

6 Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung (Wiethoff/Dippold)

Im Erhebungszeitraum konnten zuverlässige Daten von insgesamt 298 Patienten erhoben werden, 147 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock, 151 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Weissenau in Ravensburg.

In die **Rostocker** Klinik wurden im Erhebungszeitraum Februar 2000 bis Februar 2001 insgesamt 214 Kinder und Jugendliche im Laufe eines Jahres aufgenommen.

Den vorab festgelegten Ausschlusskriterien folgend, wurden N = 10 Patienten aufgrund ihres Alters (< 7 Jahre = 8, > 17 Jahre = 2) und N = 16 aufgrund neurologischer Erkrankungen bzw. neurologischer Verdachtsdiagnosen nicht befragt. Die Stichprobengröße reduzierte sich ferner dadurch, dass einige Patienten vor der Durchführung des Aufnahmeinterviews bereits wieder entlassen wurden (N = 22). Darüber hinaus war es nicht möglich, Patienten in die Untersuchung einzubeziehen, zu denen aufgrund von akuten psychotischen Erkrankungen, Mutismus oder Debität bei Behandlungsbeginn kein verbaler Zugang bestand (N = 5).

Insgesamt haben wir 161 Rostocker Patienten zur Aufnahmesituation befragt, 14 Patienten konnten jedoch im Rahmen der weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt werden, da sie die Fragen aufgrund mangelnden Verständnisses nur teilweise beantworten konnten. Die folgenden Auswertungen beziehen sich letztlich auf insgesamt 147 Rostocker Kinder und Jugendliche. Die Größe der Stichprobe, auf die sich die einzelnen Auswertungen beziehen, variiert, da einige Fragen in Einzelfällen nicht beantwortet werden konnten (z.B. bei Notaufnahmen, Verlegungen aus anderen Kliniken etc.).

Die Stichprobe der **Weissenauer** Kinder und Jugendlichen, die in die Auswertungen eingeht, umfasst insgesamt 151 Kinder und Jugendliche, d.h. von

den im Erhebungszeitraum von Februar bis Ende Oktober 2000 aufgenommenen 235 Patienten konnten 84 nicht befragt werden. In 10 Fällen verweigerten die Patienten oder deren Eltern die Teilnahme an der Untersuchung, 30 Patienten konnten aufgrund zu kurzer Aufenthaltsdauer nicht einbezogen werden. Aufgrund von Sprachverständnisproblemen oder einer zu niedrigen Intelligenz schieden 21 Kinder und Jugendliche aus, weitere drei Patienten aufgrund einer akuten psychotischen Erkrankung. Von insgesamt 17 Patienten liegen keine Angaben vor, da sie im Befragungszeitraum bereits zum zweiten Mal in die Klinik aufgenommen wurden. Schließlich mussten drei Patienten aufgrund unvollständiger Daten aus den Auswertungen ausgeschlossen werden.

Die Zusammensetzung der Gesamtstichprobe sowie der Rostocker und der Weissenauer Stichproben zeigen die folgenden Tabellen.

Tabelle 8: Zusammensetzung der Gesamtstichprobe des ersten Messzeitpunktes

	gesamt	männlich	weiblich
N	298	159	139
Alter (sd)	14,15 (2,58)	13,48 (2,69)	14,91 (2,23)
IQ	93,91 (N = 250)	92,75 (N = 139)	95,36 (N = 111)

In der Stichprobe der insgesamt 298 Patienten befinden sich 139 weibliche (46,6%) und 159 männliche (53,4%) Kinder und Jugendliche. Das mittlere Alter der Probanden liegt bei 14,15 Jahren (sd = 2,58), wobei die Mädchen mit 14,91 (sd = 2,23) im Durchschnitt signifikant älter sind als die Jungen mit einem Durchschnittsalter von 13,48 Jahren (sd = 2,69) ($t = -4,936$; $p = .000$). Im Hinblick auf die Untersuchung von Alterseffekten wurde die Stichprobe in Kinder (< 14 Jahre) und Jugendliche (\geq 14 Jahre) unterteilt. Die Stichprobe des ersten Messzeitpunktes setzt sich aus 130 Kindern und 168 Jugendlichen zusammen. Die durchschnittlichen Intelligenzquotientwerte (IQ) der Gesamtstichprobe liegen bei 93,9 mit einer Standardabweichung von 16,2. Die Mädchen unterscheiden sich mit einem durchschnittlichen IQ von 95,4 (sd = 16,6) nicht signifikant von den Jungen mit einem durchschnittlichen IQ von 92,8 (sd = 15,9). Die Verteilung der IQ-Werte kann in allen Fällen als normalverteilt angesehen werden

(Kolmogorov-Smirnov-Test). Für weitere Analysen wurde eine Unterteilung in drei Gruppen vorgenommen, überdurchschnittlicher Bereich (IQ größer 115), durchschnittlicher Bereich (IQ zwischen 85 und 115) sowie unterdurchschnittlicher Bereich (IQ kleiner 85). Die Stichprobe setzt sich überwiegend aus durchschnittlich intelligenten Kindern zusammen. Im Rahmen der Befragung wurde von den geschulten Interviewern in jedem Einzelfall darauf geachtet, ob die Fragen von den Probanden verstanden wurden, so dass Kinder mit einem unterdurchschnittlichen IQ (29,6% der Probanden) nur dann in die Stichprobe aufgenommen wurden, wenn von einem Verständnis der Fragen ausgegangen werden konnte.

Tabelle 9: Zusammensetzung der Rostocker und Weissenauer Stichproben

	gesamt		männlich		weiblich	
	Rostock	Weissenau	Rostock	Weissenau	Rostock	Weissenau
N	147	151	88 (59,9%)	71 (47%)	59 (40,1%)	80 (53%)
Alter(sd)	13,4 (2,7)	14,51 (2,4)	12,8 (2,6)	13,82 (2,7)	14,3 (2,5)	15,13 (2,0)
IQ	94,37 (N = 136)	93,36 (N = 114)	92,67 (N = 81)	92,86 (N = 58)	96,87 (N = 55)	93,88 (N = 56)

Die Rostocker und die Weissenauer Stichproben unterscheiden sich zum Zeitpunkt der Aufnahme signifikant im Alter ($t = -2,503$; $p = .013$), d.h. die Rostocker Stichprobe ist signifikant jünger als die Weissenauer (vgl. Tabelle 9). Zurückzuführen ist dies u.a. auf die unterschiedliche Geschlechterverteilung in beiden Kliniken ($\chi^2 = 4,937$; $p = .026$). In der Weissenau wurden mehr Mädchen behandelt, die im Durchschnitt älter waren als die Jungen, in Rostock dagegen mehr Jungen. Signifikante Unterschiede in der Intelligenz konnten nicht ermittelt werden.

Zum **zweiten Messzeitpunkt**, vier Wochen nach Behandlungsbeginn, wurden insgesamt 111 Rostocker Kinder (N = 58) und Jugendliche (N = 53) befragt. Von den anfänglich 147 Rostocker Patienten wurden 31 vor der Durchführung der Zweitbefragung bereits entlassen, zwei Patienten wurden auf andere Stationen verlegt und drei Patienten haben auf eigenen Wunsch die Befragung

abgebrochen. Die durchschnittliche Intelligenz der Stichprobe liegt bei 95,01 (sd = 14,7), die Verteilung der IQ-Werte kann erneut als normalverteilt angesehen werden. Zwischen weiblichen und männlichen Probanden zeigen sich signifikante Alters- ($t = -2,51$; $p = .014$) und Intelligenzunterschiede ($t = -2,69$; $p = .008$), d.h. die weiblichen Probanden sind im Durchschnitt älter und intelligenter als die männlichen.

Tabelle 10: Zusammensetzung der Stichprobe zum zweiten Messzeitpunkt

	gesamt	männlich	weiblich
N	111	69 (62,2%)	42 (37,8%)
Alter (sd)	13,56 (2,68)	13,08 (2,58)	14,36 (2,67)
IQ	95,01 (N = 106)	92,05 (N = 65)	99,71 (N = 41)

Für die **Abschlussbefragung**, die möglichst zeitnah vor der Entlassung stattfand, konnten insgesamt 203 Kinder (N = 103) und Jugendliche (N = 100) kontaktiert werden: 111 Weissenauer und 92 Rostocker Patienten, wobei die Rostocker mit einem Durchschnittsalter von 13,45 signifikant jünger sind als die Weissenauer Patienten mit einem Durchschnittsalter von 14,22 Jahren ($t = -2,23$; $p = .027$). Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 109 männlichen (53,7%) und 94 weiblichen (46,3%) Probanden zusammen. Einen Überblick über die Zusammensetzung der Stichprobe liefert Tabelle 11.

Tabelle 11: Zusammensetzung der Stichprobe zum dritten Messzeitpunkt

	gesamt		männlich		weiblich	
	Rostock	Weissenau	Rostock	Weissenau	Rostock	Weissenau
N	92	111	57 (62%)	52 (46,8%)	35 (38%)	59 (53,2%)
Alter (sd)	13,45 (2,4)	14,22 (2,4)	13,06 (2,3)	13,54 (2,6)	14,08 (2,6)	14,82 (2,1)
IQ	94,85	94,71	92,48	95,84	98,63	93,60

6.1.1 Soziodemographische Daten

Tabelle 12 gibt einen Überblick über den Sozialstatus der Eltern sowie über den Schulabschluss der Mutter und des Vaters der Rostocker und der Weissenauer Stichprobe. Den Angaben zufolge ist die Stichprobe sowohl in Rostock als auch in der Weissenau der unteren Mittelschicht zuzuordnen.

Tabelle 12: Soziodemographische Angaben der Rostocker und Weissenauer Stichprobe (Angaben in Prozent)

	Rostock	Weissenau
Schichtzugehörigkeit der Eltern		
<i>untere Schicht</i>		
- Ungelernte Arbeiter / Kleinste Selbständige	3,1	5,6
- Angelernte Berufe / Kleine selbständige Gewerbetreibende	8,3	24,1
<i>mittlere Schicht</i>		
- Facharbeiter, Handwerker, Angestellte und Beamte im einfachen Dienst / Selbständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (kleine Betriebe)	67,4	42,5
- Mittl. Angestellte, Beamte im mittl. Dienst/selbst. Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende (mittlere Betriebe)	12,1	12,8
<i>obere Schicht</i>		
- Höher qualifizierte Angestellte	5,3	3,5
- Leit. Angestellte, Beamte im höheren Dienst / Selbst. Akademiker, freie Berufe, größere Unternehmer	3,8	11,4
nicht zutreffend (Rostock) = 10 / (Weissenau) = 1 keine Angaben (Rostock) = 5 / (Weissenau) = 9		
<i>Schulbildung der Mutter</i>		
Kein Schulabschluss	0,8	0,9
Sonderschule	3,1	0,9
Hauptschule	10,7	52,6
Realschule	74,8	30,7
Abitur	5,3	7,9
(Fach)hochschule/Universität	5,3	7,0
nicht zutreffend (Rostock) = 11 / (Weissenau) = 27 keine Angaben (Rostock) = 5 / (Weissenau) = 10		
<i>Schulbildung des Vaters</i>		
Kein Schulabschluss	0	2,0
Sonderschule	3,7	3,1
Hauptschule	17,4	50,0
Realschule	61,5	21,4
Abitur	6,4	13,3
(Fach)hochschule/Universität	11,0	10,2
nicht zutreffend (Rostock) = 33 / (Weissenau) = 38 keine Angaben (Rostock) = 5 / (Weissenau) = 15		

Der Vergleich der drei Schicht-Gruppen (untere, mittlere, höhere Schicht) anhand des χ^2 -Tests weist auf einen signifikanten Unterschied zwischen der Rostocker und der Weissenauer Stichprobe hin ($\chi^2 = 18,952$; $p = .000$), demzufolge der Anteil der Weissenauer Eltern sowohl in der unteren als auch in der oberen Schicht höher ist als der der Rostocker Eltern, die zu fast 80% der mittleren Schicht angehören.

Signifikante Unterschiede zeigen sich ebenfalls für den Schulabschluss Mutter bzw. Vater ($\chi^2 = 59,661$; $p = .000$ bzw. $\chi^2 = 40,936$; $p = .000$). Demnach ist der Anteil der Weissenauer Stichprobe (sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern) in der Gruppe ohne Schulabschluss, mit Sonder- oder Hauptschulabschluss wesentlich höher als der der Rostocker Eltern, die wiederum häufiger als die Weissenauer über Realschulabschlüsse verfügen. Der Anteil der Eltern mit Abitur oder Universitätsabschluss ist in der Weissenau höher als in Rostock.

Von den 147 Rostocker Eltern liegen 133 Angaben über die derzeitige Tätigkeit der Mutter vor. 69,2% sind demnach berufstätig, 30,8% sind nicht erwerbstätig, wobei hiervon 17,3% angeben, derzeit arbeitslos zu sein. Von den Vätern liegen 106 Angaben zur derzeitigen Tätigkeit vor, von diesen sind 83,0% erwerbstätig, 11,3% geben an, arbeitslos zu sein.

Von den Weissenauer Müttern, von denen Angaben zur derzeitigen Tätigkeit vorliegen ($N = 136$), sind 58,8% erwerbstätig, 2,2% arbeitslos, der Rest ist nicht erwerbstätig (Ausbildung, Rentnerin, im Haushalt tätig). Die Väter ($N = 114$) geben zu 93% an, erwerbstätig zu sein, 2,6% sind arbeitslos.

Der Vergleich der Weissenauer und Rostocker Stichprobe deutet sowohl für die Mütter als auch für die Väter auf signifikante Unterschiede in der derzeitigen Erwerbstätigkeit hin (Mütter: $\chi^2 = 33,446$; $p = .000$ bzw. Väter: $\chi^2 = 6,879$; $p = .032$). Bei den Müttern liegen die deutlichsten Unterschiede in der Quote der Arbeitslosigkeit (17,3% Rostock - 2,2% Weissenau) und der Nicht-Erwerbstätigkeit (13,5% Rostock - 39% Weissenau), bei den Vätern vor allem in der Quote der Arbeitslosigkeit (11,3% Rostock - 2,6% Weissenau).

6.1.2 Diagnosen

Die Gruppe der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten teilt sich nach Diagnosen - im Vergleich zwischen Rostock und der Weissenau - wie folgt auf (Abbildung 2):

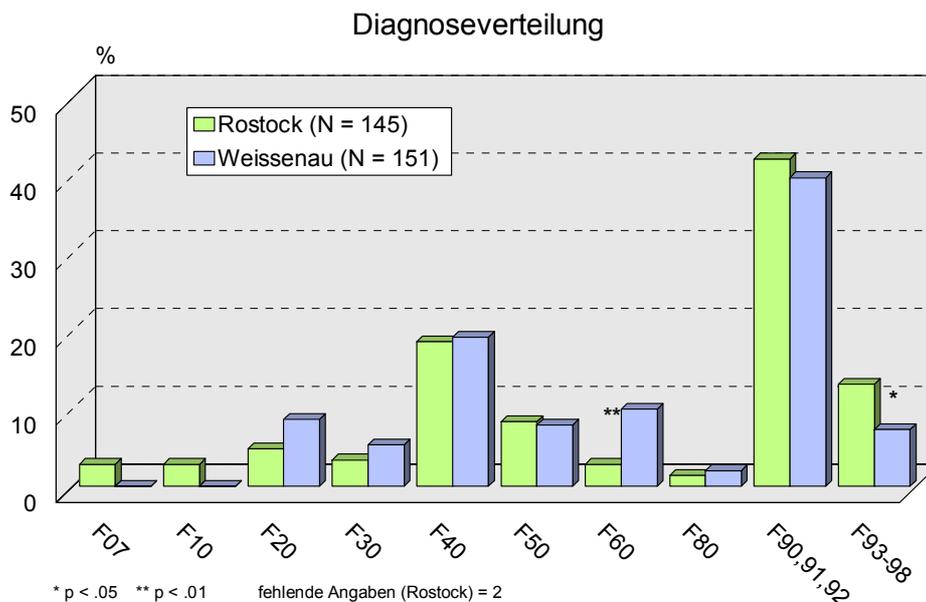


Abbildung 2: Diagnoseverteilung nach ICD-10 (Erstdiagnose)

Signifikante Unterschiede zwischen beiden Standorten zeigen sich lediglich in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen (F60), die in der Weissenau häufiger auftraten sowie hinsichtlich der Diagnosen F93-98, die in der Rostocker Klinik häufiger anzutreffen waren. Diese Unterschiede bleiben auch bei Kontrolle des Alters bestehen, lassen sich also nicht auf das unterschiedliche Altersspektrum der beiden Stichproben zurückführen.

Unterteilt man die Diagnosen in expansive vs. introversive Störungsbilder, dann ergibt sich für den ersten und zweiten Messzeitpunkt, getrennt nach Jungen und Mädchen, folgende Übersicht (Tabelle 13). Zu der Gruppe der introversiven Störungen gehören: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20), affektive Störungen (F30), neurotische-, Belastungs-, somatoforme Störungen (F40), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (vor allem Essstörungen, F50) sowie emotionale Störungen (F93-98). Psychische

und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10), Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten (F60) sowie Störungen des Sozialverhaltens (F90-92) zählen demgegenüber zu den expansiven Störungen.

Tabelle 13: Introversive vs. expansive Störungen, differenziert nach ICD-Diagnosen (Erstdiagnose)

Introversive Störungen	T1 gesamt	Jungen	Mädchen	T2 gesamt	Jungen	Mädchen
Schizophrenie F20	7,0%	9,9%	3,7%	6,6%	3,6%	5,0%
Affektive Stör. F30	4,5%	3,3%	5,9%	3,8%	3,0%	5,0%
Neurot. Stör. F40	19,5%	15,9%	23,5%	17,0%	16,7%	17,5%
Essstörungen F50	8,4%	-	17,6%	7,5%	-	20,0%
Emotionale Stör. F93-98	10,5%	11,3%	9,6%	15,1%	15,2%	15,0%
gesamt (N)	143	61	82	53	28	25
Expansive Störungen	T1 gesamt	Jungen	Mädchen	T2 gesamt	Jungen	Mädchen
Stör. durch psychotr. Subst. F10	1,4%	2,6%	-	1,9%	3,0%	-
Persönlichkeitsst. F60	6,6%	1,3%	12,5%	2,8%	-	7,5%
Stör. Sozialverh. F90,91,92	42,2%	55,6%	27,2%	45,3%	54,5%	30,0%
gesamt (N)	144	90	54	53	38	15

6.1.3 Therapievorverfahren

Tabelle 14 gibt einen Überblick über Vorverfahren hinsichtlich einer im Vorfeld der aktuellen Aufnahme stattgefundenen stationären bzw. ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung. Es ergeben sich dabei zwischen der Rostocker und der Weissenauer Stichprobe keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 14: Angaben über psychiatrische / psychotherapeutische Vorverfahren der Rostocker und Weissenauer Stichprobe (Angaben in Prozent)

	gesamt N = 298	Rostock N = 147	Weissenau N = 151
keine ambulante/stationäre Therapie	42,6%	45,6%	39,8%
stationäre Therapie	17,8%	13,6%	21,8%
ambulante Therapie	34,6%	34,0%	35,1%
keine Angaben	5,0%	6,8%	3,3%

6.2 Skalenentwicklung (Wiethoff/Dippold)

Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung der Skalen beschrieben: für den Fragebogen zum Erleben der Aufnahme (Kap. 6.2.1), für den Fragebogen zum Erleben der Behandlung (Kap. 6.2.2) sowie für die Motivationsfragebögen I und II (Kap. 6.2.3 und 6.2.4).

6.2.1 Fragebogen zum Erleben der Aufnahme

6.2.1.1 Itemanalyse der theoretischen Skalen

Die Zuverlässigkeit der aufgestellten Skalen wurde mit Hilfe einer Itemanalyse überprüft. Die Items wurden gegebenenfalls umgepolt, so dass hohe Mittelwerte eine hohe Ausprägung im Sinne der jeweiligen Skala bedeuten.

Partizipation

Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfekoeffizienten der Items der Partizipationsskala.

Tabelle 15: Statistische Kennwerte der Items der Skala Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Hat sich jemand für deine Meinung interessiert?	3.45	1.54	.61
2.	Hattest du das Gefühl, mitentscheiden zu können?	3.29	1.68	.69
3.	Bist du freiwillig in der KJPP?	3.40	1.57	.70
4.	Warst du mit deiner Aufnahme einverstanden?	3.73	1.47	.76
5.	Hast du der Entscheidung zugestimmt, dass du in die KJPP aufgenommen wurdest?	3.94	1.43	.71
6.	Hattest du die Wahl?	2.99	1.78	.59
7.	Wer hat entschieden, dass du in die KJPP aufgenommen wurdest? ¹	1.57	0.63	.53
8.	Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	3.29	1.64	.56
9.	Im Moment bin ich in der Klinik, weil ich glaube, das ist das Beste für mich.	3.91	1.45	.52
10.	Wurdest du dazu überredet, hierher zu kommen?	3.83	1.56	.38

¹ dreistufiges Antwortformat

Da ein hoher Grad an Partizipation durch einen hohen Gesamtwert auf der Skala ausgedrückt werden soll, wurden die Einzelitems entsprechend umgepolt. Die Schwierigkeiten der Items liegen zwischen 1.57 und 3.94. Die Trennschärfekoeffizienten (Item-Gesamtwert-Korrelation), die zwischen .38 und .76 liegen, können insgesamt als zufrieden stellend beurteilt werden. Für die Gesamtskala ergibt sich eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .87.

Partizipationsbedürfnis

Tabelle 16: Statistische Kennwerte der Items der Skala Partizipationsbedürfnis

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Sollten Kinder und Jugendliche das Recht haben, die Behandlung abubrechen?	3.56	1.53	.21
2.	Ist es wichtig, dass man vom Arzt gefragt wird, ob man mit der Aufnahme einverstanden ist - oder nicht?	4.22	1.35	.33
3.	War (wäre) es dir wichtig (gewesen), mit zu entscheiden?	4.26	1.24	.39
4.	Wer sollte entscheiden, ob man in die KJPP kommt? ¹	1.88	0.70	.42
5.	Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?	3.65	1.31	.15

¹ dreistufiges Antwortformat

Die Mittelwerte der Skala Partizipationsbedürfnis liegen zwischen 1.88 und 4.26. Vor allem die Items, die eine Wichtigkeitseinschätzung verlangen (Ist es dir wichtig...), weisen besonders hohe Schwierigkeiten auf, sie tragen demzufolge wenig zu einer interindividuellen Differenzierung bei. Es ist anzunehmen, dass hier im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet wurde. Die Trennschärfekoeffizienten fallen deutlich geringer aus, wobei vor allem die Items 1 und 5 kritisch zu bewerten sind. Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .50.

Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

Tabelle 17: Statistische Kennwerte der Items der Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Als du von der Aufnahme erfahren hast, warst du da zufrieden?	3.10	1.46	.64
2.	...erleichtert?	3.10	1.52	.56
3.	...froh	3.25	1.50	.64
4.	...verängstigt?	2.81	1.59	.36
5.	...wütend?	2.39	1.56	.47
6.	...traurig?	3.07	1.44	.55
7.	Machst du dir Sorgen über das, was auf dich zukommt?	2.84	1.58	.45
8.	Hast du die Aufnahme als belastend erlebt?	2.71	1.63	.50

Die Mittelwerte der Items zur Erfassung der emotionalen Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung sind insgesamt zufrieden stellend, ebenso die Trennschärfeindices, die zwischen .36 und .64 liegen. Die interne Konsistenz der Gesamtskala ist mit einem Cronbach's alpha von .81 als hoch zu bezeichnen.

Stigma

Tabelle 18: Statistische Kennwerte der Items der Skala Stigma

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Denkst du, andere machen sich darüber lustig, dass du in der KJPP bist?	2.68	1.60	.40
2.	Schämst du dich, dass du in der KJPP bist?	1.99	1.44	.56
3.	Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der KJPP bist?	2.37	1.64	.43
4.	Denkst du, der Aufenthalt in der KJPP könnte dir schaden?	1.66	1.20	.28

Die Mittelwerte der Items zur Erfassung der subjektiv erlebten Stigmatisierung fallen recht unterschiedlich aus, vor allem Frage 2 und 4 tragen nicht sehr gut zur Differenzierung der befragten Kinder und Jugendlichen bei. Antworttendenzen, wie soziale Erwünschtheit, könnten auch hier eine Rolle

spielen. Die geringe Trennschärfe des Items 4 deutet ferner darauf hin, dass es wenig geeignet ist, das von uns theoretisch angenommene Konstrukt zu erfassen. Die interne Konsistenz der Gesamtskala (Cronbach's alpha) erreicht einen Wert von .63.

Informationsbedürfnis

Tabelle 19: Statistische Kennwerte der Items der Skala Informationsbedürfnis

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die KJPP gekommen bist?	2.73	1.58	.16
2.	Ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden, wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist - oder nicht?	4.18	1.32	.36
3.	Auch wenn deine Eltern über alles entscheiden dürfen, ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden- oder nicht?	4.52	1.01	.23
4.	Würde es die Aufnahme erleichtern, wenn man sich die Klinik vorher anschauen könnte?	4.12	1.24	.23
5.	Ist es dir wichtig, dass deine Eltern nicht alles erfahren, was du mit dem Arzt/Therapeuten besprichst?	3.34	1.73	.12

Die Items zur Erfassung des Informationsbedürfnisses sind unter skalenanalytischen Gesichtspunkten als wenig zufrieden stellend zu beurteilen. Auch hier weisen die Mittelwerte auf deutliche Antworttendenzen hin, vor allem die Frage „Ist es dir wichtig...“ scheint das Antwortverhalten deutlich im Sinne sozialer Erwünschtheit zu beeinflussen. Die niedrigen Trennschärfeindices von .12 bis .36 spiegeln sich in der ungenügenden internen Konsistenz der Skala (Cronbach's alpha) von .44 wider.

6.2.1.2 Faktorielle Struktur

Um zu überprüfen, ob die a priori gebildeten Itemgruppierungen repliziert werden können oder sich eine neue Dimensionsstruktur ergibt, wurde der Fragebogen des ersten Messzeitpunktes hinsichtlich seiner faktoriellen Struktur analysiert. Die Faktorenanalyse wurde mit SPSS (Version 11.0.1) durchgeführt. Als Methode der Faktorenextraktion wurde die Hauptkomponentenanalyse gewählt, als Rotationsmethode die Varimax-Rotation.

Zur Bestimmung der Faktorenzahl wurde der Scree-Test herangezogen. In Tabelle 20 sind die Eigenwerte bei einer Anzahl von acht Faktoren aufgeführt. Es wurden sechs Faktoren zur Repräsentation der Gesamtvarianz aller Variablen nach der Parallelanalyse (Lautenschlager et al., 1989) extrahiert. Diese Faktoren klären insgesamt 53,07% der Varianz auf.

Tabelle 20: Darstellung der Eigenwerte, Varianzen sowie kumulierten Varianzen für die extrahierten Faktoren (T1)

	Eigenwerte	% Varianz	Kumulierte % Varianz
Faktor 1	7,25	22,65	22,65
Faktor 2	3,40	10,61	33,26
Faktor 3	1,76	5,51	38,77
Faktor 4	1,66	5,20	43,96
Faktor 5	1,60	5,01	48,97
Faktor 6	1,31	4,10	53,07
Faktor 7	1,17	3,70	56,74
Faktor 8	0,98	3,06	59,80

Tabelle 21 enthält die Faktorladungsmatrix, wobei die Items nach Ladungshöhe und Faktorreihenfolge gruppiert sind. Während die ersten fünf Faktoren in der varimax-rotierten Matrix eindeutig interpretierbar sind, ist die inhaltliche Zuordnung des sechsten Faktors, der lediglich zwei Items umfasst, unklar. Er erklärt im Gegensatz zu den ersten fünf Faktoren weniger als 5% zusätzliche Varianz auf, so dass die inhaltliche Interpretation von nur fünf Faktoren gerechtfertigt erscheint.

Tabelle 21: Ladungen der einzelnen Items des Fragebogens zum Erleben der Aufnahme auf den extrahierten Faktoren

Items	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
Hattest du das Gefühl, mitentscheiden zu können?	.85	.02	.05	.13	-.05	-.03
Hattest du die Wahl?	.77	-.17	-.18	.13	-.11	-.09
Hat sich jemand für deine Meinung interessiert?	.76	.06	.11	.09	.00	.14
Bist du freiwillig hier?	.70	-.17	.25	.10	-.05	-.02
Wer hat entschieden...?	-.67	.03	-.04	-.18	-.12	.04
Warst du mit deiner Aufnahme einverstanden?	.65	-.40	.35	-.04	-.06	-.06
Hast du der Entscheidung, dass du aufgenommen wurdest, zugestimmt?	.63	-.20	.42	.01	-.00	-.02
Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du da wütend?	-.49	.27	-.27	.30	.13	.03
Wurdest du dazu überredet, hierher zu kommen?	-.37	.26	-.07	.29	.26	-.10
Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du da traurig?	-.17	.69	-.08	-.02	.02	.06
Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du da froh?	.37	-.65	.19	-.06	.04	.21
Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du da verängstigt?	.17	.64	.08	-.09	.19	.14
Machst du dir Sorgen über das, was auf dich zukommt?	.03	.63	-.13	.03	.17	.30
Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du da zufrieden?	.44	-.60	.10	-.22	-.01	.17
Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du da erleichtert?	.45	-.54	.07	-.04	.04	.31
Hast du die Aufnahme als belastend erlebt?	-.16	.47	-.33	.16	.14	.07
Denkst du, der Aufenthalt könnte dir schaden?	-.11	.10	-.71	.08	.25	.06
Im Moment bin ich in der Klinik, weil ich glaube, das ist das Beste für mich.	.41	-.14	.60	-.18	.02	.09
Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	.40	-.38	.53	.05	.05	.11
Würde es die Aufnahme erleichtern, wenn man sich die Klinik vorher anschauen könnte?	.11	-.05	.38	.18	-.05	.34

Wer sollte entscheiden...?	.10	-.06	-.12	.63	.18	-.10
Ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden, wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist?	-.08	.08	.05	.56	-.10	.49
Auch wenn deine Eltern über alles entscheiden dürfen, ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden?	.09	.06	.15	.57	-.17	.18
Ist es wichtig, dass man vom Arzt gefragt wird, ob man mit der Aufnahme einverstanden ist?	.02	.05	.08	.55	.19	.22
War (wäre) es dir wichtig (gewesen), mit zu entscheiden?	.26	-.06	-.22	.52	.04	.01
Sollten Kinder das Recht haben, die Behandlung abzubrechen?	.10	.21	-.27	.44	.16	-.29
Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der KJPP bist?	-.09	.07	-.01	.06	.75	-.01
Denkst du, andere machen sich darüber lustig, dass du in der KJPP bist?	.03	.06	-.09	.11	.64	.13
Schämst du dich, dass du in der KJPP bist?	-.04	.20	-.34	-.06	.63	.09
Ist es dir wichtig, dass deine Eltern nicht alles erfahren, was du mit dem Arzt/Therapeuten besprichst?	.02	-.01	.35	.39	.50	-.12
Wenn du bei Gesprächen zwischen Arzt und Eltern nicht dabei bist, wie findest du das?	.02	-.03	.30	-.24	-.02	-.60
Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die KJPP gekommen bist?	-.01	.09	.14	-.03	.14	.57
aufgeklärte Varianz (%)	22.65	10.61	5.51	5.20	5.01	4.10

Vergleicht man die faktorenanalytischen Ergebnisse mit den von uns ursprünglich gebildeten Skalen, so zeigt sich, dass sich viele unserer inhaltlichen Differenzierungen empirisch bestätigen lassen.

Der erste Faktor, der acht Items³ umfasst, bringt zum Ausdruck, ob die Patienten sich an der Aufnahmeentscheidung beteiligt fühlen und bestätigt damit weitestgehend die von uns a priori gebildete Skala **Partizipation**. Die interne

Konsistenz (Cronbach's alpha) von .87 kann als sehr gut beurteilt werden, ebenso die Schwierigkeiten und Trennschärfeindices der Items der Partizipationsskala, die die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 22: Itemkennwerte der Skala Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Hat sich jemand für deine Meinung interessiert?	3.45	1.54	.62
2.	Hattest du das Gefühl, mitentscheiden zu können?	3.29	1.68	.74
3.	Bist du freiwillig in der KJPP?	3.40	1.57	.69
4.	Warst du mit deiner Aufnahme einverstanden?	3.73	1.47	.72
5.	Hast du der Entscheidung zugestimmt, dass du in die KJPP aufgenommen wurdest?	3.94	1.43	.69
6.	Hattest du die Wahl?	2.99	1.78	.61
7.	Wer hat entschieden, dass du in die KJPP aufgenommen wurdest? ²	1.57	0.63	.55
8.	Als du von der Aufnahme erfahren hast, warst du da wütend?	3.60	1.56	.49

² dreistufiges Antwortformat

Mit dem zweiten Faktor, auf dem sieben Items laden, die die emotionale Belastung widerspiegeln, wird die theoretisch formulierte Skala **Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung** bestätigt, lediglich um ein Item reduziert („Als du von der Aufnahme erfahren hast, warst du da wütend?“). Die interne Konsistenz der Skala (Cronbach's alpha) beträgt .79, Schwierigkeiten und Trennschärfen der Items sind zufrieden stellend (vgl. Tabelle 23).

³ Items mit einer Ladungshöhe <.40 werden nicht berücksichtigt

Tabelle 23: Itemkennwerte der Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Als du von der Aufnahme erfahren hast, warst du da zufrieden?	3.21	1.46	.61
2.	...erleichtert?	3.10	1.52	.55
3.	...froh	3.25	1.50	.65
4.	...verängstigt?	2.81	1.59	.38
5.	...traurig?	3.07	1.44	.55
6.	Machst du dir Sorgen über das, was auf dich zukommt?	2.84	1.58	.47
7.	Hast du die Aufnahme als belastend erlebt?	2.71	1.63	.47

Die Items des dritten Faktors beschreiben Aspekte der **Behandlungsmotivation** bei der Aufnahme. Theoretisch haben wir zwei dieser Items („Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?“, „Im Moment bin ich in der Klinik, weil ich glaube, das ist das Beste für mich.“) der Partizipationsskala zugeordnet, sie spiegeln jedoch in der faktorenanalytischen Lösung zusammen mit dem Item „Denkst du, der Aufenthalt könnte dir schaden?“ tatsächlich eher motivationale Aspekte wider. Trotz der Kürze dieser Skala findet sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .71.

Tabelle 24: Itemkennwerte der Skala Allgemeine Behandlungsmotivation

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Denkst du, der Aufenthalt könnte dir schaden?	4.33	1.20	.49
2.	Im Moment bin ich in der Klinik, weil ich glaube, das ist das Beste für mich.	3.90	1.45	.59
3.	Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	3.29	1.64	.54

Entgegen unseren Erwartungen lässt sich die theoretische Trennung von **Informations- und Partizipationsbedürfnissen** empirisch nicht untermauern, diese Items laden gemeinsam auf dem vierten Faktor. Die interne Konsistenz der Skala (Cronbach's alpha) liegt bei .61. Vier der auf diesem Faktor ladenden Items weisen zusätzlich sehr hohe Schwierigkeiten auf, so dass dieser Faktor

nur unter Vorbehalt inhaltlich zu interpretieren ist. Vor allem die Frage „Ist es dir wichtig...“ scheint das Antwortverhalten deutlich im Sinne sozialer Erwünschtheit zu beeinflussen (Tabelle 25).

