. Aber andererseits ist es natürlich auch nicht so schön, dass das wirklich so viele Leute haben.“ (Ambulant, 13 Jahre)*

*„Hmm, größtenteils, dass ich so irgendwie so ein Stechen-Gefühl bleiben wollte, sage ich mal. Weil ich einfach eben wusste, dass es vielen Leuten so geht und ich will einfach jetzt- Dachte „Ja, die Mühe lohnt sich jetzt einfach nicht, wenn sich so viele Menschen so fühlen, jetzt“. Aber egal, wenn ich mich auch so fühle, also.“ (Station, 16 Jahre)*

## **Wann möchten die Kinder und Jugendlichen informiert werden?**

### **Vermittlung von standardisierten Informationen zur Behandlung vor oder bei Behandlungsbeginn**

Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen gibt an, kein Vorwissen über die ambulante oder (teil)stationäre Behandlung und das behandelnde Krankenhaus zu haben. Zum Themenbereich Behandlung äußern mehrere Befragte aus allen drei Behandlungssettings den Wunsch, dass standardisierte Informationen zur Behandlung vor oder bei Behandlungsbeginn vermittelt werden. Sie wünschen sich eine frühere Informationsvermittlung zum Stationsalltag wie z. B. dem Tagesablauf und Stationsregeln sowie zum allgemeinen Behandlungsablauf.

*„Oder so, keine Ahnung, „Durchschnittlich bei Depressionen dauert die Behandlung drei Monate“. Allein sowas würde mir ja reichen.“ (Station, 13 Jahre)*

In Bezug auf Informationen zum behandelnden Krankenhaus zeigen sich die Kinder und Jugendlichen dennoch zufrieden mit der Informationsvermittlung, da hier im Nachhinein kein Wunsch nach mehr Informationen im Vorfeld der Behandlung geäußert wird.

## **Akteure außerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Familie spielen aktuell keine nennenswerte Rolle in Bezug auf die Informationsvermittlung**

Sowohl vor als auch während einer Behandlung erfolgt die Informationsvermittlung in den meisten Fällen durch die Fachkräfte, insbesondere durch die Therapeutinnen und Therapeuten. Vor der Behandlung erhalten die Kinder und Jugendlichen zudem vermehrt Informationen von Familienmitgliedern zu ihrer Erkrankung. Andere Institutionen im Gesundheitswesen bzw. im Fachgebiet der Prävention sowie Akteure im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wie z. B. die Schule übernehmen demnach keine wesentliche Funktion in der Informationsvermittlung. Nur in einem Interview wurde der Schulunterricht als Ort der Vermittlung genannt. Die erhaltenen Informationen wurden in Nachhinein jedoch als nicht hilfreich beschrieben.

*„Das heißt wir hatten da auch davor schon Essstörung als Thema in der Schule, obwohl das da so ein bisschen, der Unterricht so ein bisschen merkwürdig war. Weil, wir haben halt so Filme dann gezeigt bekommen und haben halt über das Thema geredet. Aber so ich fand die Moral dabei war halt einfach, dass man dann bei Essstörung stirbt. Das heißt, da habe ich jetzt nicht so Information herbekommen können (...). Deswegen habe ich mich dann selber damit beschäftigt.“ (Station, 16 Jahre)*

## **In welcher Form möchten die Kinder und Jugendlichen informiert werden?**

### **Auswahl an mündlichen und schriftlichen Informationsformen**

Vor einer ambulanten oder (teil)stationären Behandlung erfolgt die Informationsvermittlung zur psychischen Erkrankung, zur Behandlung sowie zum behandelnden Krankenhaus hauptsächlich im Rahmen von Gesprächen sowie durch das Internet und die sozialen Medien. Als Informationsquelle über die psychische Erkrankung werden mehrheitlich Gespräche und das Internet bzw. die sozialen Medien genannt. In Bezug auf den Themenbereich Behandlung wurden nur wenige Aussagen gemacht, so dass sich hier keine eindeutige Tendenz erkennen lässt. Als Form der Informationsvermittlung über das Krankenhaus werden überwiegend Gespräche, Vorgespräche sowie Besichtigungen angegeben.

*„ich hatte ja auch einen Besichtigungstermin“ (Station, 17 Jahre)*

Während einer ambulanten oder (teil)stationären Behandlung erfolgt die Informationsvermittlung zu den drei Themenbereichen sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form. Als Informationsquelle über die Erkrankung und die Behandlung werden von den Kindern und Jugendlichen mehrheitlich Gespräche genannt. Als Form der Informationsvermittlung über den (teil)stationären Aufenthalt wird neben der mündlichen Form auch vermehrt die schriftliche Form beschrieben. Die Kinder und Jugendlichen erwähnen

Pläne, Plakate und Tafeln worüber z. B. Stationsregeln und Termine kommuniziert werden. Als mündliche Informationsform in Bezug auf Themen zum (teil)stationären Aufenthalt werden überwiegend Gespräche, aber auch Patientenmeetings und das Patensystem genannt.

*„Also am Anfang, wenn man hier neu ist, kriegt man immer so einen Paten und der erklärt dir dann erst mal alles. Und ja, also ein Pate ist ein anderer Patient, der dir einfach hilft im Alltag.“ (Station, 15 Jahre)*

Die Kinder und Jugendlichen präferieren unterschiedliche Informationsformen, je nach ihren individuellen Bedürfnissen. Diese sind abhängig vom Alter, der Schulform oder auch erkrankungsspezifischen Faktoren und unabhängig vom Behandlungssetting. Es lässt sich keine Tendenz zu einem bestimmten Informationsmedium erkennen. Teils wird auch der Wunsch nach der Nutzung von verschiedenen, sich ergänzenden Informationsformen geäußert. Es besteht der Bedarf sowohl an schriftlichen als auch an mündlichen sowie analogen und digitalen Informationsformen, die den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung gestellt bzw. angeboten werden.

Auch im Wunsch nach Information sowie der Fähigkeit diese einzufordern, zeigen sich Unterschiede. Bei einigen Kindern und Jugendlichen besteht der Wunsch, Fragen an die Fachkräfte stellen zu können.

*„Wenn es jemand erklärt und wenn dann noch Papier, weil für den Fall, dass man dann nicht alles gecheckt hat, was man erklärt wurde, kann man es nochmal nachlesen (...).“ (Station, 15 Jahre)*

### **Mitpatientinnen und Mitpatienten übernehmen Vermittlungsfunktion**

Während einer (teil)stationären Behandlung, v. a. in Bezug auf Informationen zum Aufenthalt, haben Mitpatientinnen und Mitpatienten eine zunehmende Vermittlungsfunktion. Diese Form der Informationsvermittlung dient der Weitergabe standardisierter Informationen zum Stationsalltag sowie zum Behandlungsablauf. Diese Informationsform wird als hilfreich, in Bezug auf die Zuständigkeiten als nicht gut organisiert beschrieben.

Hilfreich...

*„(...), weil die halt auch einfach wissen, wie es halt abläuft. Weil sie ja auch schon ziemlich lange hier sind (...).“ (Tagesklinik, 18 Jahre)*

Organisation...

*„Also eigentlich wird ja bei jeder Aufnahme ein Pate, ein oder zwei zugeordnet. Bei mir wurde das auch, aber normalerweise zeigen die ja auch das Klinikgelände. Aber das wurde bei mir irgendwie nicht gemacht. Also ja ich hatte da jetzt nicht irgendwie ja direkt eine Ansprechperson wegen den Paten. (...) ich habe jetzt auch nicht geblickt, was jetzt ein Pate sein soll. Also ich bin da reingelaufen und die haben*

*gefragt „Wer möchte Pate machen und zeigt das Klinikgelände?“, aber die haben das halt nicht gemacht und ich bin dann auch nicht auf die zugekommen und habe halt gefragt.“ (Tagesklinik, 17 Jahre)*

### **Vorgespräche und Besichtigungen als Informationsform**

Als Form der Informationsvermittlung über das behandelnde Krankenhaus im Vorfeld einer (teil)stationären Behandlung werden von den Kindern und Jugendlichen überwiegend Gespräche, Vorgespräche sowie Besichtigungen genannt. Sie äußern sich mit der Vermittlung zu diesem Themenbereich größtenteils zufrieden. Diese Informationsformen vermitteln den Kindern und Jugendlichen einen ersten Eindruck über die anstehende Behandlung inklusive der Räumlichkeiten und des Personals. Zudem besteht die Möglichkeit bei Bedarf Fragen zu stellen.

*„Auch sehr erleichternd eigentlich, weil ich ein Bild davon hatte, was auf mich zukommt und ich das irgendwie für mich einordnen konnte, was passiert.“ (Station, 17 Jahre)*

### **Jugendliche zeigen sich reflektiert im Umgang mit den neuen Medien**

Im Zeitraum vor einer ambulanten oder (teil)stationären Behandlung erfolgt die Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung sowie die Behandlung mehrheitlich im Rahmen von Gesprächen sowie durch die neuen Medien. Hauptsächlich die 14-18-Jährigen nutzen das Internet und die sozialen Medien als Informationsmöglichkeit vor einer Behandlung. Im Speziellen berichten sie von YouTube, TikTok und Google. Vor allem für die Vermittlung von Informationen zur psychischen Erkrankung werden die digitalen Medien von ihnen genutzt.

In den Aussagen lässt sich erkennen, dass die Nutzung des Internets sowie der sozialen Medien sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen haben kann und sie sich dessen bewusst sind. Sie können Risiken benennen, die sie scheinbar selbstständig ohne Unterstützung identifizieren. Es besteht der Wunsch nach vertrauenswürdigen Betroffenenberichten sowie nach wissenschaftlichen, sachlichen Texten zu psychischen Erkrankungen, die auch leicht auffindbar sind.

*„manche Videos sind dann auch komplett falsch und übertreiben alles oder untertreiben alles und da ist Information ist da sehr (...) sehr komisch, also manchmal ist es falsch manchmal ist es nicht wirklich falsch, manchmal ist es richtig.“ (Station, 15 Jahre)*

## **Welche förderlichen Faktoren nennen die Kinder und Jugendlichen für eine gute Informationsvermittlung?**

### **Beziehung und Vertrauen zu den Fachkräften als Basis für eine gute Kommunikation**

Vertrauen zu den Fachkräften stellt für die Kinder und Jugendlichen in allen drei Behandlungssettings einen förderlichen Faktor in Bezug auf eine gute Informationsvermittlung dar. Eine vertrauensvolle Beziehung zu den Fachkräften dient als Grundlage für eine gute Kommunikation und somit für eine gute Informationsvermittlung. In den Aussagen der Kinder und Jugendlichen lassen sich verschiedene Aspekte identifizieren, die das empfundene Vertrauen beeinflussen. Wichtige Voraussetzungen sind u. a. eine empfundene Sympathie für das Gegenüber, eine Kontinuität im Personal bzw. feste Ansprechpersonen, die den Kindern und Jugendlichen auch kommuniziert werden, sowie eine klare Kommunikation und Transparenz in Bezug auf individuelle Behandlungsinformationen. Die Beziehungsebene ist bei der Vermittlung von prozesshaften Informationen zur psychischen Erkrankung bzw. zur individuellen Behandlung in allen drei Behandlungssettings von Bedeutung. Die Kinder und Jugendlichen haben die Möglichkeit Fragen zu stellen und bei Bedarf das Gespräch zu suchen.

*„Ja, das also, Frau [...] schreibt es halt auch auf, was ich halt sage und so und gibt es auch den anderen Therapeuten weiter, falls sie krank oder im Urlaub ist nur ist halt immer komisch, dann sofort einen anderen Therapeuten zu kriegen obwohl du mit einem anderen schon gesprochen hast.“ (Station, 14 Jahre)*

## **Welche Barrieren nennen die Kinder und Jugendlichen für eine gute Informationsvermittlung?**

Für eine gute Informationsvermittlung können die Kinder und Jugendlichen konkrete Barrieren benennen. Diese sind u. a. von der individuellen Situation der Kinder und Jugendlichen, wie z. B. dem Alter, abhängig. Des Weiteren spielen auch strukturelle Gegebenheiten wie z. B. Stationsabläufe oder zeitliche Ressourcen eine Rolle.

### **Altersbedingte Hürden**

*„Ich kann noch nicht lesen so alle Buchstaben“ (Station, 7 Jahre)*

### **Zeitliche Ressourcen**

*„Also, dass man das nicht immer so zwischendurch macht, sondern einmal komplett (Anm.: Informationen zum Behandlungsablauf)“ (Tagesklinik, 13 Jahre)*

## **Was wünschen sich die Kinder und Jugendlichen bezüglich der Informationsvermittlung?**

Die Kinder und Jugendlichen können auch förderliche Faktoren für eine gute Informationsvermittlung benennen. So spielen auch hier strukturelle Gegebenheiten wie z. B. Stationsabläufe oder zur Verfügung stehende Informationsformen eine Rolle. Auch auf der Beziehungsebene lassen sich Aspekte identifizieren, die sich positiv auf die Informationsvermittlung auswirken können.

### **Unmittelbare Weitergabe von individuellen Informationen zur Behandlung**

In allen drei Behandlungssettings äußern die Kinder und Jugendlichen den Wunsch, dass Informationen, die sie und ihre individuelle Behandlung betreffen unmittelbar weitergegeben werden. So besteht der Wunsch, dass Terminänderungen von Therapiegesprächen direkt kommuniziert werden. Auch in Bezug auf einen Wechsel der sie betreuenden Fachkräfte z. B. aufgrund von Urlaub oder Personalwechsel wünschen sich die Kinder und Jugendlichen eine unmittelbare Informationsvermittlung. In einem Interview wird auch der Wunsch nach einer früheren Diagnosemitteilung geäußert.

*„Eben ich finde so, dieses über Termine Bescheid zu bekommen, finde ich oft so ein bisschen kurzfristig“  
(Station, 16 Jahre)*

### **Verständlichkeit der Informationen**

*„Und teilweise stehen die Abkürzungen auch dran, ABER der Schulwochenplan ist so unübersichtlich. Der ist so verwirrend, weil das alles so klein ist. Dann steht da unten so „Namen, Farben“ und dann so Abkürzungen, aber die Abkürzungen werden nicht richtig angegeben. Da stehen einfach nur Fächer dran.“ (Station, 15 Jahre)*

*„War das hilfreich für dich so 'n Zettel zu haben, wo du noch mal drauf gucken kannst? B: Ne' ich versteh' diese Wörter nicht.“ (Tagesklinik, 10 Jahre)*

### **Aktualität der Informationen**

*„manche Infos müssten halt mal aktualisiert werden und ja, das ist halt, finde ich, dann unpraktisch, wenn gesagt wird „Les mal im Flyer nach“ und dann die Infos nicht stimmen.“ (Station, 13 Jahre)*

### **Verlässlichkeit der erhaltenen Informationen**

*„wir haben ja Wochenpläne. Und ja eben ich fände es halt schön, wenn da so die Termine, die man hat, so eingetragen werden und dann auch wirklich so stattfindet, wo man sich sicher sein kann, dass die so stattfinden. Weil das fand ich oft kompliziert.“ (Station, 16 Jahre)*

## **Kommunikation innerhalb des Teams der Fachkräfte**

Die Kinder und Jugendlichen nennen eine gute Kommunikation innerhalb des Teams der Fachkräfte als wichtigen Aspekt für eine gute Informationsvermittlung. Wünsche der Kinder und Jugendlichen waren u. a., dass sich die verschiedenen Fachkräfte (inklusive der Klinikschule) in Bezug auf die individuelle Behandlung untereinander absprechen, so dass ein einheitliches Vorgehen im Team sowie eine übereinstimmende Informationsweitergabe an die Kinder und Jugendlichen gewährleistet ist. Zudem war ein Wunsch, dass Zuständigkeiten wie z. B. Bezugstherapeutin bzw. Bezugstherapeut oder Bezugspflege im Vorfeld geklärt sowie den Kindern und Jugendlichen kommuniziert werden. Dieser Wunsch nach einer klaren transparenten und gewährleisteten Informationsweitergabe wurde auch im Zusammenhang mit Urlaub von Fachkräften oder Personalwechseln geäußert.

*„Zum Beispiel das mit dem Ziel, dass es dann halt als Therapieverweigerung gilt. Nur wie gesagt, Frau [...] hat ja selbst gesagt, dass es mir immer schwerer fällt, ein Ziel zu finden. [...] Nur es war halt so verwirrend, deswegen ich habe das Gefühl, dass die nicht wirklich ein Team sind zueinander.“ (Station, 14 Jahre)*

## **Ergebnisse zu Partizipation**

### **Wie erleben Kinder und Jugendliche ihre Möglichkeit zur Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie?**

#### **Kinder und Jugendliche erleben nicht immer einen Einbezug im Behandlungsalltag**

Die Bewertung der Möglichkeit zur Mitbestimmung in der stationären und teilstationären Behandlung ist unterschiedlich. Einige Kinder und Jugendliche haben das Gefühl, dass sie generell in der Behandlung mitentscheiden können, andere haben das Gefühl, dass sie nicht mitentscheiden können. Die Jugendlichen haben das Gefühl, dass von ihnen getroffene Entscheidungen akzeptiert werden und insbesondere patientengeleitete Gruppen werden als gute Möglichkeit des Einbezugs erlebt. Bzgl. des Ausgangs haben die Kinder und Jugendlichen nicht das Gefühl, dass sie mitentscheiden können und sie berichten davon, dass sie gezwungen werden etwas zu essen, auch wenn sie keinen Hunger haben. Ein großes Thema, das für die Kinder und Jugendlichen wichtig zu sein scheint, sind die Regeln, die auf der Station und in der Tagesklinik gelten. Diese werden mehrheitlich als streng und als unfair erlebt. Hier haben die Kinder und Jugendlichen nicht das Gefühl, dass sie einbezogen werden, sie erleben teilweise sogar, dass das Durchsetzen der Regeln einer Willkürlichkeit des diensthabenden Mitarbeitenden des

Pflege- und Erziehungsdienstes unterliegt. Es werden von unterschiedlichen Konsequenzen bei Regelverstößen berichtet. Diese reichen von Gesprächen mit den Fachkräften oder Verhaltensanalysen bis hin zu Strafen wie ins Zimmer geschickt zu werden, keine Süßigkeiten oder keinen Einzelausgang zu bekommen.

*„Dass ich frühstücken muss. (...) Man kriegt sonst keinen Einzelausgang. (...) Also, so am Anfang dachte ich „Ja, ich brauche keinen Einzelausgang, passt schon.“ Und dann wurde mir mit anderen Konsequenzen gedroht.“ (Station, 15 Jahre)*

### **Kinder und Jugendliche äußern Zufriedenheit mit dem Einbezug in die Therapie**

Die Kinder und Jugendlichen haben das Gefühl aus allen Behandlungssettings (ambulant, teilstationär, stationär) in den Therapiegesprächen mitentscheiden zu können. Mehrfach wird gesagt, dass sie bei den Themen, die in der Therapie besprochen werden und bei der Gestaltung der Therapiesitzung mitentscheiden können. Dies betrifft zum Beispiel die Übungen, die gemacht werden oder die Spiele, die gespielt werden. Aus den Interviews wird deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen es gut finden, wenn die Therapeutin oder der Therapeut die Struktur der Sitzung vorgibt und sie dann bspw. entscheiden können welcher Test zuerst gemacht wird, wann gespielt wird oder über welches Thema geredet wird. Die Kinder und Jugendlichen berichten mehrheitlich, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt werden bzw., dass sie das Gefühl haben sagen zu können, wenn sie zu etwas nicht bereit sind. Vereinzelt wird berichtet, dass von Jugendlichen getroffene Entscheidungen von dem Therapeuten bzw. der Therapeutin unterstützt wurde. Bei der Festlegung der Wochenziele erleben die Kinder und Jugendlichen Selbstbestimmung und die nötige Unterstützung dazu. Ihr Ziel selbst zu wählen, wird als anstrengend, aber auch als gewinnbringend beschrieben. Außerdem erlebt die Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen Unterstützung vom Pflege- und Erziehungsdienst oder von den Therapeutinnen und Therapeuten, wenn sie kein Ziel finden. Therapeutenwechsel werden generell als schwierig wahrgenommen.

### **Was ist für die Umsetzung von Partizipation wichtig?**

#### **Gute Beziehung zu den Fachkräften und freundliches Klima auf der Station**

Das Klima, das im Behandlungssetting herrscht, sowie die Beziehung zu den Fachkräften sind ausschlaggebend für das Gelingen partizipativer Prozesse bzw. um die Vorstufen von Partizipation zu realisieren. So ist eine gute Beziehung gerade bei den kleinen Kindern ausschlaggebend für eine gelingende Informationspraxis (Stufe 1: Informieren, nach Straßburger & Rieger, 2014). Die Jugendlichen beschreiben, dass eine vertrauensvolle Beziehung für sie die Grundlage darstellt, um sich dem Gegenüber zu öffnen und sensible Themen zu besprechen. Die Kinder und Jugendlichen wünschen sich ein

offenes Klima damit sie ihre Meinung äußern und ihre Sicht der Dinge schildern können (Stufen 2: Meinung erfragen und 3: Lebensweltexpertise einholen, nach Straßburger & Rieger, 2014). Zu einem offenen und veränderungsbereiten Klima gehört ein freundlicher und respektvoller Umgang miteinander. Das ist die Grundlage dafür, dass Kinder und Jugendliche sich trauen die Dinge anzusprechen, die sie beschäftigen.

*„Halt bei unseren Betreuern hätten wir fragen können. Ich habe es halt nie so richtig gemacht. [...] Weil ich oft die Betreuer halt nicht stören wollte.“ (Station, 14 Jahre)*

### **Wunsch fair behandelt zu werden**

Eine weitere Grundlage für die Möglichkeit mitzubestimmen ist, dass die Kinder und Jugendlichen sich gerecht behandelt fühlen. Dabei spielen die Regeln, die auf der Station bzw. in der Tagesklinik gelten sowie die Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Regeln, eine wichtige Rolle. Nach Empfinden der Interviewten sind einheitliche Regeln günstig, damit die Kinder und Jugendlichen sich fair behandelt fühlen und wissen, auf welcher Basis Gesprächsprozesse stattfinden können. Sollte es zugunsten der Flexibilität oder der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse Ausnahmen bei den bestehenden Regeln geben, wünschen sich die Kinder und Jugendlichen, dass diese transparent gemacht und ihnen erklärt werden. Die Kinder und Jugendlichen wollen fair behandelt werden. Das bedeutet auch, dass es klare und gerechte Konsequenzen bei Regelverstößen gibt. Willkürlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, führt zu Verunsicherung bei den Kindern und Jugendlichen.

*„Es ist manchmal so, dass die Schwestern, wenn man jetzt zum Beispiel auf Spaziergang geht oder so [...] gewisse Leute noch, dass die dann auf einmal so die Handyzeit abgekürzt wird, während andere noch länger haben. Und dann fragst du dich so, wieso hab´ ich jetzt kürzere Handyzeit. Was hab´ ich verbraucht.“ (Station, 13 Jahre)*

### **Aktive Meinungsabfrage gewünscht**

Auf das Klima wirkt sich aus, dass die Kinder und Jugendlichen sich auf den Stationen streng reglementiert fühlen. Es gibt eine Vielzahl an Regeln. Sie verstehen, dass es Strukturen für funktionierende Abläufe im Behandlungsalltag braucht, und sie haben viele Ideen und Vorschläge zur Verbesserung einzelner Aspekte der Regeln und Strukturen. Die Kinder und Jugendlichen berichten jedoch auch, dass sie sich nicht trauen diese Ideen zu äußern oder nicht denken, dass sich irgendetwas verändern könnte. Sie wünschen sich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sie proaktiv ansprechen. Um besser mitwirken zu können (Stufe 4: Mitbestimmung zulassen, nach Straßburger & Rieger, 2014) schlagen die Kinder und Jugendlichen eine feste Zeit für einen Austausch im Zweiergespräch mit einer Fachkraft des Pflege- und Erziehungsdienstes vor, um ihre Anliegen zu besprechen. Diese Zeit sollte in der Alltagsstruktur fest verankert sein.

*„(...) dass halt jeder vielleicht über den Tag verteilt, mal kurz fünf Minuten hat, um hier die, den gesamten Gesamtzustand zu reden, finde ich an sich nicht schlecht. Wie es einfach so geht. Ich habe zwar einmal in der Woche ein Gespräch mit dem Psychologen, aber ich glaube einmal am Abend oder was in die Richtung, fände ich von meiner Seite aus sinnvoller.“ (Tagesklinik, 18 Jahre)*

## **Welche Art von Partizipation wünschen sich die Kinder und Jugendlichen?**

### **Für Einbezug Einzelsetting oder kleine Gruppen eher geeignet**

Die Kinder und Jugendlichen berichten von Schwierigkeiten, sich in größeren Gruppen zu äußern aufgrund von alterstypischer, aber möglicherweise auch symptomatischer sozialer Unsicherheit oder aber aufgrund von ebenfalls alterstypischer oder symptomatischer Antriebs- bzw. Motivationslosigkeit. Sie fühlen sich in Situationen gehemmt und unwohl, in denen sie sich vor mehreren Personen äußern müssen und wünschen sich in kleinerem Rahmen einbezogen zu werden. Behandlungsentscheidungen treffen sie am liebsten im Einzelsetting mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und ggfls. der zuständigen Bezugspflegerperson.

*„Und dann bin ich nicht mehr bei der Sache und dann fragt sie weiter und ich nicke einfach nur noch. Weil ich kein Bock mehr da drauf hab'. Dann glubschen mich alle weiter an und dann reden alle und schreiben mit und dann glubschen die weiter und dann sagt sie irgendwann „Du darfst gehen“ und dann renne ich aus diesem Raum.“ (Station, 13 Jahre)*

Einen wichtigen Einflussfaktor auf die erlebte Möglichkeit des Einbezugs und der Mitbestimmung stellt das Verhalten der Mitpatientinnen und Mitpatienten dar. Wenn sich keine andere Mitpatientin oder kein anderer Mitpatient der Patientengruppe äußert, fällt es den Kindern und Jugendlichen noch schwerer, ihre eigene Meinung mitzuteilen.

*„Aber von uns kommt nicht so viel meistens. (schmunzelt) (...) es kommen halt nicht so viele Ideen. Meistens, weil man ja auch nicht so motiviert ist zu irgendwas.“ (Tagesklinik, 13 Jahre)*

Es kann in bestimmten Patientengruppen eine Dynamik entstehen, in denen niemand etwas sagt. So wird eine Meinungsäußerung oder gar Mitbestimmung trotz der von außen gegebenen Möglichkeit aufgrund der patientenimmanenten Gruppendynamik erschwert. Von den Kindern und Jugendlichen werden anonyme schriftliche Möglichkeiten der Meinungsäußerung vorgeschlagen wie ein Kummerkasten oder eine Anliegen-Box. Wichtig ist ihnen, dass deren Inhalte von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch gelesen, zur Kenntnis genommen und zum Thema gemacht werden. Möglicherweise könnte es sinnvoll sein, dass die Behandlerinnen und Behandler in motivierender und unterstützender Weise die Kinder und Jugendlichen ermutigen, ihre Meinung zu äußern.

*„B: Ne. Aber ich glaube, das Postfach wäre relativ sinnlos, wenn solche Leute, die keine Meinung haben da sind, weil die werden da EH NICHTS reinwerfen. (lacht) I: Warum werfen die nichts rein? B: Weil, also die sagen jetzt nichts, warum sollten die es dann auch hinschreiben? I: Glaubst du, die haben keine Meinung? B: Ich glaube, die haben schon eine Meinung, aber die sagen sie halt nicht. I: Und warum sagen sie sie nicht? B: Ja, wie gesagt, weil sie halt andere vor sich selber stellen und deswegen halt lieber das andere IHRE Meinung verwirklichen können, statt ihre eigene. Aber wenn dann NIEMAND eine Meinung hat, dann passiert einfach GAR nichts.“ (Station, 15 Jahre)*

### **Sicherheitsgebende Strukturen mit Raum für eigene Entscheidungen oder gemeinsam mit den Fachkräften**

Aus den Interviews wird insgesamt deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen es als anstrengend erleben, Entscheidungen treffen zu müssen. Es gibt Themen im Stationsalltag wie die Teilnahme an den Mahlzeiten oder an Ausflügen, die die Kinder und Jugendlichen selbst entscheiden wollen. Dabei ist ihnen bewusst, dass aufgrund bestimmter klinischer Symptomatiken in Einzelfällen fremdbestimmte Vorgaben sinnvoll sein können (z. B. eine Pflicht zu Essen für eine Gewichtszunahme bzw. Konfrontation bei Essstörungen). Die Kinder und Jugendlichen wünschen sich hier mehr Flexibilität bei diesen Regelungen dahingehend, dass die Kinder und Jugendlichen, die nicht von der jeweiligen Erkrankung betroffen sind, bei diesen Angelegenheiten selbst entscheiden dürfen.

Insbesondere im therapeutischen Setting wird es als hilfreich beschrieben, wenn eine Struktur vorgegeben ist und den Kindern und Jugendlichen kleinere Entscheidungsräume geöffnet werden. Sie fühlen sich einbezogen, wenn sie bspw. entscheiden dürfen, über welche Themen sie sprechen wollen, welchen Test sie in der Diagnostikphase zuerst machen oder wann und was sie in der Therapie spielen dürfen.

Den Jugendlichen ist bewusst, dass ihre Symptomatik ihre Entscheidungsfindung bspw. aufgrund von erkrankungsimmanenter Vermeidung oder Antriebsschwäche beeinflussen kann, und sie wünschen sich daher Hilfestellung durch die Behandlerinnen und Behandler. Dabei wird deutlich, dass die Kinder und Jugendlichen Vertrauen in die Kompetenz der Fachkräfte haben. So kommt es vor, dass Kinder und Jugendliche nach der gemeinsamen Beratung der Fachkraft ihre ursprüngliche Meinung ändern und sich der Empfehlung der Therapeutin oder des Therapeuten anschließen (Stufe 5: Entscheidungskompetenz teilweise abgeben nach Straßburger & Rieger, 2014).

*„(..) es war eher so „Ne, gar kein Bock. Aber, ich meine, wenn die es besser finden, dann denke ich, haben die damit auch Recht.“ (Station, 13 Jahre)*

Insgesamt entscheiden die Kinder und Jugendlichen gerne mit Unterstützung. Sie bevorzugen es, wenn die Fachkräfte Vorschläge machen, aus denen sie auswählen können (Stufe 4: Mitbestimmung zulassen nach Straßburger & Rieger, 2014). Dies betrifft sowohl Entscheidungen im tagesklinischen oder stationären Alltag wie z. B. welche

Ausflüge gemacht werden, aber auch therapeutische Entscheidungen wie z. B. das Erstellen und Durchführen von Expositionsübungen.

*„Nein, das jetzt nicht, weil ich möchte ja nicht so gerne die Sachen machen, wo ich Angst bekomme. Also da eher nicht. Sie hat da eher die Vorschläge gemacht. Und ich habe halt dann gesagt, was ich da gut finde.“ (Ambulant, 11 Jahre).*

## 7.4.2 Auswertungsergebnisse der Interviews mit Eltern

### Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden acht Eltern in der Studie interviewt.

Davon waren fünf im Alter von 30-45 Jahren und drei im Alter von 45-60 Jahren (siehe Tabelle 12).

<b>Altersgruppe</b>	<b>N</b>
30 – 45 Jahre	5
45 - 60 Jahre	3

*Tabelle 12: Alter der Eltern*

Vier der Eltern haben sich dem weiblichen und vier dem männlichen Geschlecht zugeordnet (siehe Tabelle 13).

<b>Geschlecht</b>	<b>N</b>
Männlich	4
Weiblich	4

*Tabelle 13: Geschlecht der Eltern*

Von den befragten Eltern hatten fünf Eltern einen Hochschulabschluss, zwei Eltern haben eine Berufsausbildung abgeschlossen und ein Elternteil gab als höchsten beruflichen Abschluss den erweiterten Hauptschulabschluss an (siehe Tabelle 14).

<b>Höchster beruflicher Abschluss</b>	<b>N</b>
Erweiterter Hauptschulabschluss	1
Abschluss einer beruflichen Ausbildung	2
Hochschulabschluss	5

*Tabelle 14: höchster beruflicher Abschluss der Eltern*

Die Kinder der befragten Elternteile waren überwiegend aus der jüngsten Altersklasse der 6-9-Jährigen (N = 4), zwei Kinder waren im Alter von 10 – 13 Jahren und zwei Jugendliche aus der Altersklasse der 14–18-Jährigen (siehe Tabelle 15).

<b>Alter der Kinder</b>	<b>N</b>
6 – 9 Jahre	4
10 – 13 Jahre	2
14 – 18 Jahre	2

Tabelle 15: Alter der Kinder der befragten Eltern

## **Ergebnisse zu Information**

### **Wie bewerten die Eltern die Informationspraxis vor dem Beginn der Behandlung ihres Kindes?**

Die Bewertung der Informationen vor der Behandlung des Kindes fällt teils positiv und teils negativ aus.

Als hilfreich für die Informationsvermittlung benennen die Eltern das vor der Behandlung stattfindende Vorgespräch mit den Fachkräften, welches mit einem Besuch in der Tagesklinik verbunden ist sowie regelmäßige Termine in einer Familienberatungsstelle. Die Informationsvermittlung durch eine vorangegangene ambulante Therapie wird unterschiedlich bewertet.