Tabelle 25: Itemkennwerte der Skala Informations- und Partizipationsbedürfnis

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Sollten Kinder und Jugendliche das Recht haben, die Behandlung abubrechen?	3.56	1.53	.24
2.	Ist es wichtig, dass man vom Arzt gefragt wird, ob man mit der Aufnahme einverstanden ist, oder nicht?	4.22	1.35	.36
3.	War (wäre) es dir wichtig (gewesen), mit zu entscheiden?	4.26	1.24	.39
4.	Wer sollte entscheiden, ob man in die KJPP kommt? ¹	1.88	0.70	.43
5.	Ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden, wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist?	4.18	1.31	.35
6.	Auch wenn deine Eltern über alles entscheiden dürfen, ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden?	4.52	0.98	.39

¹ dreistufiges Antwortformat

Da Informations- und Partizipationsbedürfnisse diesen Ergebnissen zufolge anhand der Skala nicht zufrieden stellend erfasst werden können, wird auf eine Auswertung auf Skalenebene verzichtet. Für weitere Auswertungsschritte greifen wir auf Einzelitems zurück, die eine mittlere Schwierigkeit aufweisen, also gut zwischen den befragten Personen differenzieren.

Zur Erfassung des Partizipationsbedürfnisses sind dies die Items

- „Wer sollte entscheiden, ob ein Kind oder Jugendlicher in die Psychiatrie kommt?“ und
- „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“.

Zur Erfassung des Informationsbedürfnisses bei der stationären Aufnahme ist es das Item

- „Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gekommen bist?“.

Die a priori gebildete Skala **Stigma** findet sich in der empirisch ermittelten Faktorenstruktur wider (Faktor 5) und weist mit vier Items eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .60 auf. Die Stigma-Skala kann demnach anhand der vorab formulierten Items nicht zufrieden stellend repliziert werden. Da das Erleben von Stigmatisierung jedoch inhaltlich bedeutsam ist, werden wir auch hier auf Einzelitems zurückgreifen, die über gute Schwierigkeitsindices verfügen (vgl. Tabelle 26):

- „Denkst du, dass andere sich darüber lustig machen, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?“,
- „Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?“

Tabelle 26: Itemkennwerte der Skala Stigma

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Denkst du, andere machen sich darüber lustig, dass du in der KJPP bist?	2.68	1.60	.41
2.	Schämst du dich, dass du in der KJPP bist?	1.99	1.44	.43
3.	Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der KJPP bist?	2.37	1.64	.47
4.	Ist es dir wichtig, dass deine Eltern nicht alles erfahren, was du mit dem Arzt/Therapeuten besprichst?	3.34	1.73	.23

Tabelle 27 liefert abschließend einen Überblick über die Kennwerte der verwendeten Skalen. Mit Ausnahme der Stigma-Skala und der Skala Emotionale Belastung handelt es sich um linksschiefe Verteilungen. Eine Überprüfung der Normalverteilungsannahme anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests zeigt, dass lediglich die Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung einer Normalverteilung angenähert ist (K-S-Z-Wert = .97, $p = .303$).

Tabelle 27: Skalenkennwerte der Skalen des ersten Messzeitpunktes

Skala	N	Anzahl der Items	M	sd	Schiefe	alpha
Partizipation	288	8	25.95	8.67	-0.38	.87
Emotionale Belastung	296	7	21.01	7.14	0.03	.79
Allgemeine Motivation	296	3	11.52	3.46	-0.89	.71
Informations- u. Partizipationsbedürfnis	287	6	22.67	4.23	-1.03	.61
Stigma	295	4	10.37	4.33	0.37	.60

Zur weiteren Absicherung der anhand der Faktorenanalyse gewonnen Skalen haben wir zusätzlich alle Items mit zu geringer bzw. zu hoher Schwierigkeit sowie zu gering ladende Items ($<.40$) für die Durchführung einer zweiten Faktorenanalyse aus dem Datenpool eliminiert. Die Faktorenstrukturen verschiedener möglicher Faktorenlösungen bestätigen unter weitestgehend identischer Itemzusammensetzung die Faktoren Partizipation, Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung und Stigma. Alle weiteren Faktoren sind inhaltlich nicht eindeutig interpretierbar oder umfassen nur zwei Items, so dass die erste Faktorenlösung unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen beibehalten wird.

6.2.2 Fragebogen zum Erleben der Behandlung

6.2.2.1 Itemanalyse der theoretischen Skalen

Die Zuverlässigkeit der aufgestellten Skalen wurde mit Hilfe einer Itemanalyse überprüft. Hohe Mittelwerte bedeuten eine hohe Ausprägung im Sinne der jeweiligen Skala.

Partizipation während der Behandlung

Tabelle 28: Statistische Kennwerte der Items der Skala Partizipation während der Behandlung

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Wirst du in Entscheidungen darüber einbezogen, wie du behandelt wirst?	2.95	1.54	.42
2.	Hast du das Gefühl, die Ärzte und Therapeuten interessiert deine Meinung?	3.28	1.52	.27
3.	Bist du freiwillig in der KJPP?	3.62	1.58	.42
4.	Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	2.93	1.57	.35
5.	Machst du die Therapie freiwillig?	3.75	1.46	.49
6.	Könntest du die Behandlung abbrechen, wenn dir danach zumute ist?	2.74	1.62	.16
7.	Bist du zufrieden, wie Entscheidungen auf Station gefällt werden?	3.12	1.41	.26
8.	Hast du dich letzte Woche verstanden gefühlt?	3.49	1.35	.36
9.	... fair behandelt gefühlt?	3.29	1.42	.36

Tabelle 28 gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen. Bei der überwiegenden Anzahl der Items liegen mittlere Schwierigkeiten vor, die Trennschärfekoeffizienten (Item-Gesamtwert-Korrelation) sind überwiegend zufrieden stellend. Drei Items weisen eine Trennschärfe von unter .30 auf, was darauf hindeutet, dass diese Items Mängel bei der quantitativen Erfassung von Partizipation aufweisen. Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .66.

Emotionale Belastung während der Behandlung

Tabelle 29: Statistische Kennwerte der Items der Skala Emotionale Belastung während der Behandlung

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Hast du dich letzte Woche traurig gefühlt?	2.78	1.44	.66
2.	... verängstigt gefühlt?	1.87	1.30	.39
3.	... einsam gefühlt?	2.38	1.63	.52
4.	Warst du letzte Woche froh?	3.12	1.44	.48
5.	Warst du letzte Woche wütend?	2.43	1.46	.53
6.	Warst du letzte Woche zufrieden?	2.85	1.33	.64

Wie aus Tabelle 29 ersichtlich, liegen die Mittelwerte mit Ausnahme von einem Item im mittleren Bereich. Item 2 hat einen sehr niedrigen Mittelwert, d.h. ein Erleben von Angst wird von der Mehrzahl der Patienten deutlich verneint, dieses Item trägt damit wenig zur Differenzierung zwischen den Kindern bei. Die Trennschärfekoeffizienten, die zwischen .39 und .66 liegen, sind insgesamt gut. Für die Gesamtskala ergibt sich eine zufrieden stellende interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .78.

Informationsbedürfnis

Tabelle 30: Statistische Kennwerte der Items der Skala Informationsbedürfnis

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Sollten Kinder und Jugendliche über ihr Problem und ihre Behandlung informiert werden?	4.64	0.95	.40
2.	Ist es dir wichtig, dass du mit dem Arzt über die Ziele der Behandlung sprichst?	4.15	1.30	.42
3.	Ist es dir wichtig, dass dich jemand über deine Rechte aufklärt?	4.14	1.40	.51
4.	Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, ist es dir wichtig über alles informiert zu werden?	4.03	1.47	.43

Die Items der Skala Informationsbedürfnis verfügen durchgängig über sehr hohe Schwierigkeiten, werden also von der Mehrzahl der Kinder ähnlich beantwortet, in diesem Falle bejaht. Möglicherweise werden durch die gewählte Formulierung

(Ist es dir wichtig...?) Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit erzeugt. Gute Werte ergeben sich für die Trennschärfekoeffizienten, die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) ist mit .64 eher niedrig.

Partizipationsbedürfnis

Tabelle 31: Statistische Kennwerte der Items der Skala Partizipationsbedürfnis

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Sollten Kinder das Recht haben, die Behandlung abzubrechen, wenn ihnen danach zumute ist?	3.44	1.58	.24
2.	Meinst du man sollte Kinder und Jugendliche nach einigen Wochen noch einmal Fragen, ob sie mit der Aufnahme einverstanden sind?	4.44	1.15	.09
3.	Wer sollte entscheiden, wie ein Kind/Jugendlicher behandelt wird? ¹	1.75	0.57	.31
4.	Wenn du bei Gesprächen zwischen Arzt und Eltern nicht dabei bist, wie findest du das?	3.41	1.39	.30

¹ dreistufiges Antwortformat

Ähnlich wie bei der Skala zum Informationsbedürfnis ergeben sich auch für die Skala Partizipationsbedürfnis hohe Itemschwierigkeiten. Insgesamt gelten die bereits oben beschriebenen Einschränkungen hinsichtlich möglicher Antworttendenzen. Darüber hinaus sind die Trennschärfekoeffizienten unzureichend sowie auch die interne Konsistenz (Cronbach's alpha), die bei .38 liegt. Diese insgesamt mangelhaft ausfallenden Kennwerte deuten auf die Unbrauchbarkeit dieser Skala hin.

6.2.2.2 Faktorielle Struktur

Wie der Fragebogen des ersten Messzeitpunktes wurde auch der Fragebogen zum Erleben der Behandlung hinsichtlich seiner faktoriellen Struktur analysiert. Zur Bestimmung der Faktorenzahl wurde der Scree-Test herangezogen. In Tabelle 32 sind die Eigenwerte bei einer Anzahl von acht Faktoren aufgeführt. Es wurden vier Faktoren zur Repräsentation der Gesamtvarianz aller Variablen

nach der Parallelanalysemethode (Lautenschlager et al., 1989) extrahiert. Diese Faktoren klären insgesamt 48,7% der Varianz auf.

Tabelle 32: Darstellung der Eigenwerte, Varianzen sowie kumulierten Varianzen für die extrahierten Faktoren (T2)

	Eigenwerte	% Varianz	Kumulierte %Varianz
Faktor 1	4,20	18,24	18,24
Faktor 2	3,12	13,51	31,75
Faktor 3	2,03	8,80	40,55
Faktor 4	1,88	8,18	48,73
Faktor 5	1,37	5,97	54,70
Faktor 6	1,18	5,13	59,83
Faktor 7	1,05	4,57	64,40
Faktor 8	0,98	4,25	68,65

Tabelle 33 enthält die Faktorladungsmatrix, wobei die Items nach Ladungshöhe und Faktorreihenfolge gruppiert sind.

Tabelle 33: Ladungen der einzelnen Items des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung auf den extrahierten Faktoren

Items des Zweitfragebogens	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
Hast du dich letzte Woche einsam gefühlt?	.75	-.02	.04	-.10
Hast du dich letzte Woche traurig gefühlt?	.73	-.25	.10	.08
Hast du dich letzte Woche verängstigt gefühlt?	.71	.25	-.00	-.10
Warst du letzte Woche wütend?	.60	-.41	.09	.20
Warst du letzte Woche zufrieden?	-.60	.47	-.05	.18
Bist du zufrieden, wie Entscheidungen auf Station gefällt werden?	.01	.69	-.17	.03
Hast du dich letzte Woche fair behandelt gefühlt?	-.15	.65	-.00	.11
Hast du dich letzte Woche verstanden gefühlt?	-.26	.60	.05	.09
Warst du letzte Woche froh?	.48	.51	-.00	.09
Hast du das Gefühl, die Ärzte und Therapeuten interessiert deine Meinung?	.08	.50	.26	.11
Wer sollte entscheiden, wie ein Kind/ Jugendlicher behandelt wird?	.09	-.46	.46	.09
Sollten Kinder das Recht haben, die Behandlung abzubrechen, wenn ihnen danach zumute ist?	.17	-.41	.33	.31

Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, ist es dir wichtig über alles informiert zu werden?	.06	-.07	.75	-.02
Ist es dir wichtig, dass dich jemand über deine Rechte aufklärt?	.27	.08	.64	.14
Sollten Kinder und Jugendliche über ihr Problem und ihre Behandlung informiert werden?	-.15	-.15	.62	.09
Wenn du bei Gesprächen zwischen Arzt und Eltern nicht dabei bist, wie findest du das?	-0.1	.21	-.60	.15
Ist es dir wichtig, dass du mit dem Arzt über die Ziele der Behandlung sprichst?	.17	.21	.57	.25
Meinst du, man sollte Kinder und Jugendliche nach einigen Wochen noch einmal fragen, ob sie mit der Aufnahme einverstanden sind?	.01	.16	.45	-.04
Bist du freiwillig in der KJPP?	-.04	.01	-.02	.83
Machst du die Therapie freiwillig?	.03	.05	-.04	.80
Wirst du in Entscheidungen darüber einbezogen, wie du behandelt wirst?	.08	.24	.14	.60
Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	-.35	.16	-.08	.46
Könntest du die Behandlung abbrechen, wenn dir danach zumute ist?	-.18	-.18	.31	.46
Aufgeklärte Varianz	18.2%	13.5%	8.8%	8.2% (48.7%)

Der erste Faktor deckt sich in hohem Maße mit unserer a priori gebildeten Skala und ist gekennzeichnet durch Items, die die emotionale Befindlichkeit bezogen auf die zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung letzte Behandlungswoche beschreiben. Das Item „Warst du letzte Woche froh?“ weist auf dem Faktor 2 eine geringfügig höhere Ladung auf als auf dem ersten Faktor (.51 bzw. .48). Aus inhaltlichen Gründen wird es der Skala zum emotionalen Befinden zugeordnet. Wir nennen diesen gut interpretierbaren Faktor **Emotionale Belastung während der Behandlung**. Für die Gesamtskala ergibt sich eine zufrieden stellende interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .78. Tabelle 34 gibt einen Überblick über die Itemkennwerte.

Tabelle 34: Itemkennwerte der Skala Emotionale Belastung während der Behandlung

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Hast du dich letzte Woche traurig gefühlt?	2.78	1.44	.66
2.	... verängstigt gefühlt?	1.87	1.30	.39
3.	... einsam gefühlt?	2.38	1.63	.52
4.	Warst du letzte Woche froh?	3.12	1.44	.48
5.	Warst du letzte Woche wütend?	2.43	1.46	.53
6.	Warst du letzte Woche zufrieden?	2.85	1.33	.64

Die Items des zweiten Faktors bringen zum Ausdruck, ob sich die Patienten durch das Klinikpersonal respektvoll und verständnisvoll behandelt fühlen und ob aus Sicht der Patienten ein partizipationsförderndes Klima auf den Stationen besteht. Die Items dieses Faktors haben wir ursprünglich mit weiteren Items der Partizipationsskala zugeordnet. Wir nennen diesen Faktor **Respektvolle und Faire Behandlung (Partizipationsklima)**. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) beträgt .62.

Das auf Faktor 2 und 3 gleich hoch ladende Item „Wer sollte entscheiden, wie ein Kind/Jugendlicher behandelt wird?“ wird aus inhaltlichen Gründen dem Faktor 3 zugeordnet, der das Informations- und Partizipationsbedürfnis misst.

Tabelle 35: Itemkennwerte der Skala Respektvolle und Faire Behandlung (Partizipationsklima)

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trennschärfe
1.	Hast du das Gefühl, die Ärzte und Therapeuten interessiert deine Meinung?	3.28	1.52	.27
2.	Bist du zufrieden, wie Entscheidungen auf Station gefällt werden?	3.12	1.41	.51
3.	Hast du dich letzte Woche verstanden gefühlt?	3.49	1.35	.43
4.	... fair behandelt gefühlt?	3.29	1.42	.48
5.	Sollten Kinder das Recht haben, die Behandlung abubrechen?	2.56	1.58	.21

Der dritte Faktor beschreibt **Informations- und Partizipationsbedürfnisse**, d.h. unsere a priori getroffene inhaltliche Differenzierung in ein separates

Informations- und Partizipationsbedürfnis lässt sich empirisch nicht bestätigen, diese beiden Bereiche hängen offensichtlich sehr eng zusammen. Kinder differenzieren nicht zwischen Informations- und Partizipationsbedürfnissen, wenn ein Bedürfnis nach Information geäußert wird, dann besteht häufig auch ein Bedürfnis nach Partizipation. Zu beachten ist jedoch, dass die Item-Mittelwerte auf dieser Skala, wie aus Tabelle 36 hervorgeht, insgesamt sehr hoch sind. Inhaltlich heißt dies, dass die Fragen von der Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen in die gleiche Richtung beantwortet werden. Damit tragen die Items dieser Skala insgesamt wenig zur Differenzierung zwischen den Kindern bei. Möglicherweise werden durch die gewählte Formulierung (Ist es dir wichtig...) Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit erzeugt. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) ist zwar mit .70 befriedigend, die Skala erscheint jedoch vor dem Hintergrund der bereits genannten Gründe für weitergehende Auswertungen wenig brauchbar.

Tabelle 36: Itemkennwerte der Skala Informations- und Partizipationsbedürfnis

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Ist es dir wichtig, dass du mit dem Arzt über die Ziele der Behandlung sprichst?	4.15	1.30	.43
2.	Ist es dir wichtig, dass dich jemand über deine Rechte aufklärt?	4.14	1.40	.48
3.	Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, ist es dir wichtig über alles informiert zu werden?	4.03	1.46	.57
4.	Meinst du, man sollte Kinder und Jugendliche nach einigen Wochen noch einmal fragen, ob sie mit der Aufnahme einverstanden sind?	4.44	1.15	.28
5.	Wer sollte entscheiden, wie ein Kind/Jugendlicher behandelt wird?	1.75	0.57	.32
6.	Wenn du bei Gesprächen zwischen Arzt und Eltern nicht dabei bist, wie findest du das?	3.41	1.39	.42
7.	Sollten Kinder und Jugendliche über ihr Problem und ihre Behandlung informiert werden?	4.64	0.95	.44

Der vierte Faktor spiegelt schließlich das Ausmaß an **Freiwilligkeit** bezogen auf den psychiatrischen Aufenthalt wider. Die Items entstammen der theoretisch gebildeten Partizipationsskala, wobei diese ursprünglich noch um die Items des faktorenanalytisch gebildeten Faktors Respektvolle und Faire Behandlung verlängert war. Cronbach's alpha beträgt .67 und ist angesichts der relativ niedrigen Itemanzahl noch zufrieden stellend.

Tabelle 37: Itemkennwerte der Skala Freiwilligkeit

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Wirst du in Entscheidungen darüber einbezogen, wie du behandelt wirst?	2.95	1.53	.42
2.	Bist du freiwillig in der KJPP?	3.62	1.57	.52
3.	Möchtest du im Moment in der Klinik bleiben?	2.93	1.57	.29
4.	Machst du die Therapie freiwillig?	3.75	1.46	.48
5.	Könntest du die Behandlung abbrechen, wenn dir danach zumute ist?	2.74	1.62	.27

Zusammenfassend ergeben sich mit den Skalen **Respektvolle und Faire Behandlung (Partizipationsklima)**, **Freiwilligkeit** sowie **Emotionale Belastung während der Behandlung** drei gut interpretierbare Skalen mit zufrieden stellenden Kennwerten. Bestätigt hat sich die Skala zur Emotionalen Belastung, die theoretisch gebildete Skala zur Partizipation während der Behandlung findet sich in der erwarteten Form nicht wieder. Stattdessen verteilen sich die Items auf zwei Faktoren, die inhaltlich gut interpretierbar sind. Da Informations- und Partizipationsbedürfnisse diesen Ergebnissen zufolge nicht zufrieden stellend erfasst werden können, wird auf Einzelitems zurückgegriffen, die eine mittlere Schwierigkeit aufweisen, also gut zwischen den befragten Personen differenzieren.

Zur Erfassung des Partizipationsbedürfnisses sind dies die Items

- „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“
- „Wer sollte entscheiden, wie ein Kind/Jugendlicher behandelt wird?“.

Sämtliche Items zur Erfassung des Informationsbedürfnisses während des stationären Aufenthaltes weisen demgegenüber unzureichende Kennwerte auf.

Tabelle 38 liefert abschließend einen Überblick über die Kennwerte der verwendeten Skalen.

Tabelle 38: Skalenkennwerte der Skalen des zweiten Messzeitpunktes

Skala	N	Anzahl der Items	M	sd	Schiefe	alpha
Respektvolle und Faire Behandlung (Partizipationsklima)	110	5	16.61	3.96	0.03	.78
Freiwilligkeit	110	5	15.98	5.12	-0.16	.67
Emotionale Belastung während der Behandlung	111	6	15.43	5.99	0.30	.78
Informations- u. Partizipationsbedürfnis	109	7	26.52	5.14	-1.04	.70

Eine Überprüfung der Normalverteilungsannahme anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests zeigt, dass außer der Skala Informations- und Partizipationsbedürfnis (K-S-Z-Wert = 1,58; $p = .013$) alle Skalen einer Normalverteilung angenähert sind.

Zur Absicherung der anhand der Faktorenanalyse gewonnen Skalen haben wir alle Items mit zu geringer bzw. zu hoher Schwierigkeit sowie zu gering ladende Items ($< .40$) für die Durchführung einer zweiten Faktorenanalyse aus dem Datenpool eliminiert. Dies betraf insgesamt fünf Items des Faktors Informations- und Partizipationsbedürfnis sowie das Item "Hattest du letzte Woche Angst?". Die 4-Faktorenstruktur bestätigt unter nahezu identischer Itemzusammensetzung die Faktoren Respektvolle und Faire Behandlung, Emotionale Belastung während der Behandlung und Freiwilligkeit. Der Faktor Informations- und Partizipationsbedürfnis wird ebenfalls repliziert, reduziert um fünf Items. Aufgrund der insgesamt niedrigen Itemanzahl werden zu weiteren Analysen die bereits dargestellten Ergebnisse der ersten Faktorenlösung unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen beibehalten.

6.2.3 Motivationsfragebogen I

6.2.3.1 Itemanalyse der theoretischen Skalen

Die Zuverlässigkeit der aufgestellten Skalen wurde mit Hilfe einer Itemanalyse überprüft. Hohe Mittelwerte bedeuten eine hohe Ausprägung im Sinne der jeweiligen Skala.

Leidensdruck

Tabelle 39: Statistische Kennwerte der Items der Skala Leidensdruck

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Zurzeit geht es mir wegen meines Problems sehr schlecht.	3.15	1.53	.59
2.	Ich leide sehr unter meinem Problem.	3.54	1.41	.60
3.	Ich glaube, mein Problem zerstört mein ganzes Leben.	2.70	1.61	.54
4.	Trotz meines Problems geht es mir eigentlich gut.	2.47	1.43	.51

Tabelle 39 gibt einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen und Trennschärfekoeffizienten der Items der Skala Leidensdruck. Die vier Items weisen überwiegend mittlere Schwierigkeiten auf. Die Trennschärfekoeffizienten (Item-Gesamtwert-Korrelation), die zwischen .51 und .60 liegen, können insgesamt als zufrieden stellend beurteilt werden. Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .80.

Erfolgserwartung

Wie Tabelle 40 zeigt, fallen die Mittelwerte der Skala Erfolgserwartung durchschnittlich sehr hoch aus, d.h. die Mehrzahl der Patienten äußert sehr hohe Erfolgserwartungen. Demzufolge tragen die Items wenig zu einer interindividuellen Differenzierung bei und es besteht die Gefahr, dass hier im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet wurde. Die Trennschärfekoeffizienten fallen insgesamt zufrieden stellend aus. Für die Gesamtskala ergibt sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .82.

Tabelle 40: Statistische Kennwerte der Items der Skala Erfolgserwartung

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Mein Problem kann ich ohne eine Behandlung nicht lösen.	3.61	1.47	.47
2.	Diese Behandlung wird bei mir sowieso nicht helfen.	4.02	1.26	.59
3.	Ich glaube, eine Behandlung wegen meines Problems wird mir nützen.	3.99	1.29	.63
4.	Ich glaube, dass mir der Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schaden wird.	4.31	1.19	.54
5.	Mein Problem kann ich nur hier in der Klinik lösen.	3.39	1.46	.60
6.	Ich sehe in meiner Behandlung keinen Sinn.	3.92	1.44	.72

Kosten

Tabelle 41: Statistische Kennwerte der Items der Skala Kosten

	Items	Schwierig- keit	Standardab- weichung	Trenn- schärfe
1.	Ich würde viel darum geben, wenn ich mein Problem verlieren könnte.	4.44	1.10	.16
2.	Wie so viele Probleme löst sich mein Problem mit der Zeit von selbst.	3.55	1.48	.30
3.	Ich glaube, dass meine Behandlung wegen meines Problems verlorene Zeit ist.	3.95	1.41	.51
4.	Wenn man mir nur hier im Krankenhaus helfen kann, bin ich bereit, einige Wochen zu bleiben.	3.89	1.48	.45
5.	Damit es mir besser geht, finde ich es O.K., lange von meinen Eltern und Freunden getrennt zu sein.	2.53	1.59	.30
6.	Es gibt Dinge in meinem Leben, über die rede ich nicht.	2.09	1.39	.07
7.	Es fällt mir schwer, einem Arzt etwas über mein Problem zu erzählen.	3.08	1.55	.19
8.	Es geht niemanden etwas an, was in mir vorgeht.	2.89	1.48	.32

Die Skala zur Erfassung der erwarteten Kosten kann unter skalenanalytischen Gesichtspunkten als nicht brauchbar bezeichnet werden. Die Item-Mittelwerte fallen recht unterschiedlich aus, vor allem die Items 1 bis 4 werden von der

Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen bejaht, was einerseits auf schlechte Itemformulierungen hindeuten kann, andererseits auf Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit. Die Trennschärfeindices, die zwischen .07 und .51 liegen, zeigen, dass nicht alle Items gleich gut geeignet sind, das theoretische Konstrukt zu erfassen. Die interne Konsistenz der Gesamtskala (Cronbach's alpha) liegt bei lediglich .58.

Therapiemotivation

Tabelle 42: Statistische Kennwerte der Items der Skala Therapiemotivation

Items	Schwierigkeit	Standardabweichung	Trennschärfe
1. Wenn ich Unterstützung bekomme, strenge ich mich an, mein Problem loszuwerden.	4.24	1.09	.46
2. Ich brauche dringend Unterstützung, mein Problem loszuwerden.	3.79	1.37	.59
3. Ich halte mein Problem für behandlungsbedürftig.	3.66	1.42	.67
4. Ich habe schon öfters darüber nachgedacht, wo ich Hilfe finden könnte, mein Problem loszuwerden.	3.31	1.54	.53
5. Über mein Problem habe ich schon intensiv nachgedacht.	4.02	1.32	.46
6. Ich habe schon einmal gedacht, etwas gegen mein Problem tun zu müssen.	3.77	1.43	.45
7. Mein Problem beschäftigt mich immer wieder.	3.78	1.44	.57
8. Ich halte es für notwendig, etwas gegen mein Problem zu tun.	4.33	1.14	.68
9. Ich habe mir eine Behandlung wegen meines Problems gewünscht.	3.26	1.66	.58
10. Ich will, dass man mir hier hilft.	4.21	1.23	.68
11. Ich will mein Problem gar nicht loswerden.	4.63	1.00	.47
12. Eigentlich glaube ich, dass ich mein Problem selbst am besten lösen kann.	3.56	1.54	.40
13. Ich wüsste gerne, was ich gegen mein Problem unternehmen kann.	4.25	1.14	.63

Die Items verfügen durchgängig über hohe Schwierigkeiten, werden also von der Mehrzahl der Patienten bejaht. Antworttendenzen, wie soziale Erwünschtheit, könnten auch hier eine Rolle spielen. Insgesamt sehr gut fallen

dagegen die Trennschärfeindices der Items aus. Die interne Konsistenz der Gesamtskala (Cronbach's alpha) erreicht einen Wert von .87.

Sozialer Druck

Tabelle 43: Statistische Kennwerte der Items der Skala Sozialer Druck

Items	Schwierigkeit	Standardabweichung	Trennschärfe
1. Wegen meines Problems habe ich schon oft Ärger mit meinen Lehrern gehabt.	3.05	1.74	.25
2. Wegen meines Problems wollen meine Freunde nicht mehr mit mir spielen/sich nicht mehr mit mir treffen.	1.65	1.22	.37
3. Anderen Kindern/Jugendlichen macht das nichts aus, dass ich so bin.	2.49	1.51	.19
4. Ich bin wegen meines Problems bei Gleichaltrigen unbeliebt.	1.98	1.39	.41
5. Meine Eltern haben mir schon oft gesagt, dass ich mich ändern muss.	3.96	1.40	.29
6. Meine Eltern stört mein Problem.	3.37	1.60	.22

Die Items 2 und 4, die sich inhaltlich auf die Akzeptanz durch die Gleichaltrigengruppe beziehen, weisen bei ansonsten mittleren Schwierigkeiten der Items sehr geringe Mittelwerte auf. Die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen fühlt sich durch ihre Beschwerden nicht von Gleichaltrigen ausgegrenzt, die Items tragen jedoch nicht zur interindividuellen Differenzierung bei. Die niedrigen Trennschärfeindices von vier der sechs Items spiegeln sich in der ungenügenden internen Konsistenz (Cronbach's alpha) der Skala von .54 wider.

6.2.3.2 Faktorielle Struktur

Zur Überprüfung der Frage, ob bzw. in welcher Hinsicht die a priori gebildeten Itemgruppierungen empirisch gültig sind, wurde der Fragebogen einer Faktorenanalyse unterzogen. Als Methode der Faktorenextraktion wurde die Hauptkomponentenanalyse gewählt, als Rotationsmethode die Varimax-Rotation.

Die zuvor beschriebene Itemanalyse hat gezeigt, dass eine Vielzahl von Items zu hohe bzw. zu niedrige Schwierigkeiten aufweist. Aufgrund der großen Itemzahl des Fragebogens haben wir uns dazu entschlossen, diese aus dem Datenpool zu eliminieren und die Faktorenanalyse mit insgesamt 25 Items durchzuführen.

Zur Bestimmung der Faktorenzahl wurde der Scree-Test herangezogen. In Tabelle 44 sind die Eigenwerte bei einer Anzahl von sieben Faktoren aufgeführt. Es wurden fünf Faktoren zur Repräsentation der Gesamtvarianz aller Variablen nach der Parallelanalyse (Lautenschlager et al., 1989) extrahiert, von denen die ersten drei gut und eindeutig interpretierbar sind. Ab dem vierten Faktor wird die inhaltliche Interpretation schwieriger und weniger eindeutig, so dass eine Begrenzung auf drei Faktoren erfolgt. Die Faktoren klären insgesamt 54,6% der Varianz auf.

Tabelle 44: Darstellung der Eigenwerte, Varianzen sowie kumulierten Varianzen für die extrahierten Faktoren (Motivation)

	Eigenwerte	% Varianz	Kumulierte % Varianz
Faktor 1	6.79	27.17	27.17
Faktor 2	2.52	10.09	37.26
Faktor 3	1.66	6.62	43.88
Faktor 4	1.43	5.72	49.61
Faktor 5	1.24	4.96	54.57
Faktor 6	1.01	4.04	58.60
Faktor 7	0.96	3.83	62.43

Tabelle 45 enthält die Faktorladungsmatrix, wobei die Items nach Ladungshöhe und Faktorreihenfolge gruppiert sind.

Tabelle 45: Ladungen der einzelnen Items des Motivationsfragebogens I auf den extrahierten Faktoren

Items	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
Ich glaube, dass meine Behandlung verlorene Zeit ist.	.82	-.03	.04	.12	-.05
Ich sehe in meiner Behandlung keinen Sinn.	.77	-.03	.21	.17	-.09
Mein Problem kann ich nur hier in der Klinik lösen.	.76	.07	.04	-.18	.04
Wenn man mir nur hier helfen kann, bin ich bereit, einige Wochen zu bleiben.	.72	.12	.12	.03	.07
Ich glaube, eine Behandlung wegen meines Problems wird mir nützen.	.69	-.07	.20	.08	-.01
Ich halte mein Problem für behandlungsbedürftig.	.60	.22	.41	-.02	-.06
Eigentlich glaube ich, dass ich mein Problem selbst am besten lösen kann.	.60	.15	.07	.24	-.05
Mein Problem kann ich ohne Behandlung nicht lösen.	.55	.22	.38	-.07	-.01
Damit es mir besser geht, finde ich es O.K., lange von meinen Eltern und Freunden getrennt zu sein.	.51	.38	-.13	-.02	-.01
Ich habe mir eine Behandlung wegen meines Problems gewünscht.	.49	.27	.38	.06	.00
Trotz meines Problems geht es mir eigentlich gut.	.03	.75	.04	.21	-.05
Ich glaube, mein Problem zerstört mein ganzes Leben.	.00	.72	.17	-.11	.09
Zurzeit geht es mir wegen meines Problems sehr schlecht.	.04	.68	.29	-.15	-.27
Ich leide sehr unter meinem Problem.	.35	.60	.39	-.15	.01
Wie so viele Probleme löst sich mein Problem mit der Zeit von selbst.	.34	.57	.01	.23	.10
Mein Problem beschäftigt mich immer wieder.	.28	.46	.46	-.07	.12
Ich habe schon öfters darüber nachgedacht, wo ich Hilfe finden könnte, mein Problem loszuwerden.	.15	.10	.74	.10	-.01
Ich habe schon einmal gedacht, etwas wegen meines Problems tun zu müssen.	.08	.05	.71	.05	.19
Ich brauche Unterstützung, mein Problem loszuwerden	.41	.29	.52	.01	-.04

Es fällt mir schwer, einem Arzt etwas über mein Problem zu erzählen.	.09	-.21	-.01	.74	-.05
Es geht niemandem etwas an, was in mir vorgeht.	.15	.06	.21	.58	-.14
Anderen Kindern macht das nichts aus, dass ich so bin.	-.02	.36	-.08	.48	.13
Meine Eltern haben mir schon oft gesagt, dass ich mich ändern muss.	.06	-.05	.02	-.03	.77
Meine Eltern stört mein Problem.	-.26	.22	.06	.21	.62
Wegen meines Problems habe ich oft Ärger mit meinen Lehrern gehabt.	.04	-.08	.10	-.28	.61
aufgeklärte Varianz (%)	27.17	10.09	6.62	5.72	4.96

Die auf dem ersten Faktor ladenden Items geben die **Einstellung zur Behandlung** wider (z.B. „Ich glaube, dass meine Behandlung verlorene Zeit ist.“, „Mein Problem kann ich nur hier in der Klinik lösen.“). Die interne Konsistenz dieser Skala (Cronbach's alpha) beträgt .88.

Tabelle 46: Itemkennwerte der Skala Einstellung zur Behandlung

	Items	Schwierigkeit	Standardabweichung	Trennschärfe
1.	Ich glaube, dass meine Behandlung wegen meines Problems verlorene Zeit ist.	3.95	1.41	.69
2.	Ich sehe in meiner Behandlung keinen Sinn.	3.92	1.44	.69
3.	Mein Problem kann ich nur hier in der Klinik lösen.	3.39	1.49	.64
4.	Wenn man mir nur hier helfen kann, bin ich bereit, einige Wochen zu bleiben.	3.89	1.48	.66
5.	Ich glaube, eine Behandlung wegen meines Problems wird mir nützen.	3.99	1.29	.60
6.	Ich halte mein Problem für behandlungs-bedürftig.	3.66	1.42	.66
7.	Eigentlich glaube ich, dass ich mein Problem selbst am besten lösen kann.	3.56	1.54	.52
8.	Mein Problem kann ich ohne eine Behandlung nicht lösen.	3.61	1.47	.58
9.	Damit es mir besser geht, finde ich es O.K., lange von meinen Eltern und Freunden getrennt zu sein.	2.53	1.59	.45
10.	Ich habe mir eine Behandlung wegen meines Problems gewünscht.	3.26	1.66	.56

Der zweite Faktor beschreibt den erlebten **Leidensdruck** (Tabelle 47) und entspricht damit der von uns theoretisch gebildeten Skala. In seiner Endform ist diese lediglich um ein Item verlängert. Das Item „Mein Problem beschäftigt mich immer wieder“, das auf Faktor 2 und Faktor 3 etwa gleich hohe Ladungen aufweist, haben wir aus inhaltlichen Gründen dem Faktor 3 zugeordnet. Für den Faktor Leidensdruck konnte eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .78 ermittelt werden.