*„Sehr gut muss ich sagen. Also ich glaube, dass der Vorteil auch war, dass die Therapeutin [...] selber hier in dem Kontext auch schon gearbeitet hat [...] und die hat schon relativ früh gesagt quasi, wie das hier abläuft und hat mir auch so ein bisschen die Angst sag ich mal genommen [...], die ich vielleicht gehabt hab.“ (Tagesklinik)*

*„Also es ist vielleicht eine zehn Minuten Diskussion über das, was stattfindet. Sehr präzise auf den Punkt gebracht, aber abgeholt wird man nicht. Man wird auch nicht jetzt im Sinne von Tipps unterstützt. Es ist sehr, sehr auf- die Eltern sind auf sich gestellt.“ (Ambulant)*

Für geeignet empfinden die Eltern die Informationsmaterialien, wie z. B. Flyer und Aufklärungsbögen, welche u. a. im Rahmen des Vorgesprächs ausgehändigt werden und dabei unterstützen, sich und auch das Kind auf den bevorstehenden Aufenthalt in der Klinik vorzubereiten. So wird seitens der Eltern bspw. darauf verwiesen, dass sie es hilfreich finden, eine Liste mit den mitzubringenden Sachen oder auch einen Hinweis auf

die Elternnachmittage zu haben sowie auch eine Beschreibung über den Alltag des Kindes in der Klinik.

Zudem wurden Recherchen auf Google und YouTube, z. B. über die Erkrankung des Kindes, im Vorhinein der Behandlung als zusätzliche Informationsquellen genutzt und als Anknüpfungspunkt für weitere Informationen erachtet. Gefehlt hat es jedoch bspw. an Informationen zum Verlauf der Erkrankung oder an sachlich fundierten Informationen, auf die Verlass ist.

*„Und als man da angefangen hat, nach ADS und solchen Sachen zu suchen und auch feststellt wieviel, ja wie sagt man wie viele, sagen wir mal diverse Prominente quasi hier, sag ich mal, aus, aus Medienbereichen und sowas [...] oder wie Musiker und sowas oder Schriftsteller, die manche mögen, die das quasi, die auch ADS haben und selber mal erzählt haben, wie so das so erlebt haben. Und man dann da viel stärker einfach anknüpfen konnte.“ (Ambulant)*

*„[...] also vielleicht was für mich bis heute eigentlich nicht ganz unbeantwortet ist. Ich glaube aber auch, dass es schwer ist zu beantworten, die Frage, ob sie es quasi wieder ganz loswerden kann [...] oder ob es für sie immer ein Thema sein wird.“ (Ambulant)*

*„Eigentlich das gesamte Spektrum. Das geht von verteufeln bis hin, dass ist die Rettung der Menschheit. Es ist sehr, sehr ja fast dogmatisch behandelt worden das Thema. Also Sachebenen Information, wo man sich wirklich drauf verlassen konnte, haben wir selten gesehen.“ (Ambulant)*

### **Welche Verbesserungsvorschläge/Wünsche bzgl. der Informationen vor Beginn der Behandlung des Kindes haben die Eltern?**

Mehr als die Hälfte der Eltern äußerten sich auf die Frage nach Verbesserungswünschen hinsichtlich der Informationspraxis vor der Behandlung des Kindes.

### **Frühere Information vom kinderärztlichen Fachbereich und der Schule**

Mehrere Elternteile hätten sich zeitlich frühere Hinweise auf eine mögliche Erkrankung des Kindes sowie die Behandlungsmöglichkeiten durch den kinder- bzw. hausärztlichen Fachbereich oder auch durch die Schule gewünscht.

*„Also das, da bin ich im Nachhinein ein bisschen traurig drüber. Das hätte schon ein halbes Jahr früher eigentlich sein können auch [...], dass mir jemand sagt: „Hey, es muss jetzt!“ (Tagesklinik)*

### **Mehr Informationen zum möglichen Verlauf der Erkrankung und zum Ablauf der Behandlung**

Die Eltern betrachten mehr Informationen zum möglichen Verlauf der psychischen Erkrankung des Kindes und zum Ablauf der geplanten Behandlung, z. B. im Rahmen des Vorgesprächs in der Klinik, als hilfreich

*„Ich stelle mir jetzt vor, wenn da etwas unvorbereitetere Eltern kommen, dass es da fehlt, einfach so eine Art Aufnahmegespräch. „Was heißt das? Wie- was machen wir mit ihm? Was hat das Interview für einen Hintergrund? Wie tief gehen wir bei Ihnen ins Leben rein?“ Es ist so ein bisschen kratzend vor allem an vielen Dingen.“ (Ambulant)*

*„Und wirklich darauf vorbereiten kann man sich nicht. Und irgendwie Informationen drüber, natürlich wird es irgendwas geben, ja. Aber überhaupt erstmal damit zu wissen, dass man das dann holen kann [...] Ich sage mal so, man weiß ja jetzt auch gar nicht, wohin die Reise geht. Das ist ja noch das nächste.“ (Stationär)*

### **Ängste und Sorgen um das Kind ernst nehmen**

Auch wurde genannt, dass es ihnen wichtig ist, mit ihren Ängsten und Sorgen um ihr Kind, ernst genommen zu werden und dass man ihnen diesbezüglich Verständnis entgegenbringt. Auch Tipps würden helfen, wie sie im Umgang mit ihrem psychisch erkrankten Kind in alltäglichen Situationen handeln können.

*„[...] , dass sie auf die Eltern drauf eingeht.“ (Stationär)*

*„Es geht ja, glaube ich, allen so, nicht? Dass sie die - man hat einen höheren Anspruch, was zu bekommen und ist dann enttäuscht, wenn man, ja, abgefertigt wird.“ (Ambulant)*

*„Man weiß halt nicht, was man machen soll. Man weiß nicht, wie lange das geht. Man weiß nicht keine Ahnung.“ (Stationär)*

### **Wie bewerten die Eltern die Informationspraxis während der Behandlung des Kindes?**

Die Mehrheit der Eltern hat die Informationspraxis während der Behandlung positiv erlebt.

Mehrere Elternteile berichten von der Möglichkeit, Fragen zu stellen. Es wird deutlich, dass es den Eltern wichtig ist, über die bevorstehenden Behandlungsschritte informiert zu werden und über die Behandlungsfortschritte des Kindes auf dem Laufenden gehalten zu werden. Darüber hinaus wird bspw. das Tagebuchführen für Eltern als Hausaufgabe als sehr hilfreich eingestuft.

*„Sie hat uns konkret aufgelistet, bei dem Telefonat vor zwei Wochen, welche Schritte wir jetzt gehen können, mit dieser Information, dass es diese Diagnose ist. Was sehr hilfreich ist, weil wir jetzt einfach einen Fahrplan haben, für wie wir sie zum Beispiel mit Heilpädagogik oder sowas unterstützen können.“ (Ambulant)*

*„Ich hab' jetzt im Laufe der Zeit, also eigentlich von Woche zur Woche immer weniger eigene Fragen mitgebracht, weil es sich so stark verbessert hat [...] und, ja, dass es sich fast wieder normal angefühlt hat bei uns Zuhause, streckenweise [...]. Das war wirklich erstaunlich, wie schnell das ging.“ (Tagesklinik)*

*„Aber ansonsten so Informationen stellen sie uns relativ gut zur Verfügung, ja. Wir bereden halt die ganze Woche, wie sie war und was sie halt mitgemacht hat und nicht.“ (Stationär)*

## **Welche Verbesserungsvorschläge/Wünsche bzgl. der Informationen während der Behandlung des Kindes haben die Eltern?**

Die Hälfte der befragten Eltern hat keine konkreten Verbesserungsvorschläge zur Informationspraxis während der Behandlung ihres Kindes. Die andere Hälfte der befragten Eltern formuliert Anregungen und Ideen für eine bessere Informationspraxis.

### **Bedürfnis nach Informationen zur Vermittlung der Erkrankung an das Kind**

Die Eltern erhoffen sich vereinzelt Informationen dazu, wie sie mit ihrem Kind kindgerecht über die psychische Erkrankung sprechen können, ohne ihrem Kind ein schlechtes Gefühl zu vermitteln.

*„Also ich tue mich sehr schwer damit, ich möchte das sehr nicht negativ, ne, ausdrücken, ihr gegenüber.“ (Ambulant)*

### **Mehr Informationen zum Ablaufplan während und nach der Diagnostik**

Im ambulanten Bereich wünschen sich die Eltern mehr Informationen insbesondere in der Diagnostikphase, sowohl über den Ablauf der Diagnostik, darüber

*„Wie hat sich mein Kind gemacht“ (Ambulant)*

als auch über weitere Hilfen für ihr Kind im Anschluss an die Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz.

*„Was auf jeden Fall hilfreich ist- oder gewesen wäre, ist schon zu Beginn dieser Diagnostikzeit, zu erklären, was stattfindet nach der Diagnostik und „stellen Sie doch jetzt schon mal einen Antrag. Selbst wenn Sie nachher nicht positiv getestet werden“, hätte ich schon ein Jahr gewonnen.“ (Ambulant)*

### **Informationen zur Selbsthilfe**

Ein weiterer Wunsch seitens der betroffenen Eltern ist der nach Informationen über Hilfen zur Selbsthilfe, um im Umgang mit der psychischen Erkrankung ihres Kindes besser zurecht zu kommen.

*„[...] diese Möglichkeit Paartherapien oder Einzelgespräche zu führen, damit die Eltern an der Kraft bleiben, hat gar nicht stattgefunden. Aber ich weiß, dass es unheimlich hilfreich wäre für viele Menschen. Also die da völlig neu mit einem Problem konfrontiert sind, was sie nicht verstehen. Und das ja, das geht schon ins Eingemachte manchmal, der Alltag, bei diesen Kindern, die eine besondere Aufmerksamkeit brauchen.“ (Ambulant)*

### **Bedürfnis nach einem Austausch mit anderen betroffenen Eltern**

Von mehreren Eltern wird das Bedürfnis nach einem Austausch mit anderen betroffenen Eltern geäußert. Dieser könnte in Form eines Elternabends stattfinden oder von den interessierten Eltern selbstständig organisiert werden.

*„Ja, hilfreich ist immer, dass es vielen so geht. Dass viele auch nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Man ist tatsächlich nicht alleine mit dem Problem, man ist aber alleine in der Unwissenheit hier. Man könnte so eine Art Empfehlung, man könnte sowas wie ein Interessenspool gründen. Das dürfen Sie ja nicht, Sie dürfen die Daten nicht rausgeben, aber warum nicht so eine Art Round Table kreieren. Wer sich öffnen will, kann sich daranwenden und gibt dann eine Art Freigabe „Sie dürfen meinen Namen nennen“, wenn man einen Klick setzt, „ich würde gerne mehr erfahren von anderen Familien.“ Also das Schönste eigentlich ist tatsächlich menschlicher Austausch. Zu sagen, „wir haben für alle, die wollen, die da mitgemacht haben, machen wir einen gemeinsamen Abend“.“ (Ambulant)*

### **Weitergabe von Informationen zwischen den Fachkräften in Bezug auf Therapieinhalte**

Aus Elternsicht ist der Informationsfluss zwischen den Fachkräften von hoher Relevanz.

*„Aber ich hatte im Voraus schon erwartet oder gedacht, dass es einfach auch hier quasi mit dieser ambulanten Therapieform weitergeht, also die Themen da einfach dann wieder aufgenommen werden und daran weitergearbeitet wird.“ (Tagesklinik)*

### **Ergebnisse zu Partizipation**

#### **Wie bewerten die Eltern ihren Einbezug während der Behandlung des Kindes?**

In den Interviews wird deutlich, dass das Bedürfnis der Eltern in die Behandlung des Kindes einbezogen zu werden, groß ist.

*„Was weiß ich, dass mein Kind vielleicht irgendwie Medikamente kriegen könnte und ich bin nicht dabei [...], also das ist ja irrationale letztlich, aber solche Gedanken habe ich gehabt.“ (Tagesklinik)*

Die Partizipation der Eltern während der Behandlung des Kindes wird überwiegend als positiv und ausreichend bewertet. Zwei Aspekte für die erlebten Partizipationsmöglichkeiten werden von den Eltern betont.

### **Flexibilität hinsichtlich der Elterngespräche**

Aus den Elternaussagen lässt sich ableiten, dass ihnen ein gewisses Maß an zeitlicher Flexibilität wichtig ist, um insbesondere bei berufstätigen Eltern deren Einbezug überhaupt möglich zu machen. Strukturelle Aspekte, wie z. B. die Arbeitszeiten der Eltern, sollten bei der Terminfindung berücksichtigt werden.

*„Also da gehen die auch auf die Eltern wirklich ein. [...] Es ist wichtig, dass die Eltern kommen oder auch jetzt so wie mein Mann, der nicht so regelmäßig kommt, ne, [...] weil seine Arbeitszeit da einfach anders ist.“ (Tagesklinik)*

*„Eigentlich geht das gar nicht, weil wenn ich jetzt quasi - Ich müsste mir dann immer einen halben Tag freinehmen, so. Und das funktioniert für mich nicht. Weil unsere Zeit ist jetzt ab fünfzehn Uhr, und ich brauche eine dreiviertel Stunde zum Hinfahren, aber von hier. Und ich bin ja meistens noch ungefähr eine Stunde weg, von hier.“ (Stationär)*

Des Weiteren lässt sich in einer Einzelaussage erkennen, dass beim Einbezug zu berücksichtigen ist, wenn Eltern getrennt und gegebenenfalls zerstritten, aber beide sorgeberechtigt und gleichermaßen in die Behandlung einzubeziehen sind.

*„Ich habe halt immer gedacht, das wird jetzt sowieso kommen. Also du musst jetzt einfach dich ein bisschen gedulden. Und das war dann eigentlich eher der Moment, wo ich etwas enttäuscht war, wo ich sage „Ne, das wurde mir auch versprochen.“ Bei der Aufnahme hieß es „Wir melden uns.“ Wir haben die Situation geschildert, dass wir getrennt sind. Ich habe darum gebeten auch Informationen direkt zu kriegen, und nicht, dass ich meiner ehemaligen Frau vorwerfe, dass sie absichtlich was zurückhält, aber sie hat keine intrinsischen Motivationen mich mehr einzubinden, als sie muss. Deswegen ist es für mich ganz schön, auch mal Dinge aus erster Hand zu hören.“ (Tagesklinik)*

### **Beziehung der Eltern zu den Fachkräften bedeutsam**

Dann spielt die Beziehung zu den Behandlerinnen und Behandlern in den Interviews mit den Eltern immer wieder eine wichtige Rolle in Bezug auf die erlebte Partizipationsmöglichkeit. Dabei scheint es zunächst von Bedeutung zu sein, eine feste Ansprechperson zu haben, an die die Eltern sich wenden können.

*„Dass Frau [...] tatsächlich immer unser Ansprechpartner war, ne.“ (Ambulant)*

*"Das war mir ganz wichtig, [...] dass ich auch bei [...] wieder Frau Doktor [...] bekomme, [...] weil man die einfach kennt. [...] Und die auch die Familienverhältnisse ja schon durch [...] kannte. [...] Und auch weiß, dass [...] sehr speziell ist. [...] Genau.“ (Tagesklinik)*

Zudem ist die zwischenmenschliche Ebene wichtig. Die Eltern wollen von den Behandlerinnen und Behandlern ernst genommen werden und das Gefühl haben, dass die Fachkraft über ihr Kind Bescheid weiß. Die Eltern wollen auch nach ihren Wünschen gefragt werden.

*„Ja ich kann nur nochmal sagen, nicht in einer Phase dieser ganzen Diagnostik habe ich über Entscheidungen nachgedacht. Oder mir wurde auch keine Frage gestellt, wo ich mich in eine Richtung oder so etwas hätte entscheiden sollen. [...] Es war keine Frage „Was wollen wir jetzt noch machen zusammen?“ Oder „Sie sind ja jetzt hier bei mir, was wollen Sie eigentlich?“ (Ambulant)*

*„[...] aber in dem Fall hat sie es sehr ernst genommen und genau. [...] Ich fand das, genau, ich fand das besonders und gut, ja.“ (Ambulant)*

*„Man sieht sich zwar nur alle drei Monate, aber man hat immer das Gefühl. Ich weiß nicht, wie er sich das merken kann, ich habe keine Ahnung, ob er sich das heimlich aufschreibt, irgendwie. Also er knüpft auch immer wieder an, ne. Also es ist, ja, ein schönes Gefühl auf jeden Fall.“ (Ambulant)*

Weiterhin lässt sich aus einer Einzelaussage die Erkenntnis ableiten, dass die Erkrankung des Kindes eine starke emotionale Belastung darstellen und Unsicherheiten seitens der Eltern hervorrufen kann.

*„Es war sensibel. Äh, bei [...] hatte ich wirklich [...] mehr zu kämpfen. [...] Da bin ich auch, glaub ich jedes Mal, wenn ich hier weggefahren bin, heulend nach Hause gefahren.“ (Tagesklinik)*

### **Welche Verbesserungsvorschläge/Wünsche zum Einbezug während der Behandlung des Kindes haben die Eltern?**

Die Mehrheit der Eltern ist mit dem Einbezug in die Behandlung ihres Kindes zufrieden und hat keine konkreten Verbesserungsvorschläge.

### **Anregung intensivere Kommunikation der Pflege- und Erziehungsdienste mit Eltern**

Es wird für hilfreich empfunden, sich regelmäßig mit dem Pflege- und Erziehungsdienst auszutauschen, da dieser eng mit ihrem Kind in Kontakt stehe.

*„Also ich hab' manchmal gedacht, dass eventuell auch mehr Gespräch mit der Pflege, ist natürlich wieder ein Zeitthema, ist mir auch klar, aber [...], wenn, mehr Zusammenarbeit oder einfach Austausch mit der Pflege wäre sicher hilfreich an vielen Stellen.“ (Tagesklinik)*

## Mehr Austauschmöglichkeiten in Form von Feedbackgesprächen

Aus Elternsicht wird der Wunsch nach regelmäßigen Feedbackgesprächen während der Behandlung des Kindes geäußert, sodass beide Elternteile über den Behandlungsprozess und die Entwicklungsschritte informiert bleiben.

*„Ja so ein kurzes Feedbackgespräch auch. „Wie war man so? Hat er sich gut gemacht?“ Stimmung bei den anderen Kindern. Es gibt ja eine Gruppensitzung.“ (Ambulant)*

*„Ich kann nur wiederholen, ich hätte mir gewünscht, dass man mich vielleicht nach zwei, drei Wochen mal anschreibt oder Kontakt aufnimmt, wie auch immer und sagt „So und so, da stehen wir im Moment“ und man irgendeine Orientierung gegeben hätte. „Es wird ein Gespräch geben in zwei Wochen“ oder „Sie könnten jederzeit anrufen, wenn Sie eins möchten“ oder „Wir informieren Sie, wenn sich etwas verändern wird“ also in irgendeiner Weise ein Gefühl dafür, was läuft hier und die Sicherheit, wenn sich etwas verändern wird, dann wird die Information bei mir ankommen. Oder ich werde angebunden.“ (Tagesklinik)*

### 7.4.3 Auswertungsergebnisse der Interviews mit Fachkräften

#### Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 12 Fachkräfte in der Studie interviewt.

Davon waren zwei im Alter von < 30 Jahren, sechs im Alter von 30 - 45 Jahren und vier gehörten der Altersgruppe der 45-60-Jährigen an (siehe Tabelle 16).

<b>Altersgruppe</b>	<b>N</b>
< 30 Jahre	2
30 – 45 Jahre	6
45 - 60 Jahre	4

Tabelle 16: Alter der Fachkräfte

Sechs der Fachkräfte haben sich dem weiblichen und sechs dem männlichen Geschlecht zugeordnet (siehe Tabelle 17).

<b>Geschlecht</b>	<b>N</b>
Männlich	6
Weiblich	6

Tabelle 17: Geschlecht der Fachkräfte

Drei der an der Studie teilnehmenden Fachkräfte gehörten der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte an, vier der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen und fünf waren Mitarbeitende des Pflege- und Erziehungsdienstes (siehe Tabelle 18).

<b>Berufsgruppe</b>	<b>N</b>
Ärztin/Arzt	3
Psychologin/Psychologe	4
Pflege- und Erziehungsdienst	5

Tabelle 18: Berufsgruppe der Fachkräfte

Fünf der Fachkräfte waren zum Zeitpunkt des Interviews im vollstationären, vier im teilstationären und drei im ambulante Behandlungssetting tätig, wovon eine Person in einer ambulanten Praxis tätig war. (siehe Tabelle 19).

<b>Behandlungssetting</b>	<b>N</b>
ambulant	3
teilstationär	4
vollstationär	5

Tabelle 19: Behandlungssetting der Fachkräfte

## **Ergebnisse zu Information**

### **Was war gut? Wo gibt es Schwierigkeiten?**

#### **Bezugspflegesystem als Informationskanal**

Das Bezugspflegesystem mit festen Zuständigkeiten einer Pflege- und Erziehungskraft wurde grundsätzlich als funktionierendes Informationsmedium wahrgenommen.

Die Diskontinuität des Personals aufgrund von Schichtbetrieb oder Krankheit bzw. Urlaub wird diesbezüglich als Schwierigkeit wahrgenommen. Teilweise wird die Zuständigkeit aus Sicht der Fachkräfte nicht konsequent an die Kinder und Jugendlichen kommuniziert.

*„Manchmal ist denen das gar nicht so richtig bewusst. Also es ist nicht von vorne rein immer so klar. Weil sie können sich halt auch an jeden wenden. Durch Krankheit, Urlaub und sowas sind wir generell auch für jeden zuständig. Die Patienten merken es dann, wenn sich natürlich einer besonders irgendwie kümmert.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

## **Patensystem als gutes Konzept**

Das Patensystem, in dem neu Ankommenden eine erfahrene Patientin oder ein erfahrener Patient zur Seite gestellt wird, nimmt in der Wahrnehmung der Fachkräfte einen positiven Stellenwert ein. Dabei wird es nicht nur als hilfreich beschrieben, um unverbindlich Metainformationen über den Ablauf im Stationsalltag zu erhalten, sondern hilft auch bei der Integration in die Gruppe.

*„Ich finde es ein sehr gutes Konzept. Also es wird ja jedem neuen Patienten ein Pate gegeben. So, dass die neuen Patienten nicht aus unserer Sicht eben den Stationsalltag erklärt bekommen, sondern eben durch einen Paten. Ein Jugendlicher, der schon eine Weile da ist. Und dann erfahren die auch ein paar Insider über uns vielleicht oder über die Therapeuten. Und ich glaube es ist immer hilfreich auch schneller in die Gruppe reinzukommen, als wenn wir es alles mit denen machen würden. Das schonmal so die erste Überwindung geschafft ist so in die neue Gruppe zu kommen, wenn man dann schonmal jemanden hat.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

Die Weitergabe von Informationen auf Patientenebene untereinander wird grundsätzlich auch ohne vordefiniertes Patensystem als sehr wirksam beschrieben. Für die Eltern werden äquivalent zu der positiven Bewertung eines horizontalen Austauschs Gruppensettings als sehr positiv bewertet.

## **Was ist wichtig, damit Informationsvermittlung gut funktioniert?**

### **Beziehung, Vertrauen, Kontinuität, Nähe, Transparenz und Flexibilität**

Eine gute und stabile Beziehung einhergehend mit einer ehrlichen und interessierten Haltung der Fachkräfte gegenüber den Kindern und Jugendlichen wird als Grundlage für eine gut funktionierende Informationsvermittlung verstanden. Zum Erhalt der Beziehungsebene wird bei „vertraulichen“ Inhalten seitens einer Fachkraft betont, dass diese nicht immer komplett an andere Fachkräfte weitergegeben werden sollten. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Ansprechperson hervorgehoben, auch über verschiedene Settings (ambulant, tagesklinisch, stationär) hinweg. Die örtliche Nähe zum Behandlungsort wird in dem Zusammenhang als Element der Niedrigschwelligkeit beschrieben, die es den Patientinnen und Patienten erleichtert Zugang zu Informationen zu erhalten. Das Wissen der Behandlerin oder des Behandlers über das dahinterstehende Familiensystem wird als wichtiger Baustein für eine klientenorientierte Informationsvermittlung begriffen. Eine offene und transparente Kommunikation mit den Eltern sowie den Kindern und Jugendlichen wird als Merkmal einer gelingenden Informationspraxis beschrieben. Dabei sieht eine Fachkraft auch Informationen über die Grenzen des Hilfesystems, wie zum Beispiel den gegebenen Platzmangel, als vertrauensschaffend. Ein flexibler Umgang der Behandlerinnen und Behandler mit der Informationsdichte, angepasst an die Kapazitäten der Eltern sowie der Kinder und Jugendlichen,

wird als wichtig betrachtet. Auch eine flexible Termingestaltung oder Kommunikationskanäle außerhalb von geplanten Gesprächen werden als hilfreich wahrgenommen.

### **Aktives, unmittelbares und direktes Zugehen auf Kinder und Jugendliche**

Da Information von Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Gründen nicht immer eingefordert werden kann, wird eine auf die Kinder und Jugendlichen zugehende und direkte Informationsvermittlung als hilfreich beschrieben. Eine rechtzeitige Information, wenn z. B. auf Leitungsebene für die Kinder und Jugendlichen relevante Entscheidungen getroffen wurden, sehen die Behandlerinnen und Behandler als wichtig an. Als schwierig wird in dem Zusammenhang die indirekte Kommunikationsachse von Therapeutin und Therapeut über die Pflegefachkraft zum Kind beschrieben.

*„Dass Informationen unmittelbarer weitergegeben werden, weil es gibt ganz viele Überlegungen, die schon gären in Therapeutenrunden, in der Pflege und die dann dauern, bis sie zum Patienten, oder bis zu den Eltern ran getragen werden. Zum Beispiel Überlegungen zu außerhäuslicher Unterbringung. Das ist oft schon sehr viel früher präsent bei uns, bevor es beim Patienten ankommt.“ (Pflege und Erziehungsdienst, Station)*

### **Eigenschaften guter Information**

Die Fachkräfte nennen an verschiedenen Stellen wie eine Information grundsätzlich aussehen soll. Dabei können folgende Eigenschaften synthetisiert werden:

- einfach im Sinne von nicht zu komplex, verständlich, kindgerecht,
- ansprechend, leicht zugänglich, anschaulich,
- mehrschrittig bzw. kleinschrittig je nach Kapazität der Kinder und Jugendlichen sowie der Eltern,
- individuell im Sinne von angepasst an Alter, Erkrankung und Wünsche der Kinder und Jugendlichen sowie der Eltern,
- aktuell im Sinne von zeitnaher Vermittlung und Aktualität der Informationen,
- abgestimmt mit dem Behandlungsteam zur Verhinderung von Widersprüchlichkeit,
- entstigmatisierend in Bezug auf den Schamaspekt,
- leitliniengerecht bzw. basierend auf Fachinformationen.

*„(förderlich ist) wenn es kindgerechte Materialien gibt, einfach die auf die Kinder und Jugendlichen im Sprachgebrauch abgestimmt sind. Einfache Sprache gewählt wird die zugänglich, anschaulich und ansprechend ist für die Jugendlichen (...).“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

*„(...) möglichst mit auch komprimierter Information, mit dem Wesentlichen, dass es auch auf aller Ebenen verstanden werden kann (...) natürlich auch immer individuell (...) Und dann ist es glaube ich*

*auch einfach noch wichtig mit den Kindern, auch den Mittelweg zu finden, dass das nicht zu komplex wird.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

*„Ich finde es ist schwierig auch vor allem den Jugendlichen zu vermitteln, „So jetzt bist du krank“. Weil die sich ja gar nicht krank fühlen, zumindest häufig nicht krank fühlen. Also jemand der depressiv ist hat normalerweise andere Sachen, ein Kind mit ADHS hat ja eigentlich kein Krankheitsgefühl.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

### **Teamarbeit, interne Arbeitsorganisation, regelmäßige Evaluation**

Eine funktionierende und ressourcenorientierte Teamarbeit, in der auch die unterschiedlichen Expertisen der Teammitglieder zur Geltung kommen, wird von den Fachkräften als Grundlage für einen flüssigen Informationsprozess beschrieben. Eine Vertrautheit und Verbindlichkeit der Behandlerinnen und Behandler untereinander werden dabei als wichtiger Wirkfaktor beschrieben. Regelmäßiger Austausch und Abstimmung sowie das Herstellen von Einigkeit im Team, so dass keine widersprüchlichen Informationen weitergegeben werden, werden zudem als wichtig beschrieben.

*„In erster Linie tauschen wir uns da im Team aus und transportieren es dann, weil ich glaube erst wenn wir uns so sicher sind, weil das spürt man auch ganz oft, wenn jetzt Unsicherheiten im Team sind oder nicht alle an einem Strang ziehen, merkt es der Patient sofort und auch die Eltern und ist natürlich für die Behandlung absolut nicht förderlich. Deswegen sollte man sich vorher auch austauschen.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Missverständnisse sind immer ganz unglücklich gerade in so'm besonderen Bereich so 'nen sensiblen Bereich wie Psychiatrie, dass Patienten, also es gibt dann viel Unruhe. Also, wenn der eine das sagt und der andere sagt das.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Eine frühe und gute Organisation der Behandlungsplanung wird als hilfreich betrachtet damit organisationale Informationen zum richtigen Zeitpunkt und auch nicht mehrfach an die Kinder und Jugendlichen weitergegeben werden können. Dabei geht es den Behandlerinnen und Behandlern insbesondere um das Abstimmen von Terminen zwischen Fachtherapeutinnen und Fachtherapeuten, Psychotherapie und Gruppentherapie. Außerdem wird damit das rechtzeitige Planen der unterschiedlichen Professionen von Terminen angesprochen, so dass der Wochenplan rechtzeitig an die Kinder und Jugendlichen weitergegeben werden kann und diese sich auf ihre Termine einstellen und auch nichts verpassen.

*„Was förderlich ist auf jeden Fall, wenn 'ne frühe Planung stattfindet also von Fachtherapien oder Therapietermine, Gruppentermine. Bzw. die Gruppentermine liegen eigentlich fest, aber welcher Jugendliche ist jetzt in welcher Gruppe, wenn das möglichst frühzeitig geplant wird und so geplant wird, dass es keine Terminüberschneidungen gibt oder Sonstiges.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

In der Ablaufplanung eines Aufnahmegesprächs wird darauf hingewiesen, dass die Eltern nicht alles wissen müssen und es als sehr hilfreich wahrgenommen wird, die Kinder und Jugendlichen für einen Teil des Gesprächs allein zu befragen, damit diese auch offen sprechen können.

Auf die Notwendigkeit der Aktualität von Informationen, z. B. im Stationsflyer oder in den Stationsregeln, wird wiederholt hingewiesen. Dabei verstehen die Fachkräfte die Informationspraxis als Prozess, der einer regelmäßigen Aktualisierung und Evaluation bedarf.

### **Kooperation bzw. Vernetzung mit externen Akteuren wie Stammschule, Jugendhilfe und weiteren Fachkräften**

Der Informationsvermittlungsprozess endet aus Sicht der Fachkräfte nicht bei den Kindern und Jugendlichen oder den Eltern. Externe Akteure wie Stammschule oder Jugendhilfe werden als wichtige Mediatoren von Information über psychische Erkrankung und mögliche Hilfeangebote wahrgenommen. Somit wird eine hinreichende interdisziplinäre Kooperation mit diesen externen Akteuren als grundlegend für die Informationsvermittlung beschrieben. Lehrer innerhalb von Regelschulen, werden in dem Zusammenhang als nicht hinreichend geschult beschrieben und der Einbezug von Schulpsychologinnen und Schulpsychologen in Helferrunden, welcher nicht regelhaft stattfindet, als hilfreich betrachtet.

*„Da würde ich mir auch manchmal wünschen, dass auch einfach z. B. Lehrer viel besser aufgeklärt sind, dass das eine offenere Diskussion auch ist, auch was psychische Krankheit oder psychische Gesundheit betrifft, dass da nicht so eine Stigmatisierung stattfindet.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

Genügend Raum für den Einbezug von Akteuren der Jugendhilfe, zum Beispiel Bezugspersonen aus Wohngruppen oder Erziehungsbeistehende, wird in dem Zusammenhang häufig vermisst. Eine Kontinuität und räumliche Nähe der Ansprechperson solcher externen Akteure wird dabei als hilfreich beschrieben. Eine intensive Vernetzung durch Kooperationstreffen mit externen Akteuren wird darüber hinaus bezüglich der Abstimmung von Empfehlungen zur weiteren ambulanten Hilfeangeboten als hoch relevant beschrieben.

*„Wir haben hier regelmäßige Kooperationsrunden auf jeden Fall mit Jugendamt, Gesundheitsamt, mit der Frühförderungsberatungsstelle, die Schulpsychologie ist immer mit dabei, die Förderschulleiter (...) Und dann besprechen wir einmal die Notlagen (...) Sagen aber auch, was gibt's Neues in jedem Bereich. Also das ist sehr sehr hilfreich, auch wenn es vielleicht eine neue Gruppe für weiß-ich-nicht-was gibt. Dass man da einfach davon weiß, also als Schnittstelle und Austausch.“ (Psychologische Fachkraft, ambulant)*

Um den Kindern und Jugendlichen zeitnah eine konkrete Diagnose vermitteln und dann schneller in den Therapieprozess einsteigen zu können, ist es aus Sicht einer Fachkraft wichtig schnell relevante Informationen von Schule, Kinderarzt oder Jugendamt zu erhalten. Diese Kommunikation der Schnittstellen funktioniert dabei häufig schleppend und verzögert die Diagnosestellung und somit die Weitergabe von relevanten krankheitsbezogenen Informationen an die Patientinnen und Patienten.

*„man verbringt viel Zeit mit Warten auf Informationen, die Rückmeldung von der Schule, Rückmeldung noch vom Kinderarzt usw. Das dauert einfach, Jugendamt, das dauert einfach unglaublich lange und das heißt, wir haben einfach viel Zeit, wo wir schon eine Diagnose stellen können, aber eigentlich noch nicht alle Informationen haben (...) eigentlich würde ich viel lieber dann schon in die Therapie konkreter einsteigen, aber ich finde es dann auch schwierig, Therapie einsteigen ohne Diagnose und dann Ziel.“  
(Psychologische Fachkraft, Station)*

## **Welche hinderlichen Faktoren der Informationsvermittlung werden genannt?**

### **Stigmatisierung, Scham, Krankheitseinsicht**

Als Hürde der ersten Kontaktaufnahme mit der Psychiaterin oder dem Psychiater und auch der Informationsgewinnung innerhalb des eigenen Umfelds wird das Stigma betrachtet, welches mit psychischer Erkrankung zusammenhängt.

*„Ich meine, es ist auch ein Stigma zum Psychiater zu gehen. Einfach, das erzählt man nicht gerne. Es ist immer noch ein Schimpfwort, Autist genannt zu werden auf dem Pausenhof. ADHS ist glaube ich schon ein bisschen abgenutzter, das ist nicht mehr ganz so schlimm. Es gibt auch den zunehmenden Trend, was auch nicht unbedingt positiv ist, dass über TikTok, sich immer mehr Jugendliche damit identifizieren, auch vor allem im Autismus-Spektrum, aber grundsätzlich ist es nichts, was so gerne groß erzählt wird auch einfach. Und damit sind auch sehr viele Vorurteile verbunden.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

Nach Ansicht der Fachkräfte wollen manche Patientinnen und Patienten die Erkrankung auch nicht wahrhaben, schämen sich dafür oder sprechen lieber über schönere Dinge.

*„Bestimmt auch, dass Patienten es nicht wahrhaben wollen, manche Diagnosen ihnen lieber passen als andere Diagnosen und so manche bestimmt unter den Tisch fallen lassen, ist bestimmt auch manchmal mit Scham verbunden, auch mit Abwehr.“ (Psychologische Fachkraft, Station)*

Die Vermittlung von Krankheitseinsicht ist für Behandlerinnen und Behandler insbesondere dann komplex, wenn sich Kinder und Jugendliche nicht krank fühlen. Dabei sehen sich auch die Fachkräfte mit Hemmungen konfrontiert, das Kranksein direkt zu kommunizieren.

*„Ich finde es ist schwierig auch vor allem den Jugendlichen zu vermitteln, „So jetzt bist du krank“. Weil die sich ja gar nicht krank fühlen, zumindest häufig nicht krank fühlen (...) Und weil die auch sehr jung sind, also manche, also je nach geistigem oder nach Intelligenzniveau, könnten die das vielleicht auch gar nicht so verstehen.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

Um der Stigmatisierung und der damit einhergehenden Hemmungen von Kindern und Jugendlichen sich professionelle Beratung zu suchen entgegenzuwirken, wird vorgeschlagen in Schulen als zentrale Informationsmediatoren mehr Informationsvermittlung bezüglich psychischer Erkrankungen zu betreiben.

*„Also, was ich gerne verändern würde, ist wirklich der Umgang. Ist halt ein großes Thema, Umgang mit psychischer Erkrankung in der Gesellschaft. Ich glaube man müsste viel, viel mehr Prävention betreiben (...) die sind so Einzelkämpfer in ihren Schulen, sind hochmotiviert, haben aber viel zu wenig Experten-Zugang, viel zu wenig Ressourcen auch einfach und die Lehrer haben auch einfach- sind einfach nicht genug geschult auch einfach, ne. (...) Also, dass das einfach präsenter ist, dass man auch einfach, dass man ein bisschen wekommt von der Stigmatisierung.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

### **Informationsüberfrachtung bei eingeschränkter Aufnahmekapazität**

Auch Eltern wollen und können nach Ansicht der Fachkräfte nicht immer alles an Informationen aufnehmen was ihnen angeboten wird. Dabei spielen Terminfindungsschwierigkeiten bei berufstätigen Eltern, und potenzielles Desinteresse eine Rolle. Eine Überfrachtung mit Informationen sei sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern und Jugendlichen leicht möglich.

*„Und manchmal, das merkt man auch, wollen Eltern gar nicht so viel hören.“ (Ärztliche Fachkraft, Station)*

*„Also, das mit der begrenzten Anzahl an Informationen ist wirklich ganz wichtig, das merkt man immer wieder. Wenn Sie Eltern überfrachten oder die Kinder, dann gehen die raus und haben sich gar nichts gemerkt und das bringt nichts.“ (Ärztliche Fachkraft, Station)*

### **Fehlende interne Ressourcen**

Fehlende zeitliche und personelle Ressourcen erschweren aus Sicht der Fachkräfte eine gute und abgestimmte Informationsvermittlung. Auch bei Krankheitsausfällen oder Personalwechsel gehen relevante Informationen für die Kinder und Jugendlichen verloren.

*„Dass auch oft also im Stationszimmer ziemlich viele Leute auf einmal rein kommen von allen/also alle wollen was von einem, dabei möchte man gerade was mit dem Patienten besprechen. Da müsste man sich KLONEN gefühlt, um gleichzeitig beim Patienten zu sein, um denen Informationen weitergeben zu können und aber auch gleichzeitig mit den Ärzten zu besprechen, was sie besprechen wollten über Medikamentenaufklärung oder über irgendwelche andere Themen, über andere Patienten.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

## Welche konkreten Verbesserungsvorschläge machen die Fachkräfte?

### Kindgerechte (interaktive) Informationsmaterialien

Sowohl für Papier- als auch für Internetinformationen wird angeregt, diese auszubauen und ansprechender bzw. kindgerechter zu gestalten. Für Internetseiten wird zudem vorgeschlagen, diese auch interaktiv zu gestalten. Bezüglich schriftlichen Informationsmaterials ist es in der Regel ein Ziel der Fachkräfte, einen gut sortierten Vorrat griffbereit zu haben.

*„Ich denke eine gute Internetseite ist auf jeden Fall kein Fehler (...) Ja es gibt schon eine, aber ich find, die wär' noch zu optimieren. (...) Die Ansprache mehr so an die Jugendlichen auch, direkt gerichtet, oder auch (...) die Möglichkeit Fragen zu stellen darüber vorher schon sich da Informationen irgendwo einzuholen ohne, dass man anrufen muss.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Was wir jetzt noch machen wollen, was aber auch noch nicht da ist, wir wollen jetzt hier nochmal so ein paar Broschüren auslegen zu gewissen Themen, da sind wir gerade dabei so ein bisschen zu sammeln zu Störungsbildern oder auch Informationen, wo kann man sich noch Hilfe holen, Elternratgeber, also solche Sachen, ne. Das steht noch aus, da sind wir grad dran.“ (Psychologische Fachkraft, Tagesklinik)*

### Optimierung von online bzw. digitalen Informationsangeboten

Die Ansicht der Fachkräfte bezüglich der Frage, ob es genügend qualitative schriftliche Informationsmaterialien gibt, sind uneinheitlich. Nach Ansicht vieler Behandlerinnen und Behandler existiert bereits eine Vielzahl an schriftlichem Anschauungsmaterial für bestimmte Störungsbilder. Die Ausstattung mit Informationsmaterialien vor Ort wird demgegenüber teilweise als verbesserungswürdig wahrgenommen. Oft werden Informationsmaterialien zu bestimmten Störungsbildern auch selbst anhand von Leitlinien und Fachinformationen erstellt oder für den eigenen Bedarf modifiziert. Im ambulanten Bereich wird auch das Material von Medikamentenherstellern als Grundlage genutzt. An Infomaterialien zu Krankheitsbildern von der BZgA wird von den Fachkräften grundsätzlich gedacht und teilweise wird es eingesetzt.

*„Und eben was auch ganz günstig ist, wir haben ja einiges an Infomaterial auch zu bestimmten Störungsbildern in schriftlicher Form, Broschüren. Das ist immer ganz gut, was mitzugeben, was dann auch studiert werden kann und damit eben auch eher haften bleibt, als wenn man es einmal hört.“  
(Ärztliche Fachkraft, Station)*

*„Ich glaube, dass wir selber hier vor Ort noch besser ausgestattet sein könnten mit Materialien.“  
(Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

Einig sind sich die Fachkräfte darin, dass Onlineangebote mit Informationen über Kliniken, Behandlungsangeboten und Störungsbildern noch optimierbar sind. Für komplexe

Sachverhalte, wie die Erklärung einer Leistungsdiagnostik, hat sich demgegenüber die Nutzung von Papierformaten zur Unterstützung in persönlichen Gesprächen bewährt.

*„Mehr Papierbroschüren und so brauchen wir nicht. Der Schritt geht ja auch in Richtung Digitalisierung und Onlineangebote usw., sodass man sich ja einiges im Netz angucken kann und auch Eltern ja im Übrigen sich schon informieren von sich aus. Also so 'ne Broschüre wird oft, das habe ich der PIA erlebt, die wird dann vor der Tür in den Papierkorb geschmissen.“ (Ärztliche Fachkraft, Station)*

*„Also wir haben das ausgedruckt, wir haben das laminiert, für die unterschiedlichen Formen der Leistungsdiagnostik, die wir machen (...) das händisch praktisch zu haben, hat sich bisher einfach gut bewährt. (...) und jeder der eine Befundbesprechung macht (...) kann das dann einfach den Eltern in die Hand geben, dann können die es auch mal angucken.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

Häufig werden zudem Möglichkeiten vorgeschlagen, welche die Informationsvermittlung digitaler gestalten. Zum Beispiel durch die Mitgabe von QR-Codes mit welchen Informationsmaterialien digital abrufbar sind, mehr Informationsvideos auf Homepages, E-Mails als Instrument der Informationsvermittlung (in beide Richtungen) zu etablieren oder Videogespräche führen und abrechnen zu können, wenn vor Ort Termine nicht wahrgenommen werden können. Zudem wird beispielhaft vorgeschlagen, dass auch Wochenpläne für die stationäre Behandlung digital gestaltet werden könnten.

*„Ich glaube, wir könnten noch mehr digitale Medien nutzen, die wir dann aber in Papierform (Flyer Postkartengröße) mitgeben (...) „weitere Informationen findest du hier“ (...) wo man dann da eben nochmal, nen interessantes Infoportal oder sowas dahinter hätte. Das weiß ich nicht, ob wir da so viel schon haben, ich glaube nicht.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

### **Transparenz durch „Übergabe am Bett“**

Bezüglich von täglichen internen Übergaben wird seitens einer Fachkraft vorgeschlagen, diese auch unter Anwesenheit der Kinder und Jugendlichen durchzuführen.

*„Es gibt ja dieses Modell, also „Übergabe am Bett“ zum Beispiel. Was ja schon in der Somatik ganz oft verwirklicht ist. Also, wo man wirklich vor dem Patienten (...) das würde dazu beitragen, dass der Patient unmittelbar einbezogen ist, und weiß, was über ihn besprochen ist, und was ansteht, und es wird ja auch nicht dazu, was auf den Übergaben-Besprechungen stattfindet, dieses über den Patienten und auch das Bewerten des Patienten, sondern wird irgendwie eher auf Augenhöhe kommuniziert. Eher denke ich, versuchen nicht zu bewerten, nicht abzuwerten und eher sachlicher mit und über den Patienten sprechen. Also das praktisch die Schichtübergabe vor den Patienten stattfindet.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Einbinden von Kindern und Jugendlichen in die Gestaltung eines einfachen Wochenplans, der alle wichtigen Termine enthält**

Bezüglich der Nutzung von Wochenplänen im stationären bzw. tagesklinischen Setting wird von einer Fachkraft vorgeschlagen, dass Kinder und Jugendliche diese Information

über ihren eigenen Wochenverlauf stärker mitgestalten und auch dass aus verschiedenen parallelen Terminplänen ein einzelner gemacht wird.

*„Anfangs also für die Patienten ziemlich undurchsichtig mit den vielen Plänen (...) Ich würde die Pläne, glaube ich, einfach irgendwie einfacher strukturieren und es vielleicht in einen Plan gestalten. Dass wirklich JEDER weiß, wann er wo sein muss, also es ist praktisch, wenn jeder seinen Plan selber schreibt und ausfüllt, dass er ihn gleich zur Hand hat, aber dass man einfach eine bessere Übersicht hat.“*

*(Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Informationen, die mehr Raum finden sollten**

Bezüglich der Frage, welche Informationen besser kommuniziert werden sollten, geht es insbesondere um Hilfemöglichkeiten außerhalb der Klinik und Kontaktmöglichkeiten zu anderen Betroffenen. Für Eltern ist aus Sicht der Fachkräfte typischerweise der Umgang im Alltag mit den Kindern und Jugendlichen zu Hause von sehr hoher Bedeutung. Für Kinder und Jugendliche, welche eine stationäre Behandlung vor sich haben, wird es als sehr wichtig beschrieben zu wissen, was im Stationsalltag passiert, wie lange eine stationäre Behandlung dauert und wie es danach weiter geht. Wenn Gefährdungsaspekte gesehen werden, dann ist das aus Sicht der Fachkräfte eine dringende Schlüsselinformation für die Eltern.

*„Informationen über Selbsthilfe-Möglichkeiten. Wo die Eltern sich hinwenden können. Das ist recht brach, also außer diese Anorexie-Gruppe. Es gibt wahrscheinlich auch wenige Möglichkeiten, aber ich weiß, dass es zum Beispiel Autismus-Gruppen gibt, auch Elterngruppen, die aber auch keine Rolle spielen. Also das wäre natürlich informiert geäußert über eure Erkrankung, was die ja eh machen. Aber das finde ich kommt zu kurz. Also, wo können die sich außerhalb von der Klinik noch irgendwelche Hilfen suchen.“* (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)

*„Noch mehr Psychoedukation eigentlich, am besten von Betroffenen, die erwachsen sind (...), die das genau beschreiben können, was das war oder was das macht oder wie sich das anfühlt.“*

*(Psychologische Fachkraft, ambulant)*

## **Ergebnisse zu Partizipation**

### **Wie ist das Partizipationsverständnis der Fachkräfte?**

#### **Verständnis von Partizipation**

Gefragt nach ihrem Verständnis von Partizipation nennen die Fachkräfte folgende Begriffe, die sie als synonym für Partizipation verstehen: Teilhabe, Mitsprache, Einbezug, Mitbestimmung, Mitwirken, Einbringen, Mitgestalten und Einfluss nehmen, auf das, was

passiert. Information und Aufklärung, ein Vetorecht sowie das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung sind nach Aussagen der Behandlerinnen und Behandler Bestandteile von Partizipation. Nach dem Verständnis der Fachkräfte macht Partizipation aus, dass die Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe mitgestalten können. Unter Partizipation wird auch eine gewisse Flexibilität bzgl. der vorhandenen Regeln und Strukturen verstanden.

### **Partizipative Haltung**

In der partizipativen Haltung der Fachkräfte sind Unterschiede zwischen den Befragten erkennbar. Einerseits wird die Haltung deutlich, dass die kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Behandlung im Auftrag der Patientin oder des Patienten stattfindet. Diese oder dieser kommt mit einem Anliegen und daher gestaltet sich eine erfolgreiche Behandlung nur als gemeinsame Arbeit. Es besteht überwiegend die Haltung, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lediglich Empfehlungen aussprechen und die Entscheidung am Ende bei der Familie liegt. Gerade von den im ambulanten Bereich arbeitenden Fachkräften wird eine sehr hoch ausgeprägte partizipative Haltung deutlich.

*"Ich finde, Kinder sollten auf jeden Fall beteiligt werden und da müssen Eltern auch drauf hingewiesen werden." (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

*"Eigentlich dürfte uns nichts davon abhalten, die Patienten einzubeziehen... und Eltern einzubeziehen." (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

Auf der anderen Seite wird in den Interviews auch eine Haltung von Fachkräften deutlich, bei der Partizipation nur unter Einschränkungen stattfinden kann. Demnach wird einerseits davon ausgegangen, dass bei bestimmten Personengruppen Partizipation nicht sinnvoll ist, wie z. B. bei schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen oder bei Kindern und Jugendlichen, die nicht gut aufgeklärt sind. Teilweise wird ein Verständnis von Partizipation deutlich, bei dem die Kinder und Jugendlichen ganz frei entscheiden dürfen oder bei dem die Fachkräfte, wenn sie partizipativ arbeiten würden, auf alle Wünsche der Kinder und Jugendlichen eingehen müssten, was in der (teil)stationären Arbeit nicht möglich ist. Auf der anderen Seite ist auch ein Hierarchiedenken zu finden, bei dem die Fachkräfte die letztendliche Entscheidungsmacht haben sollten.

*„Ich glaube, es ist halt immer so ein schmaler Grat. Partizipation hat halt irgendwo auch eine Grenze, also, weil [...] da würde er sicherlich nicht so oft in die Schule gehen, wie es vielleicht sinnvoll wäre, aber am Ende. Also das heißt es braucht irgendwo diese Regulation auch einfach.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

*„Weil es sozusagen in der Natur der Sache liegt, wenn es jetzt auch um Fachlichkeit geht, dass natürlich die Entscheidung eher beim Arzt, beim Psychologen wie auch immer Sonderpädagogen liegen sollte.“  
(Ärztliche Fachkraft, Station)*

Vereinzelt wird eine Haltung deutlich, die am ehesten mit dem Begriff „Pseudopartizipation“ beschrieben werden könnte. Hier wird geäußert, dass die Familie im Bestfall durch gute Information dahin gebracht wird, dass sie die Entscheidung der Fachkräfte annimmt. Oder auch, dass es Erklärung und Motivation der Behandlerinnen und Behandler braucht, damit sich die Patientin oder der Patient zugunsten der Empfehlung der Fachkräfte entscheidet.

## **Was läuft bereits gut? Wo gibt es Schwierigkeiten?**

### **Im Einzelsetting funktioniert Beteiligung leichter als in Gruppen oder Visiten**

*„Also im Einzelsetting (funktioniert Partizipation) gut, dass das auch angenommen wird und dass Patienten sich, wenn sie gut informiert sind, aktiv gegen oder für etwas entscheiden können.“  
(Psychologische Fachkraft, Station)*

Typischerweise wird die Aussage der gut funktionierenden Beteiligung im Einzelsetting verknüpft mit der Bedingung, dass die Patientinnen und Patienten gut informiert sind oder die Dinge gut erklärt bekommen.

Demgegenüber wird das Gruppensetting häufig als schwieriger Beteiligungsraum beschrieben.

*„Aber der Austausch ist schon ziemlich gelähmt, muss man sagen, gerade in der jetzigen Patientengruppe. Angst ist gerad' so ein großes Thema. Wie komme ich bei den anderen so an? Wie ist es mit Kritik? Ok, wenn ich denn jetzt was sagen, was könnte da zurückkommen? Also diese soziale Angst, Angst vor der Bewertung ist auch ein großes Thema bei Patienten. Oder Jugendliche. Es ist ja auch 'n jungendliches Thema.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Dabei stehen aus Sicht der Fachkräfte typischerweise soziale Ängstlichkeit (teilweise krankheitsbedingt, oft auch altersadäquat bei jüngeren Kindern oder pubertätsbedingt bei Jugendlichen) von einzelnen Patientinnen und Patienten im Weg, weshalb sich diese nicht trauen ihre Meinung vor der Gruppe zu sagen. Als problematisch im Gruppensetting werden außerdem die Heterogenität von Patientengruppen und Gruppendynamiken genannt, welche am besten beschrieben werden können mit „Keiner sagt was, weil keiner was sagt“.

Innerhalb einer Gruppe, wie z. B. in einem Wochenmeeting, in welchem Patientinnen und Patienten über bestimmte Bereiche der Wochenplanung diskutieren und

mitbestimmen können, übernimmt der begleitende Pflege- und Erziehungsdienst dann oft eine moderierende bzw. motivierende Funktion.

*„Also in der Realität sieht das dann natürlich schon auch so aus, dass man selber, also wir aus dem Team das vorantreiben müssen. Also das 'ne Diskussion entsteht, so 'ne Art Jugendkonferenz. Das versuchen wir natürlich immer voranzubringen.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Ja wo wir dann oft sagen müssen „Okay, komm. Dieses und jenes gibt es vielleicht als Außenakti, habt ihr da nicht Lust drauf?“ Da brauchen sie immer mal wieder Unterstützung.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

Die Dynamik, die sich zwischen verschiedenen Patientengruppen stark unterscheiden kann, wird von Behandlerinnen und Behandlern als Herausforderung gesehen, die es schwer macht, ein richtiges Maß an Vorgaben in der Moderation von Patientenmeetings zu finden.

*„Es ändert sich natürlich auch, wie die Widerstände sind oder wie auch die Jugendlichen Lust drauf haben partizipatorisch was zu machen, das ändert sich ja, aber ich glaube, wenn man dann mal wieder 'ne Gruppe hat, denen es so schwer fällt, dann gibt man als Team wieder mehr vor und das ist dann vielleicht für die nächste Gruppe, die eigentlich mehr mitentscheiden möchte glaub ich wieder schwieriger, weil da muss man wieder dann total umdenken und immer wieder neu, sich immer wieder neu einstellen. Das ist immer so ein Prozess eigentlich.“ (Psychologische Fachkraft, Tagesklinik)*

Insbesondere die Situation einer Oberarztvisite in der Anwesenheit der Patientin oder des Patienten und des komplettem Behandlungsteams, wird von den Fachkräften als schwieriger Partizipationsraum beschrieben, dem es an Vertraulichkeit und Intimität mangelt. Die Patientinnen und Patienten werden darin als sehr angepasst beschrieben mit großen Schwierigkeiten ihre eigene Meinung zu äußern.

*„Das Setting finde ich, also ich persönlich finde es auch nicht sehr angenehm, das ist in so einem riesen Raum. (...) Das ist halt nicht so intim, würde ich sagen. Das ist einfach ein großes Setting (...) alle Fallführenden, Praktikantinnen, eine PED (Pflege- und Erziehungsdienst), etc. Vielleicht nochmal zwei ärztliche Kollegen, sind schon 6-7-8. (...) Manche können schon was sagen, manche, also die Frage, wo die meisten partizipieren, ist ja, darf ich länger raus. Aber deshalb habe ich so das Gefühl, das ist so ein Klassiker, der wird halt von allen weitergegeben (schmunzelt) und das können die dann auch noch brav fragen „Darf ich, darf ich mehr raus?“. Und bei den Ängstlichen muss man schon nachfragen „Kommst du deinem Übungsplan nach? Soll man da irgendwie was anpassen usw.“ (Psychologische Fachkraft, Station)*

### **Im Stationsalltag funktioniert Partizipation aus Sicht der Fachkräfte bereits gut**

Die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen im Alltagsgeschehen auf Station, z. B. bei Wochengestaltung, sportlichen Aktivitäten, Handyzeiten oder Filmgucken, funktioniert aus Sicht des Pflege- und Erziehungsdienstes gut.

*„In bestimmten Bereichen finde ich es wirklich gut, was den Alltag auf Station ausmacht, wo man wirklich gemeinsam mit dem Patienten schaut, „Okay, was können wir jetzt machen an Sportmöglichkeiten?“ oder wenn Backen dran ist „Okay, auf was haben alle Lust?“.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

Teilweise wird diese Mitbestimmung im Alltag auch als pädagogisches Mittel eingesetzt.

*„In den Ferien und am Wochenende zum Beispiel dann fragen die Jugendlichen auch einfach, „Okay, können wir den Film noch zu Ende gucken?“ und dann okay, entscheiden wir auch, aber sie haben Mitbestimmung. Also sie können uns ja fragen und meistens sagen wir ja dazu. Also haben sie da auch ein bisschen Entscheidungsfreiheit, je nachdem wie sie sich benommen haben, sagen wir mal so.“  
(Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Was ist wichtig, damit Beteiligung gut funktioniert?**

Bezüglich der Frage, was den Behandlerinnen und Behandlern im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen als wichtig erscheint, damit Beteiligung gut funktioniert, können folgende Kernaussagen synthetisiert werden.

### **Partizipative Haltung der Behandlerinnen und Behandler**

Ein am ehesten als partizipative Haltung beschreibbares Eigenschafts-Konglomerat wird von den Behandlerinnen und Behandlern als Grundlage für Beteiligung betrachtet. Dabei werden insbesondere Offenheit, Ehrlichkeit, Geduld, Wohlwollen, Wertschätzung, Validierung, Verständnis zeigen, Wünsche anerkennen, Patientinnen und Patienten ernst nehmen und Kompromisse eingehen als wichtig betrachtet.

*„Ich glaube, wenn die erstmal überhaupt validiert wird, also dass das angenommen wird, was die überhaupt sagen, wenn man das nicht abtut, dass man es als wichtigen Wunsch anerkennt, dass der erstmal so da ist, auch wenn man den vielleicht gerade auch gar nicht ändern kann. Also die ernst zu nehmen mit dem, was sie fordern oder sich wünschen.“ (Psychologische Fachkraft, Station)*

*„Hilfreich ist auf jeden Fall die Offenheit, das merkt man immer wieder, dass der Patient auch darüber informiert ist, weil ansonsten merkt der Patient schon irgendwie „Mensch, die verheimlichen mir irgendwas“ und das ist immer blöd.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

### **Flexibilität der Behandlerinnen und Behandler als zentrale Eigenschaft**

Ein flexibler Umgang mit den Patientinnen und Patienten, und nicht das starre Festhalten an vorgegebenen Regeln, wird aus Sicht der Behandlerinnen und Behandlern als wichtig betrachtet.

*„Ja es gibt die festen Handyzeiten, aber wenn zum Beispiel das Abendessen viel länger gegangen ist mit den ganzen Abendreflexionen und die Jugendlichen nicht zu ihrer festen Zeit das Handy bekommen,*

*dann sagen wir nicht „Ja, Pech gehabt. Die Zeit ziehen wir euch jetzt ab“, sondern geben denen ja dann zusätzlich die Zeit.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

Es wird auch häufig betont, dass eine Anpassung des Umgangs an das Alter und die Erkrankung des Kindes notwendig ist. Ein kleinschrittiges Vorgehen wird insbesondere bei ängstlich-vermeidenden Kindern vorgeschlagen, damit diese nicht überfordert werden. Wenn die Kommunikation schwierig ist oder wenn eine anonyme Meinungsäußerung leichter erscheint, wird das Ausweichen auf schriftliche Kommunikation als wichtig betrachtet. Die Beteiligung von Patientinnen und Patienten wird dabei von Tag zu Tag auch für die Fachkräfte als Anpassungs-, Abwägungs- und Lernprozess beschrieben.

*„Man ist ja täglich im Veränderungsprozess, du richtest dich ja täglich nach den Situationen, die dir vorgegeben sind und danach muss man sich ja immer wieder anpassen. Also für mich ist es auch jeden Tag ein Lernprozess ... man versucht darauf zu reagieren oder zu gucken, wie geh ich mit der Situation um, dass es für denjenigen angenehm ist, aber auch für mich, wie weit kann ich da mitgehen, wie weit kann ich das vertragen ohne, dass ich da eine Gefahr sehe oder, dass ich denke, „Mensch, nein, der hat mich jetzt da vielleicht dann nur so überrumpelt oder ausgenutzt“.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Bezüglich der Eltern wird von einem der Behandlerinnen und Behandler darauf hingewiesen, dass diese ein sehr unterschiedliches Bedürfnis nach Führung haben, welche wiederum eine Flexibilität bei der Stärke des Einbezugs der Eltern in Entscheidungen bedürfe.

*„Ich glaub auch, dass da Flexibilität einfach was Wichtiges ist im Gespräch. Dass man umschwenken kann, wenn man auch merkt, boah die Eltern sind jetzt hier erstens mit der Diagnose überfordert, zweitens mit der Situation überfordert. Dann ist vielleicht auch da wieder das Bedürfnis nach eher Führung und direktiven Sachen. Oder eben wirklich eher extrem gut informierte Eltern, die wirklich auch mitsprechen wollen und das vielleicht auch erwarten in der Entscheidung. Ja ich glaube, da braucht man viel Flexibilität im Gespräch.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

### **Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen**

Gemeinsame Ankerpunkte, über welche man mit den Kindern und Jugendlichen ins Gespräch kommen kann, werden als wichtig für den Beziehungsaufbau beschrieben. Eine solide Beziehung wird wiederum als Grundlage für Beteiligungen gesehen.

*„Ich glaube man muss sich auch einfach mit seinen Patienten beschäftigen, dass man die ein bisschen kennt, dass man eine gewisse auch sicherlich in einem anderen Maß, als in der Psychotherapie, aber eine Beziehungsgrundlage hat, wo man sich einfach mit denen unterhalten kann.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

*„Oftmals ist es ja so, dass man auch dann versucht, naja erstmal ist wieder die Beziehungsebene, viel Beziehungsebene, erstmal eben auch die Angst nehmen (...). Also ich versetze mich dann manchmal in die Lage, wie würde mir das gehen, wenn ich irgendwo neu komme muss ich ja auch erstmal langsam*

*antasten (...) nicht jeder Patient ist da auch gleich und dann muss man ihn einfach auch abholen, wo er ist.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

### **Kontinuierliche Überprüfung der Stationsregeln und des Einbezugs**

Eine regelmäßige Überprüfung der vorgegebenen Stationsregeln und des bestehenden Einbezugs, in Rücksprache mit den Patientinnen und Patienten, wird als wichtig betrachtet. Dabei wird Beteiligung von den Fachkräften als Prozess begriffen.

*„Du musst ja gucken, dass du die Regeln immer anpasst. Also wir entwickeln uns in der Zeit, also ich sag mal den Zeitraum, ich bin von Anfang an hier, dass man immer wieder guckt, dass man sich auch anpasst. Man kann ja nicht irgendwo stehen bleiben und sagen so „Ich beweg mich nicht mehr nach links, nicht nach rechts“, funktioniert nicht. Also man muss sich dem Patienten ja auch anpassen.“  
(Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Es wird alles immer wieder evaluiert, wie es läuft, wie es Sinn macht. Und das ist glaube ich schon was, was wichtig ist. Immer wieder zu gucken, „Macht es Sinn gerade?“ ... Das war eben in der anderen Klinik ein bisschen festgefahrener und viele Mitarbeiter, die schon lange da auch arbeiten, die nicht so offen waren für Veränderungen und ich glaub, dadurch waren die Patienten auch weniger an Entscheidungen beteiligt.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

### **Kommunikation im Team**

Eine funktionierende Kommunikation im Team bezüglich getroffener Entscheidungen wird als wichtig begriffen, damit die Entscheidungen auch einheitlich umgesetzt und gegenüber den Kindern und Jugendlichen vertreten werden.

*„Na ja und dann kommt ja noch dazu, man arbeitet ja nicht alleine, man arbeitet ja im Team und dann muss du das ja auch immer im Team auch transparent machen, die Entscheidung, die man dann vielleicht gefallen- also für den Augenblick fällt, dass man es halt dann auch so umsetzt.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Es wird darüber hinaus festgestellt, dass sich therapeutische und pädagogische Beteiligungsräume gegenseitig begrenzen können. Z. B. dann, wenn die Aufgabe einer Selbstsicherheitsübung den allgemeinen Stationsregeln widerspricht. Dies macht aus Sicht der Fachkräfte eine gute interdisziplinäre Abstimmung notwendig. Auch bezüglich der Auslegung bestehender Stationsregeln und der Konsequenzen bei Nichteinhaltung oder bei Grenzfällen wird eine gute Abstimmung im Team als hilfreich beschrieben.

*„(...) weil es natürlich therapeutisch und pädagogisch manchmal so ein bisschen auseinander geht, also auf der einen Seite natürlich die klaren Regeln und die Konsequenz im Umgang dann damit. Auf der anderen Seite, wenn man z. B. Patienten hat, die eher ängstlich sind und bei denen man denkt, Mensch, ja, ein bisschen mehr zutrauen, auch was die Klamotten angeht, nicht immer so unscheinbar, da freuen wir uns ja dann therapeutisch, dass die Patienten, die so von Angst begleitet sind, da ein bisschen offener werden können und wie geht man damit dann um, wenn die dann auf einmal sich mal*

*ausprobieren ein bisschen rebellischer zu sein, kommen heut mal mit bauchfrei. Da weiß man eigentlich ganz genau, eigentlich ist es total gut.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Was die Länge des Rocks zum Beispiel angeht, da kann man schon diskutieren, über dem Knie, unter dem Knie, dann gibt es unterschiedliche Strenge natürlich auch glaube ich im Team, der eine guckt mehr darüber hinweg, der andere weniger. Da müssen wir uns auch nochmal klarer sein, glaube ich.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

### **Kooperation mit externen Akteuren wie Klinikschule, Jugendhilfe und Vor- bzw. Nachbehandlerinnen und -behandlern**

Aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler endet Beteiligung nicht beim Einbezug von Kindern und Eltern, sondern bezieht auch das ganze Umfeld, wie Schule oder Jugendhilfe mit ein. Dabei wird insbesondere ein gut funktionierender Austausch mit Klinikschule und Stammschule als wichtig erachtet, um zu einer fundierten Entscheidungsfindung innerhalb der Behandlung bei weichenstellenden Entscheidungen, wie z. B. Schulwechsel beizutragen.

*„Also, dass das ganze Umfeld der/des Jugendlichen auch einbezogen wird, dass wenn es einen Erziehungsbeistand gibt oder wenn Schule ein großes Thema ist, also der Kontakt zwischen der Klinikschule und der Stammschule, dass geguckt wird, dass das Umfeld eben miteinbezogen wird auch in die Entscheidung, also auch die Aufklärung des Umfelds.“ (Pflege- Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Seitens einer Fachkraft wird auf die Wichtigkeit von funktionierenden Schnittstellen ohne bürokratische Hürden hingewiesen. Dabei wird ein direkter Austausch zwischen verschiedenen Behandlerinnen und Behandlern als sinnvoll erachtet, damit sich die Kinder und Jugendlichen in ihren Anliegen verstanden fühlen und ihre Geschichte nicht immer wieder neu erzählen müssen. Dies wird als Grundlage begriffen, damit bei relevanten Entscheidungen, die durch Fachkräfte begleitet werden, eine ausreichende gemeinsame Wissensbasis besteht.