Tabelle 47: Itemkennwerte der Skala Leidensdruck

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Trotz meines Problems geht es mir eigentlich gut.	2.47	1.43	.56
2.	Ich glaube, mein Problem zerstört mein ganzes Leben.	2.70	1.61	.56
3.	Zurzeit geht es mir wegen meines Problems sehr schlecht.	3.15	1.53	.56
4.	Ich leide sehr unter meinem Problem.	3.54	1.41	.59
5.	Wie so viele Probleme löst sich mein Problem mit der Zeit von selbst.	3.55	1.48	.47

Die Items des dritten Faktors bringen eine kognitive Auseinandersetzung mit dem Problem zum Ausdruck. Der ursprünglich drei Items umfassende Faktor wurde ergänzt durch ein Item des zweiten Faktors und **Problembezogene Behandlungsmotivation** genannt (vgl. Tabelle 48). Trotz der Kürze dieser Skala findet sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von .69.

Tabelle 48: Itemkennwerte der Skala Problembezogene Behandlungsmotivation

	Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe
1.	Mein Problem beschäftigt mich immer wieder.	3.78	1.44	.46
2.	Ich habe schon öfters darüber nachgedacht, wo ich Hilfe finden könnte, mein Problem loszuwerden.	3.31	1.54	.47
3.	Ich habe schon einmal gedacht, etwas wegen meines Problems tun zu müssen.	3.77	1.43	.47
4.	Ich brauche dringend Unterstützung, mein Problem loszuwerden.	3.79	1.37	.47

Der vierte Faktor, der lediglich eine interne Konsistenz von .31 aufweist (Cronbach's alpha), ist inhaltlich nicht eindeutig zu interpretieren. Der fünfte Faktor setzt sich aus Items unserer a priori gebildeten Skala **sozialer Druck** zusammen. Die lediglich drei Items umfassende Skala weist jedoch eine nur ungenügende interne Konsistenz von .52 auf.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich die angenommene Differenzierung des Konstrukts Behandlungsmotivation empirisch nicht bestätigen lässt. Die einzige der a priori gebildeten Skalen, die sich in der Faktorenstruktur nahezu identisch wieder finden lässt, ist die Skala Leidensdruck.

Tabelle 49 gibt einen Überblick über die Kennwerte der verwendeten Skalen. Bei allen Skalen handelt es sich um linksschiefe Verteilungen. Eine Überprüfung der Normalverteilungsannahme anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests zeigt, dass lediglich die Skala Leidensdruck einer Normalverteilung angenähert ist (K-S-Z-Wert = 1,21; $p = .108$).

Tabelle 49: Skalenkennwerte der Skalen des Motivationsfragebogens I

Skala	N	Anzahl der Items	M	Sd	Schiefe	alpha
Einstellung zur Behandlung	289	10	35.8	10.19	-.83	.88
Leidensdruck	289	5	15.4	5.42	-.05	.78
Problembezogene Behandlungsmotivation	289	4	14.7	4.15	-.54	.69

6.2.4 Motivationsfragebogen II

Der Motivationsfragebogen wurde in identischer Form auch zum zweiten Messzeitpunkt – vier Wochen nach Behandlungsbeginn – eingesetzt.

Der Vergleich der Itemmittelwerte des Motivationsfragebogens zum ersten und zweiten Messzeitpunkt zeigt, dass nahezu dieselben Items aufgrund zu niedriger oder zu hoher Schwierigkeit auszuschließen sind. Der reduzierte

Datensatz wurde ebenfalls einer Faktorenanalyse unterzogen. Als Methode der Faktorenextraktion wurde wiederum die Hauptkomponentenanalyse gewählt, als Rotationsmethode die Varimax-Rotation.

Die Dimensionen des ersten und zweiten Messzeitpunktes sind in der gewählten fünf-faktoriellen Lösung weitestgehend identisch. Der erste Faktor entspricht der Skala Problembezogene Behandlungsmotivation, auf dem zweiten Faktor laden die Items der Skala Einstellung zur Behandlung, die Skala Leidensdruck findet sich ebenfalls in der Faktorenstruktur wieder. Aufgrund dieses Ergebnisses haben wir uns dazu entschlossen, die für den ersten Messzeitpunkt vorgenommene Skalenbildung auf den Motivationsfragebogen II anzuwenden. Die Skalenkennwerte sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 50: Skalenkennwerte des Motivationsfragebogens II

Skala	N	Anzahl der Items	M	sd	Schiefe	alpha
Einstellung zur Behandlung	109	10	35.83	9.72	-.90	.87
Leidensdruck	109	5	13.11	5.11	.19	.76
Problembezogene Behandlungsmotivation	109	4	13.93	4.49	-.44	.75

Bei den Skalen Einstellung zur Behandlung und Problembezogene Behandlungsmotivation handelt es sich um linksschiefe Verteilungen. Eine Überprüfung der Normalverteilungsannahme anhand des Kolmogorov-Smirnov-Tests zeigt, dass lediglich die Skala Leidensdruck einer Normalverteilung angenähert ist (K-S-Z-Wert = 0,76; $p = .615$). Die Skalen Einstellung zur Behandlung sowie Problembezogene Behandlungsmotivation weichen demgegenüber gering signifikant von der Normalverteilung ab (K-S-Z-Wert = 1,48; $p = .025$ bzw. K-S-Z-Wert = 1,42; $p = .035$).

6.3 Zwischenresümee und Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen (Wiethoff/Dippold)

Im Rahmen der faktorenanalytischen Auswertung des Fragebogens zum Erleben der Aufnahme konnten die vorab festgelegten Skalen Partizipation und Emotionale Belastung gut repliziert werden. Aufgrund der beschriebenen Mängel der Skalen Informations- und Partizipationsbedürfnis und Stigma wird für quantitative Analysen auf die folgenden Einzelitems zurückgegriffen.

Zur Erfassung des Partizipationsbedürfnisses sind dies die Items

- „Wer sollte entscheiden, ob ein Kind oder Jugendlicher in die Psychiatrie kommt?“ und
- „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“.

Zur Erfassung des Informationsbedürfnisses bei der stationären Aufnahme ist es das Item

- „Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gekommen bist?“.

Zur Erfassung der Stigmatisierung sind es die Items:

- „Denkst du, dass andere sich darüber lustig machen, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?“,
- „Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?“

In Bezug auf den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung ließ sich die Skala Emotionale Belastung während der Behandlung wiederum bestätigen, während sich die Items der vorab festgelegten Skala Partizipation auf zwei Dimensionen mit zufrieden stellenden Kennwerten verteilten: Freiwilligkeit sowie Respektvolle und Faire Behandlung, im Sinne eines partizipationsfördernden Klimas. Da beide Skalen inhaltlich gut interpretierbar sind und sich sinnvoll in die im Theorieteil dargestellten empirischen Befunde einordnen lassen, wird im Weiteren auf diese Skalen zurückgegriffen. Die vor der Skalenentwicklung aufgestellte Hypothese bezüglich Partizipation während der Behandlung (Ein hoher Grad an Partizipation während der Behandlung geht einher mit einer

geringen emotionalen Belastung sowie einer hohen Behandlungsmotivation) wird entsprechend geändert.

1. Es werden die Zusammenhänge zwischen Freiwilligkeit bzw. Respektvoller Behandlung und Behandlungsmotivation sowie Behandlungsbewertung analysiert, wobei jeweils statistisch positive Zusammenhänge erwartet werden.
2. Es wird erwartet, dass Freiwilligkeit und Respektvolle Behandlung in negativer Beziehung zur emotionalen Belastung stehen.
3. Darüber hinaus wird aufgrund der vorab geschilderten empirischen Befunde ein positiver Zusammenhang zwischen Respektvoller Behandlung und Freiwilligkeit erwartet.

Da Informations- und Partizipationsbedürfnisse den Ergebnissen der Faktorenanalyse zufolge nicht zufrieden stellend erfasst werden konnten, wird auf Einzelitems zurückgegriffen, die eine mittlere Schwierigkeit aufweisen, also gut zwischen den befragten Personen differenzieren.

Zur Erfassung des Partizipationsbedürfnisses sind dies die Items

- „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“
- „Wer sollte über deine Behandlung entscheiden?“.

Sämtliche Items zur Erfassung des Informationsbedürfnisses während des stationären Aufenthaltes weisen demgegenüber unzureichende Kennwerte auf.

Hinsichtlich des Motivationsfragebogens findet sich die vorab festgelegte Dimension Leidensdruck in der faktorenanalytisch gewonnenen Version wieder. Die übrigen Items verteilen sich auf vier weitere Faktoren, von denen zwei inhaltlich gut interpretierbar sind und gute bis zufrieden stellende Itemkennwerte bzw. Werte der internen Konsistenz aufweisen, so dass eine Begrenzung auf die drei Faktoren Leidensdruck, Einstellung zur Therapie und Problembezogene Behandlungsmotivation vorgenommen wird.

6.4 Inhaltliche Auswertung der Fragebögen zum Erleben der Aufnahme und der Behandlung

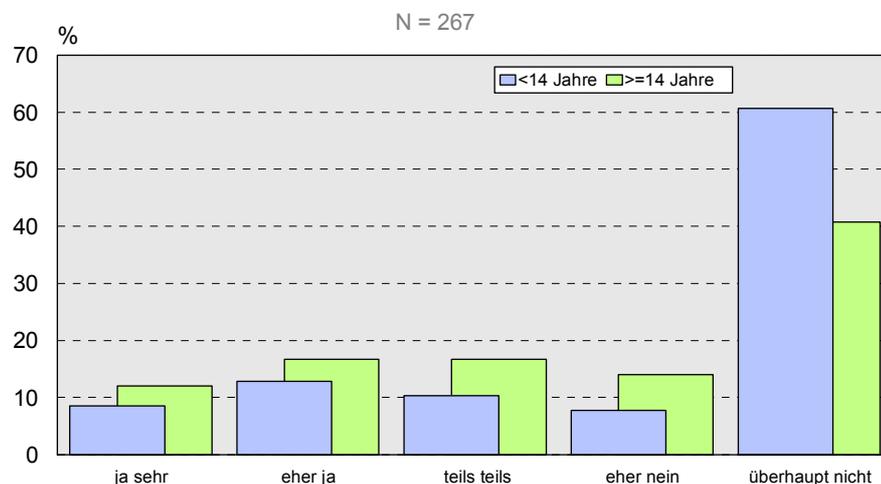
6.4.1 Information (Dippold)

6.4.1.1 Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt

„Beim ersten Mal in Schwerin, da hatte meine Ärztin mir das so erklärt; da gibt es Pferde, da kannst du reiten, da gibt es ein Schwimmbecken und so. Als man nachher dahin kam, da lag man erst einmal ein paar Wochen im Bett, toll - nichts mit Reiten und nichts mit Schwimmen oder so. Die sollen einen schon darauf vorbereiten, was einen da erwartet, was tatsächlich kommt ... dass einem, nachdem man gehört hat, du kommst in die Klinik, erst einmal gesagt wird, wie sieht's da überhaupt aus. Wenn du noch nie in der Klapse warst, dann denkst du, da sind überall Gummizellen und so.“

Den Angaben minderjähriger psychiatrischer Patienten zufolge findet eine Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Psychiatrie durch die einweisenden Ärzte überwiegend nicht statt. Über 60% aller Kinder und Jugendlichen geben an, dass sie eher nicht oder überhaupt nicht auf den bevorstehenden Klinikaufenthalt vorbereitet wurden.

Hat der Arzt vor der Aufnahme mit dir über die Psychiatrie und das, was auf dich zukommt, gesprochen?



keine Angaben = 5 weiß nicht = 4 nicht zutreffend (vorher kein Arztbesuch) = 22

Abbildung 3: Aufklärungsverhalten der Ärzte aus Patientensicht

Im Rahmen von 4-Weg-Varianzanalysen wurden die Einflüsse von Alter (< 14 Jahre vs. \geq 14 Jahre), Geschlecht, Störungsgruppe (expansive vs. introversive Störungen) sowie der regionalen Zugehörigkeit (Rostock vs. Weissenau) untersucht.

Wie Abbildung 3 zeigt, wird das Aufklärungsverhalten der Ärzte in Abhängigkeit vom Alter der Patienten beurteilt und ist bei den unter 14jährigen als sehr gering zu bezeichnen. Von ihnen fühlen sich etwa 68% eher wenig bis gar nicht informiert - im Vergleich zu ca. 55% der über 14jährigen Patienten ($F = 6,61$; $p = .011$).

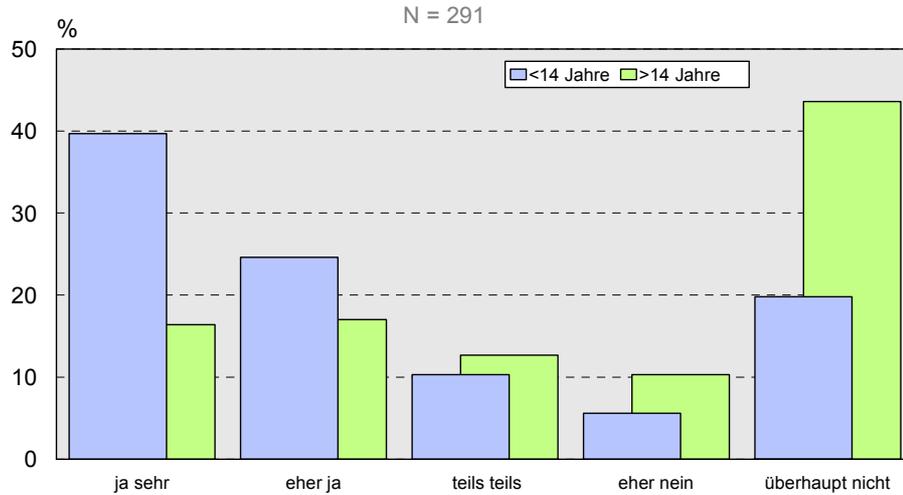
Danach gefragt, was die einweisenden Ärzte über die Psychiatrie erzählt hätten, wird von den Kindern und Jugendlichen beispielsweise genannt (geordnet nach der Häufigkeit der Nennungen):

- „*dass es Therapien gibt*“ (27,6%)
- „*dass man da Hilfe bekommt*“ oder „*dass Probleme gelöst werden*“ (21,9%)
- „*dass da andere Kinder sind*“ oder „*dass da viele Kinder sind, die fast alle dieselben Probleme haben*“ (20%)
- „*dass es eigentlich ganz schön da ist*“, „*dass es gut für mich ist*“ oder „*dass ich keine Angst haben muss*“ (20%)

Darüber hinaus informieren die Ärzte nach Angaben der Patienten über das Freizeitangebot und den Tagesablauf (11,4%), über Rechte und Regeln (9,5%) und darüber, dass es eine Schule gibt (8,6%). Informationen über die Dauer des Aufenthaltes erinnern nur 5,7%, über die Räumlichkeiten (Zimmer, Spielplatz) nur 4,8%. 6,7% der Patienten berichten schließlich, dass ihnen lediglich gesagt wurde: „*Es muss sein*“ oder „*Ich soll in dieses Krankenhaus gehen*“. Signifikante Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen zeigen sich nur in der Häufigkeit der Nennung von Therapie ($\chi^2 = 8,886$; $p = .003$).

Im Vergleich zu der Aufklärung durch die einweisenden Ärzte wird die Vorbereitung auf den Klinikaufenthalt durch die Eltern insgesamt besser, vor allem von den jüngeren Patienten als deutlich ausführlicher erlebt. Während etwa 65% der unter 14jährigen Patienten angeben, sehr oder ziemlich ausführlich aufgeklärt worden zu sein, meinen 54% der jugendlichen Patienten, ihre Eltern hätten sie eher nicht oder überhaupt nicht informiert ($F = 28,95$; $p = .000$).

Haben deine Eltern mit dir über die Psychiatrie und das, was auf dich zukommt, gesprochen?



keine Angaben = 5 weiß nicht = 2

Abbildung 4: Aufklärungsverhalten der Eltern aus Patientensicht

Die signifikante Interaktion Alter x regionale Zugehörigkeit ($F = 4,56$; $p = .033$) verdeutlicht, dass sich Kinder in der Weissenau durch die Eltern ausführlicher informiert fühlen als in Rostock, während sich die Jugendlichen aus Ost und West in ihrer Einschätzung sehr ähneln (vgl. Abbildung 5).

Haben deine Eltern mit dir über die Psychiatrie und das, was auf dich zukommt, gesprochen?

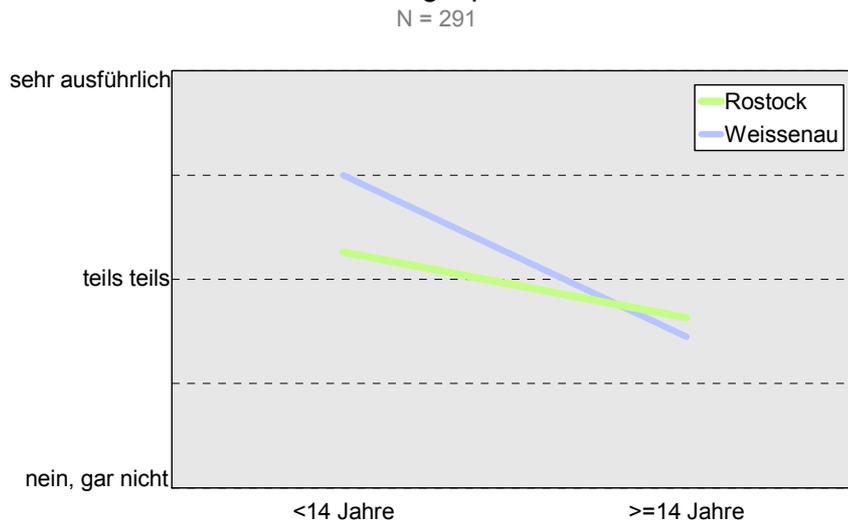


Abbildung 5: Interaktion des Alters und der regionalen Zugehörigkeit

Wie bei den einweisenden Ärzten stehen nach Angaben der Kinder und Jugendlichen auch bei den Eltern Aussagen darüber an erster Stelle, dass man

in der Psychiatrie ganz allgemein versucht, ihnen zu helfen (20%), „*dass sie die Ursache für das Problem finden wollen*“ (15,3%) oder spezifischer, „*dass du dann besser lernen kannst*“ (4,1%). Im Vergleich dazu erinnern nur 8,2% der Patienten, dass ihre Eltern konkret über Therapien mit ihnen gesprochen hätten. Informationen zum allgemeinen Tagesablauf und zu vorhandenen Regeln („*ihr dürft erst eine Woche nicht raus, nur in Begleitung*“, „*haben Regeln vorgelesen*“) haben 14,1% der Patienten erhalten. Auskünfte wie beispielsweise „*ich muss hier zum Arzt gehen*“, „*es werden Untersuchungen auf dich zukommen*“ oder „*du gehst in eine Art Krankenhaus*“ erhielten eigenen Angaben zufolge 12,9% der Befragten. „*Dass man da Kontakte knüpfen kann*“, „*dass da andere Kinder sind*“, „*dass alle nett sind*“ oder „*dass ich mit anderen zusammen bin, die auch Probleme haben*“, sind ebenfalls Informationen, die Eltern ihren Kindern häufig im Vorfeld der Aufnahme vermitteln (12,4%).

Aussagen wie, „*dass ich keine Angst haben brauche*“ oder „*Ist nicht so schlimm, es gibt keine Spritzen, wenn Du zurück kommst machen wir Urlaub*“ erinnern 6,5% der Kinder und Jugendlichen, Sätze wie „*dass es hier schön wäre, dass man hier auch 'nen schönen Urlaub machen kann*“ und „*da wird es bestimmt lustig*“ weitere 5,9% der Befragten.

Die Frage nach der Dauer des Aufenthaltes wird von etwa 40% der Eltern nicht mit ihren Kindern besprochen. Entsprechend dem insgesamt besser beurteilten elterlichen Aufklärungsverhalten bei den unter 14jährigen Patienten fühlen sich die jüngeren Patienten auch bezüglich der Dauer besser informiert als die Jugendlichen ($\chi^2 = 5,30$; $p = .021$).

Die Wichtigkeit einer möglichst erlebnisnahen Vorabklärung über die Psychiatrie verdeutlicht abschließend folgendes Ergebnis: 79% aller Kinder und Jugendlichen sind der Meinung, dass eine vorweg erfolgte Besichtigung der Klinik die stationäre Aufnahme erheblich erleichtert hätte.

6.4.1.2 Informationspraxis in der Klinik

Das Aufklärungsverhalten des Behandlungsteams zu Beginn der stationären Behandlung wird von den Patienten unserer Untersuchung differenziert beurteilt. Über die Stationsregeln fühlen sich die minderjährigen Patienten weitaus am besten aufgeklärt. Insgesamt 73% aller Patienten bejahen diesbezügliche Informationen, wobei sich die Jugendlichen der Rostocker Klinik deutlich von allen anderen Patienten unterscheiden und sich tendenziell sehr gut über vorhandene Regeln informiert fühlen (Interaktion Alter x regionale Zugehörigkeit: $F = 4,946$; $p = .027$). In der Weissenau bestehen dagegen zwischen Kindern und Jugendlichen eher keine Unterschiede.

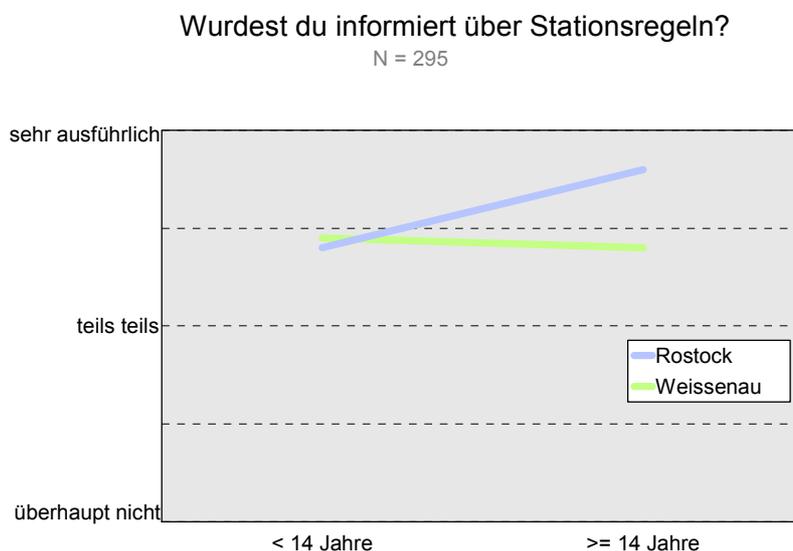


Abbildung 6: Information über Stationsregeln

Marginal signifikant ist auch der Haupteffekt Störungsgruppe ($F = 3,569$; $p = .060$), d.h. Patienten mit expansiven Störungen fühlen sich insgesamt besser über die Regeln aufgeklärt als Patienten mit introversiven Störungen.

Deutlich schlechter wird die Aufklärung über die psychische Störung oder Krankheit bzw. über die zu erwartende Therapie von den minderjährigen Patienten beurteilt.

Während etwa die Hälfte aller Patienten erklärt, das Behandlungsteam habe sie über das Problem informiert, das sie in die Behandlung geführt hat, meinen jedoch immerhin 25%, überhaupt nicht über ihr Problem aufgeklärt worden zu sein. In der Informationspraxis zeigen sich jedoch deutlich Einflüsse der

regionalen Zugehörigkeit ($F = 9,087$; $p = .003$), d.h. Kinder und Jugendliche der Klinik Weissenau stimmen einer Aufklärung über ihr Problem signifikant häufiger zu als Rostocker Patienten.

Lediglich 34% der Patienten bejahen darüber hinaus die Frage nach der Information über die bevorstehende Behandlung. Auch hier gilt, dass Weissenauer Patienten eigenen Angaben zufolge besser informiert werden (Haupteffekt regionale Zugehörigkeit $F = 16,332$; $p = .000$), das Geschlecht der Patienten übt jedoch einen weiteren differenzierenden Effekt aus (Interaktion regionale Zugehörigkeit x Geschlecht $F = 4,512$; $p = .034$). Die männlichen Patienten der Weissenau bewerten die Aufklärung über die Behandlung weitaus besser als die Mädchen, in Rostock fällt die Aufklärung unabhängig vom Geschlecht insgesamt schlechter aus (vgl. Abbildung 7).

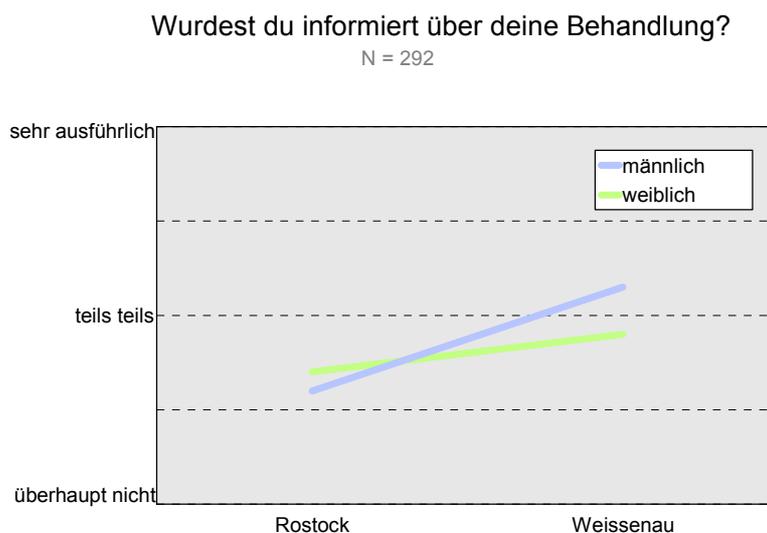


Abbildung 7: Information über die bevorstehende Behandlung

Bei der Aufklärung über Diagnose und Behandlungsmaßnahmen geht es neben der Menge vor allem auch um die Verständlichkeit der vom Arzt zur Verfügung gestellten Information. Bei der Bewertung der Verständlichkeit der Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Patient zeigen unsere Ergebnisse deutlich, dass Kinder die Erklärungen und Fragen der Ärzte/Therapeuten weniger gut verstehen als Jugendliche ($F = 7,056$; $p = .008$).

Während 37% der unter 14jährigen die Erklärungen und Fragen der Behandler zumindest nur teilweise verstehen, sind es immerhin auch noch 22% der Jugendlichen, die die Kommunikation als wenig verständlich beurteilen. Bemängelt wird vor allem die Verwendung ärztlicher Fachsprache: *„die Sprache, bisschen mehr auf deutsch“*, *„sie sollen deutlicher sprechen, weniger Fachausdrücke verwenden“*, *„so umformulieren, dass es auch ein Kind versteht, nicht so therapeutische Ausdrücke“*. Gewünscht wird außerdem, dass Gespräche nicht zu lang sein dürften und beispielsweise durch Pausen aufgelockert werden sollten: *„Die Ärzte, die reden so viel und so schnell, da kommt man nicht mit!“*.

Im Rahmen unserer Befragung bejahen ferner nur 54% der Patienten die Frage, ob sie von den Behandlern aufgefordert wurden, Fragen zu stellen.

6.4.1.3 Informationsbedürfnisse minderjähriger Patienten

Wie bereits dargestellt, fallen die Items zum Informationsbedürfnis mit den Items zum Partizipationsbedürfnis auf einen Faktor, der jedoch aufgrund methodischer Erwägungen als wenig brauchbar erscheint. Auf deskriptiver Ebene soll daher im Folgenden den Informationsbedürfnissen der minderjährigen Patienten auf Itemebene nachgegangen werden, wobei wir noch einmal auf die überwiegend hohen Schwierigkeiten der Items hinweisen wollen. Eine Ausnahme stellt das Item *„Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die Klinik gekommen bist?“* dar.

Etwa 86% der Kinder und Jugendlichen halten es wenigstens teilweise für wichtig, über Gespräche, bei denen sie selbst nicht anwesend sind, informiert zu werden, wobei das Informationsbedürfnis mit dem Alter ansteigt ($F = 7,414$; $p = .007$) und bei Patienten der Weissenau stärker ausgeprägt ist ($F = 7,608$; $p = .006$).

Und auch der Wunsch, über alles informiert zu werden, selbst dann, wenn Eltern entscheiden können, wird von 93% der Kinder und Jugendlichen geäußert. Die Ergebnisse der Varianzanalyse bestätigen erneut ein größeres

Informationsbedürfnis bei den Jugendlichen ($F = 6,415$; $p = .012$). Bei der Gruppe der expansiv gestörten Kinder und Jugendlichen finden wir darüber hinaus einen Haupteffekt der regionalen Zugehörigkeit (Interaktion Störung x regionale Zugehörigkeit $F = 4,440$; $p = .036$).

Auch wenn deine Eltern entscheiden dürfen, ist es dir wichtig, über alles informiert zu werden?

N = 285

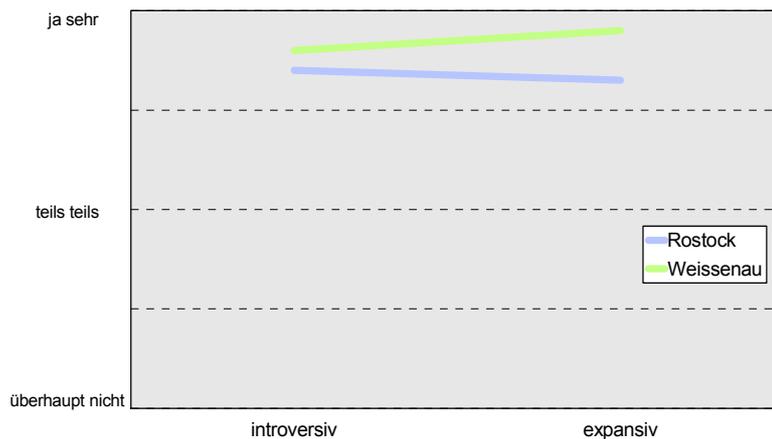


Abbildung 8: Selbstbeurteiltes Informationsbedürfnis

Demzufolge ist das Informationsbedürfnis bei Patienten mit expansiven Störungen in der Weissenau am größten, bei Patienten mit expansiven Störungen in Rostock am geringsten.

Aktiv geäußert werden konkrete Informationswünsche jedoch von nur 56% der Patienten. Die Bedürfnisse beziehen sich an erster Stelle ganz allgemein auf den Tagesablauf in der Psychiatrie: „*wie es hier ist*“, „*was hier abläuft*“, „*wie der Tagesablauf ist*“ (34,9%). Allgemeine Aufklärung über die Einrichtung Psychiatrie („*ob das wie ein Krankenhaus ist*“, „*ob es Zwangsjacken und Gummizellen gibt*“, „*wie es aussieht*“) werden von 11,4% der Kinder und Jugendlichen gewünscht. Spezifischere Informationen, beispielsweise zu den Freizeitmöglichkeiten („*ob man Freizeit hat*“, „*ob ich was zum Spielen mitbringen kann*“) fordern 10,2%, zur Beschulung („*ob man in die Schule geht*“) weitere 10,8%. Informationen über die mögliche Aufenthaltsdauer („*ob man überhaupt wieder nach Hause darf*“) werden von 25,9% der Patienten gewünscht, Auskünfte über Mitpatienten („*ob andere Kinder da sind*“, „*was für Kinder da*“)

sind“) von 15,1%. Konkrete Fragen dazu, „was in den Therapien gemacht wird“ oder „ob man Medikamente nehmen muss“ spielen für 9% der Kinder und Jugendlichen eine Rolle.

Das Ausmaß der Informationsbedürfnisse vor der Aufnahme wird vom Alter der Patienten, von der Art ihrer Störung und der regionalen Zugehörigkeit signifikant beeinflusst. Demnach wollen die Patienten der Weissenau mehr wissen als die Rostocker Patienten ($F = 7,717$; $p = .006$), die unter 14jährigen mehr als die über 14jährigen ($F = 5,943$; $p = .015$) und die introversiv gestörten mehr als die expansiv gestörten Kinder und Jugendlichen ($F = 8,351$; $p = .004$). Wie Abbildung 9 zeigt, ist das aktiv geäußerte Informationsbedürfnis durchschnittlich jedoch eher gering.

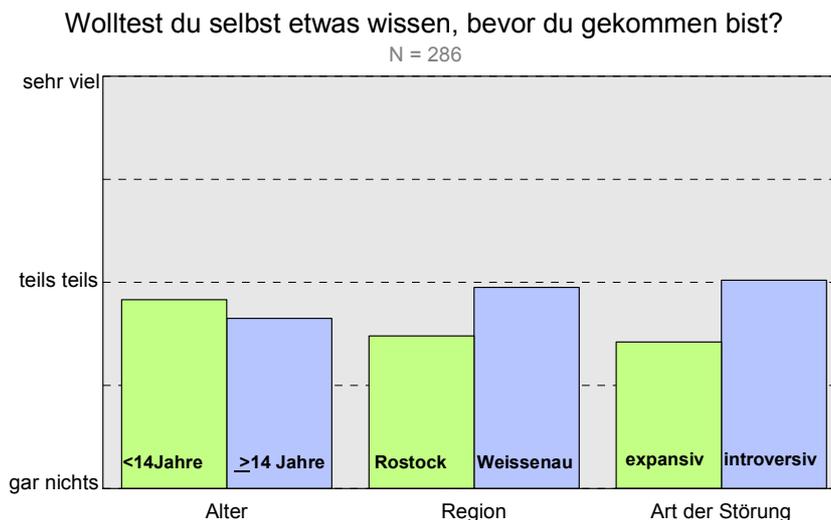


Abbildung 9: Selbstbeurteiltes Informationsbedürfnis vor der Aufnahme in Abhängigkeit von Alter, regionaler Zugehörigkeit und Art der Störung

6.4.1.4 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf das Informationsbedürfnis

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Kindes Einfluss auf das subjektive Erleben der Aufnahme haben, wurden jeweils einfaktorielle Varianzanalysen für die

abhängige Variable Informationsbedürfnis („Wolltest du selbst etwas wissen, als du in die Klinik gekommen bist?“) durchgeführt. Aufgrund der hohen Anzahl fehlender Angaben über sowohl Tätigkeit als auch Schulabschluss des Vaters, haben wir uns auf diesbezügliche Angaben der Mütter beschränkt. Die Schichtzugehörigkeit basiert demgegenüber auf der Einschätzung des jeweils sozial höher gestellten Elternteils.