*„Ich finde generell, damit die sich auch verstanden fühlen (...) also einmal die Abschaffung bestimmter Bürokratievorschriften würde ich ganz wichtig finden. Nicht jetzt nur bezogen auf unsere Klinik, sondern allgemein. Die rennen zu jedem wieder neu, die müssen immer wieder neu alles erzählen und immer wieder neu Berichte von A nach B. Dann fehlen ja Berichte, dann kommen die nicht an. Diese Schnittstelle. Also, wenn das funktioniert, dass ich von dem und dem Mitbehandler weiß und vielleicht nicht nur berichtsmäßig weiß.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Welche hinderlichen Faktoren von Beteiligung werden genannt?**

In der Synthese, der von den Behandlerinnen und Behandlern genannten hinderlichen Faktoren, lassen sich solche benennen, die einer Personengruppe (Patientinnen und Patienten, Eltern, Behandlerinnen und Behandlern) zugeordnet werden können und

solche, die eher genereller Natur sind (Hochschwelligkeit, Gefährdungssituationen, Notwendigkeiten des Settings).

### **Mitbestimmungsfähigkeit, eingeschränkter Wille und fehlende Ziele von Kindern und Jugendlichen**

Patientenbezogene Hinderungsgründe werden von Fachkräften am häufigsten genannt.

Darunter zählen primär die fehlende Kompetenz zur Mitbestimmung aufgrund geringen Alters, geringer Intelligenz, hoher Erkrankungsschwere, eingeschränkter sozialer Fertigkeiten oder unzureichender Tagesform. Die vielen Entscheidungsmöglichkeiten werden in dem Zusammenhang als Überforderung beschrieben. Dabei wird grundsätzlich darauf hingewiesen, dass Beteiligung Kindern und Jugendlichen Energie kostet.

*„Manchmal sind auch Patienten mit den Möglichkeiten zur Selbstbestimmung auch überfordert. Also dieses Überforderungserleben aus so vielen Möglichkeiten, die ich habe, die man mir nicht mal vorgibt, etwas zu wählen, das stellt die auch vor Herausforderungen. Und in den meisten Fällen bleiben sie dann halt auch stumm.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Also ich glaube (Partizipation ist) auch wirklich anstrengend für die Patienten tatsächlich,“  
(Psychologische Fachkraft, Tagesklinik)*

Auch ein zum Teil eingeschränkter Wille zur Beteiligung, wird von den Behandlerinnen und Behandlern als Hinderungsgrund genannt. Dieser fehlende Wille wird mit pubertär oppositionellem Verhalten, mit Zielkonflikten, fehlender Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen oder auch Desinteresse am Beteiligungsthema (wenn es sich z. B. um die Dekoration der Station handelt) in Zusammenhang gebracht.

*„Dass es glaub ich gerade in einem bestimmten Alter auch ganz schwierig ist, als Jugendliche, gerade in dem Alter, wo es ja übergeht ins Erwachsenenalter, schwierig ist, Partizipation anzunehmen und auch dafür die Verantwortung zu haben.“ (Psychologische Fachkraft, Tagesklinik)*

Die Fähigkeit von Kindern und Jugendlichen, eigene Ziele formulieren zu können, Kompromisse eingehen zu können sowie die Bereitschaft zu Veränderung und Verantwortung werden von Behandlerinnen und Behandlern als nicht immer vorhandene Schlüsseleigenschaften für Beteiligung beschrieben.

*„Der Patient ist ja freiwillig bei uns und wenn er nicht mitarbeitet und nicht Ziele hat, ist es natürlich schwierig, mit ihm gemeinsam zu arbeiten also wir können ihm nur Unterstützung anbieten, wenn er auch möchte und es annehmen kann. Also insofern ist das für mich immer ein wichtiger Aspekt, wenn der Patient eben selber auch ein Ziel benennen kann.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Darüber hinaus werden auch Sprachbarrieren beschrieben.

## **Kapazitäten und Verständnis der Eltern**

Bei elternbezogenen Hinderungsgründen werden, neben einschränkenden Faktoren innerhalb des Elterngesprächs, wie eigene Erkrankung der Eltern oder mangelnder kognitiver Befähigung, häufig auch Termenschwierigkeiten genannt, welche mit Berufstätigkeit oder Unzuverlässigkeit zusammenhängen. Häufige Elternkonflikte werden dabei als zusätzliche Herausforderung beschrieben. Auch ein fehlendes Krankheitsverständnis oder eine Haltung der Eltern, die eine Behandlung wie eine Reparaturwerkstatt begreifen, in welcher ihre Kinder abgegeben und gesund wieder abgeholt werden, wird genannt.

*„Unverständnis für Störungsbilder. Also auch wenn man versucht, denen zu erklären, dass die das einfach nicht verstehen. Also so: „Der muss sich doch bloß mal konzentrieren.““ (Psychologische Fachkraft, ambulant)*

*„Es ist doch noch nicht so, dass denen das immer klar ist, dass Sie auch Teil der Therapie sind. Also diese „Ich gebe mein Kind hier ab, damit ich es gesund zurückbekomme“. Dieser Reparaturauftrag. Der soll das halt eben nicht sein. Der wird aber trotzdem immer noch erteilt.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

## **Stress und Diskontinuität der zuständigen Fachkräfte**

Auf Fachkräfte direkt bezogene Hinderungsgründe werden eher selten genannt. Neben typischen Stresssituationen, in denen Beteiligung schwierig ist, wird eine fehlende Kontinuität bei zuständigen Behandlerinnen und Behandlern beschrieben, welche zu wiederholten Diskussionen bei bereits ausgehandelten Entscheidungen führen kann.

*„Und durch das Schichtsystem und Urlaubszeiten usw. ist da die Kontinuität das Problem.“ (Ärztliche Fachkraft, Station)*

Häufig werden argumentativ die Ressourcen des gesamten Behandlungssystems als hinderlich betrachtet. Dabei spielen Zeitmangel, Raummangel und Personalmangel eine Rolle.

*„Ich hätte gerne insgesamt mindestens fünf Räume für die Ambulanz (beide lachen) und eine Anmeldung, damit wir eben nicht diese Arbeiten noch mitmachen müssen.“ (Psychologische Fachkraft, ambulant)*

## **Hochschwelligkeit als Hinderungsgrund**

Insbesondere für das ambulante Setting wird allein schon das Erscheinen zum Therapietermin als Grundlage für Beteiligung betrachtet, wobei die Distanz zum Therapieort oder Sprechstunden zu Schulzeiten als Hinderungsgrund gesehen werden.

*„Das Mitentscheiden, Informieren, Partizipation setzt sich ja dann auch fort im ambulanten Bereich. Ich würde, wenn es irgendwie geht, die Kinder so selten wie möglich aus der Schule nehmen wollen. Und das kann aber nicht jeder Therapeut und jeder PIA-Mitarbeiter, erst um 16:00 Uhr mit seiner Sprechstunde anfangen und das ist manchmal ein bisschen schwierig.“ (Ärztliche Fachkraft, Station)*

### **Gefährdungssituationen als Hinderungsgrund**

Gefährdungsaspekte, wie z. B. akute Suizidalität oder auch zeitlicher Entscheidungsdruck in Notfallsituationen, werden typischerweise als Gegenspieler von Partizipation begriffen. Dabei wird die Dichotomie zwischen Freiheit und Sicherheit angesprochen.

*„Die Gefährdungslage, es geht ja immer darum, dass die mit dem bestimmten Krankheitsbild kommen, mit dem die selbst gefährdet sind. Sprich eine Anorexie, sprich jemand, der suizidal ist. Wo man über die Patienten bestimmen muss, in welchem Rahmen, die Freiheit nutzen können oder auch nicht. Wo die Patienten gerne was anderes machen würden, vielleicht mehr Bewegung haben würden, und das aber halt nicht funktioniert, weil das ihre Gefährdung halt vermehrt.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

Solche Gefährdungsaspekte werden jedoch nicht zwingend als notwendiger Hinderungsgrund für Patientenbeteiligung verstanden. Für den Akutbereich wird darauf hingewiesen, dass ein freiheitseinschränkendes Standardprocedere, nicht bei allen Patientinnen und Patienten notwendig ist und eher von Fall zu Fall entschieden werden sollte. Eine Akutbehandlung wird dabei nicht als Antithese von Partizipation verstanden.

*„Also im Akutbereich würde ich mir mehr Teilhabe der Patienten wünschen. (...) Ich sehe es eher in diesen Ausgangsstufen. Und dass man nicht so komplett (...) Ja so in so eine Ohnmachts-Situation reinkommt, wo man wieder nicht irgendwas mitentscheiden kann.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

*„Ich hätte gerne einen Wunsch, dass die viel früher, wieder in Ausgänge gehen, früher wieder in ihren Schulalltag zurückkehren. Weil es auch schon etwas mit Rechten zu tun hat. (...) Oder was wir immer wieder haben, ist das Zimmersetting, wo wir im Prinzip, ich finde auch immer diese ethischen und humanitären Bedenken hab. Also so jemand, die oft kommen, also krisenmäßig kommen und wo dann gesagt wird, die gehen jetzt erstmal ins Zimmersetting.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Therapeutische und settingspezifische Notwendigkeiten**

Die Fachkräfte weisen darauf hin, dass bestimmte Entscheidungen bereits durch das therapeutische Setting bzw. den therapeutischen Auftrag, der mit einer ambulanten oder stationären Behandlung einhergehen, vorgegeben sind. Zum Beispiel gehört die Teilnahme an angebotenen Therapiegruppen oder Aktivierungen bei Depressionsbehandlung zum therapeutischen Prozess. Die Teilnahme an solchen therapeutischen Angeboten kann daher aus Sicht der Fachkräfte nicht immer sinnvollerweise frei durch die Patientinnen und Patienten entschieden werden. Darüber hinaus weisen die Behandlerinnen und Behandler darauf hin, dass im stationären oder tagesklinischen Setting bestimmte Gruppenbelange die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen einschränken

können. Zum Beispiel kann es bei sichtbaren Selbstverletzungen notwendig werden, die Selbstbestimmung in Bezug auf Kleiderwahl einzuschränken, damit andere Kinder und Jugendliche nicht getriggert werden. Auch die für alle gültigen Gruppenregeln schränken die Entscheidungsfreiheiten der Kinder und Jugendlichen an bestimmten Stellen ein.

*„Wir haben im Moment Patientinnen, die also wirklich sehr knapp bekleidet hierherkommen und denen es auch egal ist, wie die Regeln sind (...) also Gruppe ist auf jeden Fall ein Thema, wo wir das auch ganz aktuell nochmal aufgreifen wollen mit der Kleiderordnung. Wir haben jetzt nochmal gesagt, dass wir mit der Aufnahme ganz klar jeden die Stationsregeln unterschreiben lassen, das haben wir nämlich bisher nicht gemacht, die sind wir nur durchgegangen. Aber wir wollen das jetzt in einem Vertrag sozusagen, um dem Ganzen ein bisschen mehr Verantwortung auch für die Patienten und Eltern mitzugeben.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

## **Welche Verbesserungsvorschläge machen die Behandlerinnen und Behandler?**

### **Regelmäßiger Zielabgleich**

Ein regelmäßiges Zusammensetzen von Fachkräften und Kindern bzw. Jugendlichen zur kontinuierlichen Behandlungsplanung wird von allen Berufsgruppen als Optimierungsbereich beschrieben. Dabei wird ein regelmäßiger Zielabgleich im Sinne des „Goal Setting“ Prinzips der partizipativen Entscheidungsfindung sowohl in Therapiegesprächen oder Bezugspflegegesprächen als auch in größeren Runden wie in der Patientenvisite oder dem Tridem Pflege-Therapeut-Patient vorgeschlagen.

*„Was ich immer wieder schon wichtig finde, sind diese Behandlungsgespräche oder Gespräche in der größeren Runde. Also Therapeut, Bezugspflege und Patient, so. Das wäre vielleicht was zu optimieren, dass das noch klarer ab und zu in der Behandlung stattfindet, so wo stehst du gerade wo stehen wir gerade? Wo stehst du gerade?“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Dabei werden auch strukturierende Visualisierungen der verschiedenen Optionen mit der Möglichkeit der schriftlichen Dokumentation zur Unterstützung des Zielabgleichs vorgeschlagen.

*„Unser Patientenvisiten-Setting, dass das einfach besser vordefiniert ist. (...) Also gar nicht unbedingt Information über die Diagnose, aber dass klar ist: Das ist jetzt der Behandlungsplan, so läuft das, das sind die nächsten Schritte, das sind die nächsten Ziele (...) in so einem vordefinierten Katalog, wo man zum Beispiel aufschreibt (...) kann ich, habe das mir jetzt überlegt für so Ziele.“ (Psychologische Fachkraft, Station)*

Auch innerhalb des ambulanten Behandlungssettings wird dieses Suchen und Finden von gemeinsamen Zielen als Compliance-fördernd wahrgenommen.

*„Da ist es mein Versuch einen Kompromiss zu finden, mindestens die ersten paar Termine, bis überhaupt ein Antrag gestellt wird, überhaupt einmal auszuprobieren. Das ist so der Kompromiss sagen „Hey, kennenlernen“, und auch überlegen, ob man ein gemeinsames Ziel findet und dann die Entscheidung treffen, ob man es macht oder nicht (...). Weil auch da ist mein Gefühl, meine Erfahrung, wenn die gezwungen werden da hin zu gehen, wöchentlich, über einen längeren Zeitraum und überhaupt nicht gut finden, keinen Bock haben, bringt es nichts und es ist verlorene Zeit.“ (Ärztliche Fachkraft, ambulant)*

### **Transparenz über die Beteiligungs- und Entscheidungsmöglichkeiten**

Wiederholt wird beschrieben, dass Partizipationsmöglichkeiten, wie zum Beispiel ein „Kummerkasten“ in welchen Beschwerden und Wünsche eingeworfen werden können, zwar existieren, bei den Kindern und Jugendlichen und teilweise auch bei den Fachkräften jedoch nicht bekannt sind. Somit wird darauf hingewiesen, dass bereits installierte Beteiligungsinstrumente nicht in Vergessenheit geraten sollten.

*„Interviewer: Und wissen das alle Jugendlichen, dass es diesen Briefkasten gibt? Behandlerin: Das glaub' ich nicht. Interviewer: Wissen das alle Therapeuten? Behandlerin: Ich glaub das auch nicht (beide lachen), ja, ja. Also da wäre es noch zu optimieren.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Neben dem Wissen über Beteiligungsmöglichkeiten wird außerdem wiederholt darauf hingewiesen, dass es sinnvoll ist transparent zu gestalten, für welche Optionen (z. B. Aktivitätenauswahl, Therapieoptionen) sich überhaupt entschieden werden kann.

### **Anonyme schriftliche Kommunikationswege**

In Gruppensituationen, in denen Jugendliche gehemmt sein könnten, ihre eigene Meinung zu sagen, werden alternativ schriftliche Kommunikationswege vorgeschlagen.

*„Vielleicht auch einfach schriftlich. Dass jeder einzeln schriftlich anonym vielleicht irgendeinen Zettel abgibt. Weil in der großen Gruppe, dann weiß man ja sofort, derjenige hat das und das gesagt und ich könnte mir vorstellen, dass die Jugendlichen vielleicht dann Schwierigkeiten haben, „Okay, wie wird das jetzt aufgenommen? Wie stehe ich jetzt in der Gruppe da?“ Dass wenn man es eher anonymisiert und schriftlich weitergibt, dass diese Angst dann nicht besteht.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Stärkung des Einbezugs der Eltern**

Grundsätzlich weisen die Fachkräfte an verschiedenen Stellen darauf hin, dass der Einbezug der Eltern in die Behandlung noch gestärkt werden kann. Insbesondere wenn die Erziehungsberechtigten nicht gemeinsam an Elterngesprächen teilnehmen, wird der Einbezug beider als Herausforderung wahrgenommen.

*„Die Elternarbeit könnte durchaus verbessert werden.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

*„Also ich würde mir manchmal wünschen, ich hätte noch Zeit, den Vater dann mal anzurufen.“  
(Therapeutische Fachkraft, ambulant)*

Wenn in stationären bzw. tagesklinischen Behandlungssettings ein strukturierter Einbezug der Eltern stattfindet, der über die klassischen Elterngespräche hinausgeht, zum Beispiel wenn die Klinik nach dem Konzept der Multifamilientherapie (MFT) arbeitet oder wenn Eltern-Interaktionstage angeboten werden, werden solche Angebote sehr gut angenommen. Dabei wird insbesondere der Austausch zwischen den Eltern als sehr wertvoll erlebt.

*„Ein sehr guter Baustein ist ja bei uns hier die Multifamilientherapie finde ich, wo die Eltern auch mit einbezogen werden. Ich sag mal zu 95 % ist das im Moment so, dass die Eltern wirklich das auch gut annehmen, weil sie einfach davon profitieren und auch der Austausch mit den anderen Eltern ... auch mal im anderen Rahmen in der Gruppe, dass Eltern und Kids auch merken, sie sind auch nicht alleine mit dem Thema, das ist ein großer Baustein.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Tagesklinik)*

Innerhalb von akutpsychiatrischer Behandlung bei akuter Suizidalität sind aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler die Erklärungen für Eltern zum Notfallprocedere noch verbesserungswürdig.

*„Die (Patienten) machen eine Belastungserprobung mit wirklich sehr rudimentären Absprachen mit den Eltern und mit den Patienten, was sich melden angeht. Oft läuft es sogar telefonisch ab ... wo die Eltern dann auch oft überfordert sind, also überhaupt fragen „Warum kommt das? Der ist doch gerade akut suizidal und warum kommt der jetzt gerade wieder zu uns zurück?“. Und da fehlt mir so ein bisschen die Erklärung, was steckt dahinter, was ist so der Sinn, Unterstützung dann halt auch für die Eltern.“ (Pflege- und Erziehungsdienst, Station)*

### **Entscheidungsthemen, bei denen es Kinder und Jugendlichen in (teil)stationärer Behandlung aus Sicht der Fachkräfte besonders wichtig ist mitzubestimmen**

Untersucht man das Interviewmaterial gezielt auf Themen, bei welchen aus Sicht der Fachkräfte Kinder und Jugendliche mehr mitbestimmen wollen, dann können zwei Bereiche synthetisiert werden: Essen und Medienzeiten. Bezüglich des Essens geht es einmal darum, was gegessen wird und auch darum, ob überhaupt mitgegessen werden muss. Bezüglich der Medienzeiten geht es zum einen um Spielezeiten mit z. B. Switch aber auch um allgemeine Handyzeiten.

## **7.5 Information im kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Kontext – Qualitätskriterien, Empfehlungen und Weiterentwicklungsansätze**

Wird im Text auf Interviews oder die Expertengruppe verwiesen, beziehen sich diese Aussagen auf Ergebnisse aus dem Jahr 2024. Die Literaturrecherche sowie die Recherche in den sozialen Medien erfolgten 2023. Folgende Abkürzungen werden im folgenden Kapitel verwendet:

- I-KiJu = Interviews mit Kindern und Jugendlichen
- I-E = Interviews mit Eltern
- I-B = Interviews mit Behandlerinnen und Behandlern
- Lit = Literaturrecherche
- SoMed = Recherche in den sozialen Medien
- Exp-G = Expertengruppe

### **7.5.1 Einleitung – Information als Anspruch und Verpflichtung**

#### **Information als fachlicher Anspruch**

Informationen über psychische Erkrankungen und deren Behandlung bzw. Informationen zur seelischen Gesundheit beinhalten das allgemeine Wissen über

- psychische Gesundheit und Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf,
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung),
- Früherkennung, Diagnostik, Angebote und Abläufe der Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten und damit im Zusammenhang stehenden medizinische Entscheidungen,
- Pflege und
- Krankheitsbewältigung und den Alltag mit einer Erkrankung (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2016).

Informationen umfassen alle mündlich und schriftlich übermittelten Inhalte (gedruckt und in digitaler Form), aber z. B. auch Audio- oder Videoformate, die sich an viele Personen gleichzeitig richten. Dazu gehören auch dynamische Internetformate, wie z. B. interaktive Entscheidungshilfen.

Der Qualität der Information und Informationsvermittlung kommt eine hohe Bedeutung zu. Die Qualität einer Gesundheitsinformation hat mehrere Dimensionen. Dazu gehören neben der inhaltlichen Korrektheit, Aktualität, Wahrnehmbarkeit und Vollständigkeit auch Aspekte der Verständlichkeit, der Nachvollziehbarkeit, des angemessenen Umfangs, der Gestaltung und der Barrierefreiheit (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2016).

Gut informiert zu sein und informiert zu werden sind die Grundvoraussetzungen für Patientinnen und Patienten bei der Entscheidung für die Inanspruchnahme von

Behandlung und für die Wahl des Behandlungsangebotes bzw. die Behandlungsmaßnahme. Zudem kann Information das Verhalten während einer Behandlung beeinflussen.

Nachdem eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein dynamischer Prozess ist, ergeben sich auch unterschiedliche Informationsbedarfe bzgl. Aufklärung über die psychische Störung und die Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten sowie konkrete Behandlungsmaßnahmen. Informationen müssen den rechtlichen Vorgaben im BGB für Informationsvermittlung, Aufklärung und Einwilligung genügen (siehe rechtlicher Rahmen).

Das Recht auf Informationen zu Behandlungen, wie auch der Bedarf nach Informationen gelten auch für die Kinder und Jugendlichen. Hier sind die entwicklungsbedingten Kompetenzen altersbezogen hinsichtlich der Information zu berücksichtigen. Zudem ist der Informationsbedarf der Sorgeberechtigten mitzubeachten.

Im Projekt lag der Fokus auf den Informationsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und der Informationspraxis im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung in allen Sektoren.

Bei der Auswertung der durchgeführten Interviews zeigte sich, dass auch Aspekte des Informationsaustausches innerhalb des Behandlungsteams Einfluss auf die Informationsweitergabe an die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten haben. Daher wurden auch diese Aspekte in die Auswertung eingeschlossen.

In den im Projekt erarbeiteten Kriterien für eine gute Informationsvermittlung sowie Umsetzungsempfehlungen und Weiterentwicklungsansätze für die Praxis wurden beide Themenbereiche, die Informationsvermittlung an die Kinder und Jugendlichen sowie an ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten berücksichtigt. Impliziert ist auch der Informationsaustausch innerhalb des Behandlungsteams und mit weiteren Bezugspersonen insbesondere der Jugendhilfe.

Im Projekt sollten Kriterien erarbeitet werden, nach denen die Qualität der Informationspraxis im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsetting bewertet werden kann. Die Formulierung der Qualitätskriterien beruht auf drei Säulen:

- Literatur- und Dokumentenanalyse inklusiv sozialer Medien (Evidenz- und Quellenorientierung),
- Auswertung von Interviews mit Kindern, Jugendlichen, Eltern und Behandlerinnen sowie Behandlern (Anwendungsorientierung),
- Auswertung von durchgeführten Expertenpanels (Expertenorientierung).

Gleiches gilt für die Umsetzungsempfehlungen und die Weiterentwicklungsansätze.

### **Information als Verpflichtung – rechtlicher Rahmen**

Das Patientenrechtegesetz von 2013 definiert Rechte der Patientinnen und Patienten hinsichtlich Aufklärung und Information, Einsichtsrechte etc. Damit werden auch die Pflichten von Behandlerinnen und Behandlern definiert. Verankert sind die Rechte im BGB.

Das BGB unterscheidet zwischen Informationspflichten in § 630c BGB sowie Aufklärungspflichten in § 630 e BGB. Die Patientin oder der Patient hat das Recht auf rechtzeitige, verständliche Behandlungsinformationen. Hierzu gehören laut BGB u. a. Informationen zur Diagnose und zur Therapie. Nur in Ausnahmefällen dürfen Behandlerinnen und Behandler von dieser Pflicht abweichen. Ist im Rahmen der Behandlung eine medizinische Maßnahme geplant, bedarf es im Vorfeld der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Voraussetzung für eine rechtskräftige Einwilligung ist die umfassende, mündliche (z. B. ergänzt durch schriftliche Unterlagen), verständliche und rechtzeitige Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch die Behandlerinnen und Behandler über die geplante medizinische Maßnahme inklusive möglicher alternativer Maßnahmen. So wie bei der Informationspflicht darf nur in Ausnahmefällen von der Aufklärungspflicht abgewichen werden. Liegt bei Kindern bzw. Jugendlichen keine behandlungsbezogene Einsichtsfähigkeit und somit eine Einwilligungsunfähigkeit vor, ist bei Kindern und Jugendlichen diese ersetzende eine Einwilligung ihrer Sorgeberechtigten im Anschluss an deren Informationsvermittlung und Aufklärung einzuholen. Die Behandlerinnen und Behandler sind trotzdem zu einer Aufklärung der Kinder und Jugendlichen verpflichtet soweit dies aufgrund des Entwicklungsstandes und der Verständnismöglichkeiten möglich ist. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch § 630g BGB. Hier ist die Einsichtnahme in die Patientenakte geregelt. Diese ist auf Verlangen unverzüglich zu gewährleisten.

Generell gilt das Patientenrechtegesetz ohne Einschränkungen für Kinder und Jugendliche, jedoch in Abhängigkeit von der entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologisch gegebenen Einsichtsfähigkeit in die Tragweite anstehender Entscheidungen. Subsidiär werden diese Rechte der Kinder und Jugendlichen von ihren Sorgeberechtigten nach dem in § 1626 Abs. 2 BGB definierten Grundsatz, dass Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln berücksichtigen sollen, beeinflusst. Hinsichtlich des Rechts zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen gilt § 36 Sozialgesetzbuch 1 (SGB).

Die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-KRK) beschreibt in Artikel 17 das Recht der Kinder und Jugendlichen auf für sie relevante Informationen. Erwachsene sollen sie beim Auffinden und Verstehen der Informationen unterstützen.

In der Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung, die im Oktober 1998 von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedet wurde, sind u. a. das „*Recht auf umfassende Informationen über den Gesundheitszustand und die medizinischen Befunde des [kranken] Kindes*“ (§ 14) sowie eine verständliche Vermittlung dieser Informationen (§ 15) formuliert.

### **7.5.2 Qualitätskriterien für Information**

Die folgenden Qualitätskriterien sind vorrangig ausgerichtet auf die Informationspraxis vor und während der Behandlung. Sofern sie nur die Informationspraxis während der Behandlung betreffen, ist dies angemerkt.

#### **Gute bzw. qualitativ hoch zu bewertende Information ist bzw. bedeutet:**

- **einfach auffindbar, jederzeit zugänglich, transparent kommuniziert, leicht verständlich, begrenzt im Umfang**
  - Die an die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen gerichteten Informationen sind leicht und jederzeit zugänglich (I-KiJu; I-E; Nolkemper et al., 2019; Price et al., 2022).
  - Die vermittelten Informationen sind für die Kinder und Jugendlichen im Umfang überschaubar und erfassbar (I-B).
  - Informationen zum Themenkomplex psychischer Störungen sowie zur Behandlung sind leicht verständlich formuliert im Sinne einer barrierefreien Kommunikation (I-KiJu; I-B.; Birnbaum et al., 2022; Gugglberger et al., 2022; Kölch et al., 2019; Price et al., 2019; Valderrama et al., 2020). Hierzu gehört der Einsatz von leichter und einfacher Sprache sowie Gebärdensprache und Brailleschrift bei besonderen Zielgruppen (intellektuelle Beeinträchtigungen, Sinnesbeeinträchtigungen) (Exp-G).
  - Informationen über die Behandlung werden den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen transparent und umfassend (insbesondere Notwendigkeit, Art und Umfang) kommuniziert (I-KiJu; I-E).

- Die vermittelten Informationen werden je nach Bedarf der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderer Bezugspersonen mehr- bzw. kleinschrittig vermittelt (I-B).
  - Informationsmaterialien stehen den Behandlerinnen und Behandlern in ausreichendem Umfang für die Weitergabe an die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen zur Verfügung (Exp-G).
- **an die individuellen Bedürfnisse angepasst (insbesondere bezogen auf Alter, psychische Störung, Bildungsstand, Interesse) und berücksichtigt Vorwissen**
- Die Informationsvermittlung ist an die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderer Bezugspersonen angepasst (I-KiJu; I-E; I-B; Gugglberger et al., 2022; Valderrama et al., 2020). Dies betrifft die verschiedenen Möglichkeiten in Bezug auf Informationsform, -inhalt, -umfang, deren Darstellung, die verwendete Sprache sowie das Setting.
  - Folgende Informationen sind sektorübergreifend aus der unterschiedlichen Perspektive als relevant einzustufen:
    - Diagnostikablauf (I-E),
    - Behandlungsablauf (I-KiJu; I-E) inklusive Therapiemöglichkeiten (I-KiJu) (zu Beginn eher allgemeinere, im Verlauf individuellere Informationen – I-KiJu),
    - Behandlungsdauer (I-KiJu; I-B),
    - Behandlungsverlauf (I-E),
    - Diagnosen (I-KiJu),
    - Verlauf (I-E) und Umgang mit der Erkrankung (I-KiJu; I-E; I-B),
    - Informationen zur Vermittlung der Erkrankung an das Kind (I-E),
    - Möglichkeiten des Austausches mit anderen Betroffenen (I-KiJu; I-B),
    - Ansprechpersonen (I-KiJu; I-E),
    - Hilfemöglichkeiten außerhalb der Klinik (I-B),
    - wie es nach der Behandlung weitergeht (I-B),
    - mögliche Aspekte der Selbst- und Fremdgefährdung (I-B),
    - Klinikschule (I-KiJu).
  - Zusätzlich zu den oben genannten Punkten sind für das (teil)stationäre Behandlungssetting noch folgende Informationen relevant:

- Stationsalltag (I-KiJu; I-B) und
  - Partizipationsmöglichkeiten (I-KiJu).
  - Vorwissen der Kinder und Jugendlichen findet Berücksichtigung. Dieses ist je nach Vorerfahrung und Informationen aus dem Umfeld unterschiedlich (Exp-G).
- **inhaltlich fundiert (leitlinienbezogen, vertrauenswürdig, erfahrungsbasiert und konsistent)**
    - Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen können sich darauf verlassen, dass die vermittelten Informationen, v. a. im digitalen Raum, dem derzeitigen Kenntnisstand der Wissenschaft entsprechen. Wesentliches bzw. hilfreiches Prüfkriterium ist hier das Vorhandensein einer überprüfbaren Quellenangabe sowie die Zertifizierung von digitalen Informationsangeboten (I-KiJu; I-E; Birnbaum et al., 2022; Nolkemper et al., 2019). Zudem orientieren sich Informationsmaterialien an den Leitlinien der Fachgesellschaften (I-B).
    - Erfahrungen von anderen Betroffenen werden in den vermittelten Informationen miteinbezogen (I-KiJu).
    - Widersprüchlichkeiten in den weitergegebenen Informationen durch das Behandlungsteam werden vermieden (I-B).
    - In Bezug auf die Aufklärung über eine Behandlungsmaßnahme sind Informationen über die Behandlung insbesondere Art, Wirkung und Nebenwirkungen inklusive Placebo- und Noceboeffekte sowie über die Behandlungsalternativen unabdingbar (Kölch et al., 2019). Bisherige Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen sind zu erfragen und einzubeziehen (Exp-G).
  - **aktiv vermittelt (zugehend auf Kinder und Jugendliche, Möglichkeit Fragen zu stellen)**
    - Die Informationsvermittlung an die Kinder und Jugendlichen ist situativ angemessen und aktiv zugehend gestaltet (I-KiJu; I-B).
    - Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen haben die Möglichkeit, Fragen an die Fachkräfte zu stellen (I-KiJu; Exp-G). Dadurch erfahren sie ein Gefühl von Verlässlichkeit, Beziehung und Vertrauen (Exp-G).

- **entstigmatisierend**

- Informationen über psychische Störungen sollten auch Fragen in Bezug auf das Stigma psychischer Erkrankung in bestimmten Altersgruppen beantworten. Für Jugendliche besonders wichtig sind z. B. Fragen des digitalen Outings oder der Geheimhaltung (Exp-G). Für bestimmte Krankheitsbilder gibt es empirisch überprüfte Angebote für Jugendliche wie z.B. „in Würde zu sich stehen“ (Rüsch et al. 2019). Mit der Vermittlung von Erkenntnissen, die den aktuellen Stand der Wissenschaft berücksichtigen wird eine offene und tolerante Kommunikation über betroffene Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen gefördert, um einem empfundenen Scham- und Schuldgefühl entgegenzuwirken (I-B; Valderrama et al., 2020).

- **kooperativ ausgerichtet**

- In der Kooperation mit Akteuren aus der Stammschule und der Jugendhilfe erfolgt ein Abgleich von weitergegebenen und genutzten Informationsquellen als Grundlage für abgestimmte Information (I-B).
- In der Kooperation mit Vor- und Weiterbehandlerinnen und -behandlern im Rahmen des Versorgungs- und Entlassmanagements.

- **regelmäßig evaluiert**

- Die genutzten Informationsmedien werden regelmäßig evaluiert, um diese gegebenenfalls weiterzuentwickeln (I-B).

### **7.5.3 Umsetzungsempfehlungen und Weiterentwicklungsansätze für die Informationspraxis**

Die folgenden Empfehlungen und Weiterentwicklungsansätze sind auf der Grundlage der Projektergebnisse formuliert worden. Dabei sind neben den Auswertungsergebnissen der Interviews und der Expertenpanels im Rahmen der Dokumentenanalyse auch bereits praktizierte Handlungsansätze aufgegriffen worden.