Für die abhängige Variable „*Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die Klinik gekommen bist?*“ ergibt die einfaktorielle Varianzanalyse mit der unabhängigen Variable Erwerbstätigkeit der Mutter einen signifikanten Haupteffekt ($F = 3,536$; $p = .031$). Scheffé-Tests ergeben Unterschiede zwischen Kindern erwerbstätiger und nicht erwerbstätiger Mütter (nicht aber bezogen auf arbeitslose Mütter), wobei letztere ein signifikant höheres Informationsbedürfnis äußern. Die einfaktorielle Varianzanalyse, in die intellektuelle Leistungsfähigkeit als abhängige Variable einging, wird tendenziell signifikant ($F = 2,857$; $p = .059$), nachträgliche Scheffé-Tests erbringen jedoch keine signifikanten Ergebnisse. Deskriptiv ist das Informationsbedürfnis bei Patienten mit überdurchschnittlicher Intelligenz am niedrigsten.

Tabelle 51: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable „Wolltest du selbst etwas wissen, bevor du in die Klinik gekommen bist?“

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	3,066	.081
IQ	2,857	.059
Erwerbstätigkeit der Mutter	3,536	.031
Schichtzugehörigkeit der Mutter	1,586	.207
Schulbildung der Mutter	0,052	.949

6.4.1.5 Informationspraxis während der stationären Behandlung

Eine Aufklärung über die Ziele der Behandlung ist nicht die Regel, wie unsere Ergebnisse zeigen. Etwa 32% aller Kinder und Jugendlichen können vier Wochen nach Behandlungsbeginn eher wenig oder gar keine Auskunft über die Ziele ihrer Behandlung geben. Der Vergleich kindlicher und jugendlicher Patienten weist zusätzlich auf eine Benachteiligung der unter 14jährigen Patienten hin, in dieser Gruppe fühlen sich immerhin 44% eher nicht oder

überhaupt nicht in die Kommunikation über die Behandlung einbezogen ($F = 8,674$; $p = .004$).

Die Aufklärung über den Zweck und die Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen oder psychologischer Tests muss im Rahmen unserer Untersuchung insgesamt als wenig zufrieden stellend bezeichnet werden. Lediglich 62% der Patienten fühlen sich über ärztliche Maßnahmen informiert, eine Aufklärung über die Ergebnisse dieser Untersuchungen bestätigen insgesamt nur etwa 45%.

Ähnlich schlecht wird die Informationspraxis der Psychologen beurteilt, wobei sich hier zusätzlich Alterseffekte zu Lasten der jüngeren Patienten zeigen. 51% der Minderjährigen bestätigen eine Mitteilung über die Ziele psychologischer Tests, wobei diese bei Jugendlichen (60%) häufiger erfolgt als bei Kindern (40%, $\chi^2 = 5,890$; $p = .015$). Über Testergebnisse fühlen sich insgesamt nur 43% der Patienten informiert, auch hier erleben sich Kinder tendenziell benachteiligt ($\chi^2 = 3,408$; $p = .065$).

Inwieweit Rechte von Seiten des Klinikpersonals zum Thema gemacht werden, verdeutlichen die Antworten auf die Frage: „*Hat dich jemand über deine Rechte als Patient aufgeklärt?*“, die den Probanden vier Wochen nach Aufnahme gestellt wurde. 60% Nein-Antworten auf diese Frage veranschaulichen, dass eine Information über Patientenrechte bei mehr als der Hälfte der Probanden nicht erfolgt. Der sich abzeichnende signifikante Alterseffekt ($\chi^2 = 4,042$; $p = .044$) verweist darüber hinaus darauf, dass sich signifikant weniger Kinder (33%) im Vergleich zu der Hälfte der Jugendlichen zu diesem Thema informiert fühlen.

Diese wenig an die Patienten gerichtete Informationspraxis spiegelt sich auch darin wider, dass etwa die Hälfte der Patienten der Meinung ist, dass die Ärzte ausschließlich mit anderen Personen (vor allem den Eltern) besprechen, wie es mit ihnen weitergeht. Von den unter 14jährigen nennen 60%, von den Jugendlichen immerhin noch 34% andere Personen als Hauptansprechpartner der Ärzte ($\chi^2 = 7,726$; $p = .005$). Dementsprechend haben 55% der Kinder und

28% der Jugendlichen das Gefühl, ihre Eltern seien besser informiert als sie selbst ($F = 7,158$; $p = .009$). Unabhängig vom Alter finden etwa 74% der Patienten, die eine nur an andere Personen gerichtete Informationspraxis angeben, dies „...gut, weil ich ein gutes Verhältnis zu meinen Eltern habe, wir reden darüber“ bzw. „eigentlich ganz in Ordnung.“ Weniger zufrieden damit äußern sich andere Patienten: „Kinder sollten dabei sein, sie müssen wissen, was die reden“, „Eigentlich bin ich ein bisschen neugierig, ich finde das ein bisschen doof.“ Darüber hinaus meinen 8% der Patienten (3,4% Kinder – 13,2% Jugendliche), die Ärzte würden überwiegend mit ihnen alleine über ihre Zukunft reden und 41% (33% Kinder – 51% Jugendliche; $\chi^2 = 3,774$; $p = .052$) fühlen sich in die Gespräche einbezogen.

6.4.1.6 Informationsbedürfnisse während der Behandlung

Auch für den zweiten Messzeitpunkt lässt sich die a priori vorgenommene Trennung von Informations- und Partizipationsbedürfnissen wie bereits beschrieben nicht bestätigen. Auf deskriptiver Ebene soll daher im Folgenden den Informationsbedürfnissen der minderjährigen Patienten auf Itemebene nachgegangen werden, wobei wir noch einmal auf die hohen Schwierigkeiten der Items hinweisen wollen.

Auf Itemebene bestätigt sich auch vier Wochen nach Behandlungsbeginn ein großes Informationsbedürfnis: insgesamt 90% der Patienten bejahen die Frage: „Sollten Kinder und Jugendliche über ihr Problem und die Behandlung informiert werden?“. Die signifikante Interaktion Alter x Störungsgruppe ($F = 4,751$; $p = .032$) weist darauf hin, dass die Forderung nach Aufklärung bei den expansiven Jugendlichen besonders stark ausgeprägt ist, dagegen bei den expansiven Kindern am geringsten. Bei Patienten mit introversiven Störungen lassen sich demgegenüber keine Alterseffekte nachweisen.

Begründet wird dieser Wunsch nach Information folgendermaßen: „damit man Bescheid weiß und die Eltern nicht vergessen, etwas zu erzählen“, „es geht um

sie, um ihr Problem, die Kinder sollen auch an ihrem Problem arbeiten. Sie müssen wissen, in welche Richtung, welche Anforderungen gestellt werden“, „es wäre nicht schlecht, wenn man anderen ein Fremdwort an den Kopf knallen kann, wenn die einen fragen. Damit die wissen, man spinnt nicht, sondern ist krank“, „damit sie auch richtig wissen, was sie haben, damit sie selber sagen können, ob sie das machen wollen oder nicht“, „eine Behandlung, wo der Patient nicht einverstanden ist, nützt nichts“, „...auch um die Angst zu verkleinern“. In anderen Fällen verweisen die Patienten auch explizit auf ein Recht auf Information.

Die Aufklärung über die Ziele der eigenen Behandlung hält der Großteil der befragten Patienten (74%) für wichtig bis sehr wichtig, wobei die Bedeutung der Informationsvermittlung mit dem Alter zunimmt ($F = 4,143$; $p = .045$). Auch die Wichtigkeit der Aufklärung über Gespräche, die ohne Patientenanwesenheit stattfinden, steigt mit dem Alter ($F = 13,217$; $p = .000$). Während es für 60% der unter 14jährigen wichtig oder sehr wichtig ist, sind es fast 87% der über 14jährigen, die diese Frage bejahen. Wichtig ist es nach Angaben der Kinder und Jugendlichen vor allem aus dem Grund, dass es um ihr Leben geht, *„weil das meine Behandlung ist“, „weil ich wissen will, wie es weitergeht, wie lange ich hier bleibe und was als nächstes kommt“, „vielleicht wird da was beschlossen und ich weiß nichts davon“, „wenn etwas erzählt wird, was nicht stimmt, dass ich was sagen kann, das berichtigen kann“.*

Vier Wochen nach Behandlungsbeginn wollen lediglich 19% der Patienten explizit mehr wissen („Willst du mehr wissen?“). Die drei am häufigsten genannten Themen beziehen sich auf die Behandlung (*„was die Therapie eigentlich soll?“*, *„was sie bei meiner Untersuchung raus finden, ob ich sehr krank bin, ob ich strohdoof bin“* – 52,4%), auf den Zeitpunkt der Entlassung (14,3%) sowie auf die eigene Erkrankung (*„mehr über mich selbst, was die Ärzte denken, was bei mir im Kopf los ist“* – 9,5%).

Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt

- 60% der minderjährigen Patienten (68% der kindlichen > 55% der jugendlichen Patienten) verneinen die Aufklärung durch einweisende *Ärzte* im Vorfeld der Behandlung.
- Eine Vorbereitung auf Psychiatrie und Behandlung durch die *Eltern* erleben 47% der Patienten (65% der Kinder > 54% der Jugendlichen).
- Unkenntnis über die Aufenthaltsdauer besteht bei 40% der Patienten.

Informationspraxis zum Aufnahmezeitpunkt

- 73% der Kinder und Jugendlichen bejahen Informationen über Stationsregeln,
- 50% äußern, dass Gespräche über die Störung stattgefunden haben (Weissenau > Rostock) und
- 34% erleben eine Aufklärung über die bevorstehende Behandlung (Weissenau > Rostock).
- Mängel hinsichtlich der Verständlichkeit, der durch Ärzte und Therapeuten an sie gerichteten Informationen werden von 29% (Kinder > Jugendliche) geäußert, kritisiert wird insbesondere die Verwendung medizinischer Fachsprache.
- Nur die Hälfte der Patienten fühlt sich durch das Behandlungsteam explizit dazu aufgefordert, Fragen zu stellen.

Informationsbedürfnisse zum Aufnahmezeitpunkt

- Ein allgemeines Informationsbedürfnis wird von ca. 90% der Patienten bestätigt, wobei Jugendliche der Aufklärung einen höheren Stellenwert einräumen als Kinder.
- Konkrete Informationswünsche werden demgegenüber von nur etwa der Hälfte der Patienten aktiv geäußert (Jugendliche > Kinder; Weissenau > Rostock; nicht erwerbstätige Mutter > erwerbstätige Mutter) und beziehen sich in erster Linie auf den Tagesablauf in der Psychiatrie, die Aufenthaltsdauer, Informationen über Mitpatienten und die Freizeitgestaltung.

Informationspraxis während der Behandlung

- 32% der Patienten können vier Wochen nach Behandlungsbeginn keine Angaben über die Ziele der Behandlung machen (Kinder > Jugendliche).
- Für 60% der Kinder und 34% der Jugendlichen stellen andere Personen, insbesondere Eltern, die Hauptansprechpartner für Ärzte und Therapeuten dar. Nur 33% der Kinder und die Hälfte der Jugendlichen fühlen sich in die Gespräche über ihre weitere Zukunft einbezogen.
- Nur 60% der Patienten fühlen sich über den Zweck der erfolgten medizinischen Untersuchungen aufgeklärt, Informationen über Untersuchungsergebnisse bejahen 45%. Über das Ziel psychologischer Diagnostik fühlen sich nur 40% der Kinder und 64% der Jugendlichen informiert. Lediglich 43% der Patienten bejahen Kenntnisse über die Testergebnisse.

Informationsbedürfnisse während der Behandlung

- Informationsbedürfnisse bestehen wiederum bei einem Großteil der Patienten und nehmen mit dem Alter zu: 90% der Patienten wünschen sich Informationen über Störung und Behandlung, 74% messen einer Aufklärung über Behandlungsziele eine hohe Bedeutung bei.
- Nur 20% der Kinder und Jugendlichen können konkrete Informationswünsche nennen.

6.4.2 Kenntnisse zu Beginn der Behandlung (Dippold/Wiethoff)

Die psychiatriespezifischen Kenntnisse wurden, wie beschrieben, anhand offener Fragen exploriert. Die transkribierten Antworten wurden inhaltlich geordnet und gemäß einer deskriptiven Typenbildung zu Kategorien zusammengefasst. Um altersspezifische Aussagen über den Informationsstand zu erhalten, wurde die Stichprobe für diesen Analyseschritt in 4 Altersgruppen unterteilt (7-10 Jahre, 11-13 Jahre, 14-15 Jahre und 16-17 Jahre).

6.4.2.1 Informationen über die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wie würdest du einem Freund erklären, was eine Kinder- und Jugendpsychiatrie ist?
„Ein Seelendoktor, ein Krankenhaus für Seelenkranke oder für welche, die psychisch nicht ganz auf dem Laufenden sind“
„Wo Kinder hin müssen, die lernen müssen, was sie für eine Krankheit haben.“

Tabelle 52: Altersspezifische Kenntnisse über die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kategorien	7-10 J. N beob. (erwartet)	11-13 J. N beob. (erwartet)	14-15 J. N beob. (erwartet)	16-17 J. N beob. (erwartet)
Weiß nicht	9 (4,9) 23,1%	20 (11,6) 22,2%	6 (9,6) 8%	3 (11,9) 3,2%
Beschreibung von Tagesabläufen	8 (3,5) 20,5%	8 (8,2) 8,9%	4 (6,8) 5,3%	7 (8,5) 7,5%
Klapse	0 (2,7) 0%	8 (6,4) 8,9%	10 (5,3) 13,2%	3 (6,6) 3,2%
Stereotype Krankenhausvorstellungen	13 (7,4) 33,3%	18 (17,6) 20%	12 (14,7) 16%	15 (18,2) 16,1%
Ort zur Lösung von Problemen	7 (9,2) 17,9%	21 (21,9) 23,3%	21 (18,2) 27,6%	23 (22,6) 24,7%
Krankenhaus zur Behandlung psychisch Kranker	1 (10,3) 2,6%	15 (24,3) 16,7%	22 (20,3) 28,9%	42 (25,1) 45,2%
	chi ² = 63,90; p = .000 keine Angaben = 2	(N = 38)	(N = 90)	(N = 75) (N = 93)

Wie Tabelle 52 verdeutlicht, können jeweils knapp ein Viertel der Probanden im Alter von 7-10 bzw. 11-13 Jahren nicht beantworten, was eine Psychiatrie⁴ ist. Weitere 20% der 7-10jährigen beschreiben Abläufe, die sie unmittelbar im Stationsalltag erleben, die jedoch keine im weitesten Sinne medizinischen

⁴ Kindern, die den Begriff Psychiatrie nicht kannten, wurde erklärt, dass man das Gebäude, in das sie gebracht wurden, Psychiatrie nennt.

Beschreibungen enthalten, z.B.: *„Man kann spielen, mittags am Tisch Mittagessen, Teller und Tassen selbst wegräumen, man kann auf sein Zimmer gehen oder mit den anderen spielen“*. Darüber hinaus nennen 33% der 7-10jährigen Definitionen, in denen der Unterschied zwischen Psychiatrie und einem klassisch pädiatrischen Krankenhaus nicht deutlich wird, z.B.: *„Man nimmt da Blut ab...“*, *„Da wird man untersucht...“*, *„Ein Gebäude, in dem man Hilfe bekommt“*. Stereotype Krankenhausvorstellungen werden aber auch noch in den höheren Altersgruppen mit jeweils 16 bzw. 20% geäußert. Eine zumindest grobe Abgrenzung der Psychiatrie von einer somatischen Klinik, indem die Psychiatrie als ein Ort definiert wird, in dem Probleme gelöst werden, können von jeweils 20% - 30% der Probanden aller Altersgruppen getroffen werden, z.B.: *„Da kommen Kinder hin, die Probleme haben, die sie da besprechen können.“* Adäquate Antworten, in denen zur Sprache kommt, dass die Funktion der Psychiatrie darin besteht, psychisch Kranke zu heilen, sind in der jüngsten Probandengruppe verschwindend gering und nehmen mit dem Alter kontinuierlich zu. Sie liegen bei den 16-17jährigen jedoch auch nur bei knapp 50%, z.B.: *„Es gibt Unterschiede: es gibt kranke Menschen und psychisch oder seelisch kranke - die sind dann hier“*. Definitionen, in denen die Psychiatrie abwertend als Klappe bezeichnet wird, sind insgesamt mit 7% überraschend selten. Bei Kindern unter 11 Jahren treten derartige Äußerungen in keinem Fall auf, am ehesten sind sie bei den 11 bis 15jährigen anzutreffen, z.B.: *„Klappe – Zeit absitzen“*, *„Da kommen Leute rein, die einen Dachschaden haben“*, *„Anstalt für Psychopathen“*, *„Da kommen Verrückte hin, da kommt man wegen jedem kleinen bisschen hin, das soll einem eigentlich helfen“*.

6.4.2.2 Informationen über die Behandlung

Was glaubst du, wird bei deiner Behandlung passieren?

„Weiß nicht, sie werden mein Gewissen verbessern, würde ich sagen“

„Ich versuche lieb zu sein, dann darf ich wieder nach Hause“

„Dass man die Probleme mit viel Freizeit wegbringen will“

Tabelle 53: Altersspezifische Kenntnisse über die Behandlung

Kategorien	7-10 J. N beob. (erwartet)	11-13 J. N beob. (erwartet)	14-15 J. N beob. (erwartet)	16-17 J. N beob. (erwartet)
Weiß nicht	17 (12) 45,9%	34 (29,3) 37,8%	23 (23,4) 31,9%	19 (28,3) 21,8%
Nichts	2 (1,3) 5,4 %	2 (3,1) 2,2%	1 (2,5) 1,4%	5 (3) 5,7%
Freizeit & Schule	10 (3,6) 27 %	11 (8,8) 12,2%	5 (7) 6,9%	2 (8,5) 2,3%
Undifferenzierte Vorstellungen (som. Behandlung / Hilfe)	4 (8,5) 10,8%	24 (20,8) 26,7%	18 (16,6) 25	20 (20,1) 23
Adäquate Vorstellungen	4 (11,5) 10,8%	19 (28) 21,1%	25 (22,4) 34,7%	41 (27,1) 47,1%

$\chi^2 = 44,504$; $p = .000$

keine Angaben = 2

sonstige = 10

(N = 37)

(N = 90)

(N = 72)

(N = 87)

Anhand der Antworten auf die Frage nach individuellen Behandlungsvorstellungen werden sowohl sehr signifikante Alterseffekte ($\chi^2 = 44,504$; $p = .000$) als auch erhebliche Wissensdefizite deutlich. Fast die Hälfte der 7-10jährigen, knapp 40% der 11-13jährigen und immerhin noch 20% der 16-17jährigen haben keine Vorstellung von Behandlung. Insgesamt 10 Patienten (3,5%) meinen, dass während der Behandlung „nichts“ bzw. „gar nichts, die Ärzte machen sich einen Fetten“ passieren wird. Darüber hinaus bestehen bei zahlreichen Kindern und Jugendlichen unzutreffende Behandlungsvorstellungen. So beschreiben 30% der 7-10jährigen eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit Freizeit- und Schulkonzepten, z.B.: „wird lustig hier sein, machen viele Spiele, gehen Schwimmen“, „ich werde Tischtennis, Fußball, Billard usw. hier spielen“, „Schulbesuch, sonst keine Vorstellung“. Den Erklärungen von ca. jeweils einem Viertel der Patienten in den Altersgruppen 11-13, 14-15 und 16-17 Jahre mangelt es an differenzierten Vorstellungen über

Behandlung. In diese Kategorie fallen einerseits Antworten, in denen stereotype medizinische Behandlungsvorstellungen abgegeben werden, z.B.: *„Ultraschall, in Rücken gepiekt, jeden Dienstag Blut abnehmen“*, *„viele Untersuchungen, Spritzen“*. Wobei diese stereotypen Vorstellungen insbesondere bei den 11-13 und 14-15jährigen anzutreffen sind. Andererseits haben wir in diese Kategorie Antworten eingeordnet, die Behandlung ganz allgemein mit „Hilfe erhalten“ (*„ich werde Hilfe bekommen, keine Ahnung wie“*) bzw. „dass man sich ändert“ umschreiben (*„Ich hoffe, dass es mir hinterher besser geht“*, *„es wird sich alles verändern“*), wobei diese Aussagen hauptsächlich von den 16-17jährigen stammen. Adäquate Vorstellungen im Sinne von Behandlung insbesondere über das Medium Sprache, aber auch mittels anderer Ausdrucksformen z.B. Musik- oder Gestalttherapie (*„Tests, Gesprächsrunden, Rollenspiele, Redeproben“*) sowie adäquate Angaben über die individuellen Behandlungsziele (*„gesundes Essverhalten wieder erlernen, besser mit der Essstörung umgehen lernen“*, *„dass die Schulleistungen besser werden und ich lerne, mich korrekt zu verhalten gegenüber Freunden“*) nehmen mit fortschreitendem Alter kontinuierlich zu, liegen aber auch noch bei 16-17jährigen Jugendlichen bei knapp unter 50%. In der jüngsten Altersgruppe sind zutreffende Behandlungskennntnisse nur in 10% der Fälle anzutreffen.

6.4.2.3 Kenntnisse über den Aufnahmegrund

Weißt du selbst, warum du aufgenommen wurdest?

„Weil ich nervig bin, ich gehe meinen Eltern auf den Geist“

Bei der Beantwortung der Frage nach der eigenen Diagnose ergeben sich keine signifikanten Alterseffekte. Unabhängig vom Alter können ca. 60-70% aller Patienten die eigene Diagnose nennen oder auf der Symptomebene beschreiben, z.B.: *„wegen der Schule, weil ich unruhig und rücksichtslos war“* (F91), *„weil wir zu Hause Probleme haben, ich höre nicht, ich gehe nicht zur Schule“* (F91.2), *„wegen meines Essverhaltens, Untergewicht“* (F50). Hinsichtlich des vergleichsweise hohen Prozentsatzes der 7-10jährigen, die in die Kategorien „Diagnose“ bzw. „Beschreibung auf der Symptomebene“ fallen,

ist jedoch einschränkend anzumerken, dass diese überwiegend LRS bzw. Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben als Antwort nennen und die eigentliche Erstdiagnose (meist Störung des Sozialverhaltens) außen vor lassen. Keine speziellen Krankheitssymptome nennen, sondern lediglich sehr allgemeine Problembeschreibungen liefern, können ca. jeweils 30% der Patienten der Altersgruppen 11-17 Jahre bzw. 20% der jüngsten Altersgruppe, z.B.: „wegen Konflikten mit meinem Bruder“, „es soll besser werden in der Schule“. Nur 13 Kinder geben an, nicht zu wissen, warum sie stationär aufgenommen wurden, ebenso wie nur 7 Patienten angeben, „*eigentlich wegen gar nichts*“ in der Psychiatrie zu sein.

Tabelle 54: Altersspezifische Kenntnisse über den Aufnahmegrund

Kategorien	7-10 J. N beob. (erwartet)	11-13 J. N beob. (erwartet)	14-15 J. N beob. (erwartet)	16-17 J. N beob. (erwartet)
Weiß nicht	2 (1,6) 5,7%	2 (4) 2,3%	6 (3,2) 8,7%	3 (4,1) 3,4%
Probleme allgemein	6 (10,2) 17,1%	27 (25) 31,4%	23 (20) 33,3%	25 (25,8) 28,1%
Beschreibungen auf Symptomebene	19 (17,6) 54,3%	47 (43,2) 54,7%	34 (34,6) 49,3%	40 (44,7) 44,9%
Diagnose	8 (5,6) 22,9%	10 (13,9) 11,6%	6 (11,1) 8,7%	21 (14,4) 23,6%
	(N = 35)	(N = 86)	(N = 69)	(N = 89)

19 Antworten nicht einordenbar:

will nichts sagen (3), keine Angaben (3), mir egal (2), hab nix (7), falsch (4)

Inwieweit die von uns befragten Kinder und Jugendlichen glauben, krank zu sein, zeigt Tabelle 55. Bei der Frage: „Glaubst du, dass du krank bist?“ ergeben sich sehr signifikante Alterseffekte ($\chi^2 = 21,72$; $p = .001$). Über die Hälfte der 16-17jährigen nehmen den eigenen Aufnahmegrund als eine Krankheit wahr, während signifikant weniger, nämlich nur jeweils 30% der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren, sich als „krank“ bezeichnen würden.

Tabelle 55: Antworten auf die Frage „Glaubst du, dass du krank bist?“

Kategorien	7-10 J. (N = 37) %	11-13 J. (N = 90) %	14-15 J. (N = 73) %	16-17 J. (N = 89) %
Ja	27	26,7	34,2	55,1
Nein	64,9	70	64,4	42,7
Weiß nicht teils teils	8,1	3,3	1,4	2,2

chi² = 21,72; p = .001

Einflüsse darauf, ob die eigene Störung als krankheitswertig betrachtet wird, hat darüber hinaus auch die Diagnose. So liegt der Prozentsatz der Patienten, der sich als krank bezeichnet, bei den Essstörungen (F50) mit über 80% sowie bei depressiven Störungen (F30) mit 70% am höchsten, während Kinder und Jugendliche mit einer emotionalen Bindungsstörung (F93-98) sowie mit Störungen des Sozialverhaltens nur zu ca. 20% glauben, krank zu sein.

Weiterhin interessierte uns, wie diejenigen Patienten, die die Frage nach dem Kranksein verneinen, ihren Zustand bezeichnen würden. Deutlich wird, dass 76,8% derjenigen Patienten, die glauben nicht krank zu sein, anstelle des Begriffs Krankheit den Begriff Problem bzw. Störung zur Beschreibung ihres gegenwärtigen Zustands wählen, z.B.: *“Ich habe zwar ein Problem damit, aber ich bin noch nicht krank deswegen”, “nicht direkt als krank, das ist zu krass, eben als Störung” oder “etwas ganz komisches - Krankheit ist organisch”, “körperlich eigentlich gesund, psychisch labil” “ist nur ein Problem, keine Krankheit, wie z.B. Krebs”*. 23,2% (N = 39) der Patienten meinen, *“vollkommen gesund”* zu sein oder bezeichnen ihren Zustand als *“sehr gut”* bzw. *“normal, habe kein Problem”*.

In Bezug auf den eigenen Hilfewunsch zu Beginn der Therapie zeigen sich signifikante Haupteffekte für regionale Zugehörigkeit (F = 5,24; p = .023), Störungstyp (F = 5,02; p = .026) und Alter (<14 Jahre vs. ≥14 Jahre) (F = 3,63; p = .058). Inhaltlich bringen diese Effekte zum Ausdruck, dass der Hilfewunsch bei Jugendlichen größer ist als bei Kindern. So geben 20% der unter 14jährigen

an, gar keine Hilfe zu benötigen, gegenüber 6% der jugendlichen Probanden. Weiterhin äußern Patienten mit introversiven Störungen einen signifikant höheren Wunsch nach Hilfe als Probanden mit expansiven Störungen: gar keine Hilfe wollen 20% der Patienten mit expansiven Störungen, im Vergleich zu 6% der introversiv gestörten Kinder und Jugendlichen. Und schließlich ist der Hilfewunsch bei Patienten in der Weissenau größer als in Rostock (Rostock: 16% gar keine, 12% sehr viel Hilfe vs. Weissenau: 8% gar keine, 24% sehr viel Hilfe).

6.4.2.4 Wissen über kinderpsychiatrische Krankheitsbilder

Welcher Kinder kommen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie?

„...die Kinder haben Sachen angestellt und sind krank im Kopf“

Tabelle 56: Altersspezifische Kenntnisse über kinderpsychiatrische Krankheitsbilder

Kategorien	7-10 J. N beob. (erwartet)	11-13 J. N beob. (erwartet)	14-15 J. N beob. (erwartet)	16-17 J. N beob. (erwartet)
Weiß nicht	5 (1,9) 13,9%	6 (4,4) 7,1%	1 (4) 1,3%	3 (4,6) 3,4%
Physische Erkrankungen	2 (1,6) 5,6%	5 (3,8) 6%	3 (3,5) 3,9%	3 (4) 3,4%
Probleme allgemein	11 (9,1) 30,6%	28 (21,3) 33,3%	24 (19,3) 31,6 %	9 (22,3) 10,2%
Beschreibung von Symptomen	11 (11) 30,6%	28 (25,7) 33,3%	19 (23,3) 25%	29 (27) 33%
Nennung von Diagnosen	7 (12,3) 19,4%	17 (28,7) 20,2%	29 (26) 38,2 %	44 (30,1) 45,4

chi² = 33,95; p=.001

keine Angaben = 3

sonstige = 11

(N = 36)

(N = 84)

(N = 76)

(N = 88)

Wie Tabelle 56 veranschaulicht, bleibt die Frage nach den Gründen, weshalb andere Patienten in der Psychiatrie sind, nur bei 14% der 7-10jährigen und bei jeweils weniger als 10% der übrigen Altersgruppen unbeantwortet. Ebenso gehen nur wenige Kinder und Jugendliche unzutreffend davon aus, dass in der Psychiatrie körperlich kranke Kinder behandelt werden, z.B.: *"die operiert werden müssen"*, *"...Nase gebrochen haben"*, *"solche mit Erblindungen"*. Ca. jeweils 30% der Antworten der 7-15jährigen beschränken sich auf eine

unspezifische Schilderung von Problemen allgemein, z.B.: „*Leute, die Probleme mit sich selbst haben*“, „*wenn die mit anderen Kindern nicht klar kommen*“, „*die Probleme mit der Schule haben*“. Spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Symptome werden unabhängig vom Alter von ca. 30% aller Kinder und Jugendlichen benannt, wobei sich hinsichtlich der jeweils genannten klinischen Merkmale deutliche Altersunterschiede abzeichnen. Während Kinder unter 14 Jahren häufiger expansive Symptome („*Kinder mit Ausrastern*“) sowie Lernschwierigkeiten bzw. schlechte Leistungen in der Schule beschreiben, nennen ältere Kinder ein weitaus breiteres Spektrum an möglichen Symptomen, z.B.: „*Selbstverletzungsverhalten*“, „*die Probleme haben mit Drogen, phantasieren*“, „*die, die nicht mehr ordentlich schlafen können*“. Eine korrekte Nennung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen dominiert in der Altersgruppe der 16-17jährigen, wobei am häufigsten Essstörungen (Bulimie, Anorexie), Drogenabhängigkeit und Psychosen genannt werden. Hinsichtlich der 20% der 7-10jährigen, die über Diagnosekenntnisse verfügen, muss einschränkend festgestellt werden, dass hier LRS als Antwortvariante überwiegt. Insgesamt nur fünfmal fällt die Antwort, die Kinder seien in der Psychiatrie, weil sie frech oder böse sind, ebenso wie kinder- und jugendpsychiatrische Patienten nur neunmal als behindert beschrieben werden.

6.4.2.5 Personen(gruppen) in der Psychiatrie

Bei der Auswertung der Frage, wer in der Psychiatrie arbeitet, war von Interesse, welche Personengruppen von den Kindern und Jugendlichen genannt werden. Keine Personenangaben können acht Kinder der Altersgruppe 7-10 Jahre (20,5%) sowie fünf Probanden im Alter von 11-13 Jahren (5,6%) machen, während „weiß nicht-Antworten“ bei den über 13jährigen lediglich ein mal vorkommen. Durchschnittlich nennen die 7-10jährigen eine Person, gegenüber durchschnittlich jeweils zwei Angaben in den restlichen Altersgruppen. Die Berufsgruppen, die in allen Altersgruppen am häufigsten genannt werden, sind

Ärzte und Schwestern⁵. Der Begriff Psychiater wird deutlich seltener genannt, ebenso wie die Begriffe Neurologe, Oberarzt und Professor. Die Berufsgruppe der Psychologen wird ab dem 14. Lebensjahr von der überwiegenden Anzahl der Jugendlichen angegeben. Die Nennung der Berufsgruppen der Sozialarbeiter und Lehrer stellt eher eine Ausnahme dar und liegt in allen Altersgruppen unter 10%. Weitere Berufe, die genannt werden, jedoch kein spezielles Psychiatriepersonal darstellen, sind Putzfrau (N = 24), Koch (N = 8), Nachtwächter (N = 5) sowie Sekretärin (N = 3).

Tabelle 57: Wer arbeitet in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie? (Mehrfachantworten)

<i>Personengruppen</i>	7-10 J. (N = 39) %	11-13 J. (N = 90) %	14-15 J. (N = 76) %	16-17 J. (N = 93) %
Arzt	51,3	71,1	77,6	81,7
Psychiater	2,6	11,1	11,8	20,4
Schwester	53,8	73,3	77,6	83,9
Psychologe	28,2	44,4	68,4	66,7
Sozialarbeiter	0	0	3,9	7,5
Lehrer	5,1	8,9	5,3	2,2
Putzfrau	0	7,8	9,2	10,8
Koch	0	0	2,6	2
Sekretärin	0	1,6	2,6	0
Keine Nennungen	20,5	5,6	1,3	0

Einrichtung einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Adäquate Erklärungen nehmen mit dem Alter kontinuierlich zu.
- Bei ¼ der Kinder im Alter von 7-13 Jahren bestehen Wissenslücken in Bezug auf die Einrichtung einer Kinder- und Jugendpsychiatrie.

⁵ Als Synonym zu Schwester wurde Pflegepersonal, Erzieher, Bezugsperson oder Betreuer bewertet.

- 33% der 7-10jährigen, aber auch ca. 20% der 11-17jährigen äußern klassisch pädiatrische Krankenhauskonzepte.
- Abwertende Aussagen über die Psychiatrie, z.B. „Klapse“, sind mit 7% gering.

Aufnahmegrund

- Unabhängig vom Alter können 70% der Patienten spezifische Symptome oder die Aufnahmediagnose benennen.
- Unkenntnis über den Aufnahmegrund ist mit 4% verschwindend gering.

Personen(gruppen) in der Psychiatrie

- Mit 70% werden Ärzte und Schwestern am häufigsten genannt.
- 20% der 7-10jährigen haben keine Vorstellung davon, wer in einer Psychiatrie arbeitet.

Behandlungsvorstellungen

- 34% aller Patienten verfügen über keine Behandlungsvorstellungen.
- 30% der 7-10jährigen erklären Behandlung unzutreffend mit Freizeit- und Schulkonzepten.
- 20% der 11-15jährigen können psychiatrische Behandlung nicht von klassisch pädiatrischer Behandlung abgrenzen.
- Adäquate Behandlungsvorstellungen nehmen mit dem Alter kontinuierlich zu, erreichen jedoch auch in der Altersgruppe 16-17Jahre nur 50%.

Kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder

- Unabhängig vom Alter nennen 30% der Patienten spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Symptome.
- 10% der Patienten im Alter von 7-13 Jahren haben keine Kenntnisse von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen.
- 50% der 16-17jährigen gegenüber 20% der 7-13jährigen können konkrete Diagnosen nennen.

6.4.2.6 Bildung des Wissensindex

Die Antworten auf die Frage, was eine Kinder- und Jugendpsychiatrie ist, werden wie folgt bewertet: 0 Punkte werden vergeben, wenn keine Beschreibung der Psychiatrie vorgenommen werden kann (weiß nicht, keine Angaben) sowie ebenso für Antworten, die in die Kategorie „Beschreibung von Tagesabläufen“ fallen. 0 Punkte erhalten auch diejenigen Kinder und Jugendlichen, die Psychiatrie als „Klapse“ beschreiben und darüber hinaus keine Angaben machen. Antworten, in denen der Unterschied zwischen einer Psychiatrie und einem klassisch pädiatrischen Krankenhaus nicht deutlich werden, die also in die Kategorie „Stereotype Krankenhausvorstellungen“ fallen, werden mit einem Punkt bewertet. Wenn Psychiatrie als „Ort zur Lösung von Problemen“ beschrieben wird, also eine erste Abgrenzung von körperlichen Erkrankungen vorgenommen werden kann, werden 2 Punkte vergeben. Schließlich werden Antworten mit 3 Punkten bewertet, in denen zur Sprache kommt, dass die Funktion der Psychiatrie darin besteht, psychisch Kranke zu behandeln (Kategorie: „Krankenhaus zur Behandlung psychisch Kranker“).

Tabelle 58: Bewertung der Frage „Was ist eine Psychiatrie?“

Bewertung der Frage: <i>Was ist eine Psychiatrie?</i>	Anzahl der vergebenen Punkte in Prozent
0 Punkte (keine Angaben, weiß nicht, Tagesabläufe, Klapse)	29,5% (N = 88)
1 Punkt (stereotype Krankenhausvorstellungen)	19,5% (N = 58)
2 Punkte (Ort zur Lösung von Problemen)	24,2% (N = 72)
3 Punkte (Krankenhaus zur Behandlung psych. Kranker)	26,8% (N = 80)

Die Frage „*Was glaubst du, wird bei deiner Behandlung passieren?*“ wird im Falle ausbleibender Antworten (keine Angaben, weiß nicht) mit 0 Punkten bewertet. Ebenso 0 Punkte werden vergeben bei unzutreffenden Behandlungskonzepten, also bei Antworten, die entweder in die Kategorie „Freizeit & Schule“, „Nichts“ oder sonstige fehlerhafte Angaben (N = 10) fallen. 1 Punkt wird für Antworten der Kategorie „Undifferenzierte Vorstellungen“ vergeben, wenn also klassisch medizinische Behandlungsmethoden

beschrieben werden oder Behandlung als Hilfe bezeichnet wird. Mit der maximalen Punktzahl (2 Punkte) werden schließlich Antworten bewertet, die in die Kategorie „Adäquate Behandlungsvorstellungen“ fallen.

Tabelle 59: Bewertung der Frage „Was glaubst du, wird bei deiner Behandlung passieren?“

Bewertung der Frage: <i>Was glaubst du, wird bei deiner Behandlung passieren?</i>	Anzahl der vergebenen Punkte in Prozent
0 Punkte (keine Angaben, weiß nicht, sonstige, Freizeit & Schule, nichts)	48,0% (N = 143)
1 Punkt (Undifferenzierte Vorstellungen (somatische Behandlung / Hilfe)	22,1% (N = 66)
2 Punkte (Adäquate Behandlungsvorstellungen)	29,9% (N = 89)

Die Antworten auf die Frage „*Weißt du, warum du aufgenommen wurdest?*“ werden mit 3 Punkten bewertet, wenn die eigene kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose korrekt genannt werden kann (Kategorie „Diagnose“). Wird der Aufnahmegrund nur auf der Symptomebene beschrieben, werden 2 Punkte vergeben. Antworten, die in die Kategorie „Probleme allgemein“ fallen, in denen also keine spezifischen Krankheitssymptome, sondern lediglich allgemeine Probleme geschildert werden, werden mit 1 Punkt bewertet. Im Falle ausbleibender (keine Angaben, weiß nicht) oder fehlerhafter Antworten (hab nix, falsch) werden 0 Punkte vergeben.

Tabelle 60: Bewertung der Frage „Weißt du, warum du aufgenommen wurdest?“

Bewertung der Frage: <i>Weißt du, warum du aufgenommen wurdest?</i>	Anzahl der vergebenen Punkte in Prozent
0 Punkte (keine/fehlerhafte Angaben, weiß nicht, nichts)	10,7% (N = 32)
1 Punkt (Probleme allgemein)	27,2% (N = 81)
2 Punkte (Beschreibung auf der Symptomebene)	47,0% (N = 140)
3 Punkte (Diagnose)	15,1% (N = 45)

Die Frage „*Welche Kinder kommen in eine Psychiatrie?*“ wird mit 0 Punkten bewertet, wenn keine Antworten vorliegen (weiß nicht, keine Angaben) oder bei

Antworten, die zum Ausdruck bringen, dass in der Psychiatrie physisch kranke Kinder behandelt werden. Antworten der Kategorie „Probleme allgemein“ werden mit 1 Punkt bewertet. 2 Punkte werden vergeben, wenn kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen durch die Nennung von typischen Symptomen beschrieben werden. 3 Punkte sind reserviert für die Kategorie „Nennung von Diagnosen“.

Tabelle 61: Bewertung der Frage „Welche Kinder kommen in die Psychiatrie?“

Bewertung der Frage: <i>Welche Kinder kommen in die Psychiatrie?</i>	Anzahl der vergebenen Punkte in Prozent
0 Punkte (weiß nicht, keine Angaben, phys. kranke Kinder)	13,8% (N = 41)
1 Punkt (Probleme allgemein)	24,2% (N = 72)
2 Punkte (Beschreibung auf der Symptomebene)	29,2% (N = 87)
3 Punkte (Diagnose)	32,9% (N = 98)

In die Bewertung der Frage, welche Personen(gruppen) in der Psychiatrie tätig sind, gehen nur Berufsgruppen ein, die spezifisch für die Psychiatrie sind. Als solche gelten Ärzte, Psychologen, Schwestern, Lehrer und Sozialarbeiter. Weitere Nennungen, wie Putzfrau, Sekretärin oder Koch werden nicht berücksichtigt. In Bezug auf die Berufsgruppe der Mediziner werden die Nennungen Oberarzt, Stationsarzt, Chefarzt, Psychiater, Neurologe und Professor gleich behandelt und unter die Kategorie Arzt subsumiert, ebenso wie der Begriff Therapeut der Kategorie Psychologen zugeordnet wird. Jede Nennung einer relevanten Personengruppe, darunter fallen, wie bereits beschrieben, Ärzte, Schwestern, Psychologen, Lehrer, Sozialarbeiter, wird mit 1 Punkt bewertet, so dass auf die Frage „*Wer arbeitet in einer Psychiatrie?*“ Werte zwischen 0 (keine Nennung) und 4 Punkte (alle relevanten Berufsgruppen genannt) erreicht werden können. Da nur 10 Probanden (3,4%) die volle Punktzahl erhalten, werden die Kategorien „3 bzw. 4 Personengruppen genannt“ zusammengefasst, so dass letztlich maximal 3 Punkte möglich sind.

Tabelle 62: Bewertung der Frage „Wer arbeitet in einer Psychiatrie?“

Bewertung der Frage: <i>Wer arbeitet in einer Psychiatrie?</i>	Anzahl der vergebenen Punkte in Prozent
0 Punkte (weiß nicht, keine Antwort)	7,4% (N = 22)
1 Punkt (1 Personengruppe genannt)	16,1% (N = 48)
2 Punkte (2 Personengruppen genannt)	36,2% (N = 108)
3 Punkte (3 oder 4 Personengruppen genannt)	40,3% (N = 120)

Für jeden Patienten wird der Wissensindex durch Summation aller pro Kenntnisfrage erzielten Punktwerte berechnet. Tabelle 63 gibt Auskunft über die statistischen Kennwerte der einzelnen Items. Für 4 Items ergeben sich zufrieden stellende Trennschärfekoeffizienten, die interne Konsistenz ist jedoch mit .57 gering. Angesichts der niedrigen Trennschärfe des Items „*Weißt du, warum du aufgenommen wurdest?*“ wird die Frage aus dem Wissensindex eliminiert, so dass der Index letztlich aus 4 Items gebildet wird. Die maximale Summe von 11 Punkten wird von 4,7% (N = 14) der Probanden erreicht, 0 Punkte haben 2,3% der Kinder und Jugendlichen (N = 7). Der Mittelwert liegt bei 6,21.

Tabelle 63: Statistische Kennwerte der Kenntnisfragen

Items	Schwierig- keit	Standard- abweichung	Trenn- schärfe	alpha
Was ist eine Psychiatrie? (0-3 Punkte)	1.48	1.17	.39	.52
Was glaubst du, wird während deiner Behandlung passieren? (0-2 Punkte)	0.82	0.86	.35	.50
Weißt du, warum du aufgenommen wurdest? (0-3 Punkte)	1.66	0.86	.19	.58
Welche Kinder kommen in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie? (0-3 Punkte)	1.81	1.04	.38	.48
Wer arbeitet in einer Psychiatrie? (0-3 Punkte)	2.10	0.92	.38	.48

Im Rahmen von 4-Weg-Varianzanalysen werden die Einflüsse von Alter (< 14 Jahre vs. \geq 14 Jahre), Geschlecht, Störungsgruppe (expansive vs. introversive Störungen) sowie regionaler Zugehörigkeit (Rostock vs. Weissenau) untersucht.

Für die Skala *Kenntnisstand* zeigen sich signifikante Haupteffekte für Alter ($F = 31,823$; $p = .000$), Störung ($F = 8,404$; $p = .004$) und Geschlecht ($F = 4,426$; $p = .036$). Jugendliche weisen somit einen sehr signifikant höheren Kenntnisstand auf als Kinder, ebenso wie Patienten mit einer introversiven Störung zu Behandlungsbeginn sehr signifikant mehr wissen als Patienten mit einer expansiven Erkrankung. Der sich darüber hinaus ergebende Geschlechtseffekt verweist inhaltlich darauf, dass Mädchen über signifikant mehr Wissen verfügen als Jungen. Deskriptiv verfügen jugendliche essgestörte Mädchen über das höchste psychiatriespezifische Wissen, während männliche Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens den niedrigsten Mittelwert und damit die deutlichsten Wissensdefizite aufweisen.

6.4.2.7 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf den Kenntnisstand

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Kindes Einfluss auf den Kenntnisstand bei Aufnahme haben, wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Für die abhängige Variable „*Kenntnisstand*“ erbringt die Durchführung mehrerer einfaktorieller Varianzanalysen in Bezug auf die unabhängige Variable intellektuelle Leistungsfähigkeit einen signifikanten Haupteffekt ($F = 4,753$; $p = .009$) sowie für die unabhängige Variable Schichtzugehörigkeit der Mutter einen marginal signifikanten Haupteffekt ($F = 2,452$, $p = .088$). Wie sich in nachträglichen Scheffé-Tests abzeichnet, ist der Kenntnisstand durchschnittlich und überdurchschnittlich intelligenter Kinder signifikant höher als der von Probanden mit unterdurchschnittlichem IQ. Für den tendenziell signifikanten Schichteffekt ergeben nachträgliche Scheffé-Tests keine Gruppenunterschiede, deskriptiv ist der Kenntnisstand bei Probanden aus der unteren Schicht am niedrigsten.

Tabelle 64: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Kenntnisstand

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	1,575	.211
IQ	4,753	.009
Erwerbstätigkeit Mutter	2,261	.106
Schichtzugehörigkeit der Mutter	2,452	.088
Schulbildung der Mutter	2,365	.096

Wissensindex

Bildung eines Summenscore (Cronbach's alpha = .58) aus folgenden 4 Items, die gemäß ihrer Vollständigkeit und Richtigkeit bewertet werden:

- Was ist eine Psychiatrie?
- Welche Kinder kommen in eine Psychiatrie?
- Was glaubst du, wird während deiner Behandlung passieren?
- Wer arbeitet in einer Psychiatrie?

Der Umfang psychiatriebezogener Kenntnisse ist abhängig von folgenden Faktoren:

- Alter (Jugendliche > Kinder)
- Art der Störung (Introvertiert > Extrovertiert)
- IQ (überdurchschnittlich, durchschnittlich > unterdurchschnittlich)
- Geschlecht (Mädchen > Jungen)

6.4.3 Partizipation (Wiethoff)

6.4.3.1 Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

Deine Eltern haben entschieden, dass du in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen sollst. Was müssen sie wissen, um so eine Entscheidung treffen zu können?

„Zuerst müssen sie mit dem Kind reden. Dann sage ich ja oder nein und wenn man nein sagt, dann sagt Mama ja.“

Wie im Rahmen der Skalenbildung beschrieben, ließ sich für den Zeitpunkt der stationären Aufnahme die von uns a priori gebildete Skala Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung weitestgehend bestätigen. Der Mittelwert der Stichprobe für diese Skala beträgt 3,24 (sd = 1,08), was einer durchschnittlichen Beurteilung von „teils/teils“ mit einer Tendenz zu „eher ja“ entspricht.

27% der Kinder und Jugendlichen nehmen eher wenig bis keine Teilhabe an der Aufnahmeentscheidung wahr, wobei 1,7% der Befragten alle Items mit „trifft gar nicht zu“ beantworten, d.h. gar keine Partizipation erleben. Während 28,9% der Patienten sich „teilweise“ an der Aufnahmeentscheidung beteiligt fühlen, berichtet der Großteil der Kinder und Jugendlichen (44,1%) von „eher“ bis „sehr starker“ Beteiligung. Einen Gesamtwert von 5, der einem maximalen Erleben von Partizipation entspricht, hat keiner der Patienten erreicht.

Im Rahmen von 4-Weg-Varianzanalysen wurden die Einflüsse von Alter (< 14 Jahre vs. \geq 14 Jahre), Geschlecht, Störungsgruppe (expansive vs. introversive Störungen) sowie der regionalen Zugehörigkeit (Rostock vs. Weissenau) untersucht.

Für die Skala Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung zeigt sich lediglich ein signifikanter Haupteffekt für das Alter der Patienten. Jugendliche werden eigenen Angaben zufolge stärker an der Aufnahmeentscheidung beteiligt als Kinder ($F = 5,995$; $p = .015$), unabhängig von der Art der Störung, dem Geschlecht oder der regionalen Zugehörigkeit.

Eine Analyse auf Itemebene liefert im Folgenden detailliertere Aussagen zur Aufnahmeentscheidung aus Sicht der minderjährigen Patienten. Wie Tabelle 65 zu entnehmen ist, erlebt etwa die Hälfte der Patienten nur teilweise oder kein

Interesse an der eigenen Meinung. Ebenfalls etwa 50% der Kinder und Jugendlichen haben nur teilweise oder gar nicht das Gefühl, über die Aufnahme mitentscheiden zu können. Als ziemlich oder sehr freiwillig beschreiben 54% ihre Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Tabelle 65: Antwortverhalten der Gesamtstichprobe für die Skala Partizipation

	eher ja - ja sehr	teils teils	eher nein - überhaupt nicht
Hat sich jmd. für deine Meinung interessiert?	53%	19,1%	27,9%
Hattest du das Gefühl, mitentscheiden zu können?	53%	10,4%	36,6%
Bist du freiwillig hier?	54%	16,4%	29,6%

Den im Rahmen der Varianzanalyse ermittelten signifikanten Altershaupteffekt zeigt Abbildung 10. Demnach erleben Jugendliche im Vergleich zu Kindern häufiger Interesse an ihrer Meinung (59,5% vs. 44,6%), wie sie auch häufiger das Gefühl haben, über die Aufnahme mitentscheiden zu können (57,8% vs. 46,9%). Die von den Jugendlichen berichtete Freiwilligkeitseinschätzung (62,5%) übersteigt die von den Kindern angegebene Rate der Freiwilligkeit, die bei etwa 43% liegt.

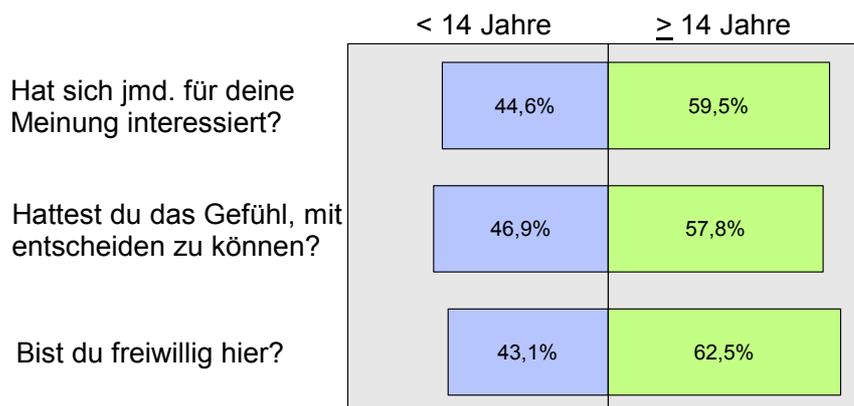


Abbildung 10: Ausmaß der Zustimmung zu Items der Partizipationsskala (Zusammenfassung der Antwortkategorien eher ja - ja sehr)

Die Antworten auf die Frage „*Wer hat entschieden, dass du in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen sollst?*“ wurden danach ausgewertet, ob die Aufnahmeentscheidung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen mit ihnen gemeinsam bzw. von ihnen alleine oder ohne sie getroffen wurde. Innerhalb dieser Kategorien wurde weiter differenziert, welche konkrete(n) Person(en) aus Sicht der Befragten entschieden hat (haben) (vgl. Abbildung 11, S. 203). Die Kategorie Eltern umfasst die Nennung von Vater oder Mutter bzw. Vater und Mutter, die Kategorie andere bezieht sich beispielsweise auf Lehrer, Erzieher oder das Jugendamt.

Für die Gesamtstichprobe zeigt sich, dass etwa die Hälfte aller Befragten (49,3%) der Meinung ist, dass die Entscheidung ganz ohne sie getroffen wird. 40,3% der Stichprobe fühlen sich in die Entscheidung einbezogen und 7,4% geben an, die Entscheidung alleine getroffen zu haben. Neun Kinder bzw. Jugendliche konnten die Frage nicht beantworten.

Der Vergleich der beiden Altersgruppen (< 14 Jahre vs. ≥ 14 Jahre) weist auf deutliche Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Patientenbeteiligung an der Aufnahmeentscheidung hin. Die Aussage eines Patienten „*Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein!*“ trifft vorwiegend auf die unter 14jährigen Patienten zu, wie Abbildung 11 verdeutlicht.

Wer hat entschieden, dass du in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommst?

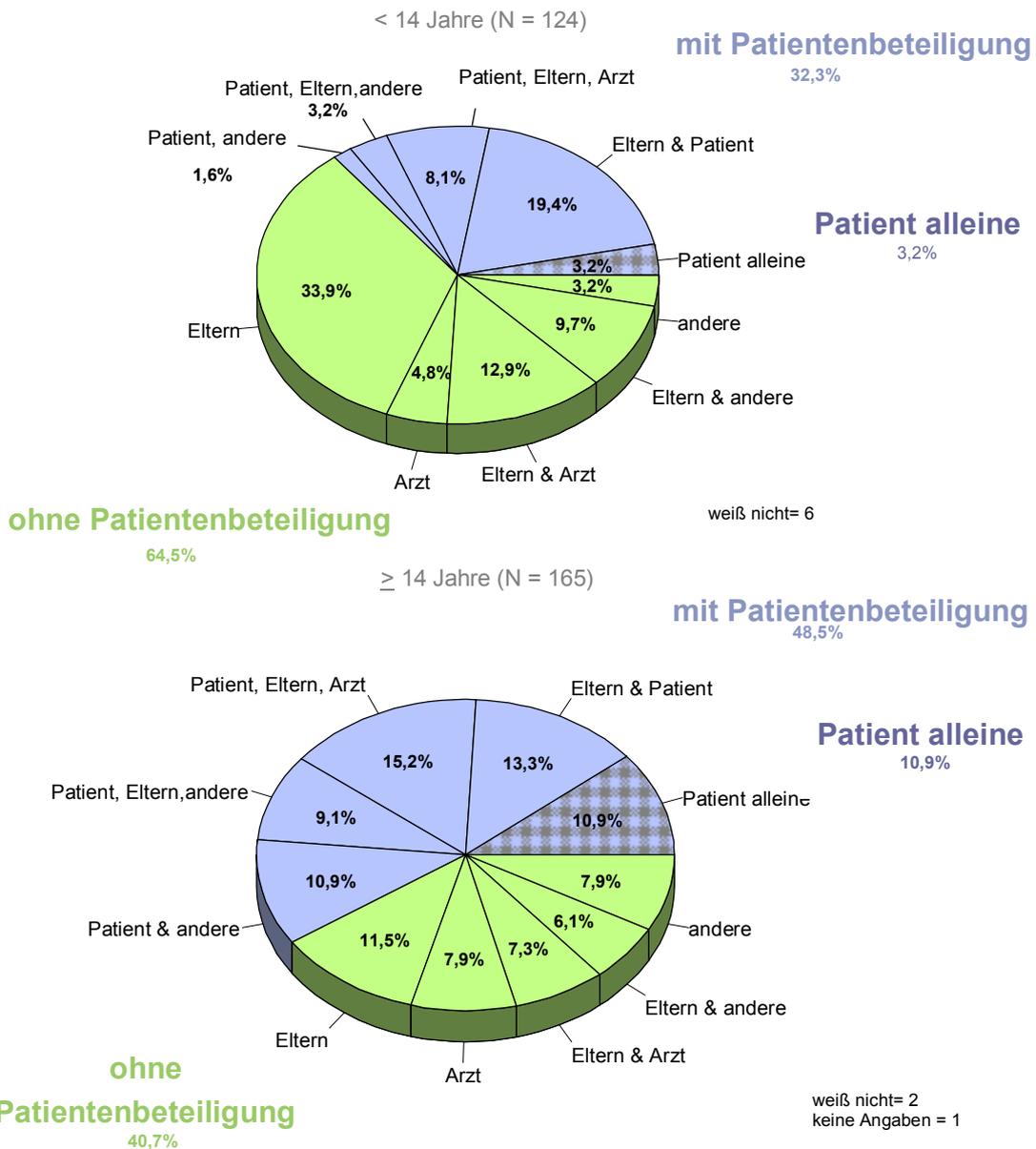


Abbildung 11: Altersspezifische Darstellung der Aufnahmeentscheidung aus Patientensicht

Die große Mehrheit der Kinder (64,5%) erklärt, dass aus ihrer Sicht die Aufnahmeentscheidung ganz ohne eigene Beteiligung erfolgt ist, vorwiegend durch Eltern oder Eltern und Ärzte gemeinsam. Mit 33,9% sind Eltern diejenigen, die aus Sicht der Kinder am häufigsten über die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie entschieden haben. Insgesamt 32,2% der Kinder fühlen sich in den Entscheidungsprozeß integriert, wobei die Konstellation Eltern

und Patient am häufigsten genannt wird (19,4%). 3,2% der unter 14jährigen meinen, alleine über die Aufnahme entschieden zu haben.

Im Vergleich zu Kindern werden Jugendliche eigenen Angaben zufolge deutlich häufiger an der Aufnahmeentscheidung beteiligt. Insgesamt etwa 60% der über 14jährigen meinen, mit (48,5%) oder alleine (10,9%) über die Aufnahme entschieden zu haben. Aus Sicht der Jugendlichen wird die Aufnahmeentscheidung am häufigsten gemeinsam von Eltern, Arzt und Patient getroffen (15,2%).

Dennoch fühlen sich 40,7% der Jugendlichen fremdbestimmt. Wird ohne Patientenbeteiligung entschieden, dann sind es aus Sicht der Jugendlichen mit 11,5% am häufigsten die Eltern, die allein über die Aufnahme entscheiden. Während demnach mit zunehmendem Alter die Erfahrung von Teilhabe wahrscheinlicher wird und das Erleben von Fremdbestimmung signifikant sinkt ($\chi^2 = 17,936$; $p = .000$), ist Partizipation an der Aufnahmeentscheidung auch bei Jugendlichen nicht die Regel. Der Vergleich der Antworten der Kinder und Jugendlichen verweist ferner auf die prominente Rolle, die Eltern als Alleinentscheidende aus der Sicht der unter vierzehnjährigen Patienten spielen. Werden Kinder beteiligt, dann aus ihrer Sicht am häufigsten durch gemeinsame Entscheidung mit den Eltern. Aus Sicht der Jugendlichen werden gemeinsame Entscheidungen am ehesten zusammen von Eltern, Arzt und Patient getroffen.

Zwischen der wahrgenommenen Entscheidungspraxis und der Diagnose zeigen sich für die über 14jährigen signifikante Zusammenhänge ($\chi^2 = 21,241$; $p = .019$), die sich bei den unter 14jährigen nicht nachweisen lassen ($\chi^2 = 2,561$; $p = .862$).

Die Ergebnisse der Tabelle 66 verdeutlichen, dass sich Patienten der Diagnosegruppen F20 (Schizophrenie) und insbesondere F60 (Persönlichkeitsstörungen) häufiger als fremdbestimmt und entsprechend weniger als partizipierend erleben als bei Unabhängigkeit der Variablen zu erwarten gewesen wäre. Persönlichkeitsgestörte Jugendliche geben in keinem der untersuchten Fälle an, alleine über die Aufnahme entschieden zu haben.

Tabelle 66: Wahrgenommene Entscheidungspraxis in Abhängigkeit von der Diagnose

≥ 14 Jahre	andere N beob. (erwartet)	mit Patient N beob. (erwartet)	Patient alleine N beob. (erwartet)
F 20 (N = 19)	11 (7,9) 57,9%	6 (9,1) 31,6%	2 (2,0) 10,5%
F 30 (N = 12)	2 (5,0) 16,7%	9 (5,8) 75%	1 (1,2) 8,3%
F 40 (N = 37)	13 (15,4) 35,1%	22 (17,8) 59,5%	2 (3,8) 5,4%
F 50 (N = 18)	6 (7,5) 33,3%	11 (8,6) 61,1%	1 (1,9) 5,6%
F 60 (N = 19)	13 (7,9) 68,4%	6 (9,1) 31,6%	0 (2,0)
F 90, 91, 92 (N = 49)	19 (20,4) 38,8%	20 (23,5) 40,8%	10 (5,1) 20,4%

Bei Jugendlichen mit affektiven Störungen (F30) sowie bei Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40) kann demgegenüber davon ausgegangen werden, dass sie häufiger als erwartet in die Entscheidung einbezogen werden. Während sich 75% bzw. 59,5% dieser beiden Patientengruppen als partizipierend erleben, beträgt der Anteil der schizophrenen bzw. persönlichkeitsgestörten Patienten jeweils etwa 32%. Entsprechend fühlen sich nur etwa 17% der Patienten mit affektiven Störungen hinsichtlich der Aufnahmeentscheidung fremdbestimmt, gegenüber 57,9% der schizophrenen Jugendlichen.

Eine geringe Rate autonomer Entscheidungen ist bei Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40) sowie bei essgestörten Jugendlichen (F50) vorzufinden (5,4 bzw. 5,6%). Auffällige Abweichungen in die andere Richtung zeigen sich bei Patienten mit Verhaltens- und emotionalen Störungen. Patienten mit der Diagnose F90, 91 oder 92 haben eigenen Angaben zufolge signifikant häufiger als erwartet alleine über die Aufnahme entschieden (20,4%).

6.4.3.2 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf Partizipation

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status Einfluss auf die wahrgenommene Partizipation bei der Aufnahmeentscheidung haben, wurden entsprechend dem Vorgehen hinsichtlich Kenntnisstand wiederum einfaktorische Varianzanalysen durchgeführt.

Bezüglich der unabhängigen Variable „Vorerfahrung“ wurde ein sehr signifikanter Haupteffekt ermittelt: es zeigt sich, dass Kinder mit stationärer bzw. ambulanter Vorerfahrung signifikant weniger an der Aufnahmeentscheidung partizipieren als Kinder, die über keine entsprechende Vorerfahrung verfügen ($F = 7,100$; $p = .008$). Ein signifikanter Haupteffekt ergibt sich ebenfalls für die unabhängige Variable „Erwerbstätigkeit der Mutter“ ($F = 3,494$; $p = .032$), wobei nachträgliche Scheffé-Tests nicht signifikant werden. Tendenziell erleben Kinder erwerbstätiger Mütter am meisten Partizipation, während Kinder arbeitsloser Mütter am wenigsten partizipieren (dieses Ergebnis betrifft insbesondere die Rostocker Stichprobe, da in der Weissenauer Stichprobe lediglich 2% der Mütter arbeitslos sind).

Tabelle 67: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Partizipation

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	7,100	.008
Erwerbstätigkeit Mutter	3,494	.032
IQ	2,664	.072
Schichtzugehörigkeit der Mutter	0,238	.788
Schulbildung der Mutter	0,067	.935

6.4.3.3 Partizipationsbedürfnisse zum Zeitpunkt der Aufnahme

„Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird.“

Im Gegensatz zur Skala der wahrgenommenen Partizipation ließ sich die theoretisch angenommene Skala zu den Partizipationsbedürfnissen in der erwarteten Form nicht bestätigen. Wie bereits dargestellt, fallen die Items zum Partizipationsbedürfnis mit den Items zum Informationsbedürfnis auf einen Faktor, der jedoch aufgrund methodischer Erwägungen als wenig brauchbar erscheint. Den Partizipationsbedürfnissen der minderjährigen Patienten wird auf Itemebene nachgegangen, wobei wir noch einmal auf die überwiegend hohen Schwierigkeiten der Items hinweisen wollen. Ausnahmen stellen folgende Items dar: „Wer sollte entscheiden, ob ein Kind oder Jugendlicher in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden soll?“ und „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“.

Die Antworten auf die Frage *„Wer sollte entscheiden, ob ein Kind oder Jugendlicher in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden soll?“* wurden ebenfalls danach ausgewertet, ob die Aufnahmeentscheidung aus Sicht der Kinder und Jugendlichen mit ihnen gemeinsam bzw. von ihnen alleine oder ohne sie getroffen werden sollte. Innerhalb dieser Kategorien wurde wiederum weiter differenziert, welche konkrete(n) Person(en) aus Sicht der Befragten entscheiden soll(en) (vgl. Abbildung 12, S. 209).

Es zeigt sich, dass das Bedürfnis nach Partizipation mit einer Rate von 49,6% in der Gesamtstichprobe am deutlichsten ausgeprägt ist. 31,1% wünschen, dass andere diese Entscheidung fällen sollen, während 19,3% bevorzugen, alleine zu entscheiden.

Bezüglich der gewünschten Entscheidungspraxis zeigt sich ein hochsignifikanter Altersunterschied ($\chi^2 = 26,285$; $p = .000$). Der Wunsch nach Teilhabe tritt bei den Jugendlichen häufiger als bei Unabhängigkeit der Variablen zu erwarten gewesen wäre, wohingegen bei den Kindern der Wunsch nach Fremdbestimmung größer ist als zu erwarten gewesen wäre (vgl. Tabelle 68).

Tabelle 68: Gewünschte Entscheidungspraxis in Abhängigkeit vom Alter der Patienten

	andere N beob. (erwartet)	mit Patient N beob. (erwartet)	Patient alleine N beob. (erwartet)
Kinder	59 (38,3)	45 (60,4)	20 (23,4)
Jugendliche	32 (51,7)	97 (81,6)	35 (31,6)

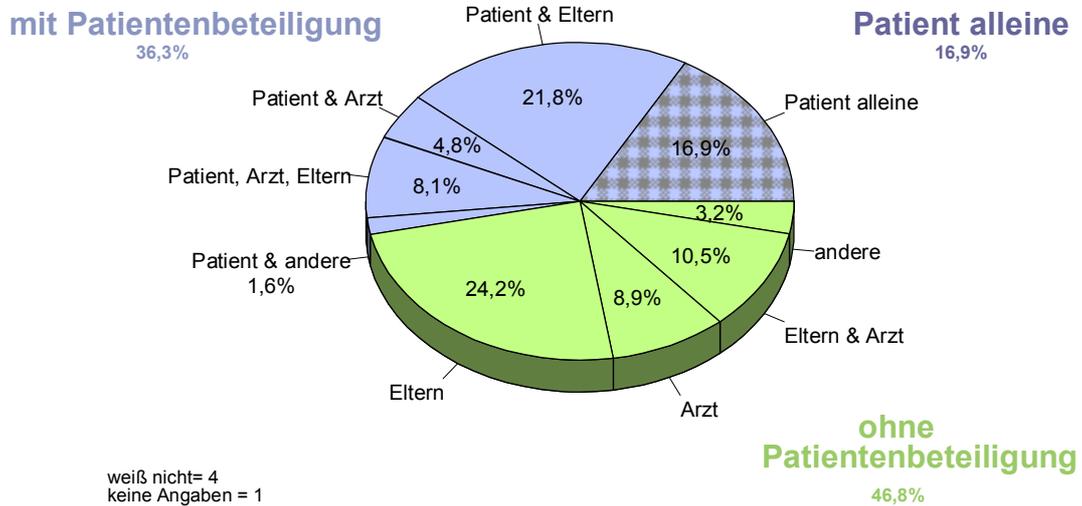
Bei den unter 14jährigen dominiert mit 46,8% das Bedürfnis nach Fremdbestimmung (vgl. Abbildung 12), wobei vor allem Eltern eine starke Rolle als Entscheidungsträger zugeordnet wird (24,2%): *„weil die das Recht haben, weil die klüger sind“*, *„Die dürfen das Leben von den Kindern bestimmen“*, *„weil die Eltern älter sind als ich“*, *„weil Mutti mich geboren hat“*. Auch unter den Jugendlichen plädieren insgesamt 22,4% dafür, dass andere Personen über eine Aufnahme entscheiden sollten, insbesondere Eltern (8,3%) oder Eltern und Ärzte gemeinsam (8,3%).

Der Wunsch nach gemeinsamer Entscheidung ist in der Altersgruppe der über 14jährigen mit 56,1% der Nennungen am stärksten ausgeprägt. Bevorzugt wird von den Jugendlichen eine Entscheidungsfindung gemeinsam mit den Eltern (22,3%) oder mit Eltern und Arzt (19,7%): *„Die Ärzte wissen, wie der Zustand ist, die Eltern sind erziehungsberechtigt und das Kind, weil es schließlich um das Kind geht – es bringt nichts, wenn es nicht will.“* Immerhin 9,6% der Jugendlichen würden diese Entscheidung gerne alleine mit dem Arzt treffen. Partizipationswünsche äußern im Vergleich zu den Jugendlichen insgesamt nur 36,3% der unter 14jährigen, wobei diese sich vor allem auf ein gemeinsames Entscheiden mit den Eltern beziehen (21,8%): *„Eltern haben mehr Rechte als das Kind, aber man muss das Kind auch fragen, ob es rein will“*.

Der Wunsch nach Autonomie ist in beiden Altersgruppen vorhanden. Mit einer Rate von 21,7% ist das Bedürfnis, alleine zu entscheiden, bei den Jugendlichen größer als bei den Kindern (16,9%).

Wer sollte entscheiden, ob ein Kind oder Jugendlicher in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt?

< 14Jahre (N = 124)



≥ 14Jahre (N = 164)

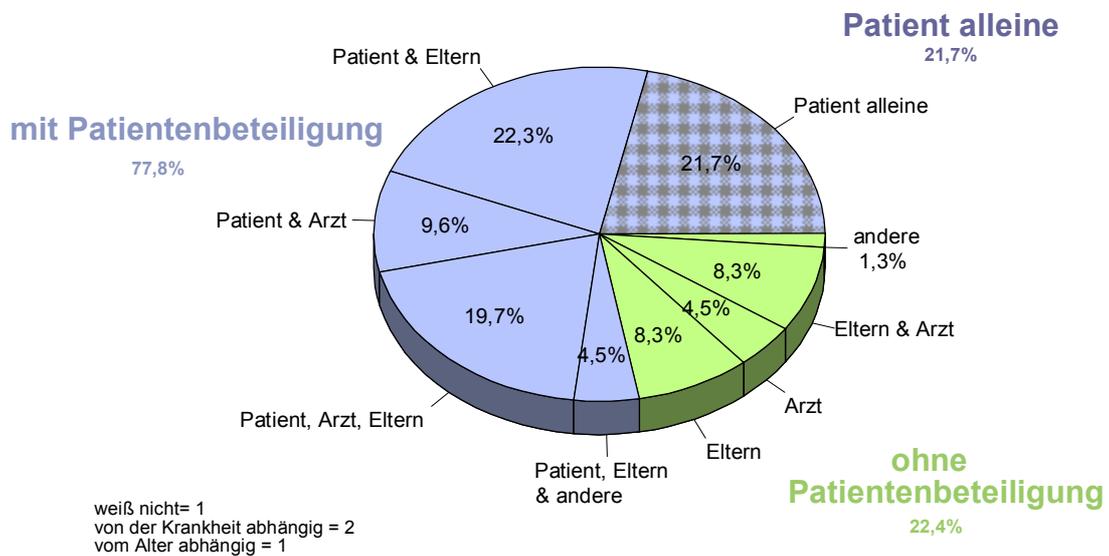


Abbildung 12: Altersspezifische Darstellung der Partizipationsbedürfnisse Minderjähriger an der Aufnahmeentscheidung

Zwischen der gewünschten Entscheidungspraxis und der Diagnose ergeben sich für die über 14jährigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ($\chi^2 = 7,727$; $p = .655$).