#### **A Informationen vor der Behandlung gewährleisten – Fokus: Psychische Störungen und deren Behandlung**

- Die angeführten Qualitätskriterien sollten Berücksichtigung finden
  - im Rahmen der Prävention und den dort eingesetzten Materialien,
  - im Rahmen von Informationsvermittlung vor der Behandlung,

- in den Informationsflyern, Informationsgesprächen und medialen bzw. digitalen Informationen über die psychische Störung und deren Behandlung.
- Vor einem geplanten Behandlungsbeginn einer (teil)stationären Behandlung sollte möglichst ein Vorgespräch stattfinden, in dem über die Behandlungsangebote informiert und Behandlungsziele sowie der Einbezug der Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderer Bezugspersonen besprochen werden. Zusätzlich können die (teil)stationären Räumlichkeiten mit einer Fachkraft besichtigt werden. Die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen haben die Möglichkeit Fragen zu stellen. Informationsmaterialien können ausgehändigt oder es kann darauf verwiesen werden, wo man geeignete Informationen finden kann. Bei ungeplanten Aufnahmen sollten die üblicherweise im Vorfeld einer Behandlung vermittelten Informationen nachgereicht werden (I-KiJu; I-E; Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020).
- Vor einer ambulanten oder (teil)stationären Behandlung sowie als Ergänzung zum Aufklärungsgespräch im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung sollte den Kindern und Jugendlichen eine FAQ-Liste mit den für sie relevanten Fragen zur Verfügung gestellt werden (Kölch et al., 2019). Wesentliche Fragen für eine FAQ-Liste sind im Rahmen des Projektes erstellt worden (siehe Anhang).

## **B Gute Informationsvermittlung- und -weitergabe während der Behandlung sicherstellen**

### **▪ In Bezug auf strukturqualitative Aspekte**

- Eine Auswahl an verschiedenen Informationsformen bzw. -formaten sollte zur Verfügung stehen (I-KiJu; I-B; Exp-G; Price et al., 2019). Neben Informationsflyern und -broschüren sind hier auch Linklisten für seriöse Informationsmöglichkeiten hilfreich.
- Zu diskutieren und zu prüfen ist die Nutzung von sozialen Medien durch Behandlungsinstitutionen (SoMed; Price et al., 2019). In Bezug auf Information wäre damit eine Erweiterung von Internetauftritten über die eigene Domain hinaus verknüpft. Die sozialen Medien werden von Kindern, Jugendliche und Eltern bzw. Sorgeberechtigte sowie anderen Bezugspersonen zunehmend genutzt, um möglichst relevante Informationen über psychische Störungen und Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten. So sind auf Instagram und TikTok Videos zu finden, in denen z. B. Betroffene mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ganz eindrücklich darstellen, wie sie sich mit ihrer Erkrankung fühlen,

was sie denken, wie es ihnen geht, wenn sie Medikamente nehmen usw. (So-Med). Zugleich besteht eine Abhängigkeit von der Seriosität des Anbieters in den sozialen Medien und eine ständige Überprüfungsaufgabe. Auch datenschutzrechtliche Fragen in Bezug auf die Inhalte sind zu klären (siehe Jugendschutz – strukturelle Empfehlungen weiter unten)

- Das Internet und die sozialen Medien als Lebensrealität der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderer Bezugspersonen sind als Bestandteil der Informationspraxis einzubeziehen (Exp-G). Behandlerinnen und Behandler sollten in der Anamnese bzw. in Gesprächen mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen prüfen, ob und inwieweit vorangegangene Recherchen im Internet ihr Wissen zu psychischen Störungen bzw. deren Behandlung beeinflusst haben. Eventuell erhaltene Falschinformationen können dann entsprechend aufgeklärt werden. Die Informationsangebote können entsprechend an das vorhandene Vorwissen angepasst werden (Exp-G).
- Im Rahmen von (teil)stationären Behandlungen sollten medienpädagogische Angebote vorhanden sein, um Kindern und Jugendlichen bei der Informationssuche Kompetenzen zu vermitteln (Exp-G). Hierzu zählt auch der kompetente Umgang mit Medien zwischen den Patientinnen und Patienten, also wen oder was darf ich filmen und im Internet veröffentlichen bzw. über was darf ich in der Öffentlichkeit reden (Exp-G).

#### ▪ **In Bezug auf prozessqualitative Aspekte**

- Die Informationsvermittlung sollte als kontinuierlicher Prozess gesehen werden, der immer wieder an die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst werden sollte, auch im Hinblick darauf, dass Information nicht immer gänzlich aufgenommen werden kann (Exp-G, Kölch et al., 2019). Die individuellen Informationsbedürfnisse sollten prozessbezogen gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen eruiert werden (I-KiJu; I-E; I-B). Ziel der Informationen sollte ein altersentsprechender, den Wünschen von Kindern und Jugendlichen entsprechender umfassender Informationsstand der Patientinnen und Patienten sein. Aufgrund des spezifischen Kontextes sollten Kinder und Jugendliche dabei unterstützt werden, die Kompetenzen zur Beschaffung geeigneter Informationen zu erlangen (Exp-G).
- Fachkräfte sollten Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen als Ansprechpersonen bzw. Begleiterinnen und Begleiter beim Umgang mit dem vorhandenen umfangreichen

Informationsangebot über psychische Störungen und Behandlungsmöglichkeiten, v. a. im Internet, zur Verfügung stehen (Exp-G; Valderrama et al., 2020), um vorhandene Informationen gemeinsam einordnen und bewerten zu können (Exp-G).

- Das Team der Behandlerinnen und Behandler sollte sich kontinuierlich untereinander abstimmen welche Informationen und zu welchem Zeitpunkt diese an die Kinder und Jugendlichen im Rahmen der ambulanten oder (teil)stationären Behandlung weitergegeben werden (I-KiJu).
- Der Einbezug von Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen in die Therapie sollte kontinuierlich auch für die Abfrage von Informationsbedarfen und Informationsvermittlung genutzt werden (Exp-G). Auch die unter Partizipation angeführten Elterngruppen sind ein geeigneter Ort für Informationsvermittlung.
- Über Plakate, Pläne und Tafeln könnten im (teil)stationären Behandlungssetting Termine, Regeln, Dienstzeiten der Fachkräfte oder weitere relevante Informationen für den Stationsalltag kommuniziert werden. Es hat sich bewährt, einen einfachen Wochenplan mit den Terminen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu erstellen. Die Plakate sollten übersichtlich, verständlich und aktuell sein. Verwendete Abkürzungen sollten den Kindern und Jugendlichen bekannt sein. Die Darstellung sollte für Kinder und Jugendliche, die nicht (gut) lesen können angepasst sein (I-KiJu; I-B).

#### ▪ **Im Zusammenhang mit Behandlungsstandards**

- Die vertrauensvolle Beziehung zwischen den Fachkräften und den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen ist sowohl im ambulanten als auch im (teil)stationären Behandlungssetting ein zentraler Faktor für eine gelingende Informationspraxis (I-KiJu; I-E; I-B; Exp-G). Teil des Beziehungsprozesses sollte es sein, den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen aktiv Informationen anzubieten. Oft kann erst durch die persönliche Begegnung und auf Basis einer ausreichend guten therapeutischen Beziehung Vertrauen in die Information gewonnen werden (Exp-G).
- Vertrauensvolle therapeutische Beziehungen können eine Grundlage für eine gute Informationspraxis sein, sie sind aber keine hinreichende Garantie hierfür. In einem beziehungsorientierten Prozess können aus den vorhandenen Informationen gemeinsame Schlussfolgerungen und Handlungsperspektiven entwickelt werden und Information kann so Teil der Partizipation von Kindern und

Jugendlichen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderer Bezugspersonen sein (Exp-G).

- Kindern und Jugendlichen sollte der Zugang zu ihrer Patientenakte und den darin enthaltenen Informationen, die ihre Behandlung betreffen, ermöglicht werden. In Skandinavien und den USA können Patientinnen und Patienten über Online-Portale Einblick in die individuellen Dokumentationen ihrer Behandlung nehmen (sogenannten Open Notes). In Deutschland gibt es dieses Angebot noch nicht, eine solche Dokumentation könnte aber zukünftig mit der elektronischen Patientenakte verknüpft bzw. in diese integriert werden. Vor einer Einführung in Deutschland wäre im Vorfeld Forschung notwendig, um die Rahmenbedingungen und den Nutzen zu überprüfen (Exp-G; Dohil et al., 2021).

#### **7.5.4 Empfehlungen und Weiterentwicklungsansätze zu Strukturen und Gesetzgebung**

##### **A Rechtliche Verankerung in der Sozialgesetzgebung weiterentwickeln**

###### **Regelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)**

Im BGB sind in den §§ 630a-f dezierte Vorgaben für Informationen vor und während der Behandlung enthalten. Zugleich gilt es die angeführten Kinderrechten der UN-Konvention und die Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung zu berücksichtigen.

Die im BGB geregelten Aufklärungspflichten berücksichtigen in Bezug auf die Einwilligung den Entwicklungsstand. Hier wäre zu prüfen dies auch in den Informationspflichten aufzunehmen.

###### **Handlungsoption:**

Im § 630c BGB (Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten) wird im Satz 1 „altersgerecht“ eingefügt:

Der Behandelnde ist verpflichtet, der Patientin, dem Patienten in verständlicher und altersgerechter Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

## **Regelungen im SGB V**

Im § 65b Abs. 2 SGB V (Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland) werden Informationsstandards formuliert, dass die Information und Beratung „*niedrigschwellig, bürgernah, barrierefrei, zielgruppengerecht und qualitätsgesichert*“ sein soll. In Bezug auf die Information und Beratung von Kindern und Jugendlichen kommt der unabhängigen Patientenberatung nur eine untergeordnete Bedeutung zu (siehe Jahresbericht), gleichwohl sollten die Informationsstandards handlungsleitend sein.

Eine größere Bedeutung ist dem § 20 und dem § 20a im SGB V in Bezug auf Prävention zuzuordnen.

Im § 20 SGB V bestehen Möglichkeiten, Informationsarbeit im Sinne der Prävention zu ermöglichen. Initiativen wie [Irrsinnig Menschlich e. V.](#) bilden gute Beispiele, wie Informationen vermittelt werden können. Gleiches gilt für Wochen der seelischen Gesundheit, sofern auch die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fokussiert wird

In Bezug auf den §20a SGB V kommt dem digitalen Raum als eine Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen eine immer größere Bedeutung zu. Ein zentrales digitales jugendspezifisches Angebot ist auf dieser gesetzlichen Grundlage denkbar.

## **Handlungsoptionen:**

Im Rahmen einer Koppelung mit den Fördermöglichkeiten nach § 68a SGB V (Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen) sollten hier von den Krankenkassen größere Entwicklungsimpulse ausgehen.

Angebote wie die „Nummer gegen Kummer“ und der „Krisenchat“ mit ihrer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und gezielter Informationsarbeit in den sozialen Medien, gilt es verstärkt zu fördern und auch im Sinne der Prävention stärker zu nutzen. Voraussetzung ist die Fortschreibung der Professionalisierung, insbesondere in Bezug auf die Schulung und Begleitung der bisher überwiegend ehrenamtlich tätigen Beratungskräfte. Der Internetauftritt [www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de) des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Internetauftritt [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sollten um eine altersgerechte Ansprache für Kinder und Jugendliche ergänzt werden.

In diesem Zusammenhang ist auch ein zukünftiges Suizidpräventionsgesetz von Bedeutung.

In Kombination mit Mitteln der Jugendhilfe wäre hier ein Ausbau dieser Angebote hilfreich; der Jugendberatung kommt zudem als eine schnelle Anlaufstelle für psychosoziale Problemlagen der Jugendlichen eine hohe Bedeutung zu.

## **B Strukturen auf Bundesebene stärken**

### **Datenbank für Informationsquellen**

Die im Bericht angeführten Informationsquellen inklusive der Informationen aus sozialen Medien sind vielfältig und von unterschiedlicher Qualität und Güte.

#### **Handlungsoptionen:**

Eine Zusammenstellung von Informationsmöglichkeiten möglichst in Form einer leicht zugänglichen Datenbank sollte in Auftrag gegeben werden, möglichst gekoppelt mit der Formulierung von Qualitätsstandards gelungener Information und einer entsprechenden Bewertung. Die Auftragsdurchführung und gegebenenfalls Auftragsvergabe bzw. -ausschreibung könnte eine zukünftige Aufgabe für das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit sein oder über eine ministerielle Ressortvergabe erfolgen.

### **Jugendschutz im Internet und in den sozialen Medien**

Derzeit v. a. online verfügbare Informationsangebote über psychische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten sollten stärker und kontinuierlicher beobachtet und kontrolliert werden (Exp-G). Ältere Kinder und Jugendliche, aber auch viele Eltern bzw. Sorgeberechtigte und andere Bezugspersonen nutzen wie angeführt Internetseiten und soziale Medien, um sich zu informieren (I-KiJu; I-B), was auch mit Gefahren verbunden ist. Da Informationen Aufmerksamkeit erregen und im Gedächtnis bleiben, wenn sie affektiv fundiert sind, haben besonders emotional hoch aufgeladene Videos in den sozialen Medien viele Klicks, unabhängig vom Wahrheitsgehalt ihres Contents.

Die auf dem Staatsvertrag über den Schutz der Menschenwürde und den Jugendschutz in Rundfunk und Telemedien (Jugendmedienschutz-Staatsvertrag oder JMStV) beruhende Kommission für Jugendmedienschutz (KJM) bietet hier Anknüpfungspunkte.

#### **Handlungsoptionen:**

Die Institution [jugendschutz.net](https://www.jugendschutz.net), die bereits jetzt gefährdende Inhalte und falsche Informationen im Zusammenhang mit psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen fokussiert, ist zu unterstützen. Insgesamt ist eine plattformübergreifende Altersüberprüfung notwendig. Zudem ist eine Selbstverpflichtung der Anbieter anzustreben, hier gegebenenfalls zu zensieren.

In Bezug auf Zugang zu den sozialen Medien ist ein Schritt wie in Australien (Social Media Nutzung erst ab 16 Jahren) für Deutschland aus verschiedenen Gründen nicht gewünscht. Abgesehen davon, dass eine Schwierigkeit darin liegt, wie man Altersgrenzen bei der Nutzung wirksam überprüfen und durchsetzen kann und wie man die

Entwicklung von qualitätsgesicherten digitalen Beratungsangeboten im gesundheitlichen Bereich voranbringen kann, steht solchen starren Regularien auch das ebenfalls für Minderjährige gültige Recht auf Teilhabe im digitalen Raum entgegen (Croll, 2021; Krause, 2021).

Die Kombination aus Selbstverpflichtung gepaart mit einer Eingriffsmöglichkeit möglichst auf EU-Ebene, sofern die Selbstverpflichtung nicht greift, kann hier ein Weg sein.

### **Elektronische Patientenakte für Kinder und Jugendliche: Umfassende Informationspflicht bezüglich Einwilligung und Datenschutzfragen klären**

Kinder und Jugendliche bekommen ab dem Zeitpunkt eine elektronische Patientenakte (ePA), zu dem sie gesetzlich krankenversichert sind. Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres entscheiden die Eltern bzw. die Sorgeberechtigten, ob die Kinder und Jugendlichen eine ePA haben sollen. Mit Vollendung des 15. Lebensjahres können Kinder und Jugendliche dies selbst tun.

#### **Handlungsoptionen:**

Hier sind umfassende Informationen zu den Möglichkeiten und Grenzen notwendig und einzufordern, um den Kindern und Jugendlichen insbesondere bei der selbstbestimmten Entscheidung Hilfestellung zu geben.

Zu bedenken ist, dass Jugendliche unter 15 Jahren datenschutzrechtlich ihren Sorgeberechtigten gegenüber bisher ungeschützt sind, auch wenn sie ein berechtigtes Interesse auf Nichtinformation der Sorgeberechtigten äußern (z. B. Inanspruchnahme von Verhütungsberatung, Verordnung von Verhütungsmitteln). Auch hierfür gibt es aktuell keine Lösung.

Bislang ist zudem nicht geklärt,

- dass, wenn ein oder ggf. auch beide Elternteile das Sorgerecht verlieren, wer die ePA-Nutzungsrechte diesen nicht mehr Sorgeberechtigten entzieht,
- wie umgehend sichergestellt wird, dass insbesondere im Kinderschutzfall Informationen nicht an nicht mehr Sorgeberechtigte gelangen, die unter Umständen das Kind gefährden können und
- inwieweit Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren ein Einsichtsrecht unabhängig von den Eltern haben.

Andererseits bietet die ePA den Kindern und Jugendlichen nach Klärung dieser Fragen die Möglichkeit, Informationen aus der Akte über ihre Erkrankung und deren Behandlung leichter zugänglich zu erhalten.

## **7.6 Partizipation im kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Kontext – Qualitätskriterien, Instrumente und Empfehlungen**

Wird im Text auf Interviews oder die Expertengruppe verwiesen, beziehen sich diese Aussagen auf Ergebnisse aus dem Jahr 2024. Die Literaturrecherche sowie die Recherche in den sozialen Medien erfolgten 2023. Folgende Abkürzungen werden im folgenden Kapitel verwendet:

- I-KiJu = Interviews mit Kindern und Jugendlichen
- I-E = Interviews mit Eltern
- I-B = Interviews mit Behandlerinnen und Behandlern
- Lit = Literaturrecherche
- SoMed = Recherche in den sozialen Medien
- Exp-G = Expertengruppe

### **7.6.1 Einleitung – Partizipation im Fachdiskurs**

In der Literatur wird Partizipation aus pädagogischer Perspektive als das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe bzw. im engeren Sinne als Recht auf Mitbestimmung verstanden (Knauer & Sturzenhecker, 2005). Das Recht von Kindern jeden Alters, an Entscheidungen beteiligt zu werden, dass ihre Meinung gehört wird, sowie der Anspruch auf dafür notwendige und altersentsprechende verständliche Information und Aufklärung sind gesetzlich festgeschrieben (Fegert & Bea, 2022). Die damit einhergehende Förderung der Autonomieentwicklung ist sowohl pädagogisch bzw. entwicklungspsychologisch als auch therapeutisch wichtig (Exp-G). Wenn es Kindern und Jugendlichen gelingt, sich bei denen für sie geöffneten Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einzubringen, kann dies als gelungene Partizipation gelten (Knauer & Sturzenhecker, 2005). Partizipation beinhaltet, dass Kinder ihre Interessen in Aushandlungsprozessen vertreten können, wofür eine Voraussetzung auch das Gefühl sein kann, für Entscheidungen mit zuständig zu sein (Knauer & Sturzenhecker, 2005; Reitz, 2015). Ausgehend von Stufenmodellen der Partizipation aus der sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung sind das Informieren der Beteiligten und ihre Meinung erfragen Vorstufen der tatsächlichen Partizipation, während Partizipation bedeutet, dass Mitbestimmung zugelassen wird und/oder die Entscheidungskompetenz teilweise abgegeben oder gar ganz übertragen wird (Straßburger & Rieger, 2014; Wright et al., 2010).

Innerhalb des Kontextes der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird der Partizipationsbegriff häufig mit dem Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung in Verbindung gebracht (Abrines-Jaume et al., 2016; Butler et al., 2015; Edbrooke-Childs et al., 2016; Fegert, 2015; Fiks et al., 2012; Popow, 2014; Simmons et al., 2017;

Simon, 2009; Thun-Hohenstein, 2014). Übergeordnete medizinethische Leitplanken sind das Prinzip der Patientenautonomie (Genfer Gelöbnis, 2017) sowie das Prinzip der Fürsorgepflicht (Beauchamp & Childress, 2001). Innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung, in welcher die Patientinnen und Patienten alters- sowie störungsbedingt sehr unterschiedliche Kompetenzen zur Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechtes mitbringen, stehen sich beide Prinzipien in einem besonderen Spannungsverhältnis gegenüber (Exp-G). Dadurch, dass bei Minderjährigen immer auch Sorgeberechtigte in Entscheidungen im medizinischen Kontext involviert sind, ergibt sich ein Dreieck im Sinne der Informations- und Entscheidungsfindung (Kölch et al. 2024). Da sich unterschiedliche Interessen in diesem Dreieck im Sinne der Entscheidungsfindung ergeben können, ist die Austarierung zwischen Autonomie und Fürsorge deutlich komplexer als bei Erwachsenen (Exp-G). Settingspezifische Aspekte ergeben sich z. B. im Rahmen (teil)stationärer Behandlungen, die umfassend in die Freiheitsgrade von Kindern und Jugendlichen eingreifen können (Exp-G). Im Sinne der Autonomieförderung oder -erhaltung wäre es z. B. ein Ansatz, dass Kompetenzen, die Kinder und Jugendliche zuhause leben (z. B. allein zur Schule zu gehen, Kontakte mit Freunden organisieren und wahrnehmen etc.) in gemeinsamer Abstimmung so weit wie möglich beibehalten und gefördert werden sollten, wenn nicht therapeutische Gründe dagegensprechen (Exp-G).

Im Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden Kinder und Jugendliche stets unter Einbezug ihres Umfeldes bzw. ihrer Bezugspersonen behandelt. Ziel ist die Befähigung zum Umgang mit der eigenen Erkrankung. Dabei ist die Partizipation ein zentrales Element.

Das klinische Setting erfordert eine stete Anpassung der Partizipationskonzepte und der individuellen Ausgestaltung. Zu unterscheiden ist die Partizipation bei Entscheidungen, die den Stationsalltag betreffen und solchen, die die Behandlung betreffen.

Individuelle Anpassung und Ausgestaltung sind auch Anforderungen für die Partizipationsprozesse im ambulanten Setting.

Bereits das umfassende Informieren und Aufklären kann als wichtiger Teil von Partizipation verstanden werden, da es die Kinder und Jugendlichen befähigt, ihre Erkrankung, mögliche Behandlungswege oder Stationsprozesse zu verstehen und somit größere Beteiligungsmöglichkeiten eröffnet werden. Aufgrund störungsimmanenter Aspekte ist im Kontext der Krankenbehandlung psychisch erkrankter Minderjähriger Partizipation im Sinne einer vollkommen autonomen Gestaltung des Behandlungsprozesses durch die Patientin oder den Patienten kaum vorstellbar. Sowohl das Setting, die Rahmenbedingungen aber auch der Anlass der Behandlung sind nicht vergleichbar mit anderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, bei denen ggf. weitaus größere Partizipationsmöglichkeiten denkbar sind (z. B. Tagesstruktur, Freizeitgestaltung) (Exp-G).

Partizipation beginnt somit schon damit, dass den Kindern und Jugendlichen Informationen aktiv angeboten werden, diese gemeinsam eingeordnet und bewertet und daraus folgende Konsequenzen und Handlungsperspektiven besprochen werden (Exp-G). Partizipation beginnt auch damit, dass den Kindern und Jugendlichen zugehört wird (Exp-G).

Zu berücksichtigende Besonderheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind, dass

- das Dreieck Kinder/Jugendliche, Sorgeberechtigte und Behandlerinnen und Behandler im Spannungsfeld von Selbstbestimmung, Sorgerecht und Kinderschutz zu beachten ist.
- im Rahmen der Behandlung verschiedene Settings vorzuhalten sind, die unterschiedliche Formen von Mitgestaltung und vorgegebener Rahmenstrukturen beinhalten.
- verschiedene Altersgruppen mit unterschiedlicher kognitiver und sozioemotionaler Entwicklung sowie verschiedene Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Schweregraden und Teilhabebeeinträchtigungen zu behandeln sind.
- die aktive Beteiligung/Partizipation der Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen und die Berücksichtigung von systemischen Bedingungsgefügen ein wesentlicher Faktor bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ist.
- die Mitbestimmung durch die Kinder und Jugendlichen zur Beteiligung und Information von Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen im Einzelfall zu prüfen ist.

## **7.6.2 Kriterien für gelingende Partizipation**

### **Vertrauen, Beziehung und offenes Klima**

Die Beziehung zwischen den Kindern bzw. Jugendlichen und den Fachkräften ist für alle Ebenen der Behandlung ein zentraler Aspekt von Behandlung und zugleich auch von Partizipation (I-B; Exp-G). Besonders aus Sicht der Kinder und Jugendlichen spielt der Beziehungsaspekt eine große Rolle (I-KiJu) und bietet die Grundlage für Partizipation. Auch für Eltern spielt die Beziehung zu den Behandlerinnen und Behandlern eine wichtige Rolle im Behandlungssetting und ist auch die Basis für deren Beteiligung (I-E).

Eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre erleichtert Beteiligung (I-B). Das jeder Behandlung zu Grunde liegende wertschätzende, respektvolle, validierende, offene und

wohlwollende Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Kindern und Jugendlichen gegenüber ermöglicht, dass diese sich trauen, eher ihre Meinung zu äußern (I-B; Lit). Hilfreich ist dabei insbesondere das Gefühl, ernst genommen zu werden, um darauf aufbauend sich zuzutrauen, sich einzubringen und mitbestimmen zu können (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Reitz, 2015; Zerbe et al., 2021).

Innerhalb von Beteiligungsprozessen ist es Kindern und Jugendlichen wichtig verstanden zu werden, nicht (negativ) bewertet und auf Augenhöhe behandelt zu werden. Kompromissbereitschaft der Behandlerinnen und Behandler ist im Rahmen von Sicherheit gebenden Grenzen hilfreich (I-B; Exp-G; Lit). Das Entstehen einer tragfähigen Beziehung und von authentischen Begegnungen zwischen den Behandlerinnen und Behandlern und dem Kind bzw. Jugendlichen ist also ein zentrales Element bei der Etablierung partizipativer Prozesse (Exp-G).

Kontinuität von Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartnern sowie die Zuordnung fester Bezugspersonen aus Behandlungsteams ist dabei für die Beziehungsbildung förderlich (I-B).

### **Differenzierung von Entscheidungsbereichen, Situationen und Setting**

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischer Erkrankung gibt es nicht „die Entscheidung“ (Exp-G). Es ist vielmehr sinnvoll, verschiedene Entscheidungsbereiche, Situationen und Settings differenziert zu betrachten.

Hilfreich für das (teil)stationäre Behandlungssetting ist die Unterscheidung von Entscheidungen, die den Stationsalltag betreffen und solchen, die die Behandlung betreffen (Exp-G; Lit). Dabei wünschen sich Kinder und Jugendliche bei Alltagsentscheidungen tendenziell einen autonomeren Entscheidungsmodus als bei Behandlungsentscheidungen (Zerbe et al., 2021).

Alltagsentscheidungen auf Station können nicht nur ein Individuum, sondern auch die ganze Gruppe betreffen (Exp-G). Dabei können sich die Kinder und Jugendlichen darin üben, ihre individuellen Ansichten zu vertreten und gleichzeitig demokratische Prozesse zu erfahren (Exp-G). Zu trennen ist von allgemeinen (auch eher pädagogischen) Entscheidungen, die nicht unmittelbar der individualisierten medizinisch-therapeutischen Behandlung zuzurechnen sind. Diese Unterschiede sollten gegenüber den Kindern und Jugendlichen explizit benannt werden (Exp-G). Bei Entscheidungen, die die Gruppe betreffen, aktivieren sich zudem sozialpsychologische Mechanismen wie Konformität oder Angst vor Ablehnung, die seitens der Behandlerinnen und Behandler zu berücksichtigen sind (I-B; Exp-G).

Das Kontakthalten mit Freunden und Familie ist gerade im (teil)stationären Setting für Kinder und Jugendliche ein wichtiger Bereich der Mitbestimmung und Autonomie (Zerbe et al., 2021; Nolkemper et al., 2025). Hierbei besteht für Kinder und Jugendliche der größte Unterschied zwischen dem Wunsch nach Partizipation und der Möglichkeit diese zu erleben (Zerbe et al., 2021; Nolkemper et al., 2025).

Im ambulanten und (teil)stationären Setting können zudem Perspektiventscheidungen wie z. B. Schulwechsel oder Leben in einer Wohngruppe relevant sein (I-B). Bei solchen Entscheidungen, die den weiteren Lebensweg von Kindern und Jugendlichen deutlich beeinflussen, werden neben den Kindern und Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten alle relevanten Akteure, z. B. Jugendamt, Lehrerinnen und Lehrer oder enge Bezugspersonen, mit in den Entscheidungsprozess einbezogen (I-B). Grundsätzlich wird für Themen, die das Umfeld mitbetreffen, eine gut funktionierende Kooperation mit externen Akteuren als hilfreich betrachtet (I-B).

Im ambulanten Bereich nehmen die Behandlerinnen und Behandler im Vergleich zum (teil)stationären Setting eher eine beratende Funktion ein bzw. geben Empfehlungen ab (I-B). In der ambulanten Behandlung erhält der Aspekt der Adherence durch Partizipation eine starke Bedeutung, da sich die Umsetzung der Empfehlungen in der ambulanten Behandlung stärker der Kontrolle der Behandlerinnen und Behandler entzieht (Fegert et al., 2005; Kölch et al., 2011; Popow, 2014; Schepker et al., 2000; Simmons et al., 2017; Street & Herts, 2005; Thun-Hohenstein, 2014).

Die Stärke und Art des Einbezugs unterscheiden sich je nach den Themen, die adressiert werden und der Situation sowie des Settings, in dem der Einbezug stattfindet (Exp-G). Bei der Etablierung partizipativer Strukturen und Konzepte ist es daher notwendig zu beachten, welche Kontexte von Partizipation jeweils angesprochen werden.

### **Flexibilität/Berücksichtigen von Individualität**

In der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen wird flexibel auf die individuellen Bedürfnisse sowie die alters-, krankheits- und tagesformbedingt fluktuierenden Kompetenzen eingegangen (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gibson, 2022; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Vijverberg et al., 2022; Zerbe et al., 2020). Ein einheitliches für alle Kinder und Jugendlichen immer gültiges partizipatives Vorgehen ist nicht im Vorhinein festlegbar (Exp-G).

Das Flexibilitätskriterium weist Parallelen zu dem Anspruch der UN-Konvention für Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) nach „equity“ auf, wobei jedes

Individuum unterschiedliche Bedingungen und somit einen eigenen Unterstützungsbedarf mitbringt (Exp-G).

Da das abstrakte Denken sowie das Abwägen von Alternativen mit fortschreitendem Alter möglich wird (Lohaus & Vierhaus, 2019), können die Kinder und Jugendlichen zunehmend in die Entscheidungsfindung auch bei komplexeren Themen und bei abstrakteren Fragestellungen mitentscheiden bzw. je nach Wunsch und ausreichender Aufklärung auch selbst entscheiden.

Die kindliche Kompetenz zur Abwägung und Entscheidung ist vom individuellen Grad der entsprechenden Fähigkeiten abhängig (Exp-G). Des Weiteren hat der soziale Kontext im Sinne von Familie, Freunde, Bezugspersonen und insbesondere das Bildungsniveau der Eltern den stärksten Einfluss auf die kindliche Fähigkeit sich an Entscheidungen zu beteiligen (Ruhe et al., 2015). Neben Hinweisen darauf, dass das Partizipationsbedürfnis mit dem Alter ansteigt (Rothärmel, 2006), scheinen Krankheitsaspekte die stärkeren Einflussfaktoren auf den kindlichen Wunsch nach Mitbestimmung zu sein (Zerbe et al., 2021). Kinder und Jugendliche mit einer internalisierenden Erkrankung oder einer hohen Erkrankungsschwere wünschen sich tendenziell eine weniger aktive Rolle bei Behandlungsentscheidungen, wohingegen sich Kinder und Jugendliche mit externalisierender Erkrankung oder einer langen Erkrankungsdauer tendenziell eine aktivere Rolle in der Entscheidungsfindung wünschen (Zerbe et al., 2021).

Die Stärke und die Art des Einbezugs sind von der Erkrankung und dem Alter des Kindes bzw. des Jugendlichen abhängig (Exp-G). Jede Partizipationsmethode oder Beteiligungsbemühung von Behandlerinnen bzw. Behandlern bedarf daher einer gewissen Flexibilität, um dieser Individualität gerecht werden zu können (Exp-G).

In einem anderen Sinne ist Eltern eine Flexibilität der Behandlerinnen und Behandler bezüglich der Terminierung von gemeinsamen Gesprächen wichtig (I-E).

### **Prozesshafter Charakter**

Bei der Einführung von neuen Partizipationsstrukturen ist die Beachtung der zeitlichen Ressourcen seitens der Behandlerinnen und Behandler notwendig (I-B; Bruner et al., 2001). Die Behandlerinnen und Behandler sprechen hier von „Geduld“. Es kann sich in der Einführung zeitintensiv darstellen, die Kinder und Jugendlichen umfassend aufzuklären, auf ihre Entscheidung zu warten bzw. abzuwarten bis sie bereit sind, gemeinsam zu entscheiden. Dieser Weg der partizipativen Entscheidungsfindung ist im kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Setting in der Regel in Bezug auf den Gesamtprozess nicht zeitintensiver (Aoki et al., 2022). In diesem Prozess entsteht ein erhöhtes Commitment seitens des Kindes bzw. des Jugendlichen. Es wird davon

ausgegangen, dass ein stärkerer Einbezug der Kinder und Jugendlichen den Therapieerfolg erhöht (Zerbe et al., 2020). Es braucht jedoch auch Zeit, bis sich neue partizipative Modelle und Strukturen im Alltag fest verankert haben (Bruner et al., 2001).

Im Verlauf kann sich je nach Individuum bzw. Gruppenzusammensetzung Beteiligung auch verändern (I-B). Durch Wachsamkeit und Reflexionsvermögen wird vermieden, dass sich Strukturen zu fest verankern. Sie sollen vielmehr immer wieder an die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst werden können. Die Vorgaben innerhalb von Beteiligungsstrukturen dürfen sich je nach Berücksichtigung von individuellen und Gruppendynamiken innerhalb der Behandlung verändern. Dieses Spannungsfeld zwischen Standardisierung und Flexibilität wird auch aus der Literaturanalyse deutlich (Lit).