Tabelle 69: Gewünschte Entscheidungspraxis in Abhängigkeit von der Diagnose

≥ 14 Jahre	andere N beob. (erwartet)	mit Patient N beob. (erwartet)	Patient alleine N beob. (erwartet)
F20 (N = 19)	7 (3,8) 36,8%	8 (11,2) 42,1%	4 (4) 21,1%
F30 (N = 13)	3 (2,6) 23,1%	8 (7,7) 61,5%	2 (2,8) 15,4%
F40 (N = 37)	5 (7,2) 13,9%	23 (21,2) 63,9%	8 (7,6) 22,2%
F50 (N = 15)	4 (3,0) 26,7%	10 (8,8) 66,7%	1 (3,2) 6,7%
F60 (N = 19)	3 (3,8) 15,8%	11 (11,2) 57,9%	5 (4) 26,3%
F90, 91, 92 (N = 48)	8 (9,7) 16,3%	29 (28,8) 59,2%	12 (10,4) 24,5%

Dennoch zeigt sich bei den schizophrenen Patienten ein hohes Bedürfnis nach Fremdbestimmung sowie ein geringer Wunsch nach Beteiligung. Vor allem magersüchtige Patienten äußern in unserer Untersuchung nur selten den Wunsch, alleine über die Aufnahme entscheiden zu wollen (6,7%).

Unabhängig davon, ob sie eigenen Angaben zufolge an der Entscheidung beteiligt werden oder nicht, ist es für 79,8% der Kinder und Jugendlichen eher oder sehr wichtig, an der Aufnahmeentscheidung partizipieren zu können, während es für 13,1% eher nicht oder gar nicht wichtig ist. Für 66,4% der Patienten, die nicht beteiligt wurden, wäre Beteiligung eher oder sehr wichtig gewesen. 21,8% dieser Gruppe halten Teilhabe an der Aufnahmeentscheidung jedoch nicht für wichtig.

Bezüglich der Einschätzung der Wichtigkeit eigener Beteiligung an der Behandlungsentscheidung zeigen sich signifikante Alterseffekte („War es dir wichtig, mit zu entscheiden?“: $F = 4,860$; $p = .029$ / „Wäre es dir wichtig gewesen, mit zu entscheiden?“: $F = 11,427$; $p = .001$). Obwohl Jugendliche

eigener Beteiligung eine größere Bedeutung beimessen, sind es gerade die Begründungen junger Patienten, die verdeutlichen, welche subjektive Bedeutung Teilhabe auch für Kinder hat: *„Ja, sehr wichtig. Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird.“* oder *„Ja, sehr wichtig. Nicht, dass meine Eltern hinter meinem Rücken irgendwas aushecken und ich weiß davon nichts. Und am nächsten Tag heißt es dann, so jetzt gehst du dahin und ich konnte mich noch nicht mal von meinen Freunden verabschieden.“*

Neben den beschriebenen Alterseffekten zeigen sich bei der Frage der Wichtigkeit eigener Beteiligung darüber hinaus regionale Unterschiede. Den Patienten in der Weissenau ist es unabhängig vom Alter wichtiger mit zu entscheiden als den Rostocker Patienten („War es dir wichtig, mit zu entscheiden?“: $F = 6,941$; $p = .009$).

Für die Patienten, die nicht das Gefühl hatten, mitentscheiden zu können, zeigt sich ein Interaktionseffekt zwischen dem Alter und der regionalen Zugehörigkeit auf die Frage „Wäre es dir wichtig gewesen, mit zu entscheiden?“ ($F = 4,482$; $p = .037$). Demnach wäre es Jugendlichen sowohl in Rostock als auch in der Weissenau wichtiger als Kindern, der Unterschied zwischen Kindern und Jugendlichen ist jedoch in Rostock größer als in der Weissenau.

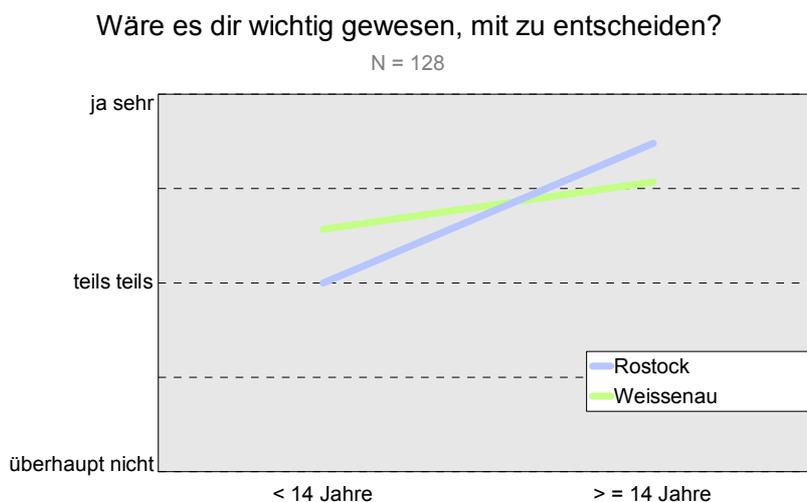


Abbildung 13: Interaktion zwischen Alter und regionaler Zugehörigkeit bezüglich des Partizipationsbedürfnisses

Zu unterscheiden von den bisher beschriebenen Beteiligungsbedürfnissen an der Aufnahmeentscheidung ist der Wunsch nach Teilhabe an Gesprächen nach bereits erfolgter Aufnahme. Die große Mehrheit der Patienten äußert auch hier ein Bedürfnis nach Partizipation: 82,1% bewerten den Ausschluss aus Arztgesprächen zumindest teilweise als negativ, während es 17,9% gut oder sehr gut finden, wenn sie bei Gesprächen zwischen Arzt und Eltern nicht dabei sind. Während sich ein Alterseffekt nicht mehr zeigt ($F = 3,026$; $p = .083$), lassen sich regionale Unterschiede beschreiben ($F = 7,041$; $p = .008$): etwa 23% der Rostocker gegenüber etwa 13% der Weissenauer finden es gut bis sehr gut, nicht an Gesprächen beteiligt zu werden.

Wir haben ferner versucht, die Bereiche zu identifizieren, in denen sich Kinder und Jugendliche Entscheidungsmöglichkeiten wünschen, da sich gerade im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie Entscheidungen auch auf ganz alltägliche Angelegenheiten beziehen. Die Entscheidungspräferenzen der Kinder und Jugendlichen wurden anhand einer offenen Frage erhoben: „*Welche Dinge möchtest du alleine bzw. gemeinsam entscheiden, welche sollen andere entscheiden?*“ Aus den Antworten (Mehrfachnennungen waren möglich) wurden nach inhaltlichen Kriterien Kategorien gebildet. Angegeben ist die prozentuale Häufigkeit der Nennungen (vgl. Abbildung 14).

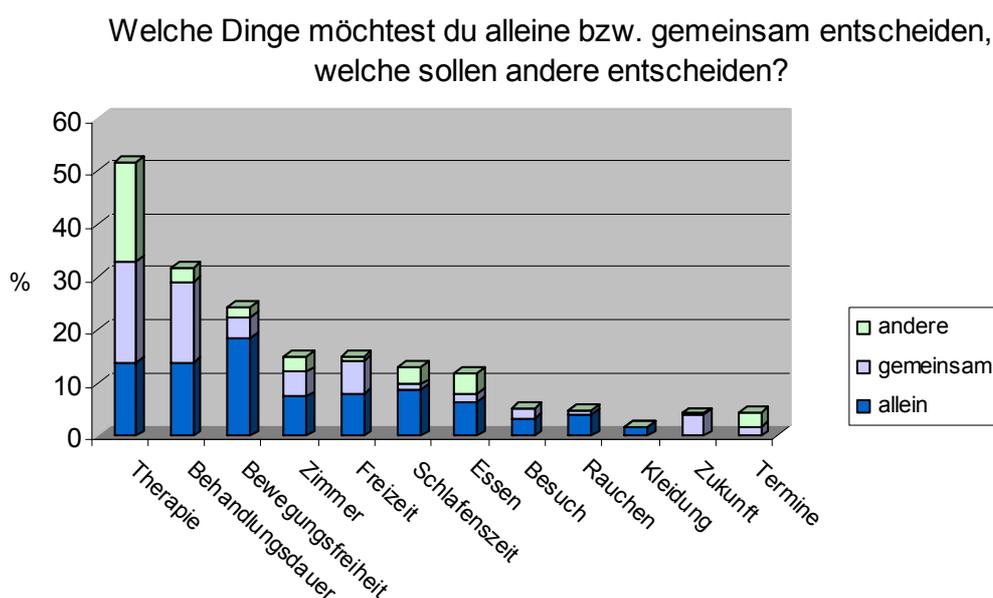


Abbildung 14: Entscheidungspräferenzen minderjähriger Patienten

Therapien, Behandlungsdauer und Bewegungsfreiheit sind die Bereiche, die insgesamt am häufigsten genannt werden und in denen auch am häufigsten Partizipationsspielräume gewünscht werden.

Der Bereich Therapie (*„welche Therapien ich mache“*, *„ob ich Medikamente einnehme“*, *„mit wem ich über mein Problem rede“*) wird von Jugendlichen häufiger genannt als von Kindern, und der Wunsch, alleine über Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden, ist vor allem auf die über 14jährigen zurückzuführen. In beiden Altersgruppen besteht ferner sowohl ein Bedürfnis nach Partizipation als auch nach Fremdbestimmung, wobei es hier vor allem um die Einnahme von Medikamenten geht.

Vereinbarungen über die Behandlungsdauer (*„wie lange ich hier bleibe“*, *„wann ich nach Hause darf“*) wollen nur wenige Patienten anderen Personen überlassen, gewünscht wird das alleinige Entscheidungsrecht oder Beteiligung. Entscheidungen über Bewegungsfreiheit (*„wann ich raus gehen darf“*, *„alleine raus gehen, z.B. in den Garten“*, *„wann ich aufs Zimmer gehe“*) wollen die Patienten unabhängig vom Alter ganz eindeutig alleine treffen. Ebenfalls vor allem alleine oder gemeinsam entscheiden wollen die Kinder und Jugendlichen über die Freizeitgestaltung (*„wann man ins Schwimmbad geht und wie oft“*, *„was ich für Musik höre“*, *„ob ich Gameboy spielen darf“*), über Schlafens- und Weckzeiten, die Zimmerbelegung (*„welches Zimmer ich kriege“*, *„mit wem ich ins Zimmer komme“*), über das Essen (*„den Kostplan zusammen besprechen“*, *„ob ich esse, wann und wie viel“*, *„was ich esse“*) sowie über Besuch und Telefonate (*„mit wem ich telefoniere“*, *„ob ich meine Eltern sehe oder nicht“*, *„Besuchszeiten und Wochenendurlaub“*). Fragen der Kontaktregelung sowie die Gestaltung der Freizeit wollen die Patienten im Gegensatz zu den anderen genannten Bereichen in keinem Fall anderen überlassen.

Die Kategorien Rauchen und Kleidung (*„was ich anziehe“*) gehen fast ausschließlich auf die Jugendlichen zurück, eindeutig ist hier der Wunsch nach Autonomie. Ebenfalls fast ausschließlich von Jugendlichen thematisiert wird die Planung der Zukunft nach der Psychiatrie (*„ob ich nach Hause oder ins Heim gehe“*), diese soll ganz eindeutig mit Beteiligung der Patienten erfolgen.

Eine Entscheidung, die zwar insgesamt sehr selten angesprochen wird, aber in der Mehrzahl anderen überlassen wird, betrifft Entscheidungen über Termine, den Wochenplan und den Tagesablauf. Unter 14jährige wollen sogar ausschließlich anderen Personen diese Entscheidung überlassen.

6.4.3.4 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf das Partizipationsbedürfnis

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Patienten Einfluss auf das geäußerte Partizipationsbedürfnis haben, wurden wiederum einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Hinsichtlich des Partizipationsbedürfnisses, das aufgrund der beschriebenen Mängel der Gesamtskala anhand der Frage „*Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?*“ erfasst wurde, ergeben die mit den einzelnen unabhängigen Variablen durchgeführten Varianzanalysen keine signifikanten Ergebnisse.

Tabelle 70: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf das Partizipationsbedürfnis („Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“)

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	0,936	.334
IQ	1,605	.203
Erwerbstätigkeit der Mutter	1,378	.254
Schichtzugehörigkeit der Mutter	2,353	.097
Schulbildung der Mutter	1,063	.347

6.4.3.5 Übereinstimmung von Entscheidungspräferenzen und Entscheidungspraxis aus Sicht der Patienten

Zur Beantwortung der Frage nach der Übereinstimmung zwischen Entscheidungspräferenzen und wahrgenommener Entscheidungspraxis wurden die Items „*Wer hat entschieden, dass du in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommst?*“ sowie „*Wer sollte entscheiden, ob ein Kind/Jugendlicher in die Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt?*“ herangezogen.

Der Großteil aller Patienten (49,6%) wünscht Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung, jedoch nur etwa die Hälfte dieser Gruppe nimmt eigenen Angaben zufolge an der Aufnahmeentscheidung teil und 38,1% erleben Fremdbestimmung. 70% der Patienten, die nicht an der Entscheidung beteiligt werden wollen, fühlen sich auch nicht in die Entscheidung einbezogen. D.h. 30% der Kinder und Jugendlichen, die Fremdbestimmung bevorzugen, werden mehr einbezogen als sie dies selbst wünschen. 13% derjenigen, die allein entscheiden wollen, haben eigenen Angaben zufolge auch alleine entschieden. 50% dieser Gruppe erleben Fremdbestimmung (vgl. Tabelle 71).

Tabelle 71: Gewünschte und wahrgenommene Entscheidungspraxis

	<i>wahrgenommene Entscheidungspraxis</i>			<i>N (%)</i>
	Ohne Patient	Partizipation	Patient alleine	
<i>Gewünschte Rolle</i>				
Ohne Patient	61 (70,0%)	22 (25,0%)	4 (4,6%)	87 (31,1%)
Partizipation	53 (38,1%)	75 (54,0%)	11 (7,9%)	139 (49,6%)
Patient alleine	27 (50,0%)	20 (37,0%)	7 (13,0%)	54 (19,3%)
<i>N (%)</i>	<i>141 (59,3%)</i>	<i>117 (40,3%)</i>	<i>22 (7,4%)</i>	

Insgesamt berichten 51,1% von einer Übereinstimmung zwischen gewünschter und wahrgenommener Entscheidungspraxis. 35,7% werden weniger beteiligt als gewünscht und immerhin 13,2% werden mehr einbezogen als gewünscht.

6.4.4 Freiwilligkeit der stationären Behandlung (Wiethoff)

Für den zweiten Messzeitpunkt ließ sich die Skala Partizipation nicht wie erwartet bestätigen, so dass im Folgenden zunächst auf den Aspekt der Freiwilligkeit eingegangen wird und anschließend auf die Ergebnisse zur respektvollen und fairen Behandlung (Partizipationsklima).

Der Mittelwert für die Skala Freiwilligkeit liegt bei 3,20 (sd = 1,02), was einer durchschnittlichen Beurteilung von „teils/teils“ entspricht. 32,8% sind den Auswertungen zufolge teilweise freiwillig in der Klinik, 26,3% der Patienten bezeichnen ihren Aufenthalt in der Klinik nach vier Wochen als eher bis sehr unfreiwillig und 41% als eher bis sehr freiwillig. Extrempositionen, sehr freiwillig bzw. sehr unfreiwillig, äußern jeweils nur 1,8% (N = 2) der Patienten.

Der signifikante Haupteffekt für die Variable „Alter“ deutet darauf hin, dass Jugendliche vier Wochen nach Behandlungsbeginn freiwilliger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind als unter 14jährige Kinder ($F = 11,843$; $p = .001$). Die signifikante Interaktion des Alters mit dem Geschlecht ($F = 4,102$; $p = .046$) zeigt jedoch, dass die Altersunterschiede in der wahrgenommenen Freiwilligkeit bei den Mädchen deutlich stärker ausgeprägt sind als bei den Jungen: unter 14jährige Mädchen sind insgesamt am wenigsten freiwillig, über 14jährige Mädchen am freiwilligsten in der Klinik (Abbildung 15 links). Inhaltlich bedeutet dies, dass 77% der unter 14jährigen Mädchen Skalenwerte erreichen, die eine teilweise bis deutliche Unfreiwilligkeit ausdrücken, gegenüber 39,4% der über 14jährigen Mädchen.

Einen weiteren differenzierenden Einfluss auf die Freiwilligkeitseinschätzung übt die Interaktion Geschlecht x Art der Störung aus ($F = 7,985$; $p = .006$). Demnach gibt es einen Unterschied zwischen den Störungsgruppen wiederum vor allem bei den Mädchen (Abbildung 15 rechts). Introversive Mädchen sind demnach am freiwilligsten in Behandlung, expansive Mädchen am wenigsten freiwillig.

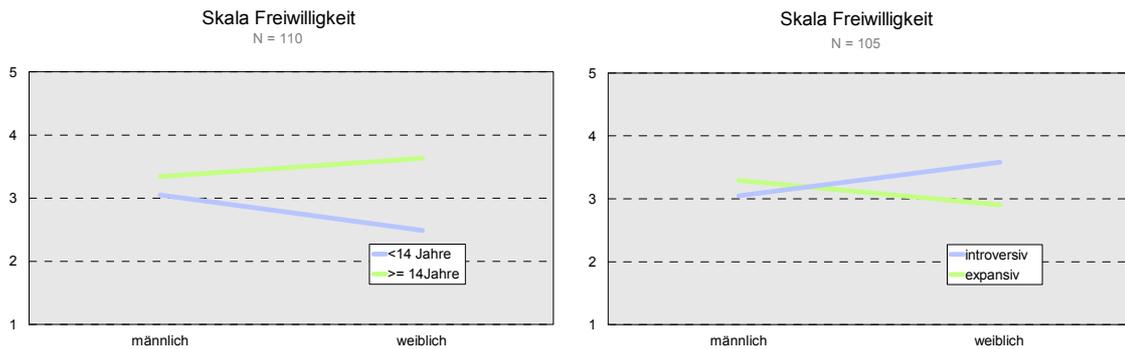


Abbildung 15: Interaktion zwischen Alter und Geschlecht (links) sowie Geschlecht und Art der Störung (rechts) bezüglich der Freiwilligkeit

Auch für den zweiten Messzeitpunkt sollen neben den Ergebnissen auf Skalenniveau einzelne Items beschrieben werden. Wie Tabelle 72 zu entnehmen ist, fühlt sich der Großteil der Patienten der Gesamtstichprobe nicht oder nur teilweise in Entscheidungen über die Behandlung einbezogen (60,3%), die Einzelfrage nach der Freiwilligkeit wird von 64,4% positiv beantwortet.

Tabelle 72: Antwortverhalten der Gesamtstichprobe für die Skala Freiwilligkeit

	eher ja - ja sehr	teils teils	eher nein - überhaupt nicht
Wirst du in Behlungsentscheidungen einbezogen?	39,6%	18%	42,3%
Bist du freiwillig in der Psychiatrie?	64,4%	10%	25,6%

Die im Rahmen der varianzanalytischen Auswertung gefundenen signifikanten Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den unter und über 14jährigen Mädchen zeigt folgende Abbildung, die das Ausmaß der Zustimmung dieser beiden Extremgruppen zu einzelnen Skalenitems darstellt (vgl. Abbildung 16).

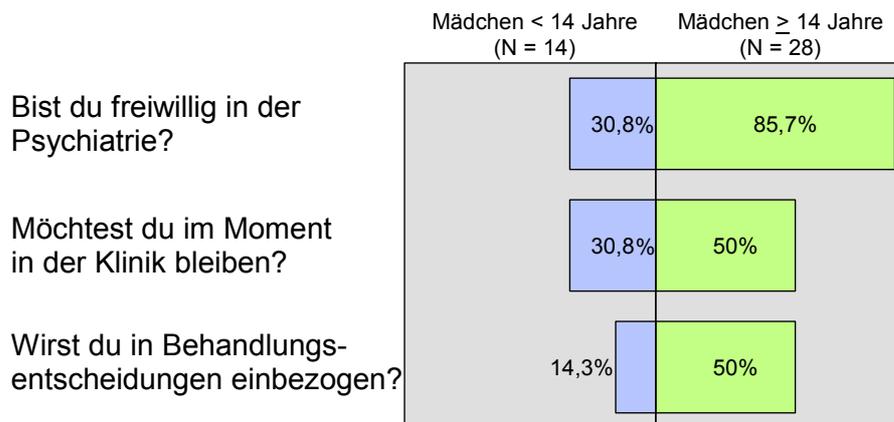


Abbildung 16: Ausmaß an Zustimmung zu Items der Skala Freiwilligkeit (Zusammenfassung der Antwortkategorien eher ja - ja sehr)

85,7% der Mädchen über 14 Jahre gegenüber 30,8% der Mädchen unter 14 Jahre bezeichnen ihren Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als freiwillig. Lediglich 14,3% der jüngeren Patienten berichten über Teilhabe an Behandlungsentscheidungen, wobei sich auch nur die Hälfte der Jugendlichen in Vereinbarungen über die Therapie einbezogen erlebt.

Die fehlende Teilhabe an Behandlungsentscheidungen wird nicht durchgehend negativ bewertet, wie die Auswertung der Nachfrage „Wie findest du es, dass du nicht in Behandlungsentscheidungen einbezogen wirst?“ ergeben hat. 18,9% aller Patienten, die nicht in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, bezeichnen dies als eher gut bis sehr gut. Die Begründungen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- 1) doctor knows best: „...weil die Ärzte studiert haben und wissen, was gut ist und was nicht“, „Ich vertraue, dass die Ärzte es richtig machen“, „Der Arzt muss es ja wissen, der Arzt weiß es am besten“
- 2) Eltern als Entscheidungsautorität: „...weil meine Eltern das zu entscheiden haben – nicht ich und nicht die Ärzte.“, „...weil das die Eltern bestimmen“
- 3) kein Interesse/Unsicherheit: „weil mich das nichts angeht“, „ich hab da nichts mitzureden“, „weil man sich dann keine Sorgen über die Behandlung insgesamt machen muss“, „weil ich bei Entscheidungen nicht so recht weiß, was ich machen soll“

Beteiligung an Entscheidungen wird jedoch mehrheitlich gewünscht. 81,1% der Patienten, die sich nicht einbezogen fühlen, finden dies zum Teil bis überhaupt nicht gut, wünschen also mehr Teilhabe. 88,6% der Kinder und Jugendlichen, die sich einbezogen fühlen, bewerten ihre Beteiligung demgegenüber als gut bis sehr gut.

Für eine Beteiligung spricht aus Sicht der Patienten beispielsweise:

- 1) Erfahrungen sammeln: *„weil ich so lerne, Entscheidungen zu treffen“, „weil ich dadurch mehr Erfahrungen habe“*
- 2) die eigene Meinung einbringen können: *„weil es um mich geht, würde ich ganz gerne mitreden, wenn was beschlossen wird“, „damit man auch seine Meinung sagen kann“, „man darf nicht alles mit sich machen lassen, man muss sich selbst in die Behandlung mit einbeziehen, sonst bringt es nichts“*
- 3) Vorbereitung, Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten: *„dann weiß ich, was mit mir geschieht, dann kann ich mich darauf vorbereiten“, „ich möchte schon sehen, wie es weiter gehen soll, ich würde sauer, wenn ich nicht wüsste, was los ist“, „warum sollen die Eltern alles wissen und die Kinder nicht?“, „weil ich schon wissen möchte, was beschlossen wird und wie meine Behandlung aussehen wird - ich bin der Patient, es geht mich an“, „wenn man eine Therapie macht, möchte man wissen, was geschieht, was mit einem gemacht wird“, „macht dann mehr Spaß, dann mag man die Therapie mehr“*

6.4.4.1 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf die Freiwilligkeit

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Patienten Einfluss auf die erlebte Freiwilligkeit haben, wurden wiederum einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt (vgl. Tabelle 73).

Tabelle 73: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Freiwilligkeit

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	0,046	.830
IQ	0,973	.381
Erwerbstätigkeit der Mutter	0,399	.672
Schichtzugehörigkeit der Mutter	2,204	.116
Schulbildung der Mutter	0,254	.777

Die wahrgenommene Freiwilligkeit der Behandlung wird von den untersuchten unabhängigen Variablen nicht signifikant beeinflusst.

6.4.5 Respektvolle und faire Behandlung (Partizipationsklima) (Wiethoff)

Der Mittelwert der Skala Respektvolle und Faire Behandlung ($M = 3,32$; $sd = 0,80$) weist im Durchschnitt auf eine tendenziell eher positive Einschätzung zwischen teils/teils und eher respektvoller Behandlung hin. 38,1% der Minderjährigen fühlen sich demnach eher bis sehr respektvoll und fair behandelt, nur 16,2% der Patienten meinen, eher nicht respektvoll behandelt zu werden. Keiner der Kinder und Jugendlichen bezeichnet den Umgang auf Station als gar nicht fair und verständnisvoll.

Für die Skala Respektvolle und Faire Behandlung während des stationären Aufenthaltes, im Sinne eines partizipationsfördernden Klimas, zeigen sich zwei signifikante Haupteffekte. Einerseits geben die über 14jährigen an, respektvoller behandelt zu werden als die unter 14jährigen ($F = 6,088$; $p = .015$), d.h. 31,8% der Kinder gegenüber 45,3% der Jugendlichen berichten von eher oder sehr respektvollem und fairem Umgang. Andererseits bewerten die männlichen Patienten den Umgang auf Station fairer und gerechter als die Mädchen ($F = 4,482$; $p = .037$). 36,5% der Mädchen sowie 39% der Jungen beschreiben die Behandlung als eher bis sehr respektvoll und fair.

Neben den Ergebnissen auf Skalenniveau wird im Folgenden das Antwortverhalten der Gesamtstichprobe sowie der beschriebenen Extremgruppen hinsichtlich einzelner Items dargestellt.

Tabelle 74: Antwortverhalten der Gesamtstichprobe für die Skala Respektvolle und Faire Behandlung

	eher ja - ja sehr	teils teils	eher nein - überhaupt nicht
Hast du das Gefühl, Ärzte etc. interessiert deine Meinung?	48,6%	20,7%	30,7%
Hast du dich fair behandelt gefühlt?	47,3%	23,6%	29,1%

48,6% der Patienten haben demnach das Gefühl, dass Ärzte und Therapeuten Interesse an ihren Meinungen aufbringen. 30,7% der Kinder und Jugendlichen schildern demgegenüber, dass sie nur geringes oder gar kein Interesse an ihren Ansichten verspüren. Während 47,3% der Patienten von einer eher oder sehr fairen Behandlung berichten, fühlen sich immerhin 29,1% der Kinder und Jugendlichen eher wenig oder gar nicht fair behandelt.

Die beiden zuvor geschilderten signifikanten Haupteffekte hinsichtlich der Skala Respektvolle Behandlung spiegeln sich folgendermaßen im Antwortverhalten der Patienten wider (Abbildung 17): 50,9% der Jugendlichen gegenüber 43,9% der Kinder fühlen sich fair und respektvoll behandelt. Darüber hinaus haben 46,6% der unter 14jährigen sowie 13,2% der Jugendlichen das Gefühl, ihre Meinung sei für das Behandler-Team nicht von Interesse.

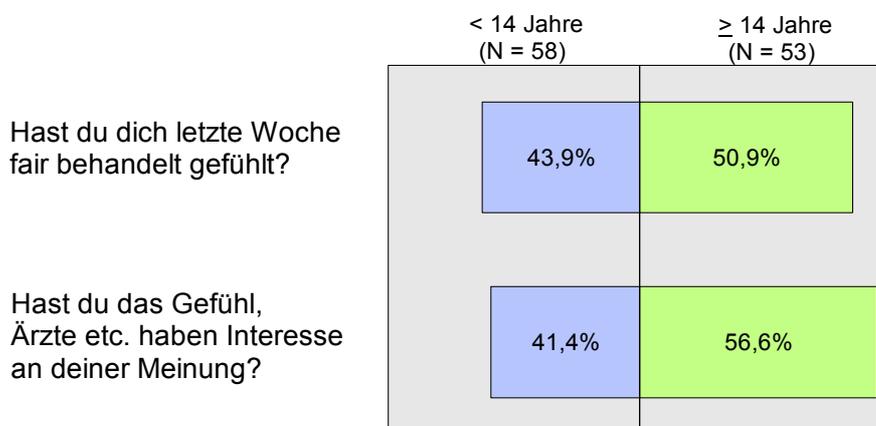


Abbildung 17: Ausmaß an Zustimmung zu Items der Skala Respektvolle und Faire Behandlung (Zusammenfassung der Antwortkategorien eher ja - ja sehr)

Unterschiede zeigen sich den Angaben der Kinder und Jugendlichen zufolge auch im konkreten Verhalten des Klinikpersonals, beispielsweise hinsichtlich der Frage, ob Ärzte und Schwestern anklopfen, wenn sie Patientenzimmer betreten. In der Altersgruppe der unter 14jährigen verneinen 83,8% das regelmäßige Anklopfen durch die Klinikmitarbeiter, gegenüber 43,4% der 14-17jährigen ($\chi^2 = 33,589$; $p = .000$). Insgesamt berichten 36% der Kinder und Jugendlichen, dass vor Betreten der Zimmer angeklopft wird, 64% geben demgegenüber an, dass nicht immer oder nie angeklopft wird. Tendenzielle Altersunterschiede in die beschriebene Richtung zeigen sich auch bei der Frage danach, ob die Patienten sich in ihrer Privatsphäre respektiert fühlen ($F = 3,642$; $p = .059$). Kinder bewerten den Umgang mit der Privatsphäre auf den Stationen zu 35,3% negativ. Die signifikante Interaktion Geschlecht x Störung ($F = 5,267$; $p = .024$) verdeutlicht weiterhin, dass sich weibliche Patienten mit introversiven Störung (insbesondere Patientinnen mit Essstörungen) in ihrer Privatsphäre mehr geschützt fühlen als männliche Patienten, während es sich bei der Gruppe der expansiven Störungen umgekehrt verhält. Hier sind es die Jungen (insbesondere der Diagnose F90, 91, 92), die ihre Privatsphäre mehr respektiert sehen als die Mädchen (insbesondere F60).

Der im Hinblick auf die Skala Respektvolle und Faire Behandlung beschriebene Geschlechtsunterschied stellt sich bei der Auswertung auf Itemebene folgendermaßen dar (vgl. Abbildung 18). Von den Jungen fühlen sich 59,4% verstanden und 53,6% erleben die Behandlung als fair. Demgegenüber berichten nur 36,6% der Mädchen von fairer Behandlung und lediglich 34,1% fühlen sich verstanden. Zufriedenheit mit der Art und Weise, wie Entscheidungen gefällt werden, wird ferner von 43,5% der Jungen sowie von 34,1% der Mädchen berichtet.

	Jungen (N = 69)	Mädchen (N = 42)
Hast du dich letzte Woche fair behandelt gefühlt?	53,6%	36,6%
Hast du dich letzte Woche verstanden gefühlt?	59,4%	34,1%
Bist du zufrieden damit, wie Entscheid. gefällt werden?	43,5%	34,1%

Abbildung 18: Ausmaß der Zustimmung zu Items der Skala Respektvolle und Faire Behandlung (Partizipationsklima)

Folgende Gründe werden für die eigene Unzufriedenheit mit den Entscheidungsmodalitäten angeführt: „*Man macht Termine, die ich dann 10 Minuten vorher erfahre – das finde ich doof*“, „*meistens wird über unsere Köpfe hinweg entschieden*“, „*die Ärzte bestimmen alleine, was mit mir gemacht wird*“, „*Entscheidungen werden in der Gruppe gemacht, ich muss mich der Mehrheit beugen – das ist nicht immer lustig*“, „*Ich würde auch gerne wissen, was sie entscheiden*“.

6.4.5.1 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf die Respektvolle und Faire Behandlung

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Patienten Einfluss auf die erlebte Respektvolle und Faire Behandlung haben, wurden wiederum einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt (vgl. Tabelle 75).

Tabelle 75: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Respektvolle und Faire Behandlung

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	,510	.477
IQ	,467	.628
Erwerbstätigkeit der Mutter	,315	.730
Schichtzugehörigkeit der Mutter	,504	.606
Schulbildung der Mutter	,905	.408

Die wahrgenommene Respektvolle und Faire Behandlung wird von den untersuchten unabhängigen Variablen nicht signifikant beeinflusst.

6.4.6 Partizipationsbedürfnisse während der Behandlung (Wiethoff)

Auch für den zweiten Messzeitpunkt ließ sich die a priori vorgenommene Trennung von Informations- und Partizipationsbedürfnissen nicht bestätigen. Den Partizipationsbedürfnissen der minderjährigen Patienten wird auf Itemebene nachgegangen, wobei wir noch einmal auf die überwiegend hohen Schwierigkeiten der Items hinweisen wollen. Ausnahmen stellen die Items „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“ sowie „Welche Personen sollten entscheiden, wie du behandelt wirst?“ dar

Unabhängig von Alter, Geschlecht oder der Art der Störung hat der Großteil der Patienten (61,5%) Interesse daran, an Behandlungsentscheidungen beteiligt zu werden (Frage: „Welche Personen sollten entscheiden, wie du behandelt wirst?“). Präferiert wird dabei insbesondere die gemeinsame Entscheidung durch Patient, Eltern, Arzt/Psychologe (44%), gefolgt von Patient und Eltern (12%) und Patient und Arzt (5,5%). Ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen (5,5%) will alleine über die Behandlung entscheiden. Immerhin 33% überlassen Behandlungsentscheidungen anderen Personen, vor allem Eltern (11%), Ärzten (11,9%) oder Arzt und Eltern gemeinsam (10,1%).

Tabelle 76: Partizipationsbedürfnis an Behandlungsentscheidungen während der Behandlung

Wer sollte über die Behandlung entscheiden?	Angaben in %
mit Patientenbeteiligung	61,5
- Patient, Eltern, Arzt/Psychologe	44,0
- Patient, Eltern	12,0
- Patient, Arzt	5,5
Patient allein	5,5
andere	33,0
- Eltern	11,0
- Arzt	11,9
- Arzt, Eltern	10,1

Von der Frage nach den Beteiligungswünschen an Entscheidungen zu unterscheiden ist der Wunsch nach Teilhabe an Gesprächen (Frage: „Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“). Folgt man den Angaben der Kinder und Jugendlichen, lehnen 75,6% einen Ausschluss aus Gesprächen zwischen Arzt und Eltern teilweise bis sehr stark ab, wobei sie folgende Gründe nennen: *„die könnten z.B. über Tabletten oder länger bleiben reden“*, *„weil ich dann gar nicht weiß, was mit mir passiert“*, *„man muss es auch mit dem Kind besprechen, nicht nur mit den Eltern“*, *„Ich will wissen, was passiert. Die entscheiden über mich und dann weiß ich gar nicht Bescheid“*, *„weil ich auch Bescheid wissen will, man macht sich auch Sorgen, von wo es kommt und ob es noch weggeht“*, *„weil das meine Behandlung ist, möchte ich dabei sein – es soll keine Geheimnisse geben“*, *„dann denke ich immer, die sagen etwas Böses über mich“*, *„weil ich alt genug bin und meine Mutter nicht über mich alleine bestimmen soll“*, *„manche Sachen sollen nicht besprochen werden, möchte ich nicht“*.

Demgegenüber befürworten 24,4% der Patienten, dass Arztgespräche ohne kindliche Beteiligung geführt werden: *„manches sollte man nicht mitkriegen, als Kind macht man sich vielleicht zu viele Sorgen“*, *„weil meine Mutter über mich entscheidet, da muss ich nicht dabei sein, ich krieg es eh mit“*, *„wir müssen auch nicht alles hören“*, *„dann muss man nicht direkt streiten“*, *„wenn sie mich danach informieren, ist das in Ordnung“*, *„meine Mutter weiß, was ich will, auf meine Eltern ist Verlass“*.

Hinsichtlich des Bedürfnisses nach Teilhabe an Gesprächen ergibt sich eine knapp signifikante Interaktion zwischen dem Alter und der Art der Störung ($F = 3,920$; $p = .051$) sowie eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht und der Art der Störung ($F = 5,529$; $p = .021$).

Während bei den Jugendlichen die Art der Störung kaum eine Rolle in Hinblick auf ihr Partizipationsbedürfnis spielt, ist das Bedürfnis nach Teilhabe an Gesprächen bei den unter 14jährigen expansiv gestörten Patienten signifikant größer als bei den unter 14jährigen introversiv gestörten Patienten (Abbildung 19 links).

Ein differenzierender Effekt der Art der Störung tritt darüber hinaus bei den Mädchen auf: Mädchen mit expansiven Störungen bekunden das größte Missfallen bei Ausschluss aus Gesprächen, Mädchen mit introversiven Störungen das geringste. Bei den männlichen Patienten zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Art der Störung (Abbildung 19 rechts).

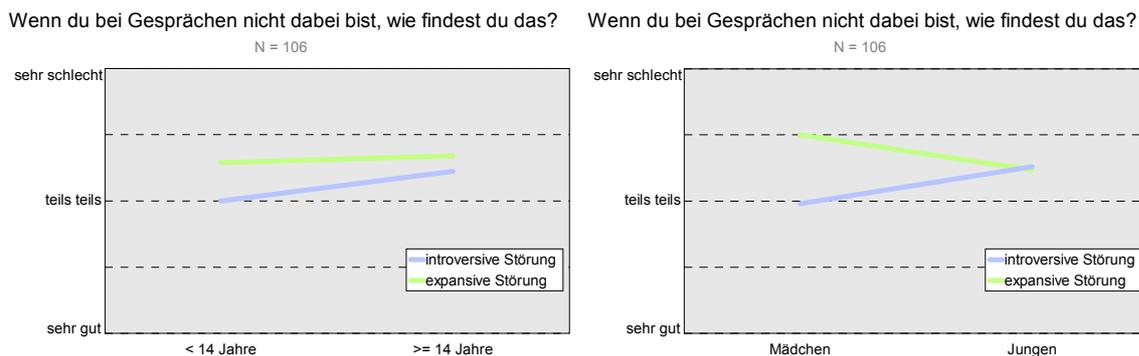


Abbildung 19: Interaktion zwischen Alter und Art der Störung (links) sowie Geschlecht und Art der Störung bezüglich des Partizipationsbedürfnisses

6.4.6.1 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf das Partizipationsbedürfnis während der Behandlung

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Patienten Einfluss auf das geäußerte Partizipationsbedürfnis haben, wurden wiederum einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Wie Tabelle 77 zeigt, ergeben die mit den einzelnen unabhängigen Variablen durchgeführten Varianzanalysen keine signifikanten Ergebnisse.

Tabelle 77: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf das Partizipationsbedürfnis („Wenn du bei Gesprächen nicht dabei bist, wie findest du das?“)

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	0,150	.700
IQ	0,691	.503
Erwerbstätigkeit der Mutter	2,713	.071
Schichtzugehörigkeit der Mutter	1,115	.332
Schulbildung der Mutter	0,433	.650

Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

- Insgesamt 27% aller Patienten erleben eher wenig bis gar keine Teilhabe im Rahmen der Aufnahmeentscheidung, 44,1% fühlen sich eher bis sehr stark beteiligt und 28,9% der Kinder und Jugendlichen zeigen sich in ihrem Antwortverhalten indifferent.

Folgende Faktoren spielen eine Rolle bezüglich des *Ausmaßes wahrgenommener Partizipation*:

- Alter (Jugendliche > Kinder),
- stationäre/ambulante Psychiatrie- oder Psychotherapievorerfahrung (keine Vorerfahrung > Vorerfahrung),
- Tätigkeit der Mutter (Kinder Erwerbstätiger > Kinder Arbeitsloser).

- Die *konkrete Aufnahmeentscheidung* wird aus Sicht der Kinder mehrheitlich von anderen Personen getroffen (64,5%). Jugendliche haben mehrheitlich das Gefühl, mit- oder alleine entschieden zu haben (59,4%).
- Die Aufnahmeentscheidung wird aus Sicht schizophrener und persönlichkeitsgestörter Jugendlicher häufiger allein von anderen Personen getroffen als bei Unabhängigkeit der Variablen zu erwarten gewesen wäre. Depressive Jugendliche sowie Jugendliche mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen werden häufiger als erwartet einbezogen.

Partizipationsbedürfnisse zum Aufnahmezeitpunkt

- Das Bedürfnis nach Partizipation und Autonomie im Hinblick auf die *Aufnahmeentscheidung* steigt mit dem Alter der Patienten: 53,2% der unter 14jährigen äußern den Wunsch nach Teilhabe bzw. Autonomie vs. 77,8% der über 14jährigen. Fast die Hälfte der Kinder und immerhin 22,4% der Jugendlichen wollen demnach nicht in diese Entscheidung einbezogen werden. Auffallend gering ist der Wunsch nach Autonomie bei essgestörten Jugendlichen.
- Insgesamt 79,8% halten Beteiligung an der Aufnahmeentscheidung für wichtig (Jugendliche > Kinder).
- 82,1% der Patienten wünschen sich unabhängig vom Alter *Beteiligung an Arztgesprächen*.
- *Bereiche*, in denen sich Kinder und Jugendliche Entscheidungsmöglichkeiten wünschen, betreffen in erster Linie Therapien, Behandlungsdauer und Bewegungsfreiheit
- 51,1% der Kinder und Jugendlichen berichten von einer Übereinstimmung zwischen gewünschter und wahrgenommener Entscheidungspraxis. 35,7% werden weniger beteiligt als gewünscht und immerhin 13,2% werden mehr einbezogen als gewünscht.

Freiwilligkeit während der Behandlung

- 59,1% der Patienten sind eigenen Angaben zufolge vier Wochen nach Behandlungsbeginn teilweise bis sehr unfreiwillig in der Psychiatrie.
- Jugendliche erleben einen höheren Grad an Freiwilligkeit als Kinder.
- Unter 14jährige Mädchen sind eigenen Angaben zufolge am wenigsten freiwillig in der Klinik.
- Bei Mädchen spielt außerdem die Art der Störung eine größere Rolle als bei Jungen: introversive Mädchen erleben den geringsten Grad an Freiwilligkeit.

Respektvolle und Faire Behandlung (Partizipationsklima)

- 38,1% aller Patienten fühlen sich vom Behandlungsteam eher bis sehr respektvoll behandelt, 61,9% der Kinder und Jugendlichen bezeichnen den Umgang auf den Stationen als teilweise bis gar nicht respektvoll und fair.
- Deutliche Einflüsse üben das Alter (Jugendliche > Kinder) und das Geschlecht (Jungen > Mädchen) der Patienten aus.

Partizipationsbedürfnisse während der Behandlung

- 61,5% der Patienten äußern ein Bedürfnis nach *Teilhabe an Behandlungsentscheidungen*, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Störung.
- 75,6% lehnen einen *Ausschluss aus Arztgesprächen* teilweise bis sehr ab, wobei Mädchen mit expansiven Störungen fehlende Teilhabe am negativsten bewerten.

6.4.7 Emotionale Belastung (Wiethoff/Dippold)

6.4.7.1 Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

Wie bereits im Rahmen der Skalenbildung beschrieben, ließ sich die theoretisch formulierte Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung faktorenanalytisch bestätigen. Der Mittelwert der Stichprobe für diese, aus sieben Items bestehende Skala, liegt bei 3,0 (sd = 1,02), d.h. die Aufnahme wird durchschnittlich weder als belastend noch als nicht belastend erlebt. 34,5% der Kinder und Jugendlichen beschreiben sich durch die Entscheidung der stationären Aufnahme eher bis sehr belastet, 33,8% äußern eher bis gar nicht belastet zu sein.

Im Rahmen der varianzanalytischen Auswertung zeigt sich in Bezug auf die Skala Emotionale Belastung ein sehr signifikanter Haupteffekt für die Variable Geschlecht: Jungen beurteilen ihr Befinden demnach positiver als Mädchen ($F = 10,900$; $p = .001$).

Eine Analyse auf Itemebene liefert differenziertere Aussagen zum geschlechtsspezifischen Belastungserleben.

	Mädchen	Jungen
Als du von der Aufnahme erfahren hast, warst du da... ängstlich?	49,6%	31,5%
...traurig?	49,6%	31,4%
Machst du dir Sorgen...?	46,8%	34,2%

Abbildung 20: Ausmaß der Zustimmung zu ausgewählten Items der Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

Während die Hälfte der Mädchen im Zusammenhang mit der Aufnahmeentscheidung Ängste und Traurigkeit erleben, bejahen nur 30% der Jungen entsprechende emotionale Reaktionen (siehe Abbildung 20).

Unabhängig vom Geschlecht fühlen sich ca. 40% der Patienten aufgrund der stationären Aufnahme jedoch auch erleichtert und zufrieden, knapp 40% der Jungen und 30% der Mädchen sind sogar froh über ihre Aufnahme.

Auf die bevorstehende Behandlung gerichtete Sorgen werden von knapp der Hälfte der Mädchen und von 35% der männlichen Patienten berichtet. Welche Sorgen dies konkret sind, haben wir diejenigen Patienten gefragt, die die Frage nach Sorgen zumindest teilweise bis sehr bejahten (N = 152). Die zu Kategorien geordneten Antworten geben die Hauptinhalte der Sorgen wieder, abgebildet sind nur diejenigen Kategorien, die von mindestens 5% der Patienten genannt wurden.

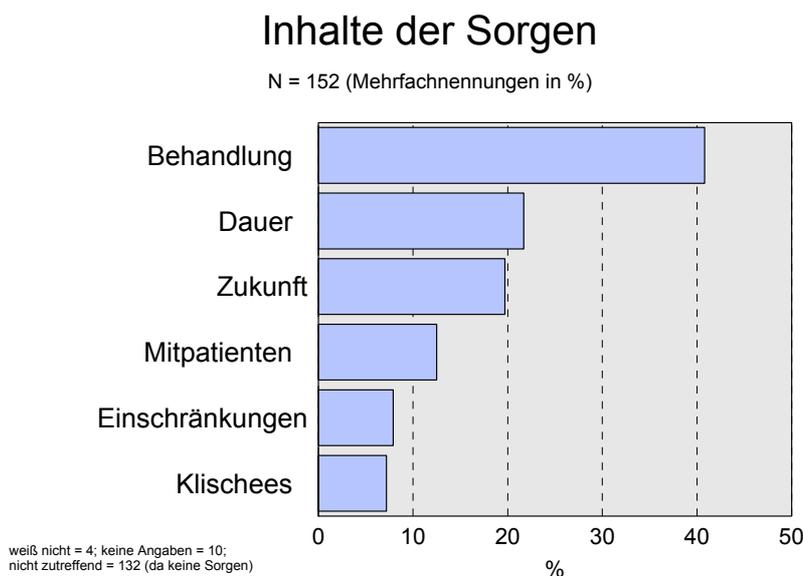


Abbildung 21: Inhalte der Sorgen minderjähriger Patienten

An erster Stelle, mit 40% der Nennungen, stehen dabei Befürchtungen, die sich auf die bevorstehende psychiatrische Behandlung richten („*dass ich ganz viele Spritzen bekomme*“, „*was dort überhaupt passiert, was auf mich zukommt, was man hier macht*“), gefolgt von Sorgen über eine mögliche lange Dauer des stationären Aufenthaltes („*dass sie mich ewig hier behalten*“, „*wie lange die mich einsperren wollen*“). Sorgen beziehen sich auch auf die Zeit nach der Psychiatrie, auf die Zukunft allgemein („*wie es danach ist, wenn ich hier weg bin*“), aber auch auf mögliche negative Konsequenzen der Behandlung

bezüglich Schule und Freundeskreis (*„was hinterher ist, z.B. mit der Schule oder allgemein, wird getratscht“*, *„dass die das in der Schule rauskriegen, dann kommt: du bis in Gehlsheim gewesen, du hast einen IQ wie eine Toaststulle“*), wobei diese Besorgnisse signifikant häufiger von Jugendlichen (40%) als von Kindern (5%) thematisiert werden ($\chi^2 = 13,59$; $p = .000$). Die Gestaltung des Kontaktes zu den Mitpatienten ist eine weitere Sorge, die von den Patienten geäußert wird (*„dass sie mich ärgern, hauen, dass sie mich anbrüllen“*, *„dass die mich nicht nehmen, wie ich bin, dass ich Außenseiter und alleine bin“*). Befürchtet werden auch, insbesondere von den unter 14jährigen (15% Kinder, 3% Jugendlichen; $\chi^2 = 6,882$; $p = .009$), Einschränkungen hinsichtlich Kontaktmöglichkeiten (*„dass ich meine Eltern nicht mehr sehe“*, *„dass ich am Wochenende nicht nach Hause kann“*) sowie ein Entzug von Freiheiten allgemein (*„ob man hier Freiraum hat, was passiert, wenn ich etwas falsch mache“*). Schließlich nennen 7% der Patienten in der Kategorie „Klischees“ zusammengefasste unrealistische Befürchtungen darüber, *„dass man ruhig gestellt wird“*, *„wird man vielleicht geschlagen?“*, *„dass man gesund rein kommt und krank wieder raus“*.

Auf die Frage: *„Hast du die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie als belastend erlebt?“*, die ebenfalls in der Skala Emotionale Belastung enthalten ist, antwortet die Hälfte aller Patienten ($N = 139$) mit teilweise bis sehr stark. Welche konkreten Belastungen erlebt werden, haben wir anhand einer offenen Frage eruiert. Abbildung 22 gibt einen Überblick über die Nennungen, die inhaltlich geordnet und zu Kategorien zusammengefasst wurden, wobei aus Gründen der Übersicht nur die Kategorien, die von mindestens 5% der Probanden genannt wurden, aufgeführt sind.

Was war bei deiner Aufnahme belastend?

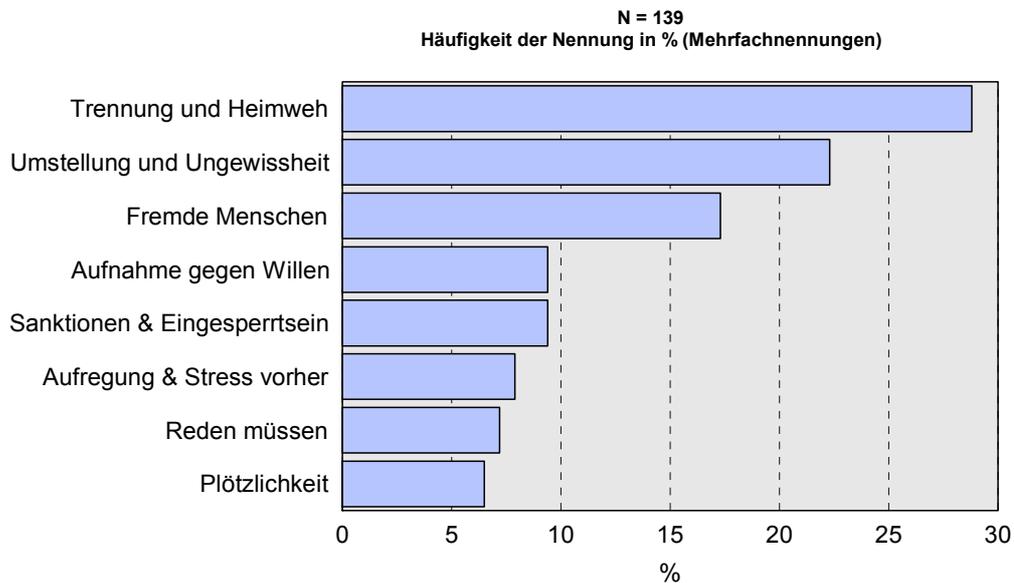


Abbildung 22: Belastungen bei der Aufnahme aus Patientensicht

Mit 30% die insgesamt am häufigsten genannte Belastung ist aus Sicht der Kinder und Jugendlichen die erfolgte Trennung von Familie und Freunden und das damit verbundene Heimweh („*dass Mama dann wieder weg ist*“, „*es ist schwer, sich von zu Hause zu trennen*“, „*weil ich dann meine Kumpels vermisste*“). Signifikante Alterseffekte ($\chi^2 = 4,283$; $p = .035$) verdeutlichen darüber hinaus, dass sich Kinder (40%) von dieser Belastung häufiger betroffen fühlen als Jugendliche (23%).

Die Umstellung auf die neue, ungewohnte Umgebung sowie die Ungewissheit insgesamt wird von 22% der Patienten als ein weiterer Belastungsfaktor genannt („*weil alles neu ist*“, „*es ist alles ganz anders als zu Hause*“). Auch die Konfrontation mit Mitpatienten und Klinikpersonal, insgesamt von 17% genannt, sehen die Patienten als eine Belastung an („*weil ich Angst hatte, dass die Kinder mich nicht mögen*“, „*weil ich da niemanden kannte, da musste man sich ja auch erst an die anderen gewöhnen*“).

Belastend aus Sicht der Patienten ist weiterhin (10% Nennungen), dass die Aufnahme gegen den eigenen Willen erfolgte („*weil ich gar nicht so möchte, dass ich hier bin*“, „*weil ich gezwungen wurde*“). Einschränkungen durch

Stationsregeln, insbesondere bezogen auf die Bewegungsfreiheit, werden darüber hinaus als belastend erlebt („*hier ist es wie ein Käfig*“, „*weil ich mir hier wie im Knast vorkomme*“, „*habe wenig Rechte*“). Stress und Aufregung allgemein ist ein weiterer Aspekt, den die Patienten als belastend empfinden („*war zu viel Hektik*“, „*ich war aufgeregt*“), und auch die Aufnahmegespräche werden zum Teil als quälend erlebt („*alles immer wieder erzählen*“, „*bei der Aufnahme dachte ich, ich werde ausgefragt*“, „*zugelabert mit Fachausdrücken von Doktoren*“). Weitere acht Patienten nennen den Umstand, „*dass es so plötzlich ging, dass ich einen Platz bekam*“ als unangenehmen Faktor.

6.4.7.2 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf die Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Kindes Einfluss auf die emotionale Belastung in Bezug auf die Aufnahme haben, wurden entsprechend dem bereits beschriebenen Vorgehen einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Für die Skala Emotionale Belastung ergibt die Durchführung mehrerer einfaktorieller Varianzanalysen einen signifikanten Haupteffekt in Bezug auf die unabhängige Variable Erwerbstätigkeit der Mutter ($F = 3,258$, $p = .041$). Nachträgliche Scheffé-Tests zeigen, dass sich Patienten arbeitsloser Mütter (17% arbeitslose Mütter in Rostock, 2% in der Weissenau) signifikant stärker belastet fühlen als Kinder erwerbstätiger Mütter und tendenziell mehr als Kinder nichterwerbstätiger Mütter. Auch dieses Ergebnis betrifft wiederum vorwiegend die Rostocker Stichprobe.

Tabelle 78: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	0,861	.354
IQ	1,700	.185
Erwerbstätigkeit Mutter	3,258	.040
Schichtzugehörigkeit der Mutter	1,102	.334
Schulbildung der Mutter	0,113	.893

6.4.7.3 Die Aufnahme entlastende Faktoren aus Patientensicht

Anhand der offenen Frage *“Was würde aus deiner Sicht die Aufnahme in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie erleichtern - wie müsste es sein, damit Kinder und Jugendliche freiwillig hierher kommen?”* sollen konkrete, belastungsreduzierende Vorschläge der minderjährigen Patienten aufgegriffen werden. Die Antworten der Kinder und Jugendlichen, die zum Teil verschiedene Aspekte umfassen, wurden zu Kategorien zusammengefasst, Mehrfachnennungen waren demnach möglich. In die Abbildung aufgenommen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nur diejenigen Kategorien, die von wenigstens 5% der Patienten genannt wurden.

Was würde deiner Meinung nach die Aufnahme erleichtern?

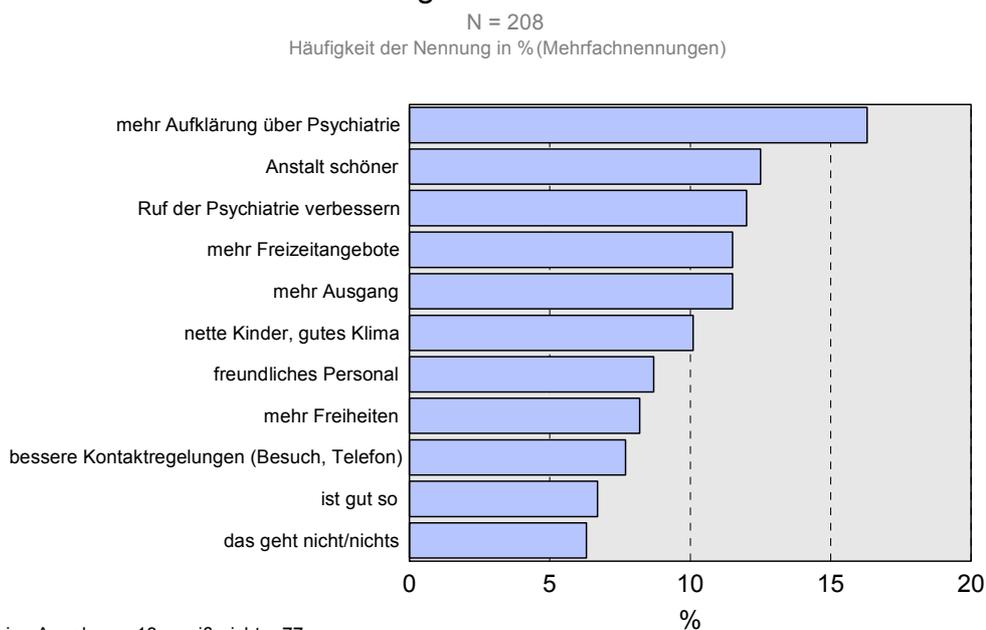


Abbildung 23: Prozentuale Häufigkeiten der die Aufnahme erleichternden Faktoren

Insgesamt mehr Aufklärung über die Psychiatrie wird mit 16% der Nennungen am häufigsten als entlastender Faktor von den Patienten benannt. Im Einzelnen fordern die Kinder und Jugendlichen folgendes: *„mehr erklären, was passiert, wie der Tagesablauf ist. Die Ärzte sollen mehr zeigen, deutlich machen, dass sie helfen wollen...“*, *„genaue Informationen, was einen hier erwartet“*, *„Sie sollten, bevor sie in die Klinik kommen, mal die Klinik anschauen und sehen, wie die Jugendlichen da leben“*, *„vielleicht ein klärendes Gespräch, was gemacht wird und wie, um die Angst zu nehmen“*, *„mehr erklären, wie es hier ist – man wird hier nicht eingesperrt“*, *„wenn andere Patienten einem alles zeigen würden“*.

Eine Erleichterung der Aufnahme durch die Verschönerung des Geländes, des Gebäudes und der Zimmer nennen 12,5% der Patienten: *„die Zimmer sind zu klein, die Schränke auf dem Flur, da kann jeder reingucken“*, *„Zimmer schöner und größer“*, *„bessere Betten“*, *„vielleicht sollte es nicht so auffällig aussehen, es sieht nicht besonders Vertrauen erweckend aus“*, *„eine bessere Lage der Klinik, nicht so weit draußen. Damit man sich nicht so abgeschoben fühlt.“*

Weitere 12% plädieren für die Verbesserung des Ansehens der Psychiatrie in der Gesellschaft, wobei signifikant mehr Antworten von Jugendlichen (18,5%) als von Kindern (2,4%) in diese Kategorie fallen ($\chi^2 = 12,378$; $p = .000$). Befürchtet wird in diesem Zusammenhang beispielsweise: *„Wer das hört, denkt an Verrückte. Man könnte raus gehen, das Vorurteil abzubauen“*, *„Psychiatrie ist negativ behaftet, die Vorstellung in der Gesellschaft müsste sich ändern“*, *„Wenn nicht überall bei dem Wort Psychiatrie das Wort Verrückte fallen würde, wäre es nicht so schlimm“*, *„Allein das Wort Psychiatrie ist schon schrecklich“*.

Vor allem für die unter 14jährigen Patienten würde die Aufnahme in die Klinik durch das Angebot von abwechslungsreichen Freizeitmöglichkeiten erheblich erleichtert werden: *„Es müsste besser als zu Hause sein, ins Kino gehen, was unternehmen“*, *„mehr Sport machen, Fußball oder so“*, *„bei kleinen Kindern Spielzeug unter dem Bett, für Ältere Zeitungen“* ($\chi^2 = 3,630$; $p = .057$). Die Kategorie „mehr Ausgang“, die von insgesamt 11,5% der Patienten genannt wird, umfasst Aussagen wie beispielsweise *„dass man mehr alleine raus darf“*,

„man sollte auf dem Gelände frei rumlaufen können“, „auch mal ohne Begleitung irgendwo hingehen können“.

Auch ein insgesamt freundlicheres Klima würde den Angaben der Kinder und Jugendlichen zufolge den Behandlungsbeginn erleichtern: zum einen unter den Mitpatienten (10% der Nennungen): *„Da müssten liebe Kinder da sein“, „Wenn die Kinder freundlicher wären“*, zum anderen bezogen auf das Personal (8,7% der Nennungen): *„nicht ständig rum meckern“, „Wenn die Betreuer nicht so streng wären“, „Ärzte und Schwestern müssten ein bisschen netter sein“*. Der Wunsch nach freundlicherem Personal geht vor allem auf die unter 14jährigen Patienten zurück ($\chi^2 = 8,296$; $p = .004$).

Ganz allgemein mehr Freiheiten und weniger strenge Regeln würden für 8,2% der Patienten die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie erleichtern. Eine bessere Kontaktregelung, die von insgesamt 7,7% der Kinder und Jugendlichen thematisiert wird, bezieht sich einerseits darauf *„dass man telefonieren kann, mit wem man will“* oder auf *„Handys auf Station“*, andererseits auf *„mehr Besuchszeiten“, „wenn Freunde von mir hier wären, mich besuchen könnten vor 6 Uhr abends“* oder *„wenn die Eltern einen jeden zweiten Tag besuchen würden“*.

Insgesamt 6% der Patienten zeigen sich mit der gegenwärtigen Situation einverstanden und würden alles so lassen, wie es ist (*„Ist so, dass man hier gerne herkommt“, „Ich fand es richtig gut. Als ich kam, waren alle freundlich, der Zimmergenosse hat mir alles gezeigt“*).

Kritisch bezüglich einer Verbesserung der Aufnahme äußern sich darüber hinaus 6% der Kinder und Jugendlichen mit folgenden Begründungen: *„Da kann man nichts machen, weil niemand aus seiner sozialen Umgebung raus will“, „Ich glaube, das geht gar nicht, man kommt hier her um Probleme zu bewältigen und wird mit diesen konfrontiert. Würde man alles so gestalten, dass es dem Patienten gefällt, würde er es nur zu leicht haben und es würde nichts helfen“, „Hier wird keiner freiwillig her kommen“*.

Antworten, die von weniger als 5% der Kinder und Jugendlichen genannt wurden und damit nicht in der Abbildung enthalten sind, beziehen sich auf den Umgang mit Essen und Trinken (4,3% - *„Es ist schlimm, dass man keine*

Getränke mit aufs Zimmer nehmen kann“, „Sie sollen einem nicht die Naschsachen wegnehmen“), auf allgemein mehr Mitsprache- und Entscheidungsrechte (4,3% - „dass man zu nichts gezwungen wird, was man nicht möchte“, „dass man entscheiden kann, wann man kommt“), aber auch auf mehr Privatsphäre (3,8% - „dass man nicht überall kontrolliert wird“, „die Klinik sollte respektieren, dass Eltern nicht alle Infos erhalten dürfen“, „es ist zu eng, keine Privatsphäre, nicht mal auf Klo“). 2,9% der Patienten denken, die Möglichkeit, „auch wieder gehen zu können, wenn sie wollen“ oder „wenn man den Druck lässt“ könnte die Aufnahme in die Klinik erleichtern. Jeweils 2,4% der Kinder und Jugendlichen sehen „gutes Fernsehprogramm“, „länger Fernsehen“ bzw. „später schlafen gehen“ oder „morgens netter aufwecken“ als einen weiteren Weg, Kinder und Jugendliche freiwillig in die Psychiatrie zu bringen. Antworten, die nur vereinzelt genannt wurden und sich keiner der beschriebenen Kategorien zuordnen ließen, wurden in einer Restkategorie zusammengefasst. Insgesamt 9,1% der Nennungen fallen in diese Kategorie, beispielsweise Äußerungen wie „Jungs und Mädchen getrennt und nur bei Therapien und Unterhaltung zusammen“, „dass man nur 2-3 Wochen bleiben muss“, „bei der Aufnahme sollten nicht so viele Personen dabei sein“, „die bohrenden Fragen nerven“.

6.4.7.4 Negative Erwartungen an die Behandlung aus Patientensicht

20% der Patienten (N = 59) rechnen zumindest teilweise mit negativen Auswirkungen durch den Aufenthalt in der Psychiatrie. 44 Kinder und Jugendliche können ihre Befürchtungen begründen (Abbildung 24).

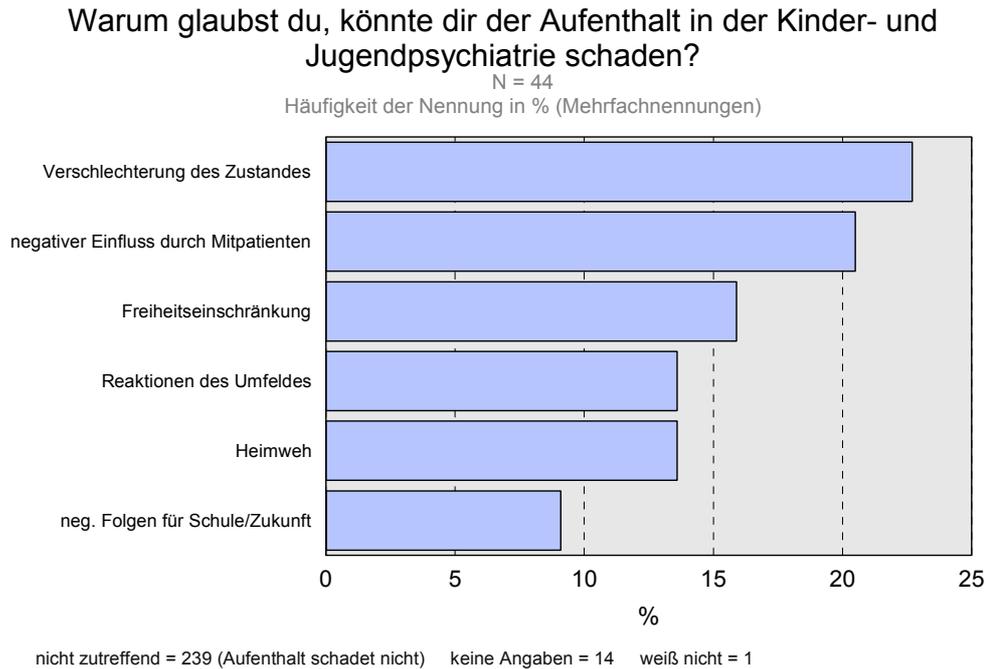


Abbildung 24: Prozentuale Häufigkeiten der Inhalte der Sorgen

Ganz allgemein eine Verschlechterung ihres Zustandes oder eine Zuspitzung ihrer Probleme durch den Aufenthalt befürchten 22,7% der 44 Patienten, die die Frage nach möglichem Schaden durch die Psychiatrie bejahen: „*Ich komme hier normal rein und gestört wieder raus*“, „*dass ich mir wegen der Psychiatrie einrede, nicht normal zu sein*“, „*ich dreh hier nur noch mehr durch*“, „*es könnte sein, dass ich hier verrückt werde*“.

Durch den Umgang mit anderen Patienten negativ beeinflusst zu werden, vermuten 20,5% der Befragten, wobei diese Sorge lediglich von den Jugendlichen thematisiert wird: „*vielleicht könnte ich von einigen was abgucken*“, „*weil ich hier von anderen mit in ihre Probleme rein gezogen werde, die anderen stecken mich so ein bisschen an*“, „*weil das Verhalten derjenigen Patienten, die schwere psychische Probleme haben, auf mich abfärben könnte*“, „*einige ritzen sich da auch ganz schön, ich habe Angst, dass ich zurückfalle und noch schlimmer anfange*“.

15,9% der Patienten befürchten, durch die Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit Schaden zu nehmen: „*durch die eingeschränkte Bewegungsfreiheit könnte ich wirklich kollabieren*“, „*ich kann es nicht ab, eingesperrt zu sein*“, „*weil ich in einer schwierigen Situation bin und es dann*

nicht ertrage, gefangen zu sein...und die Unsicherheit, ob ich wieder raus komme, weil ich nicht raus darf – nur ein Telefonat am Tag“, „hier wird man irr, weil man nicht raus darf“.

Eine weitere Befürchtung, die von insgesamt 13,6%, vor allem jugendlichen Patienten geäußert wird, bezieht sich auf negative Reaktionen des Umfeldes und wird folgendermaßen begründet: *„es könnte den Umgang mit meinen Freunden verschlechtern, weil sie Vorurteile haben“, „in der Schule wird man von den Lehrern anders behandelt“, „weil ich den Einfluss in Güstrow (Heimatort) verliere und von vorne anfangen muss, wenn ich wieder komme“, „weil mein Freund mich verlassen könnte und das schadet mir, mir würde es schlechter gehen“.*

Schaden durch die Trennung von zu Hause (*„...dass die Beziehung zu meinen Eltern schlechter wird, weil ich sie nur zweimal die Woche sehe“, „ich habe jetzt eine gute Beziehung zu meiner Mutter, vielleicht verschlechtert sich das“, „ich halte es hier nicht aus, die ganze Zeit Heimweh zu haben“*) wird von ebenfalls 13,6% der Kinder und Jugendlichen befürchtet.