### **Kinderfreundlichkeit/Zugänglichkeit**

Partizipationsangebote, die für die Kinder und Jugendlichen schwer zugänglich und/oder schwer verständlich sind, werden von den Behandlerinnen und Behandlern als Hinderungsgrund von Beteiligung gesehen (I-B). Damit Kinder und Jugendliche Partizipationsangebote annehmen können, sollten diese kinderfreundlich ausgestaltet werden. Kinderfreundlich meint dabei, dass sie ansprechend und einfach verständlich gestaltet sind. Wenn Partizipationsangebote über Schrift vermittelt werden, bedeutet dies z. B., dass eine kinder- und jugendgerechte Sprache verwendet wird. Wenn eine Gruppenrunde als Partizipationsraum etabliert werden soll, bedeutet dies z. B., dass der Raum, in dem die entsprechende Runde stattfindet, altersentsprechend eingerichtet und schnell erreichbar ist.

Je einfacher Partizipationsangebote gestaltet sind, desto leichter werden sie auch angenommen (I-B). Daher ist es grundsätzlich sinnvoll bei Beteiligungsangeboten, soweit möglich, Komplexität zu reduzieren. Darüber sind Beteiligungsmöglichkeiten für die Kinder und Jugendlichen schnell als solche ersichtlich. In diesem Sinne sind Beteiligungsräume für Kinder und Jugendliche leicht zugänglich.

### **Transparente Kommunikation**

Ein fortlaufender Kommunikationsprozess im Team kann dazu dienen, sich über Grenzen und Möglichkeiten von Partizipation abzustimmen und diese einheitlich den Kindern und Jugendlichen kommunizieren zu können (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022). Eine gute Teamarbeit wird dabei als Grundlage für funktionierende Beteiligung von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern bzw. Sorgeberechtigten betrachtet (I-B). Eine intensive Abstimmung unter den Behandlerinnen und

Behandlern verhindert Widersprüche, reduziert Konflikte und ist hilfreich, damit bereits getroffene Entscheidungen in der besprochenen Form umgesetzt werden (I-B).

Angemessene Regeln und Sanktionen bei fehlender Akzeptanz helfen den Kindern sich sicher zu fühlen, um den Mut zu haben sich einzubringen. Den Kindern und Jugendlichen werden die Gründe für bestehende Regeln und Abweichungen aufgrund individueller Bedürfnisse oder Voraussetzungen erklärt (I-KiJu). Die Folgen bei Nichteinhaltung werden transparent kommuniziert und sind für die Kinder und Jugendlichen nachvollziehbar (I-KiJu).

In dem speziellen Setting einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung kann das Besprechen symptomatischer Verhaltensweisen für Patientengruppen mit bestimmten Störungsbildern triggernd wirken, wie z. B. der Austausch über und das Zeigen von Selbstverletzungen oder Gespräche über Suizidideen und -methoden. Den Kindern und Jugendlichen wird entsprechend erklärt, warum ein Austausch über diese Themen aus Gründen der Rücksichtnahme mit Mitpatientinnen und Mitpatienten im (teil)stationären Behandlungssetting sowie mit der Peer-Group im ambulanten Behandlungssetting und auch darüber hinaus in anderen Medien nicht erfolgen soll (Exp-G).

### **Unterstützte gemeinsame Entscheidungsfindung**

Voraussetzung für Partizipation ist, dass die Kinder und Jugendlichen wissen, an welchen Prozessen und Entscheidungen sie sich beteiligen können. Transparenz über verschiedene Entscheidungsbereiche, Entscheidungsoptionen und Beteiligungsmöglichkeiten sollte hergestellt werden (Exp-G). Insbesondere bei Entscheidungen mit hoher Relevanz für die Kinder und Jugendlichen wird eine aufklärende Informationsvermittlung über die betreffenden Sachverhalte und über die Konsequenzen von Entscheidungen im Prozess sichergestellt, um die Kinder und Jugendlichen dazu zu befähigen, sich eine Meinung zu bilden. Es sollte dabei sichergestellt sein, dass die Kinder und Jugendlichen die Aufklärung verstanden haben und sich der Konsequenzen der Entscheidung bewusst sind (Fegert & Bea, 2022). Die Meinung der Kinder und Jugendlichen sowie ihre individuellen Präferenzen sollten explizit erfragt werden. Die Möglichkeit, Fragen stellen zu können und ein Feedback zur eigenen Meinung zu erhalten, ist dabei für Kinder und Jugendliche wichtig. Im gesamten Entscheidungsprozess braucht es die Unterstützung der Behandlerinnen und Behandler (I-KiJu). Die kindliche Fähigkeit sich an der Entscheidung zu beteiligen ist dabei abhängig von Behandlerinnen und Behandlern sowie den Bezugspersonen (Wiesemann, 2013). Am Ende des Entscheidungsprozesses entscheiden Kinder und Jugendliche am liebsten gemeinsam mit den Behandlerinnen und

Behandlern (Zerbe et al., 2021; Nolkemper et al., 2025) oder wählen aus verschiedenen Optionen aus (I-KiJu).

### **Einbezug auch bei „eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit“**

Auch jüngere Kinder können alters- und entwicklungsentsprechend mit in die Behandlung einbezogen werden, denn auch mit ihnen können Vor- und Nachteile von Entscheidungen besprochen werden (Fegert & Bea, 2022). Insbesondere wollen jüngere Kinder bei sie betreffenden konkreten und klar fassbaren Fragestellungen mitentscheiden wie z. B. bei Ausflügen (I-KiJu). Zudem kann ein Einbezug auch unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen stattfinden (Exp-G).

Zwangsmaßnahmen und freiheitseinschränkende Maßnahmen widersprechen grundsätzlich dem Partizipationsverständnis der Freiwilligkeit. Einer geschlossenen Unterbringung kann keine freiwillige Entscheidung zugrunde liegen. Zwangskontexte schließen Partizipation jedoch nicht umfassend aus, da begrenzte Partizipationsmöglichkeiten auch hier geprüft und umgesetzt werden können (Lit; I-B; Exp-G). Wenn z. B. bei einer krisenhaften Aufnahme einer suizidalen Patientin die Frage nach Aufnahme oder Nichtaufnahme nicht diskutierbar ist, bleiben im Stationsalltag Entscheidungsbereiche, wo Beteiligung möglich bleibt (I-B). Die Gründe der Zwangsbehandlung, das Vorgehen sowie die Rechte und Möglichkeiten des Kindes oder Jugendlichen sind klar zu kommunizieren. Zudem kann z. B. auch bei einer zwingenden Aufnahme auf einer Akutstation, die Zustimmung von Kindern und Jugendlichen im Nachgang eingeholt werden. Bezüglich der Umsetzung wird hier auf die neue „S2k-Leitlinie Autonomieförderung und Prävention von Zwangsmaßnahmen, Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung“ verwiesen, deren Erstellung vor dem Abschluss steht (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-048#anmeldung>).

In Fällen, in denen Kinder und Jugendliche sich in der Situation oder im Verlauf einer medizinisch notwendigen Behandlung verweigern, werden die Erziehungsberechtigten, als in der Regel natürliche Fürsprecherinnen und Fürsprecher der Kinder und Jugendlichen, grundsätzlich einbezogen bzw. sind dann die Antragsteller im Verfahren.

### **Gemeinsames Verständnis und persönliche/institutionelle Bereitschaft**

Als Grundlage für gelingende Partizipation entwickeln die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Organisation ein gemeinsames Partizipationsverständnis bzw. eine partizipative Haltung (Exp-G).

Ein zentraler Aspekt von Partizipation ist die Ergebnisoffenheit (Knauer & Sturzenhecker, 2005). Wenn Kindern und Jugendlichen Beteiligungsräume geöffnet werden, kann es sein, dass sie diese anders nutzen und anders gestalten als die Erwachsenen es sich gewünscht hätten. Die Erwachsenen sind bereit, das auszuhalten und auch Fragen und Unsicherheiten auszuhalten (Bruner et al., 2001). Es braucht auch die persönliche Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich infrage stellen zu lassen.

Eine partizipative Grundhaltung wird entwickelt und im Team herrscht ein offenes Klima (Exp-G). Dazu ist es notwendig, dass sich auch die Institution verändert. Insbesondere bei stark hierarchischen Strukturen kann das herausfordernd sein (Exp-G.). Die Umsetzung von Partizipation in Organisationen wirft Fragen zu Macht- und Kontrollbefugnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf und es besteht die Sorge, dass organisatorische Veränderungen den Alltag stören könnten (Bruner et al., 2001). Eine partizipative Gestaltung der Organisation im Sinne von interner Partizipation selbst erleichtert jedoch Beteiligung von Patientinnen und Patienten (Körner, 2009). Unter interner Partizipation wird im Klinikkontext verstanden, wenn sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Führungskräfte in ihren eigenen Prozessen, wie Teamkonferenzen oder Leitungsrunden, partizipativ organisieren. Für die Leitungsebene sind auch duale Leitungsmodelle denkbar bzw. zu empfehlen.

Das Etablieren partizipativer Strukturen braucht die Bereitschaft organisatorische Strukturen zu verändern und auch die Rückendeckung und Unterstützung der Vorgesetzten, das Team und die Leitung zieht an einem Strang im Sinne eines Multilevelansatzes (Bruner et al., 2001). Dabei werden partizipative Strukturen von allen Behandlungsebenen und anderen relevanten Akteuren wie z. B. Gerichten, Jugendamt und (Amts-)vormünderinnen und -vormündern gekannt und gelebt.

## **Regelmäßige Evaluation**

Bereits etablierte partizipative Strukturen werden auf ihre Wirksamkeit unter engem Einbezug der Kinder und Jugendlichen überprüft (I-KiJu). Wirksam sind sie dann, wenn die Kinder und Jugendlichen die Strukturen nutzen und sich dadurch einbezogen fühlen. Dabei wird überprüft, ob die partizipativen Strukturen leicht zugänglich, einfach nutzbar und kinder- bzw. jugendfreundlich sind.

Partizipation ist ein kontinuierlicher Prozess, der regelmäßiger Re-Evaluation bedarf (I-KiJu; I-B).

Auch bestehende Stationsregeln bzw. Regeln in der ambulanten Praxis werden regelmäßig hinterfragt und in Absprache mit den Kindern und Jugendlichen angepasst (Exp-G, I-KiJu).

### 7.6.3 Partizipationsfördernde Instrumente

#### **Bereits weitgehend etablierte partizipationsfördernde Instrumente – Fokus: ambulantes und (teil)stationäres Behandlungssetting**

##### **Beschwerdesysteme**

Beschwerdesysteme gibt es auf verschiedenen Ebenen (externe unabhängige Stellen, Krankenhaus allgemein, spezifische Abteilung) und es sind hier verschiedene Methoden etabliert. Damit das Beschwerdesystem genutzt wird, ist es wichtig, dass dieses auf die Zielgruppe abgestimmt, bekannt, erreichbar und niedrigschwellig ist. So werden für Kinder andere Ansätze hilfreich sein als für Jugendliche. Wenn bei einem Beschwerdesystem keine Beschwerden eingehen, sollte überprüft werden, ob es an der genutzten Methode liegt. Es ist wichtig, die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigte und andere Bezugspersonen darüber zu informieren, dass und wo Beschwerden möglich sind und was mit der Beschwerde passiert. Kinder und Jugendliche sollen verständlich, nachvollziehbar und wahrnehmbar aufgeklärt werden über Beschwerderechte und Beschwerdewege. Wenn hierüber Unklarheit herrscht, kann dies die Hürde erhöhen eine Beschwerde zu tätigen. Sich zu beschweren hat grundsätzlich auch mit Vertrauen zu tun. Es sollte eine Offenheit signalisiert werden, dass Beschwerden ernst genommen werden und man aus diesen lernen bzw. die angesprochenen Aspekte verbessern möchte (Fegert et al., 2020; Allroggen et al., 2022, Hoffmann et al., 2021). Im Kontext des Schutzes der Patientinnen und Patienten vor Gewalt und Missbrauch in medizinischen Institutionen schreibt die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-Richtlinie) seit 2020 vor, dass medizinische Einrichtungen Schutzmaßnahmen etablieren müssen, hierzu gehört auch die Etablierung eines altersangemessenen Beschwerdesystems ([https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16\\_QM-RL\\_Vorgaben-aktueller-Stand\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand_BAnz.pdf)).

#### **Nachfolgend werden Beschwerdemöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen genannt**

##### ▪ **Externe Stellen:**

- Die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen sollten über die Beschwerdemöglichkeiten der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern informiert werden (z. B. Ärztekammer Nordrhein: <https://www.aekno.de/patienten/beschwerde-einlegen>).

- Für den ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Bereich sollten Ombudsstellen ausgebaut und bekannter gemacht werden (Exp-G).

- **Zentrale klinische Stellen:**

- Viele Kliniken haben eine zentrale Beschwerdestelle bzw. ein Qualitätsmanagement mit Feedbackschleife an das Behandlungsteam. Diese sollte den Kindern und Jugendlichen sowie den Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen bekannt und je nach Landesrecht auf der Station erkennbar kommuniziert und zugänglich sein (Exp-G).

- **Abteilungsspezifische Möglichkeiten:**

- Kummerkasten/Beschwerdebox: Hier können anonym Anliegen auf einem Zettel abgegeben werden. Dieser Kummerkasten oder diese Beschwerdebox muss allen bekannt sein und er muss regelmäßig geleert und seine Inhalte zur Kenntnis genommen werden (I-KiJu; Allroggen et al., 2022; Gugglberger et al., 2022; Nolkemper et al. 2019, Möhler et al., 2022; 2019; Zerbe et al., 2020).
- Patientenfürsprechende nehmen sich der Anliegen der Kinder und Jugendlichen an und treten für sie ein (Nolkemper et al., 2019; Zerbe et al., 2020). Dies können sowohl Personen innerhalb der Abteilung (auch die Kinder und Jugendlichen selbst, siehe Möhler et al., 2022) als auch Klinikangehörige anderer Abteilungen oder externe Personen sein. Fürsprechende Personen sollten den Kindern und Jugendlichen bekannt sein und sich als solche aktiv innerhalb von kurzen Einzelgesprächen als Vermittlerin bzw. Vermittler anbieten. Eine auf Station installierte Telefonleitung, mit welcher sich Kinder und Jugendliche direkt mit der entsprechenden Person verbinden lassen können, könnte dabei hilfreich sein (I-B). Ebenso ist denkbar, dass die Patientenfürsprechenden regelmäßige Sprechzeiten auf der Station anbieten. Einige Landeskrankenhausgesetze (z. B. Berlin) schreiben auch spezifisch vor, dass es eine Patientenfürsprechende bzw. einen Patientenfürsprechenden geben muss.

## **Behandlungsvereinbarungen**

Eine Behandlungsvereinbarung bzw. Behandlungsabsprache mit dem Kind oder Jugendlichen zu Beginn der Behandlung bietet die Möglichkeit gemeinsam über die Ziele der Behandlung zu sprechen, Wünsche zu erfassen und sich auf ein Vorgehen im Krisenfall zu einigen. Empfohlene Behandlungsbausteine inklusive Beteiligung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen zur Erreichung der Behandlungsziele sollten erläutert werden. Dabei sollte es neben dem Vereinbarungsteil auch

einen Informationsteil zur Behandlungseinrichtung, zu Kinderrechten, Zwangskontexten und Beschwerdemöglichkeiten geben.

Das Dokument sollte, auch wenn es rechtlich nicht bindend ist, der stärkeren Verbindlichkeit halber auch vom Kind bzw. Jugendlichen unterschrieben und eine Kopie diesem ausgehändigt werden (Wedemeyer & Wiesemann, 2017).

Bei der Behandlungsvereinbarung handelt es sich um eine gemeinsame Entscheidungsfindung, anders als bei der einseitigen Patientenverfügung. Allerdings kommt der Vereinbarung, soweit der Wille der Jugendlichen dort hinterlegt ist, der Rechtscharakter einer Patientenverfügung zu (Marschner 2010).

In der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis finden Behandlungsvereinbarungen in Einzelfällen Anwendung. Die Patientinnen und Patienten befinden sich in der Entwicklung und ihre Störungsbilder in einer Entwicklungsdynamik. Auf neue Krisensituationen muss jeweils immer wieder individuell eingegangen werden (Holtmann & Noeker (Hrsg.), 2025)

Altersgemäß und individuell adaptiert können Behandlungsvereinbarungen sinnvoll für Patientinnen und Patienten sein, bei denen häufigere stationäre Behandlungen zu erwarten sind. Dies gilt zum Beispiel für Erkrankungen mit bekannt rezidivierendem Verlauf sowie Störungsbilder, die wiederholt zu Krisenaufnahmen führen (Holtmann & Noeker (Hrsg.), 2025).

### **Krisenplan**

Ein weiteres partizipativ hilfreiches Instrument ist unterhalb der Vereinbarungsebene der Krisenplan, der mit den Patientinnen und Patienten sowie den Sorgeberechtigten erarbeitet wird. Auch die Möglichkeit Jugendhilfeangebote mit einzubeziehen besteht. Dieser beinhaltet auch Maßnahmen, die zur Entaktualisierung einer Krise im häuslichen Setting führen sollen, und Vereinbarungen für den Fall einer Akutvorstellung (Rixe et al. 2023).

### **Regelmäßige Zielgespräche**

Eine gemeinsame Behandlungsplanung mit Festlegung und Verschriftlichung von expliziten Behandlungszielen unter Berücksichtigung von Teilhabebedarfen erfolgt mit dem Kind bzw. Jugendlichen, den Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen, dem Therapeuten bzw. der Therapeutin (und der Pflegekraft im stationären Setting) zu Beginn der Behandlung. Im weiteren Verlauf finden auf dieser Basis regelmäßige Zielplangespräche mit dem Kind bzw. Jugendlichen, dem Therapeut bzw. der Therapeutin (und der Pflegekraft) statt. Dabei kann im Sinne einer Diskussionsanregung eine Likert-Skala zur Bewertung des Fortschritts bei den initial gesteckten Zielen hilfreich sein (I-B).

## **Bereits weitgehend etablierte partizipationsfördernde Instrumente – Fokus: (teil)stationäres Behandlungssetting**

### **Kinderparlament/Forum/Patientenmeeting**

Diese Besprechung wird von Patientinnen und Patienten geleitet, die unterstützt werden durch die Behandlerinnen bzw. Behandler. Es werden organisatorische Dinge besprochen und die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit ihre Anliegen zu äußern (I-KiJu; I-B).

### **Reflexionsgespräche**

Gesprächsmöglichkeiten im Einzelsetting mit einer Betreuerin bzw. einem Betreuer oder in der Patientengruppe dienen dem Austausch über aktuelle Themen der Kinder und Jugendlichen (I-KiJu, I-B). Je nach Behandlungssetting und Alter der Kinder und Jugendlichen wird von den Behandlerinnen und Behandlern geprüft, wie Reflexionsgespräche gestaltet und in den Stationsablauf integriert werden können.

### **Offene Gesprächsgruppen**

Offene Gesprächsgruppen, die nicht manualisiert sind, sondern in denen die Kinder und Jugendlichen das Thema wählen und das Gespräch selbst strukturieren können, können auch einen Beitrag zur Partizipation leisten. Die Therapeutinnen und Therapeuten bei pädagogischer Gruppenarbeit greifen nur ein, wenn es zu Streitigkeiten oder nicht therapieförderlichen Inhalten kommt (I-B). Maximal werden Diskussionsanregungen gegeben, wobei auch hier keine Instruktion von außen gegeben, sondern auf die freie Assoziation der Jugendlichen gesetzt wird. Eine Verbindung zu den therapeutischen und pädagogischen Zielsetzungen der Gruppenarbeit sollte jedoch bestehen bleiben.

### **Möglichkeit von Gruppen für Eltern bzw. Sorgeberechtigte und andere Bezugspersonen oder Austausch**

Treffen der Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen, die aktuell in (teil)stationärer Behandlung sind, werden ermöglicht. Es werden gemeinsame therapeutische Übungen gemacht und es besteht die Möglichkeit des Austausches (I-E; Exp-G). Im ambulanten Bereich sollten Kenntnisse über die Ansprechpartnerin bzw. den Ansprechpartner und Angebote der Selbsthilfe vorhanden sein, die dann an Interessierte vermittelt werden können (Exp-G).

### **Aktualisierung Bezugsbetreuersystem**

Konzepte des Bezugsbetreuersystem sind seit längerem in unterschiedlichen Ausgestaltungen etabliert. Idealerweise hat dabei jedes Kind bzw. jede Jugendliche und jeder Jugendliche feste Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner, die für sie bzw. ihn zuständig sind, einschließlich Ausfallregelungen. Sie wissen über alle Belange Bescheid

und eine bzw. einer von ihnen ist auch bei Gesprächen mit Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen dabei. Diese Modelle setzen ein stabiles und ressourcenreiches Team mit möglichst wenig Fluktuationen voraus, auch weil sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ggf. in Urlaubs- und Krankheitsfällen untereinander vertreten können. Die aktuelle Personalsituation und Personalbemessung im klinischen Sektor der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie setzt hier Grenzen.

### **Partizipationsfördernde Instrumente aus anderen Ländern und anderen Bereichen**

Die im Folgenden beschriebenen Instrumente können als Anstoß genutzt werden, um bestehende Partizipationsinstrumente weiterzuentwickeln. Sie können auch als Ideengeber für innovative Umsetzungsprojekte herangezogen werden.

### **Modelle der partizipativen Gestaltung von Einzelgesprächen**

Das niederländische Modell des Counseling in Dialogue kann im ambulanten Setting eines Beratungsgesprächs umgesetzt werden und beinhaltet die drei Inhalte Retrospektion, diagnostischer Befund und Behandlungsplanung (Hayes, 2021).

### **Einsatz von Entscheidungshilfen**

Allgemeine Vorlagen für Entscheidungshilfen auf Deutsch können auf der Webseite von [patient-als-partner](#) abgerufen werden. Diese sind bisher jedoch nicht für Kinder und Jugendliche verfügbar und auch nur für wenige psychiatrische Störungsbilder.

Entscheidungshilfen, speziell für kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Fragestellungen gibt es bereits im englischen Sprachraum, so z. B. für den ambulanten Bereich die [i thrive grids](#) oder für das stationäre Setting das Spiel „All voices count“ (Teela et al., 2022). Diese Instrumente müssen an den deutschen Sprachraum noch angepasst werden. Eine Hilfe bei der Zielsetzung bei vielen Zieloptionen, bevor eine konkrete Entscheidung ansteht, wurde für den englischen Sprachraum mit den [next step cards](#) bereits entwickelt.

### **Power Tools für Kinder und Jugendlichen**

Das [Headspace Toolkit](#) aus Irland beinhaltet Bögen mit verschiedenen Themenbereichen, die für die Kinder und Jugendlichen auf Station relevant sind (z. B. betreffend die Station, Behandlungsplanung, Medikation, Therapiegespräche, Feedback). Die Fragen sind offen gestellt und sollen von den Kindern und Jugendlichen ausgefüllt werden (z. B. „The things I would like to talk about are...“).

## **Leitfaden für den Austausch in den sozialen Medien**

In [Australien](#) entwickelt und mittlerweile auch in [Kanada](#) verwendet wird #Chatsafe, ein Leitfaden, der darüber Auskunft gibt, wie über Selbstverletzungen und Suizidalität in den sozialen Medien gesprochen werden kann, ohne sich selbst zu gefährden.

### **Bestimmung eines Partizipationsbeauftragten**

Zur regelmäßigen Evaluation ist es hilfreich, dass es eine Partizipationsbeauftragte bzw. einen Partizipationsbeauftragten innerhalb des Kollegiums gibt. Diese bzw. dieser wird mit einer festgelegten Stundenanzahl in der Woche freigestellt, um die Umsetzung von Partizipationskonzepten und Instrumenten zu begleiten. Ihre bzw. seine Aufgabe ist dabei auch regelmäßig mit den Kindern und Jugendlichen sowie den Kolleginnen und Kollegen ins Gespräch zu gehen, um festzustellen, ob die Partizipationsinstrumente genutzt werden und ob sie zu einer Erhöhung des erlebten Einbezugs beitragen.

### **Digitale Gesundheitsanwendungen**

Innovative Partizipationsmodelle werden durch die technische Entwicklung z. B. in Form von digitalen Gesundheitsanwendungen kommen (Exp-G). So können Kinder und Jugendliche auch in digitaler Form an therapeutischen Interventionen teilnehmen oder therapeutische Prozesse auch nach Beendigung der Therapie fortführen. Auch die Erfassung von Gesundheitsmarkern durch Smartwatches und Fitnesstracker bieten Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie, die den Einbezug der Betroffenen erweitern können (z. B. Schlaf- und Stimmungsprotokoll, Biofeedback als Möglichkeit des Stressmanagements u. W.). Datenschutzrechtliche Fragestellungen müssen zeitnah geklärt werden (Exp-G.).

#### **7.6.4 Umsetzungsempfehlungen**

Die angeführten Kriterien für gelingende Partizipation finden Berücksichtigung innerhalb der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischer Erkrankung und sind zugleich Prüfkriterien für bestehende oder neue Partizipationsinstrumente.

Darüber hinaus können allgemeine und settingspezifische Empfehlungen für Behandlerinnen und Behandler sowie Anregungen für die Politik abgeleitet werden.

### **Umsetzungsempfehlungen und Weiterentwicklungsansätze für Behandlerinnen und Behandler (ambulant, teilstationär und stationär)**

Umgesetzt werden sollte(n) im Zusammenwirken mit Behandlungsstandards, dass:

- den Kindern und Jugendlichen erklärt wird, wer für welche Entscheidungen zuständig ist und wer die Ansprechpartnerin bzw. der Ansprechpartner für ihre Belange ist (I-KiJu, Exp-G).
- den Kindern und Jugendlichen erläutert wird, an welchen Stellen es Entscheidungsmöglichkeiten für sie gibt (Bruner et al., 2001) und dass sie bei den Entscheidungen unterstützt werden bzw. gemeinsam entschieden wird (I-KiJu; Zerbe, 2021; Nolkemper et al., 2025).
- wenn es Grenzen der Entscheidungsmöglichkeiten gibt, sollten diese transparent gemacht und begründet werden (Knauer & Sturzenhecker, 2005). Für aus Kinder- und Jugendsicht relevante Entscheidungen, die bereits feststehen, wie z. B. Handyzeiten, ist es dabei wichtig im Vorfeld einer Behandlung transparent die Gründe dafür zu erläutern (I-KiJu).
- die Kinder und Jugendlichen aktiv nach ihrer Meinung gefragt werden und ihnen die Möglichkeit gegeben wird, ihre Anliegen in kleinen Gruppen besprechen zu können (I-KiJu).
- Behandlungsentscheidungen gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und ggfls. der zuständigen Bezugspflegeperson getroffen werden (I-KiJu).
- die Kinder und Jugendlichen (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Hayes et al., 2021; Wijngaarde et al., 2021; Zerbe et al., 2020) sowie deren Eltern bzw. Sorgeberechtigten und andere Bezugspersonen (Gustafsson et al., 2022) sollten die Möglichkeit bekommen sich mit anderen Betroffenen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden oder bereits eine ähnliche Situation erlebt haben und dabei ähnliche Entscheidungen treffen mussten, auszutauschen, soweit keine Persönlichkeitsrechte dagegen stehen und der Wunsch überhaupt besteht (Exp-G).
- den Kindern und Jugendlichen erläutert wird, wohin sie sich wenden können, wenn sie mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind und sie nicht auf ihre Sorgeberechtigten als ihre Fürsprecher zurückgreifen können (Exp-G). Dabei sollten die Kinder und Jugendlichen in einem Konfliktfall unterstützt werden, den Kontakt zu unabhängigen Vermittlerinnen bzw. Vermittlern, z. B. Patientenförsprechenden oder Ombudsstellen, aufzunehmen (Exp-G).
- anonyme Wunsch- und Beschwerdemöglichkeiten sichergestellt werden und die Kinder und Jugendlichen motiviert und aufgefordert werden, diese zu nutzen (I-KiJu). Dabei ist es wichtig im Sinne eines Meinungs-Managements die geäußerten Wünsche und Beschwerden regelmäßig mit Behandlerinnen und Behandlern zu thematisieren (I-KiJu).

- Möglichkeiten für den Kontakt zwischen Kindern und Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen mit den Behandlerinnen und Behandlern angeboten werden. Innerhalb von beziehungsorientierten Begegnungsmöglichkeiten wie Therapiegesprächen oder Bezugspflegegesprächen ist es sinnvoll offen zu sein für die Themen und Interessen der Kinder bzw. Jugendlichen und Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen. Eine Sicherstellung von Kontinuität der Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner ist in dem Zusammenhang hilfreich (I-KiJu, I-B).
- eine Auswahl an Partizipationsinstrumenten zur Verfügung gestellt wird. Dabei ist es insbesondere sinnvoll, dass verschiedene Instrumente für die unterschiedlichen Entscheidungsbereiche (Behaltungsentscheidungen, Alltagsentscheidungen, Kontakt mit Freunden und Familie, Perspektiventscheidungen) angeboten werden. Die im Projektbericht beschriebenen partizipationsfördernden Instrumenten können dazu als Ideengeber fungieren.
- regelmäßige Gespräche zu Zielabgleich und Zielplanung mit den Kindern und Jugendlichen stattfinden, an welchen sowohl therapeutische als auch pflegerische bzw. erzieherische Fachkräfte teilnehmen (I-B). Es ist insbesondere vor Behandlungsbeginn sinnvoll, im Rahmen eines Vorgesprächs die Erwartungen von Eltern bzw. Sorgeberechtigten sowie anderen Bezugspersonen und den Kindern mit dem Angebot der Behandlung abzugleichen und eine Auftragsklärung gemeinsam durchzuführen (Exp-G) (s. Partizipationsfördernde Instrumente).
- patientengeleitete (Gruppen)Sitzungen vorgehalten werden, in denen Anliegen besprochen und Entscheidungen zum Stationsalltag getroffen werden können (I-KiJu). Ebenso ist es sinnvoll, regelmäßig die Stationsregeln zu diskutieren und zu begründen und diese ggfs. weiterzuentwickeln. Dabei ist es sinnvoll durch die Kinder und Jugendlichen eine Gruppensprecherin bzw. einen Gruppensprecher wählen zu lassen, der die Belange der Gruppe gegenüber dem Behandlungsteam vertreten kann (Exp-G).
- im Behandlungsteam besprochen wird, wie damit umgegangen wird, wenn die Kinder und Jugendlichen sich innerhalb eines Beteiligungsraumes nicht äußern. Hier kann es bei Beteiligungsräumen mit mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern je nach dem Ziel und dem Setting der Gruppe sinnvoll sein, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine moderierende und motivierende Funktion einnehmen und die Kinder und Jugendlichen zur aktiven Meinungsäußerung ermutigen. Als Beispiel wären hierfür klassische Morgenrunden, Patientenforen oder Wochenrückblicke zu nennen (I-B). In der therapeutischen Arbeit kann es je nach Gruppensammensetzung sinnvoll sein offene Gesprächsgruppen anzubieten, in denen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ganz zurücknehmen und den älteren Kindern und Jugendlichen Zeit und Raum geben ganz frei und in ihrem

eigenen Tempo ihre Belange zu adressieren (s. Partizipationsfördernde Instrumente) (I-B).

- ein intensiver Austausch zwischen dem Pflege- und Erziehungsdienst sowie der fallführenden Therapeutin bzw. dem fallführenden Therapeuten und den Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen ermöglicht wird (I-E). Eltern bzw. Sorgeberechtigte und andere Bezugspersonen sollten zur Mitarbeit motiviert und aufgefordert werden. Rahmenbedingungen sollten erläutert und klare Behandlungsvereinbarungen diesbezüglich getroffen werden (Exp-G). Es sollte allen Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen klar kommuniziert werden, welche feste Ansprechperson für sie während der Behandlung des Kindes bzw. des Jugendlichen zuständig ist (I-E).
- kommunikative Stilmittel vermittelt werden, die es den Kindern und Jugendlichen erleichtern, ihre Wünsche und Präferenzen zu äußern (Gugglberger et al., 2022; Zerbe et al., 2020). Darüber hinaus ist es sinnvoll, die Spezifitäten des Umgangs mit besonderen Krankheitsbildern, z. B. bei Kindern und Jugendlichen, die aufgrund einer Depression wenig Eigenmotivation mitbringen, zu berücksichtigen (Zerbe et al., 2020).

## **Empfehlungen für Behandlungsangebote auf der institutionellen Ebene**

Zu empfehlen wäre bzw. umgesetzt werden sollte(n), dass:

- innerhalb von der bereits rechtlich vorgegebenen Entwicklung von Schutzkonzepten auch Partizipationsaspekte explizit zur Sprache kommen, die auf die spezifischen Gegebenheiten der Behandlungsinstitutionen abgestimmt sind. Dabei ist ein Multitool-Multilevel-Ansatz sinnvoll (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020; Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Gugglberger et al., 2022; Liverpool, Pereira, et al., 2021; Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021).
- Fortbildungen etabliert werden, die die Behandlerinnen und Behandler zur Anwendung verschiedener Partizipationsmethoden befähigen. Dabei ist es sinnvoll neben der Thematisierung des Verständnisses von Partizipation auch typische Vorbehalte wie „braucht viel Zeit“, „kann zu falschen Entscheidungen führen“ oder „das machen wir ja eh schon“ zu thematisieren (Hayes et al., 2019, 2020; Zerbe et al., 2020). Hierbei sollte auch vermittelt werden, dass aufgrund der besonderen Gegebenheiten im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht die komplette Selbstbestimmung der Kinder und Jugendlichen das Ziel sein kann (Exp-G). Zudem ist das Wissen über andere Behandlungsoptionen außerhalb der eigenen Praxis oder Institution eine wichtige Grundlage, damit

Behandlerinnen und Behandler die Kinder und Jugendlichen im Entscheidungsprozess unterstützen können (Gustafsson et al., 2022; Hayes et al., 2019).

- für häufig getroffene relevante Entscheidungen kinder- und jugendpsychiatriespezifische und -psychotherapeutische Entscheidungshilfen für den deutschen Sprachraum etabliert werden. Solche Entscheidungshilfen (Decision Aids) bilden die Vor- und Nachteile der verschiedenen Handlungsoptionen ab. Im Projektbericht werden diesbezüglich im Anschluss frequently requested decisions (FRDs) beschrieben. Es gibt Entscheidungshilfen im englischen Sprachraum, die für die Arbeit auf Deutsch übersetzt und erprobt werden sollten (s. Partizipationsfördernde Instrumente).
- Schnittstellen zu Selbsthilfenetzwerken ausgebaut werden bzw. nach einer klinischen Behandlung Kontakte zu bestehenden Selbsthilfenetzwerken vermittelt werden (Exp-G).
- neben dem bisher in der Erwachsenenmedizin etablierten Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) speziell für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eigene Partizipationskonzepte entwickelt werden.

## **Empfehlungen zu Strukturen und Gesetzgebung**

### **A Rechtliche Verankerung von Partizipation in der Sozialgesetzgebung**

#### **Regelungen im SGB V – Grundsätze**

Im Rahmen des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes im SGB VIII wurde die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen gestärkt. Insbesondere in den § 4 und § 8 („*Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen.*“). Auch in der Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung werden die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes und die aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen entsprechend der vorhandenen Reife formuliert.

Dieser Grundsatz sollte auch im Recht der Krankenversicherung, dem SGB V verankert werden.

#### **Handlungsoption:**

Hier sollte geprüft werden, wie in den Grundsätzen des SGB V die Partizipation und Beteiligung von Patientinnen und Patienten aufgenommen werden könnte. Denkbar wäre eine Einführung in § 1 oder ein neuer § 2c SGB V.

## **Regelungen im SGB V – Qualitätssicherung, Beschwerdewesen und Beteiligung**

Auch das Beschwerdewesen sollte um die Beteiligung der Kinder und Jugendlichen und ihr Erfahrungswissen bereichert werden.

### **Handlungsoption:**

Das patientenorientierte Beschwerdemanagement in Kliniken nach § 135a SGB V (Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung) sollte auf die Vertragsärzteschaft (z. B. sozialpsychiatrische Praxen) bzw. den ambulanten Sektor erweitert und die Kinder und Jugendlichen verständlich über vorhandene Beschwerdemöglichkeiten aufgeklärt werden, u. a. im Rahmen der Behandlungsvereinbarungen.

Um diesen Aspekt deutlicher zu betonen, sollte im Gesetzestext von Patientenbeteiligung anstatt von Patientenorientierung gesprochen werden.

Betroffene Kinder und Jugendliche sollten zudem stärker am Beschwerdewesen und an der Gestaltung der Angebote beteiligt werden, z. B. durch Beteiligung von Peers (siehe unten).

## **B Strukturen – Behandlungsvereinbarungen bzw. -verträge und Partizipation**

Die Formulierung von Behandlungsvereinbarungen sollte dem Prinzip des informed consent angepasst werden, um der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Aufklärung, Zustimmung und Dokumentation die angemessene Bedeutung zu geben.

### **Handlungsoption:**

Altersangemessen sollte die Unterschrift der Kinder und Jugendlichen unter einer Behandlungsvereinbarung und dem Behandlungsvertrag in den angeführten begründeten Konstellationen sein.

## **C Einbezug von Erfahrungswissen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Leistungserbringung und Leistungsgestaltung**

Der Einbezug von Erfahrungswissen im ambulanten und (teil)stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungssetting sollte im Rahmen der Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung stärkere Berücksichtigung finden.

**Handlungsoption:**

Hier sollten v. a. junge Erwachsene als mögliche Peers adressiert werden. Denkbar wäre z. B. ein Einbezug von Lehramts- und/oder Psychologiestudierenden, die bereits eigene Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung sammeln konnten. Neben Einzelpersonen sollten auch das Erfahrungswissen aus den, wenn auch wenigen Selbsthilfegruppen und auch von Eltern bzw. An- und Zugehörigen miteinbezogen werden.

Auch bietet das Grundverständnis der Care Leaver Anknüpfungspunkte, soweit sich hier Bereitschaft entwickelt auch systemimmanent zu arbeiten.

Sofern sich hier Interessen und Ressourcen ergeben, wären auch Schulungsangebote notwendig.

In Bezug auf die Finanzierung von Peers sind die in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verankerten Ansätze der Berücksichtigung weiter in Richtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie konkretisiert.

Fachkräfte sollten Peers in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen stärker miteinbeziehen.

## **8. Gender Mainstreaming Aspekte**

In den Projektarbeiten wurde kontinuierlich darauf geachtet, dass die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Geschlechter Beachtung finden. Dies drückte sich u. a. in der Zusammensetzung der Expertengruppe und der Samplestruktur der Interviews aus. Zudem erfolgte die Zuordnung zu einem Geschlecht im Rahmen der Interviews anhand der Bedürfnisse der Interviewten.

Die Ergebnisse wurden so formuliert, dass die Bedürfnisse aller Geschlechter Beachtung finden. In Texten und auf der Internetseite wurden geschlechtsneutrale oder geschlechtergerechte Formulierungen gewählt.

## 9. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

### 9.1 Erreichung der Projektziele

Die im Antrag formulierten Projektziele konnten erreicht werden. In der nachfolgenden Tabelle ist die Erreichung der im Projektantrag formulierten Vorhabensziele und -teilziele dargestellt (siehe Tabelle 20).

<b>Zielsetzungen</b>	<b>Ausmaß der Erreichung der Zielsetzungen</b>
Bestandsaufnahme über Informationsmöglichkeiten über psychische Erkrankungen und deren Behandlung	Eine Bestandsaufnahme vorhandener Informationsmöglichkeiten und Aufklärungsansätze anhand einer Literatur- und Dokumentenanalyse, einer Recherche in den sozialen Medien sowie im Internet sind erfolgt und die Ergebnisse wurden zusammenfassend dargestellt.
Bestandsaufnahme über Partizipationsmöglichkeiten in den Behandlungsangeboten	Eine Bestandsaufnahme vorhandener Partizipationsmöglichkeiten in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen ambulanten und klinischen Behandlung anhand einer Literatur- und Dokumentenanalyse sowie einer Recherche im Internet sind erfolgt und die Ergebnisse wurden zusammenfassend dargestellt.
Bedarfsanalyse auf der Grundlage von Interviews mit einer partizipativen Ausrichtung	Mit 53 durchgeführten Interviews wurde die geplante Anzahl von 50 Interviews erreicht. Auch die gewünschte Samplestruktur konnte weitgehend umgesetzt werden. Die wenigen Abweichungen waren durch die angeführten Patienten- bzw. Personalkonstellationen in den Kliniken bedingt. Für die Auswertung wurde jedoch nicht wie im Projektantrag zunächst angedacht die von Mayring et al. entwickelte Software QCAmap, sondern das auch aus der Expertengruppe empfohlene und komfortablere MAXQDA eingesetzt.

Zielsetzungen	Ausmaß der Erreichung der Zielsetzungen
Formulierung von Qualitätskriterien für Informationsmöglichkeiten zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Behandlung	Qualitätskriterien für die Informationspraxis sowie Kriterien für die Partizipation wurden anwendungsorientiert formuliert und eine FAQ-Liste erstellt. Zusätzlich wurden Kriterien für die Partizipation im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung erarbeitet und häufig zu treffende Entscheidungen in die FAQ-Liste aufgenommen.
Erarbeitung von innovativen Ansätzen und Umsetzungsempfehlungen inklusive eines Handlungsleitfadens zur Stärkung der Partizipation in der Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen	Innovative Ansätze zur Stärkung der Partizipation sowie Empfehlungen zur Umsetzung für die Praxis und die Politik wurden anwendungsorientiert formuliert. Zusätzlich konnten Handlungsempfehlungen für die Informationspraxis erarbeitet werden.
Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit der Projektergebnisse	Projektergebnisse sind in der Abschlussphase in Gremien und Fachveranstaltungen vorgestellt worden. Der Prozess wird im Nachgang zum Projekt auf der Grundlage eines fachlichen Projektberichtes fortgesetzt.

Tabelle 20: Ausmaß der Zielerreichung

## 9.2 Limitationen der Recherche in den sozialen Medien

Es ist zu erwähnen, dass sich bei der Bewertung der fachlichen Qualität der Informationen unterschiedliche internationale Standards in der Datensammlung wiederfinden. Die Bewertung erfolgte durch zwei Reviewerinnen mit deutscher Nationalität und Ausbildungshintergrund, weshalb andere Praktiken z. B. im amerikanischen Gesundheitssystem aus dieser Perspektive betrachtet wurden. Unter den Suchbegriffen *child and adolescent psychiatry* und *child and adolescent psychotherapy* konnten auf allen Plattformen nur wenig Informationen gefunden werden, insbesondere auf YouTube. Es könnte vermutet werden, dass ähnliche Behandlungskonzepte im englischsprachigen Raum unter anderer Bezeichnung verbreiteter sind als im deutschsprachigen Raum.

Möglicherweise sind umgangssprachlichere Bezeichnungen von z. B. Kinder- und Jugendpsychotherapie in den sozialen Medien verbreiteter. Zudem bietet die Plattform YouTube nicht so wie bei den anderen Suchbegriffen, die gefilterte Rubrik mit Beiträgen von geprüften Gesundheitsorganisationsquellen an.

Auf allen Plattformen fanden sich unter einigen englischsprachigen Suchbegriffen, insbesondere bei *anxiety disorder* viele Beiträge in anderen Sprachen, welche nicht berücksichtigt werden konnten.

In der Recherche gab es folgende technische Einschränkungen: Bei einigen Suchbegriffen (*Depressionen/depression, anxiety disorder*) verwendete Instagram eine Nutzerwarnung und zeigte in der Browseransicht nur begrenzt Beiträge an, was zu einer erheblichen Reduzierung der gescreenten und ausgewählten Beiträge führte. Zudem wurden in der Browseransicht beinahe ausschließlich Beiträge in Bildform angezeigt, nicht als Kurzvideos (Reels), welche zum Zeitpunkt der Datensammlung ähnlich wie bei TikTok in der App-Version der Plattform einen Großteil des Contents einnehmen.

### **9.3 Limitationen der Interviewerhebung**

In Bezug auf die Interviewerhebung ist zu beachten, dass eine qualitative Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität hat. Aufgrund der Freiwilligkeit der Befragung kam es zu Selektionseffekten. So lässt sich anhand der soziodemographischen Daten erkennen, dass die befragten Jugendlichen überdurchschnittlich häufig das Gymnasium besuchten. Die befragten Eltern hatten größtenteils einen akademischen Bildungsabschluss. Das Erleben von Familien aus anderen sozialen Schichten konnte somit leider nicht abgebildet werden. Die meisten interviewten Eltern hatten Kinder im Alter von 6-13 Jahren, sodass die Erfahrungen und Bedürfnisse von Eltern mit Kindern im Alter von 14-18 Jahren nicht ausreichend erhoben werden konnten.

### **9.4 Einbezug von Kindern und Jugendlichen**

Durch die Durchführung von Interviews konnten psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche aus verschiedenen Altersgruppen als Expertinnen und Experten miteinbezogen werden. Auf diese Weise konnte ihre Perspektive in Bezug auf die Informations- und Partizipationspraxis im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung erhoben werden. Dadurch konnten die Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Politik an ihren Erfahrungen und Bedürfnissen orientiert formuliert werden.

## **10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

Primär wurden die Ergebnisse an das Bundesministerium für Gesundheit adressiert. Darüber hinaus wird der Projektbericht inklusive der erarbeiteten Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen für Politik und Praxis nach Freigabe durch das BMG über die Internetseite [www.apk-ev.de/projekte/kiju-ipi/startseite](http://www.apk-ev.de/projekte/kiju-ipi/startseite) abrufbar sein.

Die Projektergebnisse sind in die von der APK durchgeführte Fortführung des Psychiatriedialoges eingeflossen und werden insbesondere im Rahmen der diesjährigen Jahrestagung der APK einer breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt.

In Gremien beim G-BA, im Kontaktgespräch Psychiatrie und beim Deutschen Verein wurde bereits im Projektverlauf über das Projektvorhaben und den Projektstand berichtet.

Im September 2024 konnten im Rahmen eines Symposiums beim Kongress der DGKJP bereits erste vorläufige Ergebnisse vorgestellt werden.

Über weitere Gremienarbeit, Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und Beteiligung an Fachveranstaltungen soll eine weitere Verbreitung der Ergebnisse sichergestellt werden. Für die Öffentlichkeitsarbeit wird ein fachlicher Projektbericht aufbereitet.

Es ist die Option eines bundesweiten Fachtages mitgedacht, an dem die Ergebnisse vorgestellt und zugänglich gemacht werden.

## **11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)**

Da die entwickelten Standards, Empfehlungen und Ansätze auf die gesamte Zielgruppe und sektorenübergreifend ausgerichtet sind, können diese bundesweite Anwendung bei der Herausgabe von Informationsmaterialien und der Umsetzung von Partizipation im ambulanten und stationären Sektor finden.

Darüber hinaus wurden unterschiedliche Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Gesetzgebung formuliert.

Die Projektergebnisse werden dazu beitragen, dass sich die Informations- und Partizipationsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern bzw. ihren Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung verbessern

Darüber hinaus können die Projektergebnisse die Beachtung bei den wesentlichen Akteuren aufseiten der Fachverbände, der Leistungsanbieter, der Leistungsträger und sonstigen fachlich interessierten Personen finden und zu einer zielgerichteten Optimierung der Information und Partizipation in der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen beitragen.

## **12. Publikationsverzeichnis**

Im Projektzeitraum sind keine Publikationen, Diplom- und Doktorarbeiten entstanden.

## 13. Anhang

### 13.1 FAQ-Liste – Information und Partizipation

Im Rahmen des Projektes wurde wie vorgesehen eine FAQ-Liste für die Kinder und Jugendlichen aber zugleich auch für die Leistungsanbietenden als Orientierung für Informationsangebote und Partizipationsgestaltung erstellt. Grundlage hierfür war die Auswertung der Interviews. Die Liste wurde mit der Expertengruppe rückgekoppelt und einem Praxistest mit Kindern und Jugendlichen in einer in das Projekt einbezogenen Klinik unterzogen.

#### A Information

##### ▪ Ambulantes und (teil)stationäres Behandlungssetting:

- Wie lange dauert die Behandlung?
- Wie läuft die Behandlung ab? Welche Therapien werden angeboten? Muss ich an allen Therapien teilnehmen?
- Sind Medikamente eine Therapiemöglichkeit? Welche gibt es, wie wirken sie, welche Nebenwirkungen haben sie? Wie nimmt man sie ein? Muss ich sie einnehmen, auch wenn ich nicht will? Kann ich selbst bestimmen, wann ich die Medikamente einnehme und wann nicht? Kann ich die Medikamente selbstständig absetzen?
- Was ist meine Diagnose? Wann erfahre ich sie? Was bedeutet das für mich?
- Wird mir auch Blut abgenommen? Erfolgen medizinische Eingriffe? Bekomme ich Spritzen?
- Wer ist für mich zuständig, wer ist meine Ansprechperson? Was ist, wenn derjenige krank oder im Urlaub ist? Was ist, wenn ich mich mit der Person nicht verstehe?
- Werden Dinge, die ich hier während der Behandlung den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erzähle, vertraulich behandelt? Werden Dinge, die ich in der Einzeltherapie erzähle, vertraulich behandelt? Wer bestimmt worüber in der Einzeltherapie gesprochen wird? Muss ich alle für mich peinlichen Fragen beantworten?
- Gibt es Beschwerdemöglichkeiten/einen Kummerkasten?
- Wie kann ich mich mit anderen Betroffenen austauschen?
- Wo finde ich Betroffenenberichte?

- Wo und wie kann ich mich selbst informieren?
  - Was sind glaubwürdige Quellen?
  - Wo finde ich Hilfe- und Beratungsmöglichkeiten?
  - Wer trifft hier bei meiner Behandlung welche Entscheidungen?
  - Was darf ich entscheiden?
  - Wie werde ich einbezogen? Wie werden meine Bezugspersonen mit einbezogen?
  - Darf ich an den Gesprächen mit meinen Eltern bzw. Sorgeberechtigten und anderen Bezugspersonen teilnehmen? Was ist, wenn ich nicht möchte, dass mein sorgeberechtigter Elternteil in die Behandlung mit einbezogen oder informiert wird?
- **(Teil)stationäres Behandlungssetting:**
    - Wie ist der Tagesablauf?
    - Habe ich Ausgang? Wie sind die Ausgangszeiten?
    - Welche Sachen darf bzw. muss ich selbst mitbringen? Was muss ich dabei beachten?
    - Welche Regeln gibt es und warum gibt es sie?
    - Gibt es eine Kleiderordnung?
    - Kann ich meine Bezugspflege und meine Bezugstherapeutin bzw. meinen Bezugstherapeuten wechseln, wenn ich mich nicht gut mit ihr bzw. ihm verstehe?
    - Wie wird mit Narben und frischen Selbstverletzungen umgegangen?
    - Wie läuft die Klinikschule ab? Wie groß sind die Lerngruppen? Muss ich in die Klinikschule gehen?
    - Kann ich jederzeit nach Hause gehen?
    - Kann ich mein Zimmer abschließen?
    - Ist auch nachts jemand da?
    - Wer bezahlt es, wenn ich am Wochenende nach Hause fahre?
    - Woher bekomme ich Taschengeld?
    - Kann ich hier rauchen und wie viel?
    - Kann ich mein Haustier mitbringen?
    - Kann ich während der Behandlung Sozialstunden ableisten?

- Kann ich weiter zu meinem Fußballtraining und zu Turnieren gehen?
- Was passiert nach der Behandlung hier? Welche Optionen der ambulanten Weiterbehandlung gibt es?

## **B Partizipation bei Entscheidungen**

### **Welche Entscheidungen sind für mich wichtig? (Frequently requested decisions)**

Manche im Behandlungsprozess getroffenen Entscheidungen haben für die Kinder und Jugendlichen eine besonders große Wichtigkeit bzw. eine starke Auswirkung auf den weiteren Lebensweg. Die folgende Liste fasst typische Entscheidungsthemen zusammen, die in den jeweiligen Settings häufig vorkommen und für Betroffene von hoher Relevanz sind.

#### **▪ Vor oder während einer ambulanten Behandlung:**

- Soll ich mich mit meinen Problemen an die Praxis einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten oder einer Psychiaterin bzw. eines Psychiaters wenden?
- An wen kann ich mich wenden, wenn ich möchte, dass herausgefunden wird, ob eine psychische Erkrankung vorliegt?
- Möchte ich mich in einem Krankenhaus behandeln lassen?

#### **▪ Ambulantes und (teil)stationäres Behandlungssetting:**

- Was sind meine Therapieziele?
- Soll ich Medikamente nehmen? Was gibt es für Alternativen zu Medikamenten?
- Soll ich in eine Wohngruppe gehen?
- Welche Anschlussbehandlung ist für mich möglich und sinnvoll?
- Wann ist meine Behandlung zu Ende?
- Welche Aktivitäten können mir helfen, wenn die Behandlung vorbei ist?
- Soll ich die Schule wechseln? Soll ich eine Ausbildung machen?
- (Wann) soll ich meinen aktuell unterbrochenen Schulbesuch wieder aufnehmen?

- Was möchte ich meinen Verwandten und meinen Klassenkameradinnen bzw. Klassenkameraden darüber sagen, wo ich bin?
- Kann ich selbst bestimmen mit welchem Namen ich angesprochen werde?

▪ **(Teil)stationäres Behandlungssetting:**

- Was darf ich essen? Kann ich mir selbst etwas zu essen machen oder mir selbst etwas mitbringen oder mitbringen lassen? Kann ich hier vegan essen? Muss ich alles aufessen?

(Bei Diabetes: Kann ich selbst über meine Diät bestimmen und mein Insulin bestimmen?)

- Wie viel Handyzeit habe ich?
- Wann darf ich meine Familie oder Freunde besuchen?
- Wann dürfen meine Familie oder Freunde mich besuchen?

## 13.2 Interviewleitfaden Kinder

In diesem Forschungsprojekt sprechen wir mit Kindern und Jugendlichen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden. Wir wollen untersuchen, ob Ihr das Gefühl habt, gut über Eure Behandlung und Erkrankung Bescheid zu wissen. Dabei interessiert uns auch, wie Ihr bei Eurer Behandlung mitbestimmen könnt. Außerdem möchten wir herausfinden, ob und was sich dabei in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch ändern sollte. Wir möchten dazu viele Meinungen sammeln. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten.

„Smalltalk“: Wie geht es Dir? Magst du Dich mit mir unterhalten?

Alternativ: Bist Du aufgeregt? Danke, dass Du dich bereit erklärt hast mitzumachen!

Einstieg: Erzähl doch mal, wie Du hierhergekommen bist?

### Informationspraxis

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
1. Wusstest Du schon etwas über das, was mit Dir los ist/Deine Erkrankung, bevor Du hierhergekommen bist?	<u>Wenn ja</u> : Wo hast Du das her? Und wie war das?
2. Wusstest Du schon etwas über das, was Dir helfen könnte/die Behandlung, bevor Du hierhergekommen bist?	<u>Wenn ja</u> : Wo hast Du das her? Und wie war das?
3. Wusstest Du schon etwas über dieses Krankenhaus?	<u>Wenn ja</u> : Wo hast Du das her? Und wie war das? Hat das gestimmt? Wenn nein: Was hat nicht gestimmt?
4. Gab es etwas, das Du gar nicht wusstest und das Dich hier sehr überrascht hat?	<u>Wenn ja</u> : Was? Positiv oder negativ überrascht?
5. Hast Du auf dem Handy oder im Internet (z. B. YouTube) schon mal etwas zu ADHS/Depression/Angst gehört oder gesehen?	<u>Wenn ja</u> : Wie fandest Du das?
6. Seit wann bist Du hier in Behandlung?	

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
7. Hast Du das Gefühl, dass Du Bescheid weißt über die Dinge, die hier für Dich wichtig sind?	<p><u>Wenn nein:</u> Was fehlt Dir noch an Informationen hier?</p> <p>Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Information hat verschiedene Aspekte: z.B. Informationen über</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkrankung: Symptome, Prognose, etc.</li> <li>- Behandlung: Therapien, Medikamente, Behandlungsoptionen, Risiken und Nebenwirkungen, Zwangsmaßnahmen etc.</li> <li>- Aufenthalt/Klinik/Praxis: Stationsalltag, Regeln, Essen, Ausflüge, Elterngespräche, etc.</li> <li>- persönliche Freiheiten (Kontakt zu Freunden und Familie): Handynutzung, Besuchszeiten, Wochenendregelungen, etc.</li> </ul>
8. Müsste sich etwas verändern, damit Du gut Bescheid weißt?	<p><u>Wenn ja:</u> Was würdest Du gerne verändern, damit Du gut Bescheid weißt?</p> <p>Hast Du Ideen, was Dir als Information noch geholfen hätte?</p> <p>Wie würdest Du am liebsten darüber informiert werden?</p>

## Partizipation

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
9. Wer hat entschieden, dass Du hier aufgenommen/behandelt werden sollst? Und weswegen? Warst Du damit einverstanden?	<p>War die Entscheidung für Dich okay?</p> <p>Wurdest Du nach deiner Meinung gefragt?</p>
10. Hast Du das Gefühl, dass Du bei Deiner Behandlung mitentscheiden darfst?	<p><u>Wenn ja:</u> Wobei genau konntest und kannst Du mitentscheiden?</p> <p>Und wie war/ist das?</p> <p><u>Wenn nein:</u> Was denkst Du, warum nicht?</p>

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
11. Müsste sich etwas verändern, damit Du gut mitentscheiden kannst?	<p><u>Wenn ja</u>: Was würdest Du gerne verändern?</p> <p>Hast Du Ideen, bei was Du gerne mehr einbezogen werden würdest?</p> <p>Und wo nicht?</p> <p>Wie könnte dieser Einbezug aussehen?</p>

## Abschluss

12. Wenn du Chefin oder Chef der Klinik wärst, was würdest du hier verändern?
13. Falls noch nicht angesprochen: Bekommst Du Medikamente? Welche(s)? Wurdest Du gut über Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt? Wie (schriftlich/nur mündlich)? Hast Du Dich gut und umfassend aufgeklärt gefühlt? Warst Du einverstanden mit der Medikation?

## Soziodemographisches

1. Wie alt bist Du?
2. Bist Du weiblich oder männlich oder weißt Du es nicht so genau (bei den Jüngeren)? Welchem Geschlecht würdest Du Dich zuordnen (bei den Älteren)?
3. Auf welche Schule gehst Du? (z. B. Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium etc.)
4. Mit wem wohnst Du zusammen?
5. Warum bist Du hier? Nachfrage: Diagnose(kategorie)?
6. Weißt Du ungefähr, wie alt Du warst, als Dein Problem/Deine Erkrankung zum ersten Mal auftrat? Alternativfrage: Seit wie vielen Jahren hast Du Dein Problem/Deine Erkrankung schon?
7. Warst Du schon mal wegen Deinem Problem/Deiner Erkrankung in einer Therapie? Nachfrage: einmal die Woche oder auf Station? Seit wann bist Du in Therapie?
8. Bist Du freiwillig hier? Hast Du einen richterlichen Beschluss?

## Raum für unstrukturiertes Gespräch (max. 10 Minuten)

- Aufnahmegerät läuft dabei weiter

### 13.3 Interviewleitfaden Jugendliche

In diesem Forschungsprojekt sprechen wir mit Kindern und Jugendlichen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden. Wir wollen untersuchen, ob Ihr das Gefühl habt, gut über Eure Behandlung und Erkrankung Bescheid zu wissen. Dabei interessiert uns auch, wie Ihr bei Eurer Behandlung mitbestimmen könnt. Außerdem möchten wir herausfinden, ob und was sich dabei in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch ändern sollte. Wir möchten dazu viele Meinungen sammeln. Es gibt daher keine richtigen oder falschen Antworten.

„Smalltalk“: Wie geht es Dir? Magst du Dich mit mir unterhalten?

Alternativ: Bist Du aufgeregt? Danke, dass Du dich bereit erklärt hast mitzumachen!

Einstieg: Erzähl doch mal, wie Du hierhergekommen bist?

#### Informationspraxis

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
1. Hast du Dich oder wurdest Du vor dem Aufenthalt über das, was mit Dir los ist/Deine Erkrankung informiert?	<u>Wenn ja</u> : Wo? Bei/von wem? Und wie war das?
2. Hast du Dich oder wurdest Du über die Behandlung informiert?	<u>Wenn ja</u> : Wo? Bei/von wem? Und wie war das?
3. Hast du Dich oder wurdest Du über diese Kinder- und Jugendpsychiatrie informiert?	<u>Wenn ja</u> : Wo? Bei/von wem? Und wie war das? Hat das gestimmt? Wenn nein: Was hat nicht gestimmt?
4. Hattest Du das Gefühl, schon gut Bescheid zu wissen, bevor Du hierhergekommen bist?	<u>Wenn nein</u> : Was hat Dir noch gefehlt an Informationen?
5. Hast Du auf YouTube, Instagram, TikTok schon mal etwas zu ADHS/Depression/Angst gehört oder gesehen?	<u>Wenn ja</u> : Wo genau? Welchen Influencerinnen bzw. Influencern oder Kanälen folgst Du? Waren die Beiträge hilfreich? Haben Sie gestimmt?
6. Seit wann bist Du hier in Behandlung?	

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
7. Hast Du das Gefühl, dass Du über die Dinge informiert worden bist und wirst, die Dich betreffen?	<p><u>Wenn nein:</u> Was fehlt Dir noch an Informationen hier?</p> <p>Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Information hat verschiedene Aspekte: z.B. Informationen über</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkrankung: Symptome, Prognose, etc.</li> <li>- Behandlung: Therapien, Medikamente, Behandlungsoptionen, Risiken und Nebenwirkungen, Zwangsmaßnahmen etc.</li> <li>- Aufenthalt/Klinik/Praxis: Stationsalltag, Regeln, Essen, Ausflüge, Elterngespräche, etc.</li> <li>- persönliche Freiheiten (Kontakt zu Freunden und Familie): Handynutzung, Besuchszeiten, Wochenendregelungen, etc.</li> </ul>
8. Gab es etwas, das Du gar nicht wusstest und das Dich hier sehr überrascht hat?	<u>Wenn ja:</u> Was? Positiv oder negativ überrascht?
9. Müsste sich etwas verändern, damit Du gut Bescheid weißt?	<p><u>Wenn ja:</u> Was würdest Du gerne verändern, damit Du gut Bescheid weißt?</p> <p>Hast Du Ideen, was Dir als Information noch geholfen hätte?</p> <p>Wie würdest Du am liebsten darüber informiert werden?</p>

### Partizipation

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
10. Wer hat entschieden, dass Du hier aufgenommen/behandelt werden sollst? Und weswegen? War das freiwillig?	<p>War die Entscheidung für Dich okay?</p> <p>Wurdest Du nach deiner Meinung gefragt?</p>
11. Hast Du das Gefühl, dass Du bei Deiner Behandlung und im Tagesklinik-	<u>Wenn ja:</u> Wobei genau konntest und kannst Du mitentscheiden?

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
/Stationsalltag mitentscheiden konntest und kannst?	Und wie war/ist das? <u>Wenn nein:</u> Was denkst Du, warum nicht?
12. Müsste sich etwas verändern, damit Du dich gut einbezogen fühlst und mitentscheiden kannst?	<u>Wenn ja:</u> Was würdest Du gerne verändern? Hast Du Ideen, wobei Du gerne mehr einbezogen werden würdest? Und wo nicht? Wie könnte dieser Einbezug aussehen?

## Abschluss

13. Wenn Du Chefin oder Chef der Klinik wärst, was würdest Du noch verändern?
14. Fall noch nicht angesprochen: Bekommst Du Medikamente? Welche(s)? Wurdest Du gut über Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt? Wie (schriftlich / nur mündlich)? Hast Du Dich gut und umfassend aufgeklärt gefühlt? Warst Du einverstanden mit der Medikation?

## Soziodemographisches:

1. Wie alt bist Du?
2. Bist Du weiblich oder männlich oder weißt Du es nicht so genau (bei den Jüngeren)?  
Welchem Geschlecht würdest Du Dich zuordnen (bei den Älteren)?
3. Auf welche Schule gehst Du? (z. B. Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium etc.)
4. Mit wem wohnst Du zusammen?
5. Warum bist Du hier? Nachfrage: Diagnose(kategorie)?
6. Weißt Du ungefähr, wie alt Du warst, als Dein Problem/Deine Erkrankung zum ersten Mal auftrat? Alternativfrage: Seit wie vielen Jahren hast Du Dein Problem/Deine Erkrankung schon?
7. Warst Du schon mal wegen Deinem Problem/Deiner Erkrankung in einer Therapie?  
Nachfrage: einmal die Woche oder auf Station? Seit wann bist Du in Therapie?
8. Bist Du freiwillig hier? Hast Du einen richterlichen Beschluss?

## Raum für unstrukturiertes Gespräch (max. 10 Minuten)

- Aufnahmegerät läuft dabei weiter

### 13.4 Interviewleitfaden Eltern

In diesem Forschungsprojekt wollen wir untersuchen, wie Kinder und Jugendliche und deren Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie über ihre Behandlung und Erkrankung informiert werden. Außerdem interessiert uns, wie die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern in die Behandlung mit einbezogen werden. Wir möchten auch herausfinden, ob und was sich dabei noch ändern sollte. Wir möchten dazu verschiedene Meinungen, Erfahrungen und Ideen sammeln. Ihre Angaben haben keinen Einfluss auf die Behandlung Ihres Kindes. Es gibt für unser Projekt keine richtigen oder falschen Antworten.

„Smalltalk“: Haben Sie gut hergefunden? Wie geht es Ihnen heute?

Einstieg: Hatten Sie vor der Erkrankung Ihres Kindes schon einmal Berührungspunkte mit psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung?

Alternativ: Wie ist es denn zur Therapie ihres Kindes gekommen? Wie zur aktuellen Behandlung?

#### Informationspraxis

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
<p>1. Wie gut haben Sie sich vor dem Aufenthalt/der Behandlung Ihres Kindes (über die Erkrankung, über die Behandlungsmöglichkeiten, über die aktuelle Behandlung) informiert gefühlt?</p> <p>Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Information hat verschiedene Aspekte: z.B. Informationen über</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkrankung: Symptome, Prognose, etc.</li> <li>- Behandlung: Therapien, Medikamente, Behandlungsoptionen, Risiken und Nebenwirkungen, Zwangsmaßnahmen etc.</li> <li>- Aufenthalt/Klinik/Praxis: Stationsalltag, Regeln, Essen, Ausflüge, Elterngespräche, etc.</li> <li>- persönliche Freiheiten (Kontakt zu Freunden und Familie):</li> </ul>	<p>Wer hat Sie informiert oder woher haben Sie selbst sich Informationen besorgt? (z. B. in der Schule, im Freundeskreis oder im Internet, Stationsbesichtigung, etc.)</p> <p>Worüber wurden Sie/haben Sie sich informiert?</p> <p>Wie würden Sie die erhaltenen Informationen bewerten?</p> <p>Ausreichend oder zu knapp?</p> <p>Verständlich oder nicht?</p> <p>Hätten Sie gerne mehr oder andere Informationen gehabt? Wenn ja: Welche?</p> <p>Was würden Sie gerne verändern, um leichter und besser Informationen zu erhalten?</p>

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
Handynutzung, Besuchszeiten, Wochenendregelungen, etc.	
2. Wie erleben Sie aktuell die bereitgestellten Informationen für Sie während des Aufenthaltes/der Behandlung Ihres Kindes?	Wo, wann, von wem, wie und worüber wurden Sie informiert? (z. B. über Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Telefonate, Broschüren, Aufklärungsbögen, Onlinemedien?) Fühlen Sie sich gut informiert? (z. B. über die Erkrankung oder die Behandlung Ihres Kindes) Waren die Informationen hilfreich? Hat Ihnen etwas gefehlt?
3. Gab es etwas, das Sie gar nicht wussten und das Sie während des Aufenthaltes überrascht hat?	<u>Wenn ja:</u> Positiv oder negativ überrascht?
4. Könnte man Ihrer Meinung nach an den Informationen und der Informationsvermittlung etwas verbessern?	<u>Wenn ja:</u> Was?

## Partizipation

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
5. Wie erleben Sie aktuell Ihren Einbezug in die Behandlung Ihres Kindes?  Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Einbezug hat verschiedene Aspekte: z. B.  - Stärke des Einbezugs/Grad der zugestandenen Autonomie: z. B. Meinung oder Werte der Patientinnen und Patienten erfragen, Fragen beantworten, gemeinsame Diskussion, gemeinsame Entscheidungen treffen, Patientin bzw. Patient Entscheidung treffen lassen	Wobei und wie wurden Sie miteinbezogen? (z. B. bei Therapieentscheidungen, Klinikalltag oder Klinikschule, Handynutzung oder Besuchszeiten, Perspektivplanung, etc.) Wie zufrieden sind Sie damit? War das ausreichend oder zu viel? War das gut oder eher nicht gut gemacht?

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Weise des Einbezugs: z. B. bei Gesprächen/Visiten dabei sein, Stationsregeln diskutieren, eigene Dokumentation lesen, etc.</li> <li>- zwischenmenschliche Aspekte als Basis von Einbezug: z. B. Vertrauen, Respekt, zwischenmenschlicher Umgang, etc.</li> </ul>	
<p>6. Sollte man Ihrer Meinung nach den Einbezug der Eltern verbessern?</p>	<p><u>Wenn ja:</u> Hätten Sie Vorschläge dazu? Haben Sie Ideen, in was Sie gerne mehr einbezogen werden würden? Wie könnte dieser Einbezug aussehen?</p>

## Abschluss

7. Gibt es Ihrerseits noch etwas Wichtiges zu dem Thema zu erwähnen?
8. Falls noch nicht angesprochen: Bekommt Ihr Kind Medikamente? Welche(s)? Wurden Sie gut über Wirkungen und Nebenwirkungen aufgeklärt? Wie (schriftlich / nur mündlich)? Haben Sie sich gut und umfassend aufgeklärt gefühlt, so dass Sie mit gutem Gefühl der Medikation zustimmen konnten?

## Soziodemographisches

Angaben zu:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Höchster beruflicher Abschluss
4. Familienstand und Beziehung zum Kind (leiblich, adoptiert, Stiefkind)
5. Wohnsituation
6. Aktuelle Arbeitssituation
7. Ist ihr Kind aktuell gesetzlich untergebracht?

## Raum für unstrukturiertes Gespräch (max. 10 Minuten)

- Aufnahmegerät läuft dabei weiter

### 13.5 Interviewleitfaden Fachkräfte

In diesem Projekt wollen wir die Informationspraxis und Partizipation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) untersuchen. Dabei interessiert uns besonders, wie die Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Eltern rund um die Themen Erkrankung und Behandlung informiert und einbezogen werden. Wir möchten auch herausfinden, ob und was sich dabei noch ändern sollte. Wir möchten dazu verschiedene Meinungen, Erfahrungen und Ideen sammeln, welche nicht richtig oder falsch sein können und bitten Sie, ganz frei von Ihren eigenen Erfahrungen zu berichten. In unserer Studie werden wir auch Kinder und Jugendliche mit Depression, Angststörung oder ADHS befragen. Diese Zielgruppe interessiert uns besonders. Sie müssen sich in ihren Antworten aber nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche mit genau diesen Erkrankungen beziehen.

Einstieg: Welche Erfahrung in der Behandlung mit Kindern und Jugendlichen haben Sie?

Was bedeutet Partizipation für Sie?

#### Informationspraxis

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Worüber werden Informationen in ihrem Berufsalltag an Patientinnen und Patienten weitergegeben?</li> <li>2. Wie werden Informationen in Ihrem Berufsalltag an Patientinnen und Patienten weitergegeben?</li> </ol>	<p>in der eigenen Tätigkeit, in der Klinik/Ambulanz/Praxis, in Ihrer bisherigen Berufserfahrung</p> <p>Und wie erleben sie das? Zu wenig oder zu viel? Verständlich? Altersgerecht?</p> <p>Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Information hat verschiedene Aspekte: z. B. Informationen über</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkrankung: Symptome, Prognose, etc.</li> <li>- Behandlung: Therapien, Medikamente, Behandlungsoptionen, Risiken und Nebenwirkungen, Zwangsmaßnahmen etc.</li> </ul>

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufenthalt/Klinik/Praxis: Stationsalltag, Regeln, Essen, Ausflüge, Elterngespräche, etc.</li> <li>- persönliche Freiheiten (Kontakt zu Freunden und Familie): Handynutzung, Besuchszeiten, Wochenendregelungen, etc.</li> </ul>
<p>3. Was empfinden Sie als hinderlich in Ihrem Arbeitsalltag, damit Patientinnen und Patienten gut informiert sind?</p> <p>4. Was empfinden Sie als förderlich, damit Patientinnen und Patienten gut informiert sind?</p>	
5. Würden Sie gern etwas verändern?	<p><u>Wenn ja:</u> Gibt es schon etwas Konkretes, was Ihnen vorschwebt?</p> <p>Allgemein?</p> <p>Inhalt der Information?</p> <p>Art und Weise wie Information weitergegeben wird?</p>

## Partizipation

Hauptfragen	Potenzielle Nachfragen
<p>6. Wobei (bei welchen Themen) werden Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung/Aufenthalt mit einbezogen?</p> <p>7. Wie (wie stark, auf welche Art) werden Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung/Aufenthalt mit einbezogen?</p>	<p>in der eigenen Tätigkeit, in der Klinik/Ambulanz/Praxis, in Ihrer bisherigen Berufserfahrung</p> <p>Und wie erleben sie das?</p> <p>Zu wenig oder zu viel?</p> <p>Angemessen? Altersgerecht?</p> <p>Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Einbezug hat verschiedene Aspekte: z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärke des Einbezugs/Grad der zugestandenen Autonomie: z. B. Meinung oder Werte der Patientinnen und Patienten erfragen, Fragen</li> </ul>

	<p>beantworten, gemeinsame Diskussion, gemeinsame Entscheidungen treffen, Patientin bzw. Patient Entscheidung treffen lassen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art und Weise des Einbezugs: z. B. bei Gesprächen/Visiten dabei sein, Stationsregeln diskutieren, eigene Dokumentation lesen, etc.</li> <li>- zwischenmenschliche Aspekte als Basis von Einbezug: z. B. Vertrauen, Respekt, zwischenmenschlicher Umgang, etc.</li> </ul>
<p>8. Wie erleben Sie die Möglichkeiten von Patientinnen und Patienten zur Mitentscheidung in der KJPP?</p> <p>9. Haben Sie eigene Beispiele?</p>	<p>Bei welchen Themen können Patientinnen und Patienten mitentscheiden? Ist das ausreichend oder zu viel? Was ist gut oder eher nicht gut gemacht? Hinweis für Interviewerin und Interviewer: Mitentscheidung z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapieentscheidungen</li> <li>- Klinikalltag/Ambulanz/Praxisalltag</li> <li>- persönliche Freiheiten (Kontakt zu Freunden und Familie): Handynutzung, Besuchszeiten, Wochenendregelungen, etc.</li> <li>- Perspektivplanung z. B. Wohnort, Schule</li> </ul>
<p>10. Welche Hindernisse sehen Sie beim Einbezug und weitergehend bei der Mitentscheidung von Patientinnen und Patienten?</p> <p>11. Was ist hilfreich?</p>	
<p>12. Würden Sie gern etwas verändern?</p>	<p><u>Wenn ja:</u> Gibt es schon etwas Konkretes, was Ihnen vorschwebt? Allgemein? Wobei sollen die Kinder und Jugendlichen oder die Eltern mitentscheiden?</p>

	Wie würden Sie die Möglichkeiten zur Mitbestimmung gestalten?
--	---

### **Abschlussfragen**

13. Was gibt es insgesamt noch Wichtiges zu dem Thema zu sagen?
14. Falls noch nicht angesprochen: Wie praktizieren Sie die Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen medikamentöser Therapie?

### **Soziodemographisches**

Angaben zu:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Dauer der Tätigkeit in der KJPP (unabhängig vom Sektor)
4. Berufsgruppe
5. Arbeit im (teil)stationären oder ambulanten Sektor (oder in beiden)
6. Höchster beruflicher Abschluss

### **Raum für unstrukturiertes Gespräch (max. 10 Minuten)**

- Aufnahmegerät läuft dabei weiter

## 13.6 Literaturverzeichnis

ABRINES-JAUME, N., MIDGLEY, N., HOPKINS, K., HOFFMAN, J., MARTIN, K., LAW, D., & WOLPERT, M.

(2016). A qualitative analysis of implementing shared decision making in Child and Adolescent Mental Health Services in the United Kingdom: Stages and facilitators. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 19–31. <https://doi.org/10.1177/1359104514547596>

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (2017). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in

Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu\\_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf)

AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (2021). Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen

Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen. [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien\\_KiJu/Abschlussbericht\\_APK-Projekt\\_KiJu-WE\\_.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Abschlussbericht_APK-Projekt_KiJu-WE_.pdf)

ALLROGGEN, M., FEGERT, J.M., KÖNIG, E., RASSENHOFER, M. & HOFFMANN, U. (2022). Schutzkonzepte

gegen sexualisierte Gewalt in medizinischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. Springer, Cham.

AOKI, Y., YAJU, Y., UTSUMI, T., SANYAOLU, L., STORM, M., TAKAESU, Y., WATANABE, K., WATANABE, N.,

DUNCAN, E., & EDWARDS, A. G. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD007297.

ARKSEY, H., & O'MALLEY, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International*

*journal of social research methodology*, 8(1), 19–32.

BATSTRA, L., FOGET, L., VAN HAERINGEN, C., TE MEERMAN, S., & THOUTENHOOFD, E. D. (2020). What

children and young people learn about ADHD from youth information books: A text analysis of nine books on ADHD available in Dutch. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 8, 1–9. APA PsycInfo.

BEAUCHAMP, T. L., & CHILDRESS, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. Oxford University

Press.

- (Hrsg.). Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Stand November 2018.
- BIRNBAUM, M. L., GARRETT, C., BAUMEL, A., GERMANO, N. T., LEE, C., SOSA, D., NGO, H., FOX, K. H., DIXON, L., & KANE, J. M. (2022). Digital Strategies to Accelerate Help-Seeking in Youth With Psychiatric Concerns in New York State. *Frontiers in psychiatry*, 13, 889602.
- BJØNNES, S., GRØNNESTAD, T., & STORM, M. (2020). I'm not a diagnosis: Adolescents' perspectives on user participation and shared decision-making in mental healthcare. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 8, 139–148. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-014>
- BJØNNES, S., VIKSVEEN, P., JOHANNESSEN, J. O., & STORM, M. (2020). User participation and shared decision-making in adolescent mental healthcare: A qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-0310-3>
- BRUNER, C. F., WINKLHOFER, U., & ZINSER, C. (2001). Partizipation—Ein Kinderspiel? Beteiligungsmodelle in Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen und Verbänden. (Bundesministerium für Familie, & Senioren, Frauen und Jugend., Hrsg.).
- BUTLER, A. M., WELLER, B., & TITUS, C. (2015). Relationships of Shared Decision Making with Parental Perceptions of Child Mental Health Functioning and Care. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 767–774. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0612-y>
- CHARLES, C., GAFNI, A., & WHELAN, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49(5), 651–661.
- CHEN, W., BOGGERO, A., DEL PUENTE, G., OLCESE, M., PRESTIA, D., JAHRAMI, H., CHALGHAF, N., GUELMAMI, N., AZAIEZ, F., & BRAGAZZI, N. L. (2021). Googling for Suicide-Content and Quality

- Analysis of Suicide-Related Websites: Thematic Analysis. JMIR formative research, 5(11), Article 11.
- CHENG, H., HAYES, D., EDBROOKE-CHILDS, J., MARTIN, K., CHAPMAN, L., & WOLPERT, M. (2017). What approaches for promoting shared decision-making are used in child mental health? A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 01495–01511.
- CROLL, J. (2021). Schutz, Befähigung und Teilhabe als neues Paradigma des Jugendmedienschutzes in Deutschland. *Frühe Kindheit*, 0521, 26-31.
- DEUTSCHES NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (2016). *Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Berlin. [https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi\\_2\\_20160721.pdf](https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf)
- DOHIL, I., CRUZ, R., SWEET, H., & HUANG, J. S. (2021). Sharing notes with adolescents and young adults admitted to an inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(3), 317–320.
- EDBROOKE-CHILDS, J., JACOB, J., ARGENT, R., PATALAY, P., DEIGHTON, J., & WOLPERT, M. (2016). The relationship between child- and parent-reported shared decision making and child-, parent-, and clinician-reported treatment outcome in routinely collected child mental health services data. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(2), 324–338. <https://doi.org/10.1177/1359104515591226>
- FALKAI, P., DÖPFNER, M. & AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. Hogrefe.
- FEGERT, J. M. (2015). Selbst- und Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und seelischer Behinderung. In *Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.), Selbsthilfe–Selbstbestimmung–Partizipation* (1., S. 73–89). Psychiatrie Verlag.
- FEGERT, J. M., & BEA, M. (2022). Einbezug von Kindern in die Krankenbehandlung. *Frühe Kindheit*, 0222, 13–19.

- FEGERT, J.M., HOFFMANN, U., KÖNIG, E. (2020). Institutionelle Schutzkonzepte zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs. In: Kölch M, Rassenhofer M & Fegert JM (2020). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, S. 669-682.
- FEGERT, J. M., & KÖLCH, M. (Hrsg.). (2013). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2. Aufl. 2013). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-37309-1>
- FEGERT, J. M., WIETHOFF, K., DIPPOLD, I., ROTHÄRMEL, S., & WOLFLAST, G. (2005). Information und Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei Behandlungsentscheidungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kinder in klinischen Studien – Grenzen medizinischer Machbarkeit? Vandenhoeck & Ruprecht.
- FELNHOFER, A., GOREIS, A., BUSSEK, T., KAFKA, J. X., KÖNIG, D., KLIER, C., ZESCH, H., & KOTHGASSNER, O. D. (2019). Evaluating parents' and children's assessments of competence, health related quality of life and illness perception. *Journal of Child and Family Studies*, 28(10), 2690–2699.
- FIKS, A. G., MAYNE, S., LOCALIO, A. R., FEUDTNER, C., ALESSANDRINI, E. A., & GUEVARA, J. P. (2012). Shared decision making and behavioral impairment: A national study among children with special health care needs. *BMC Pediatrics*, 12(1), 153.
- GIBSON, K. (2022). What young people want from mental health services: A youth informed approach for the digital age. Routledge/Taylor & Francis Group.
- GUGGLBERGER, L., FLASCHBERGER, E., & DEGELSEGGER-MÁRQUEZ, A. (2022). [Children's rights in Austrian hospitals: Implementation factors for children's participation]. *Monatsschrift Kinderheilkunde: Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde*, 1–7. MEDLINE. <https://doi.org/10.1007/s00112-022-01505-9>
- GUSTAFSSON, B. M., SUND-LEV, & ER, M. (2022). Parents' experiences of investigations and interventions by child healthcare, child and adolescent psychiatry and child and youth habilitation. *Children's Health Care.*, ORCID: 0000-0003-1209-1475, ORCID: 0000-0002-1281-885X

- HAYES, D., EDBROOKE-CHILDS, J., TOWN, R., WOLPERT, M., & MIDGLEY, N. (2019). Barriers and facilitators to shared decision making in child and youth mental health: Clinician perspectives using the Theoretical Domains Framework. *European child & adolescent psychiatry*, 28, 655–666.
- HAYES, D., EDBROOKE-CHILDS, J., TOWN, R., WOLPERT, M., & MIDGLEY, N. (2020). Barriers and facilitators to shared decision-making in child and youth mental health: Exploring young person and parent perspectives using the Theoretical Domains Framework. *Counselling and psychotherapy research*, 20(1), 57–67.
- HAYES, D., EDBROOKE-CHILDS, J., TOWN, R., WOLPERT, M., & MIDGLEY, N. (2021). A systematic review of shared decision making interventions in child and youth mental health: Synthesising the use of theory, intervention functions, and behaviour change techniques. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(2), 209–222. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01782-x>
- HOFFMANN, U., FEGERT, J.M., KÖNIG, E., MAIER, A. & HERBERHOLD, M. (2021). Entwicklung von Schutzkonzepten gegen (sexuelle) Gewalt im medizinisch-therapeutischen Bereich. *Kindheit und Entwicklung*, 11/2021.
- HOLTMANN, M., NOEKER, M. (Hrsg.) LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Pabst Science Publishers. Lengerich/Westfalen. (im Druck) ISBN 978-3-95853-951-8
- KANDALE, M., & RUGENSTEIN, K. (2022). *Das Repetitorium: Lehr- und Lernbuch für die Approbationsprüfung Psychotherapie (4., überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Deutscher Psychologen Verlag GmbH. <https://doi.org/10.5771/9783942761802>
- Kinderrechtskonvention: <https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>, Zugriff: 20.03.25.

- KNAUER, R., & STURZENHECKER, B. (2005). Partizipation im Jugendalter. In B. Hafenecker, M. M. Jansen, & T. Niebling (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpartizipation: Im Spannungsfeld von Interessen und Akteuren* (S. 63–94). B. Budrich.
- KÖRNER M (2009) Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 48(03):160-5.
- KÖLCH, M. (2004). Kindgerechte Aufklärung und Einwilligungsfähigkeit bei Kindern im Rahmen klinischer Prüfungen. *Drug Research*, 54(11), 784–786.
- KÖLCH, M., ALLROGGEN, M., & FEGERT, J. M. (2011). Rechtliche Aspekte und ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In J. M. Fegert & M. Kölch (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (S. 307–313). Springer Berlin Heidelberg.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-540-68319-3\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-540-68319-3_14)
- KÖLCH, M., LIPPERT H. & FEGERT J. M. (2024), Aufklärung und Einwilligung bei Kindern und Jugendlichen. In: Fegert, J.M., et al. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer Reference Medizin. Springer, Berlin, Heidelberg.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-66744-6\\_91](https://doi.org/10.1007/978-3-662-66744-6_91)
- KRAUSE, T. (2021). Kinderrechte im digitalen Raum: Ein Überblick. *merz | medien + erziehung*, 65(3), 72-78. <https://doi.org/10.21240/merz/2021.3.17>
- LIVERPOOL, S., HAYES, D., & EDBROOKE-CHILDS, J. (2021a). An affective-appraisal approach for parental shared decision making in children and young people’s mental health settings: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.626848>
- LIVERPOOL, S., HAYES, D., & EDBROOKE-CHILDS, J. (2021b). Parent/Carer-reported experience of shared decision making at child and adolescent mental health services: A multilevel modelling approach. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 676721.
- LIVERPOOL, S., PEREIRA, B., HAYES, D., WOLPERT, M., & EDBROOKE-CHILDS, J. (2021). A scoping review and assessment of essential elements of shared decision-making of parent-involved

- interventions in child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(9), 1319–1338. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01530-7>
- LOHAUS, A., & VIERHAUS, M. (2019). *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (4. Aufl. 2019). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59192-5>
- MARSCHNER, R. (2010). Rechtliche Aspekte von Behandlungsvereinbarungen. In: *Aktion Psychisch Kranke e. V. Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung bei psychischen Erkrankungen* (1. Auflage). Psychiatrie-Verlag, 22-27.
- MAYRING, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
- MCKEE, R. (2013). Ethical issues in using social media for health and health care research. *Health Policy*, 110(2–3), 298–301. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.02.006>
- MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGSVERBUND SÜDWEST (MFPS) (Hrsg.). (2022). *JIM-Studie 2022. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12 bis 19-jähriger in Deutschland*.
- MICHIE, S., ATKINS, L., & WEST, R. (2014). *The behaviour change wheel. A guide to designing interventions*. 1st ed. Great Britain: Silverback Publishing, 1003, 1010.
- MIKESSELL, L., MARTI, F. A., GUZMÁN, J. R., MCCREARY, M., ZIMA, B. T., LINDHOLM, C., STEVANOVIC, M., & WEISTE, E. (2020). *Attending to parent and child rights to make medication decisions during pediatric psychiatry visits—Joint decision making in mental health: An interactional approach*. Palgrave Macmillan/Springer Nature.
- MORGADO, T., LOUREIRO, L., REBELO BOTELHO, M. A., MARQUES, M. I., MARTÍNEZ-RIERA, J. R., & MELO, P. (2021). Adolescents' Empowerment for Mental Health Literacy in School: A Pilot Study on ProLiSMental Psychoeducational Intervention. *International journal of environmental research and public health*, 18(15). MEDLINE. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158022>

- MÖHLER, E., CLASEN, O. & KAUCZOR-RIECK, K. (2022). Entwicklung des Kinderschutzes in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) – In jeder Krise steckt eine Chance. In: Allroggen M, Fegert JM, König E, Rassenhofer M & Hoffmann U (2023). Schutzkonzepte gegen sexualisierte Gewalt in medizinischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. Springer, Cham. Seite 128-138.
- NGUYEN, D. T., PHAM, T. T., WRIGHT, E. P., & BUNDERS, J. (2021). Assessment of a website aimed at providing information on mental health to secondary school students in Can Tho city, Vietnam. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-021-00416-z>
- NOLKEMPER, D., DOERING, B. K., SCHROTH, J., HAUSMANN, T., ZERBE, P.-S., KÖLCH, M., & BIENIOSCHEK, S. (2025). Partizipation in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Welchen Einfluss haben Persönlichkeitsmerkmale auf die Differenz zwischen Wunsch und Erleben von Partizipation? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 53(2), 65–76. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a001004>
- NOLKEMPER, D., WIGGERT, N., MÜLLER, S., FEGERT, J. M., & KÖLCH, M. (2019). Partizipation und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie = Participation and information in child and youth psychiatry. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 68(4), 271–285.
- POPOW, C. (2014). Therapie als Partizipationschance. *Pädiatrie & Pädologie*, 49(1), 62–67.
- PRICE, A., MITCHELL, S., JANSSENS, A., EKE, H., FORD, T., & NEWLOVE-DELGADO, T. (2022). In transition with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Children’s services clinicians’ perspectives on the role of information in healthcare transitions for young people with ADHD. *BMC Psychiatry*, 22. ORCID: 0000-0001-8419-0937
- PRICE, A., NEWLOVE-DELGADO, T., EKE, H., PAUL, M., YOUNG, S., FORD, T., & JANSSENS, A. (2019). In transition with ADHD: The role of information, in facilitating or impeding young people’s transition into adult services. *BMC Psychiatry*, 19. APA PsycInfo.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2284-3>

PRIMBS, R., PIECHACZEK, C. E., IGLHAUT, L., GRILL, P., FELDMANN, L., SCHULTE-KÖRNE, G., & GREIMEL, E. (2022). Evaluation of a web-based information platform for youths on mental health during the covid-19 pandemic. *Child Psychiatry and Human Development*. APA PsycInfo.

<https://doi.org/10.1007/s10578-022-01425-5>

QURESHI, N. (2020). Practicing child psychiatry in the era of Facebook parenting groups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), Article 2.

RAJCUMAR, N. R., & PARUK, S. (2020). Knowledge and misconceptions of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder at a hospital in South Africa. *South African family practice : official journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care*, 62(1), e1–e8.

REITZ, S. (with Deutsches Institut für Menschenrechte). (2015). *Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Partizipation: Was aus menschenrechtlicher Sicht im Bildungsbereich getan werden muss*. Dt. Inst. für Menschenrechte.

REMSCHMIDT, H. (Hrsg.). (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV (6., korrigierte Aufl)*. Huber.

RIXE, J., DRIESSEN, M., SCHULZ, M. (2023). Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie: Selbstbestimmung fördern – Vertrauensbildung stärken. *DNP – Die Neurologie & Psychiatrie* 2023; 24 (5), 46–49.

ROTHÄRMEL, S., DIPPOLD, I., WIETHOFF, K., WOLFLAST, G. & FEGERT, J. M. (2006). *Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.

<https://doi.org/10.13109/9783666453168>

RUHE, K. M., WANGMO, T., BADARAU, D. O., ELGER, B. S., NIGGLI, F. (2015) Decision-making capacity of children and adolescents-suggestions for advancing the concept's implementation in pediatric healthcare. *Eur J Pediatr* 174(6):775 – 82.

- RÜSCH, N., OEXLE, N., REICHHARDT, L., VENTLING, S. (2018). In Würde zu sich stehen – Konzept und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung. Online-Publikation: 03.12.2018. Psychiatrische Praxis 2019; 46(02): 97-102. DOI: 10.1055/a-0800-3695
- SCHEPKER, R., KELLER, F. & FEGERT, J. M. (2022). [Trends in Adolescents' Satisfaction with Their Inpatient Psychiatric Treatment: A Panel Analysis over 7 Years]. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
- SCHEPKER, R., WIRTZ, M. & JAHN, K. (2000). Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49, 656 – 676.
- SCHMIDT, J.-H., & TADDICKEN, M. (Hrsg.). (2022). Handbuch Soziale Medien (2. Auflage). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25995-2>
- SCHNEIDER, S., & MARGRAF, J. (2021). Psychologische Therapie bei Indikationen Im Kindes- und Jugendalter (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Springer.
- SHOVAL, G., CHIU, J. C., TAYLOR, J. H., & BARZILAY, R. (2022). Making evidence-based knowledge accessible to parents to promote child mental health care. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 61(12), Article 12.
- SIMMONS, M. B., BATCHELOR, S., DIMOPOULOS-BICK, T., & HOWE, D. (2017). The choice project: Peer workers promoting shared decision making at a youth mental health service. Psychiatric services, 68(8), 764–770.
- SIMON, D. (2009). Partizipative Entscheidungsfindung in der Psychiatrie und Psychotherapie—Erste Ergebnisse und Transfer in die Versorgung. Forum, 4, 62–75.
- STEFFEN, S. M. (2022). Open Staff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie—Erlebnisperspektive der Patientinnen eines partizipativen Konzeptes in der Fachklinik Marzipanfabrik = Open staff in child and adolescent psychiatry—Individual experience perspective of the patients of a participative concept in the specialist clinic Marzipanfabrik. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 21(2), 357–368.

- STRASSBURGER, G., & RIEGER, J. (Hrsg.). (2014). *Partizipation kompakt: Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe*. Beltz Juventa.
- STREET, C., & HERTS, B. (2005). *Putting Participation Into Practice: A Guide for Practitioners Working in Services to Promote the Mental Health and Well-being of Children and Young People*. YoungMinds.
- SUEN, C. G., CAMPBELL, K., STODDARD, G., & CARBONE, P. S. (2021). Patient-Centered Outcomes in an Interdisciplinary Clinic for Complex Children with Autism. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP, 42(3), 182–190.
- TEELA, L., VERHAGEN, L. E., GRUPPEN, M. P., SANTANA, M. J., GROOTENHUIS, M. A., & HAVERMAN, L. (2022). Including the voice of paediatric patients: Cocreation of an engagement game. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(4), 1861–1871.
- THUN-HOHENSTEIN, L. (2014). Partizipation von Kindern und Jugendlichen an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Pädiatrie & Pädologie*, 49(1), 42–47.
- VALDERRAMA, A., COURCY, I., WEIS-HEITNER, L., & FORGEOT D'ARC, B. (2020). [Health Literacy Issues of Parents Seeking Information on Autism Spectrum Disorder Around Time of Diagnosis]. *Sante mentale au Quebec*, 45(1), 127–145. MEDLINE.
- VAN LANGEN, M. J. M., SZŐKE, R., RIJKELIJKHUIZEN, D. N. J., DURSTON, S., & VAN HULST, B. M. (2022). Lost in explanation: Internal conflicts in the discourse of ADHD psychoeducation. *BMC psychiatry*, 22(1), 690.
- VIJVERBERG, R., FERDIN, ROBERT, BEEKMAN, A., & VAN MEIJEL, B. (2020). Unmet care needs of children with ADHD. *PLoS ONE*, 15(1), Article 1. ORCID: 0000-0002-7453-9303
- VIJVERBERG, R., FERDIN, ROBERT, BEEKMAN, A., & VAN MEIJEL, B. (2022). What if children with psychiatric problems disagree with their clinicians on the need for care? Factors explaining discordance and clinical directions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16.

ORCID: 0000-0002-7453-9303, ORCID: 0000-0001-6177-6193, ORCID: 0000-0003-2382-1410,  
ORCID: 0000-0002-2198-1528

VON UNGER, H., FRANKEN, L., & EGGER, N. (2019). Digitale Daten in der qualitativen Lehrforschung.

Handreichung zum digitalen Datenmanagement für Studierende. LMU München.

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. aph.

WELTÄRZTEBUND (1998). Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche

Versorgung: Verabschiedet von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes Ottawa,

Kanada, Oktober 1998.

WELTÄRZTEBUND (2017). Genfer Gelöbnis:

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Internationales/](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/)

[Bundesaerztekammer Deklaration von Genf 04.pdf](#). Zugriff: 20.03.25.

WIESEMANN, C. & FORSCHERGRUPPE AUTONOMIE UND VERTRAUEN IN DER MODERNEN MEDIZIN

(Hrsg.). (2013). Autonomie & Vertrauen: Schlüsselbegriffe der modernen Medizin ; Erkenntnis-

Praxis-Norm. Univ.-Verl. Göttingen.

WIJNGAARDE, R. O., HEIN, I., DAAMS, J., VAN GOUDOEVER, J. B., & UBBINK, D. T. (2021). Chronically ill

children's participation and health outcomes in shared decision-making: A scoping review.

European journal of pediatrics, 180(8), 2345–2357. MEDLINE. <https://doi.org/10.1007/s00431->

[021-04055-6](#)

WILLIAMSON, E. L. (2021). Does professional language affect help seeking in young people?: A

randomised study.

WRIGHT, M., BLOCK, M., & VON UNGER, H. (2010). Stufen der Partizipation in der

Gesundheitsförderung. <https://www.armut-und->

[gesundheit.de/uploads/tx\\_gbbkongressarchiv/Wright\\_M..pdf](#)

ZERBE, P.-S., & LEFÈVRE-UTILE, J. (2021). Le respect de l'autonomie à travers la participation des enfants

et adolescents hospitalisés en psychiatrie = The respect of patient autonomy through

- participation of children and adolescents in inpatient mental health care. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(6), 302–310.
- ZERBE, P.-S., RÖTTELE, N., & KÖRNER, M. (2020). Partizipation von Patienten im Kontext der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie—Ein Scoping Review = Patient participation in child and adolescent psychiatry—A scoping review. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(8), 700–719.
- ZERBE, P.-S., SCHULZ, E., KÖRNER, M., & DIXIUS, A. (2021). Wunsch und Erleben von Partizipation für Kinder und Jugendliche in der stationären Psychiatrie = The desire and the experience of participation among children and adolescents in inpatient mental healthcare. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(3), 213–226.
- ZHANG, H., & DU, Y. (2018). Chinese school curricula should include mental health education. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), e18–e18.

### 13.7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zielsetzungen und Messung der Zielerreichung .....	12
Tabelle 2: Fälligkeit und Umsetzung der Meilensteine des Projektes.....	24
Tabelle 3: Termine der Sitzungen der Expertengruppe und der Expertenpanels .....	25
Tabelle 4: Vergleich von Kategorienvorschlägen für die Umsetzung von Partizipation	46
Tabelle 5: Unterkategorien nach Plattform und Qualität der Beiträge .....	57
Tabelle 6: Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen.....	66
Tabelle 7: Geschlecht der Kinder und Jugendlichen .....	67
Tabelle 8: Behandlungssetting der Kinder und Jugendlichen.....	67
Tabelle 9: Diagnose der Kinder und Jugendlichen .....	67
Tabelle 10: Besuchte Schulform der Kinder und Jugendlichen .....	67
Tabelle 11: Wohnsituation der Kinder und Jugendlichen .....	68
Tabelle 12: Alter der Eltern.....	82
Tabelle 13: Geschlecht der Eltern .....	82
Tabelle 14: höchster beruflicher Abschluss der Eltern .....	82
Tabelle 15: Alter der Kinder der befragten Eltern .....	83
Tabelle 16: Alter der Fachkräfte .....	90
Tabelle 17: Geschlecht der Fachkräfte.....	90
Tabelle 18: Berufsgruppe der Fachkräfte .....	91
Tabelle 19: Behandlungssetting der Fachkräfte .....	91
Tabelle 20: Ausmaß der Zielerreichung .....	152

### 13.8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ampelschema zur Datenauswertung in den sozialen Medien .....	18
Abbildung 2: Anzahl Kategorien insgesamt.....	52
Abbildung 3: Anzahl der Kategorien pro Plattform im Vergleich .....	52
Abbildung 4: Anzahl der Kategorien innerhalb der Plattformen im Vergleich .....	53
Abbildung 5: Qualität der Beiträge nach Plattform.....	53
Abbildung 6: Anzahl selbst Betroffener pro Plattform .....	54
Abbildung 7: Qualität der Beiträge von selbst Betroffenen .....	54
Abbildung 8: Anzahl der Kategorien Information und Statement insgesamt.....	59
Abbildung 9: Anzahl selbst Betroffener .....	61
Abbildung 10: Qualität der Beiträge von selbst Betroffenen .....	61
Abbildung 11: Qualität der Beiträge nach Plattform.....	62