Vier Patienten – ausschließlich Mädchen – sorgen sich ferner um ihre Zukunft *„...vor allem schulisch, ich war sehr lange krank und habe sehr wenig Zensuren“, „es könnte für meine Zukunft schlecht sein“, „bei der späteren Arbeitssuche könnte es Schwierigkeiten deswegen geben“.*

In einer weiteren Restkategorie, die nicht in die Abbildung aufgenommen wurde, sind Antworten zusammengefasst, die sich den anderen inhaltlichen Kategorien nicht zuordnen ließen (N = 8). Durch Medikamente geschädigt werden zu können, befürchten beispielsweise zwei der Kinder und Jugendlichen. *„Dass man mir nicht alles erklärt hier, was man machen muss und so“* oder *„ich habe Angst, ins Heim zu kommen hinterher“* sind weitere Sorgen der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

6.4.7.5 Emotionale Belastung während der Behandlung

Der Mittelwert der Skala Emotionale Belastung während der Behandlung liegt bei 2,58 (sd = 1,0), was einer durchschnittlichen Beantwortung zwischen teils teils und eher keine Belastung entspricht. 54,9% der Patienten fühlen sich eher nicht bis gar nicht belastet. Demgegenüber sind es nur 19,8% der Patienten, die sich während der Behandlung eher belastet bis sehr belastet fühlen.

Im Rahmen von 3-Weg-Varianzanalysen wurden die Einflüsse von Alter (< 14 Jahre vs. \geq 14 Jahre), Geschlecht sowie Störungsgruppe (expansive vs. introversive Störungen) untersucht.

Demnach wird das emotionale Befinden vier Wochen nach der stationären Aufnahme von den Jungen wiederum signifikant positiver bewertet als von den Mädchen ($F = 4,968$; $p = .028$).

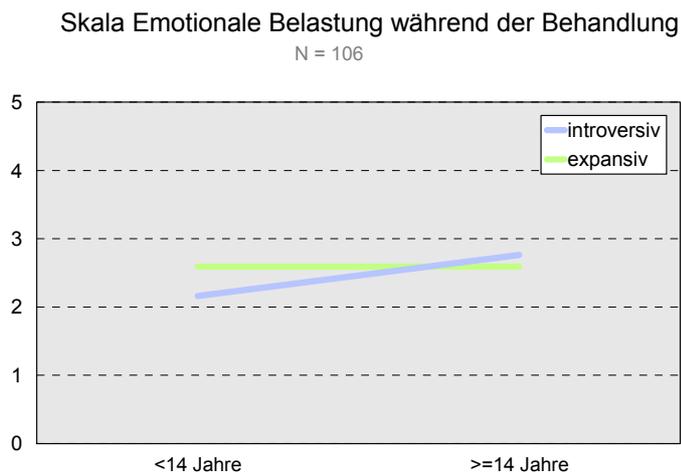


Abbildung 25: Interaktion der Art der Störung mit dem Alter

Bezüglich der Art der Störung zeigt sich eine Interaktion mit dem Alter ($F = 5,265$; $p = .024$). Für Patienten mit expansiven Störungen spielt demnach das Alter keine Rolle im Hinblick auf ihre Belastungseinschätzung. Während jedoch die unter 14jährigen Patienten mit introversiven Störungen die geringste Belastung angeben, äußern sich die über 14jährigen Patienten mit introversiven Störungen am negativsten über ihr Befinden (Abbildung 25).

Weiteren inhaltlichen Aufschluss über die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten auf der Belastungsskala liefert Abbildung 26 (links).

Demzufolge fühlen sich etwa doppelt so viele Mädchen wie Jungen bei der Beurteilung der vergangenen Woche auf Station traurig - immerhin 50% - und etwa 40% der Mädchen gegenüber ca. 30% der Jungen schildern Gefühle von Einsamkeit. In der Beschreibung des Ausmaßes des Angsterlebens, das im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt deutlich abnahm, fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern weniger deutlich aus und liegen bei 19 bzw. 16%.

Darüber hinaus bestehen zwischen den unter und über 14jährigen introversiven Patienten deutliche Unterschiede im Belastungserleben. Das Ausmaß der Zustimmung dieser beiden Extremgruppen zu einzelnen Skalenitems zeigt die rechte der beiden Abbildungen.

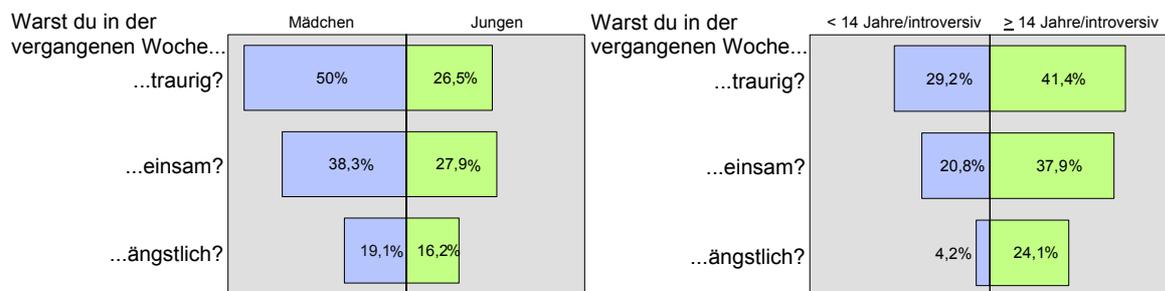


Abbildung 26: Ausmaß der Zustimmung zu ausgewählten Items der Skala Emotionale Belastung während der Behandlung

6.4.7.6 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf die Skala Emotionale Belastung während der Behandlung

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Kindes Einfluss auf die emotionale Belastung während der Behandlung haben, wurden entsprechend dem bereits beschriebenen Vorgehen einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Für die abhängige Variable Emotionale Belastung ergab die Durchführung mehrerer einfaktorieller Varianzanalysen keine signifikanten Effekte (vgl. Tabelle 79).

Tabelle 79: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Emotionale Belastung während der Behandlung

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	0,296	.587
IQ	1,464	.236
Erwerbstätigkeit Mutter	1,399	.252
Schichtzugehörigkeit der Mutter	0,328	.721
Schulbildung der Mutter	0,189	.828

6.4.7.7 Be- und Entlastungsfaktoren im Rahmen der Behandlung aus Patientensicht

Bei der Beantwortung der offenen Fragen zu Be- und Entlastungsfaktoren waren Mehrfachantworten möglich, die Angaben wurden ihrem Inhalt entsprechend zu Kategorien zusammengefasst und bis zu einer relativen Häufigkeit von 5% in die folgenden Abbildungen aufgenommen.

Was war seit deiner Aufnahme am angenehmsten für dich ?

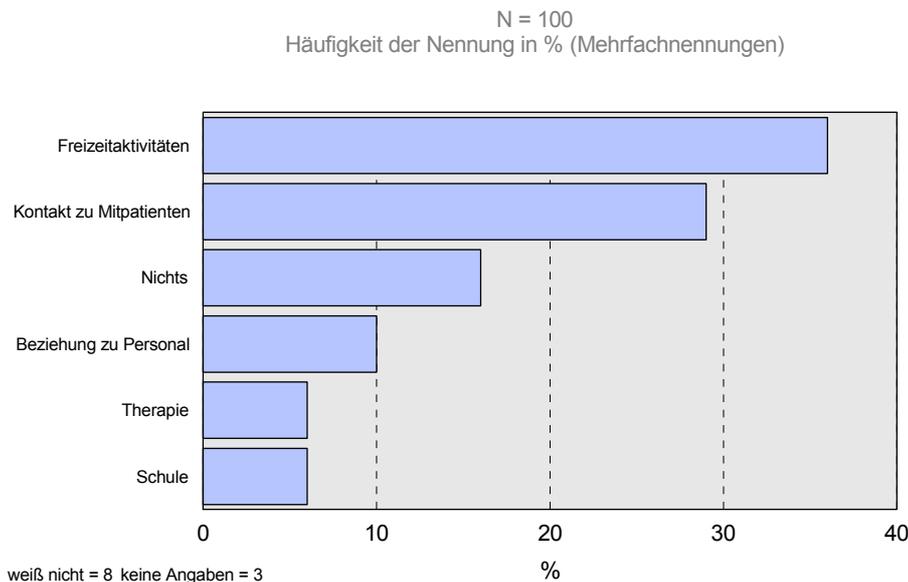


Abbildung 27: Prozentuale Häufigkeit angenehmer Dinge seit der Aufnahme

Konkrete Angaben über Dinge, die im Verlauf der Behandlung positiv erlebt wurden, äußern 90% (N = 100) der Kinder und Jugendlichen (vgl. Abbildung 27). Freizeitaktivitäten werden an erster Stelle genannt: „dass wir jede Woche schwimmen gehen“, „dass wir auf den Spielplatz durften“, „dass wir oft in der Stadt sind“, „dass wir in den Ferien Video gucken dürfen“, gefolgt von

Aussagen, in denen der Kontakt zu Mitpatienten als hilfreich beschrieben wird: „dass ich mich mit allen verstehe, gibt mir Mut und Kraft“, „Gespräche unter Mitpatienten“, „gute Augenblicke mit anderen“, „dass ich mich mit so vielen angefreundet habe“.

Auch die Beziehung zum Klinikpersonal wird von 10% der Probanden als besonders angenehm erlebt: „ich mag einige Schwestern sehr“, „dass die Ärzte zuhören“. Jeweils 6% der Kinder und Jugendlichen äußern sich weiterhin positiv gegenüber Therapien: „Einzelgespräche“, „Musik- Physiotherapie“ sowie gegenüber der Klinikschule. Dass ihnen während der ersten vier Behandlungswochen „eigentlich gar nichts“ positives widerfahren ist, meinen immerhin 16% der Patienten.

82 Patienten nennen demgegenüber mindestens ein als unangenehm empfundenen Ereignis, während 21,9% der Kinder und Jugendlichen gar nichts als unangenehm erlebt haben (vgl. Abbildung 28).

Was war seit deiner Aufnahme am unangenehmsten für Dich?

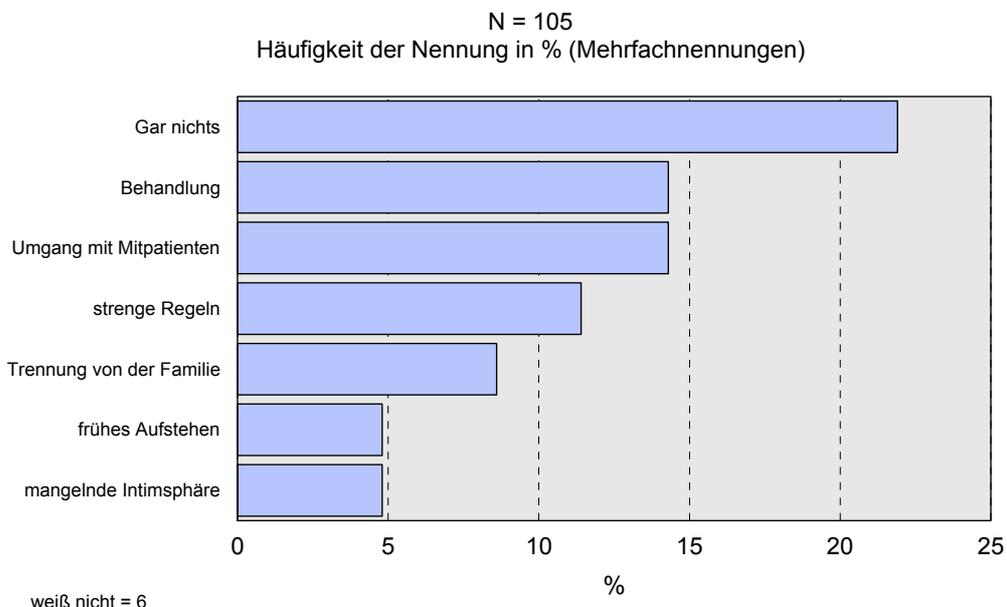


Abbildung 28: Prozentuale Häufigkeit unangenehmer Erlebnisse seit der Aufnahme

An erster Stelle der als unangenehm erlebten Dinge steht die Behandlung (16,2%): *„die vielen Fragen“, „die Gespräche, wo man mich ausgefragt hat“, „die Spritze am Anfang“, „die Nebenwirkung von den Tabletten“, „dass ich von einem Tag auf den anderen essen musste“* und *„in den Becher pinkeln“*. Der Umgang mit den Mitpatienten wird von 14,3% als unangenehm geschildert: *„ich hatte Angst, dass die Kinder mich nicht leiden können“, „neue Freunde finden, war schwierig“, „das ich hier so allein bin“* oder *„das Neue an sich, dass ich die Leute nicht kannte“*. 11,4% der Befragten äußern sich unzufrieden über die strengen Regeln: *„dass es wegen Kleinigkeiten wahrscheinlich Strafen gibt“, „dass sie immer so brüllen“, „dass wir morgens immer so doof aufgeweckt werden – Tür auf und sie schreit „Aufstehen!““, „dass ich meine Haare nicht schneiden durfte“, „die Schwestern meckern immer so viel rum, wenn man mal zu spät zur Schule kommt“*. Die Trennung von der Familie (*„dass meine Eltern weg sind“, „dass ich am ersten Wochenende nicht nach Hause konnte“, „wenn ich nach dem Wochenende wieder hierher zurück muss“*) erleben insgesamt 8,6% der Kinder und Jugendlichen als das unangenehmste Erlebnis.

Für 4,8% der Patienten ist ferner *„das frühe Aufstehen“, „dass man morgens nicht ausschlafen kann“* bzw. *„dass man immer so früh ins Bett muss“* eine unangenehme Erfahrung während der stationären Behandlung, für ebenso viele die fehlende Intim-/Privatsphäre: *„dass sich alle zusammen waschen“, „dass man in der Dusche nicht einmal die Tür abschließen kann, da haben die Mädchen schon mal rein geguckt“, „beim Urintest, dass die Schwester daneben stand“, „nie Ruhe im Zimmer“*.

Jeweils vier Patienten erleben ferner die Aufenthaltsdauer (*„als man mir am ersten Tag gesagt hat, wie lange ich bleiben muss“, „so lange weg von zu Hause und am Wochenende muss ich bleiben“*), die Ausstattung der Klinik (*„die keimigen Duschen“, „die Betten sind so hart“*), die Aufnahmesituation in die Klinik (*„das Warten bis man dran kommt“, „da zu sitzen und zu warten bei der Aufnahme“*) sowie den mangelnden Freiraum (*„dass ich nicht raus durfte, ich habe meine Freunde nicht oft gesehen“, „dass ich nicht raus kann auf dem Gelände, zu wenig Freizeit, ich hab mich eingesperrt gefühlt“*) als das unangenehmste Erlebnis.

Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung

- Als eher bis sehr belastend erleben 34,5% der Patienten die Aufnahmeentscheidung, wobei in erster Linie die Trennung von zu Hause, die Ungewissheit sowie die vielen fremden Menschen als Belastung empfunden werden.
- Mädchen erleben im Rahmen der Aufnahmeentscheidung mehr Belastung als Jungen, ebenso Kinder arbeitsloser Mütter (vor allem auf Rostock zurückzuführen).
- Die von etwa der Hälfte der Mädchen und 35% der Jungen genannten Sorgen beziehen sich überwiegend auf die bevorstehende Behandlung, die Länge des Aufenthaltes sowie auf die Zukunft und die Reaktion von Freunden nach der Entlassung.
- Erleichterung der Aufnahme versprechen sich die Patienten in erster Linie durch mehr Aufklärung über die Psychiatrie, durch eine Verschönerung der Klinik und eine Verbesserung des Rufs der Psychiatrie sowie durch mehr Freizeitangebote und mehr Ausgang.
- Persönlichen Schaden durch den Klinikaufenthalt befürchten 20% der Kinder und Jugendlichen, beispielsweise eine Verschlechterung ihres Zustands, negative Einflüsse durch Mitpatienten, Schaden durch die Freiheitseinschränkungen oder Stigmatisierung durch das Umfeld.

Emotionale Belastung während der Behandlung

- 19,8% der Patienten äußern einen hohen Grad emotionaler Belastung während der Behandlung (Mädchen > Jungen).
- Als besonders angenehm seit der Aufnahme in die Klinik werden von den Patienten beispielsweise die Freizeitaktivitäten, die Beziehung zu Mitpatienten sowie zum Behandlungsteam erlebt. Als besonders unangenehm werden demgegenüber u.a. die Behandlung, die Kontaktaufnahme zu den Mitpatienten sowie die strengen Regeln auf Station beschrieben.

6.4.8 Stigma (Dippold/Wiethoff)

Wie bereits im Rahmen der Skalenbildung beschrieben, ließ sich für den Zeitpunkt der stationären Aufnahme die von uns a priori gebildete Skala Stigma nicht zufrieden stellend bestätigen, so dass lediglich zwei Einzelitems ausgewählt wurden, die im Folgenden beschrieben werden.

Die Frage nach der *Geheimhaltung* des Klinikaufenthaltes wird von insgesamt 38,7% der Patienten zumindest teilweise bejaht. 61,3% der Kinder und Jugendlichen haben demgegenüber nicht die Absicht, ihre stationäre Behandlung vor anderen zu verheimlichen.

Die Interaktion der regionalen Zugehörigkeit mit der Art der Störung ($F = 5,767$; $p = .017$) zeigt ferner, dass es einen regionalen Unterschied in der Geheimhaltung nur bei den introversiv gestörten Patienten gibt. Demnach bejahen 52,1% der Weissenauer introversiv gestörten Patienten diese Frage, gegenüber 24,3% der Rostocker introversiv gestörten Kindern und Jugendlichen.

Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?

N = 286

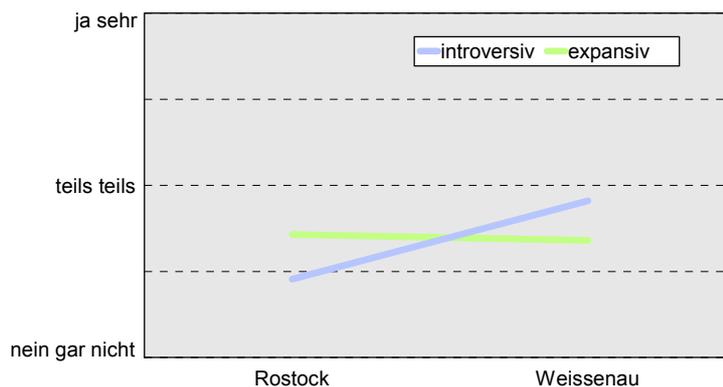


Abbildung 29: Interaktion der regionalen Zugehörigkeit mit der Art der Störung bezüglich der Geheimhaltung des Klinikaufenthaltes

30% der Patienten rechnen zumindest teilweise damit, dass andere sich über ihren Psychriaufenthalt lustig machen. Im Rahmen der varianzanalytischen

Auswertung ergibt sich zunächst ein signifikanter Haupteffekt für des Geschlecht ($F = 7,672$; $p = .006$), der darauf hindeutet, dass Mädchen grundsätzlich besorgter sind über Gerede in ihrem Umfeld als Jungen. Die signifikante Interaktion zwischen dem Geschlecht und der Störungsart ($F = 5,992$; $p = .015$) zeigt jedoch deutlich, dass der signifikante Unterschied zwischen den Geschlechtern lediglich in der Gruppe der expansiv gestörten Kinder und Jugendlichen besteht: Mädchen mit expansiven Störungen, von denen 50% diese Frage eher bis sehr bejahen, sind insgesamt deutlich am stärksten über derartige Reaktionen ihrer Umwelt besorgt. Bei allen anderen Patienten liegt der Prozentsatz mit durchschnittlich 30% Zustimmung deutlich niedriger.

Denkst du, dass andere sich darüber lustig machen, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?

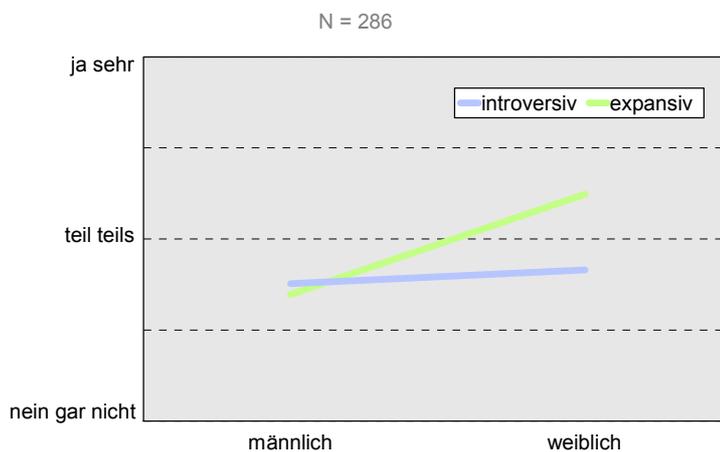


Abbildung 30: Interaktion des Geschlechts mit der Art der Störung

6.4.8.1 Effekte von soziodemographischen Faktoren, Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie IQ auf die befürchtete Stigmatisierung

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit soziodemographische Faktoren (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, gegenwärtige Erwerbstätigkeit), Vorerfahrungen des Patienten mit Psychiatrie bzw. Psychotherapie sowie intellektueller Status des Kindes Einfluss auf die befürchtete Stigmatisierung haben, wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Bezogen auf die abhängige Variable „Glaubst du, andere machen sich darüber lustig, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?“ ergibt die

Durchführung mehrerer einfaktorieller Varianzanalysen hinsichtlich der unabhängigen Variablen intellektuelle Leistungsfähigkeit einen signifikanten Haupteffekt ($F = 4,153$; $p = .017$). Nachträglich durchgeführte Scheffé-Tests zeigen, dass überdurchschnittlich intelligente Patienten signifikant häufiger glauben, dass sich andere über sie lustig machen als durchschnittlich und unterdurchschnittlich intelligente Kinder und Jugendliche.

Tabelle 80: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Stigma („Glaubst du, andere machen sich darüber lustig, dass du in der KJPP bist?“)

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	3,068	.081
IQ	4,153	.017
Erwerbstätigkeit Mutter	0,556	.574
Schichtzugehörigkeit der Mutter	1,631	.198
Schulbildung der Mutter	1,935	.147

Für die abhängige Variable „*Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bist?*“ ergibt sich im Rahmen der einfaktoriellen Varianzanalyse ebenso ein sehr signifikanter Haupteffekt bezüglich der unabhängigen Variablen intellektuelle Leistungsfähigkeit ($F = 8,260$; $p = .000$). Nachträgliche Scheffé-Tests zeigen, dass wiederum überdurchschnittlich intelligente Patienten ihren Aufenthalt hochsignifikant mehr geheim halten als durchschnittlich und unterdurchschnittlich intelligente Patienten.

Tabelle 81: Effekte einzelner unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable Stigma („Hältst du es vor anderen geheim, dass du in der KJPP bist?“)

Unabhängige Variable	F	p
Stationäre/ambulante Vorerfahrung	0,019	.892
IQ	8,260	.000
Erwerbstätigkeit Mutter	0,113	.893
Schichtzugehörigkeit der Mutter	1,007	.367
Schulbildung der Mutter	1,171	.312

Stigma

50% der Kinder und Jugendlichen befürchten, dass andere sich über ihren Klinikaufenthalt lustig machen:

- Mädchen > Jungen (vor allem Mädchen mit expansiven Störungen)
- überdurchschnittliche Intelligenz > durchschnittliche/unterdurchschnittliche Intelligenz

39% der Patienten haben zum Zeitpunkt der Aufnahme die Absicht, ihren Aufenthalt geheim zu halten:

- überdurchschnittliche Intelligenz > durchschnittliche/unterdurchschnittliche Intelligenz

6.5 Zusammenhangsanalysen

6.5.1 Querschnittliche Analysen für den Aufnahmezeitpunkt (T1)

6.5.1.1 Zusammenhänge zwischen Partizipation und Emotionaler Belastung I sowie Motivation I (Wiethoff)

Hypothesenkonform ergibt sich zwischen den Skalen Partizipation und Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung ein hochsignifikanter negativer Zusammenhang, d.h. ein hoher Grad an Partizipation geht mit einem geringen Grad emotionaler Belastung einher.

Bestätigt wird ebenso die Hypothese, dass Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung mit einer hohen Behandlungsmotivation einhergeht. Hierbei zeigen sich positive Korrelationen zu allen drei Skalen der Behandlungsmotivation, insbesondere jedoch zur Einstellung zur Behandlung (vgl. Tabelle 82).

Tabelle 82: Korrelationen zwischen Partizipation, Emotionaler Belastung I und Behandlungsmotivation I

	Partizipation
Emotionale Belastung I	-.493***
Einstellung zur Behandlung I	.470***
Problembezogene Behandlungsmotivation I	.265***
Leidensdruck I	.149*

* $p < .05$ *** $p < .001$ N = 288

Zur Absicherung der gefundenen Effekte werden Regressionsanalysen mit Kontrollvariablen durchgeführt. Als Kontrollvariablen dienen diejenigen Größen, die entweder mit dem Prädiktor oder dem Kriterium statistisch signifikant korrelieren.

Die durch die Regressionsanalyse erbrachten Ergebnisse bestätigen, dass Partizipation auch bei Kontrolle weiterer Einflussgrößen die emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung vorhersagen kann (vgl. Tabelle 83). Partizipation leistet weitere 27% Varianzaufklärung über die Kontrollvariablen hinaus (R^2 gesamt = .36). Neben Partizipation tragen ferner

Geschlecht und Alter zur Vorhersage der emotionalen Belastung bei. Demnach gehen weibliches Geschlecht sowie geringes Alter mit hoher emotionaler Belastung einher.

Tabelle 83: Vorhersage der Emotionalen Belastung I durch Partizipation

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.287	.083	.083	.175**
Geschlecht				.215***
Erwerbstätigkeit (Mutter)				-.043
Vorerfahrung				-.027
Partizipation	.597	.357***	.274	-.540***

** p < .01 *** p < .001

Hinsichtlich der Behandlungsmotivation kann Partizipation auch bei Kontrolle weiterer Einflussgrößen die Einstellung zur Behandlung vorhersagen. Partizipation leistet weitere 25% Varianzaufklärung über die Kontrollvariablen hinaus (R² gesamt = .271). Neben Partizipation tragen ferner die Art der Störung und die Erwerbstätigkeit der Mutter zur Vorhersage der Motivation bei. Demnach sind Patienten mit expansiven Störungen und Kinder erwerbstätiger Mütter weniger motiviert.

Tabelle 84: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung I durch Partizipation

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.152	.023	.023	-.092
Geschlecht				.005
Störungsart				-.115*
Region				.052
Vorerfahrung				.097
Erwerbstätigkeit (Mutter)				-.115*
Partizipation	.520	.271***	.248	.518***

* p < .05 *** p < .001

Hinsichtlich der problembezogenen Behandlungsmotivation kann Partizipation bei Kontrolle von weiteren Einflussgrößen ebenfalls einen statistisch signifikanten Erklärungsbeitrag leisten. Die allein durch Partizipation aufgeklärte Varianz liegt bei 8% (R² gesamt = .188). Die signifikanten beta-Gewichte deuten

ferner darauf hin, dass Patienten der Weissenau und Patienten mit Vorerfahrungen motivierter sind.

Tabelle 85: Vorhersage der Problembezogenen Behandlungsmotivation I durch Partizipation

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.330	.109***	.109	.029
Geschlecht				.103
Störungsart				-.113
Region				.173**
Vorerfahrung				.204**
Erwerbstätigkeit (Mutter)				-.058
Partizipation	.434	.188***	.079	.293***

** p < .01 *** p < .001

6.5.1.2 Zusammenhänge zwischen Kenntnissen und Emotionaler Belastung I sowie Motivation I (Dippold)

Die Analyse zum Zusammenhang zwischen dem Kenntnisstand und der Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung ergibt entgegen der Hypothese keinen signifikanten Zusammenhang.

Tabelle 86: Korrelationen zwischen Kenntnissen und Behandlungsmotivation I sowie Emotionaler Belastung I

	Kenntnisse
Emotionale Belastung I	.034
Einstellung zur Behandlung I	.247***
Problembezogene Behandlungsmotivation I	.356***
Leidensdruck I	.326***

*** p < .001 N = 289

Hypothesenkonform zeigen sich zwischen dem psychiatriespezifischen Wissen und sämtlichen Motivationsskalen positive signifikante Zusammenhänge, wobei die höchsten Korrelationen zur problembezogenen Behandlungsmotivation sowie zum Leidensdruck bestehen.

Zur Absicherung der gefundenen Zusammenhänge gegenüber den Einflüssen von Alter, Geschlecht, Störungsart und IQ werden hierarchische Regressionsanalysen mit diesen Kontrollvariablen durchgeführt.

Bezüglich der Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung kann im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfungen kein signifikanter Erklärungsbeitrag durch das Ausmaß psychiatriespezifischen Wissens ermittelt werden.

Aus den in Tabelle 87 aufgeführten Ergebnissen wird ersichtlich, dass psychiatriespezifisches Wissen bei Kontrolle der dargestellten Einflussgrößen weiterhin signifikant zur Vorhersage der Einstellung zur Behandlung beitragen kann. Insgesamt beträgt die Varianzaufklärung 7%, der durch die Kenntnis-Variable vorhergesagt Anteil liegt bei 5%.

Tabelle 87: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung I durch Kenntnisse

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Alter	.122	.015	.015	-.078
Geschlecht				-.046
Störungsart				-.059
IQ				.019
Kenntnisse	.261	.068**	.053	.266***

** p < .01 *** p < .001

Der Anteil aufgeklärter Varianz bezüglich der problembezogenen Behandlungsmotivation durch sämtliche in die Regression einbezogenen Variablen beträgt 16% (s. Tabelle 88). Über die Kontrollvariablen hinaus leistet die im zweiten Schritt in die Regression einbezogene Kenntnis-Variable 10% Varianzaufklärung. Das statistisch signifikante beta-Gewicht der Variable Region weist darauf hin, dass Patienten der Weissenau motivierter sind als Rostocker Patienten.

Tabelle 88: Vorhersage der Problembezogenen Behandlungsmotivation I durch Kenntnisse

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.241	.058*	.058	-.051
Geschlecht				.059
Störungsart				-.028
IQ				.007
Region				.163**
Kenntnisse	.398	.158***	.100	.369***

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Auch bezüglich des subjektiven Leidensdrucks bleibt die Kenntnis-Variable bei Kontrolle weiterer Einflussgrößen als signifikanter Prädiktor erhalten. Der Varianzanteil, der über die Kontrollvariablen hinaus aufgeklärt werden kann, liegt bei 6% (R² gesamt = .183). Mädchen bzw. Patienten der Weissenau weisen einen höheren Leidensdruck auf als Jungen und Rostocker Patienten.

Tabelle 89: Vorhersage des Leidensdrucks I durch Kenntnisse

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.379	.144***	.144	.009
Geschlecht				.243***
Störungsart				-.067
IQ				-.009
Region				.151*
Kenntnisse	.428	.183***	.059	.232**

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

6.5.1.3 Zusammenhänge zwischen Emotionaler Belastung I und Motivation I (Wiethoff/Dippold)

Die Prüfung der Zusammenhänge zwischen der emotionalen Belastung und den Skalen der Behandlungsmotivation ergibt lediglich bezüglich der Skala Einstellung zur Behandlung einen hochsignifikanten negativen Zusammenhang (vgl. Tabelle 90), d.h. eine geringe emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung geht mit einer positiven Einstellung zur Behandlung einher. Zur problembezogenen Behandlungsmotivation sowie zum

selbstberichteten Leidensdruck zeigen sich demgegenüber keine signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 90: Korrelationen zwischen Emotionaler Belastung I und Behandlungsmotivation I

	Emotionale Belastung I
Einstellung zur Behandlung I	-.422***
Problembezogene Behandlungsmotivation I	-.085
Leidensdruck I	.000

*** $p < .001$ N = 287

Die durch die Regressionsanalyse erbrachten Ergebnisse bestätigen, dass eine geringe emotionale Belastung auch bei Kontrolle weiterer Einflussgrößen zu einer positiven Einstellung zur Behandlung beiträgt.

Tabelle 91: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung I durch Emotionale Belastung I

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.159	.025	.025	.119*
Arbeitslosigkeit (Mutter)				.014
Art der Störung				-.141*
Region				.012
Emotionale Belastung I	.478	.229***	.204	-.473***

* $p < .05$ *** $p < .001$

Die emotionale Belastung leistet weitere 20% Varianzaufklärung über die Kontrollvariablen hinaus (R^2 gesamt = .229). Neben der emotionalen Belastung tragen ferner die Art der Störung und das Geschlecht der Patienten zur Vorhersage der Motivation bei. Demnach sind Patienten mit expansiven Störungen und Jungen weniger motiviert.

Entgegen den zunächst nicht signifikanten korrelativen Ergebnissen (vgl. Tabelle 92) zeigt sich bei Kontrolle von Drittvariablen eine noch signifikante Beziehung zwischen der emotionalen Belastung und der problembezogenen Behandlungsmotivation. Wie die Ergebnisse der Regressionsanalysen verdeutlichen, liegt der Anteil zusätzlich aufgeklärter Varianz durch die emotionale Belastung bei nur 1% (R^2 gesamt = .074).

Tabelle 92: Vorhersage der Problembezogenen Behandlungsmotivation I durch Emotionale Belastung I

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.245	.060**	.060	.175**
Arbeitslosigkeit (Mutter)				.082
Region				.187**
Emotionale Belastung I	.272	.074**	.014	-.123*

* $p < .05$ ** $p < .01$

Bezüglich des subjektiv erlebten Leidensdrucks kann im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfung kein signifikanter Erklärungsbeitrag durch die Skala Emotionale Belastung ermittelt werden.

- Hypothesenkonform geht ein hoher Grad an Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung mit einer geringen emotionalen Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung ($R^2 = 27\%$) sowie einer hohen Behandlungsmotivation einher (R^2 (Einstellung zur Behandlung) = 25%, R^2 (Problembezogene Behandlungsmotivation) = 8%).
- Entgegen den Erwartungen besteht zwischen dem Ausmaß psychiatriespezifischer Kenntnisse und dem Grad der emotionalen Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung kein Zusammenhang. Bestätigt wird jedoch die Hypothese, dass ein hoher Kenntnisstand mit einer hohen Behandlungsmotivation einhergeht (R^2 (Einstellung zur Behandlung) = 5%, R^2 (Problembezogene Behandlungsmotivation) = 10%, R^2 (Leidensdruck) = 6%).
- Eine hohe emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung geht mit einer geringen Motivation bei Behandlungsbeginn einher (R^2 (Einstellung zur Behandlung) = 20%, R^2 (Problembezogene Behandlungsmotivation) = 1%, R^2 (Leidensdruck) = 0%).

6.5.2 Querschnittliche Analysen für den zweiten Messzeitpunkt (T2)

6.5.2.1 Zusammenhang zwischen Respektvoller Behandlung und Freiwilligkeit (Wiethoff)

Die Analyse zum Zusammenhang zwischen den Skalen Respektvolle und Faire Behandlung und Freiwilligkeit ergibt einen statistisch signifikanten Zusammenhang ($r = .266$; $p = .005$). Zur Absicherung des gefundenen Zusammenhangs wird eine Regressionsanalyse mit Kontrollvariablen durchgeführt. Auch bei Berücksichtigung weiterer Einflussgrößen stehen Respektvolle Behandlung und Freiwilligkeit in signifikantem Zusammenhang. Über die Kontrollvariablen hinaus, von denen höheres Alter ein höheres Maß an Freiwilligkeit signifikant vorhersagt, klärt die Variable Respektvolle Behandlung 6% Varianz auf.

Tabelle 93: Vorhersage der Freiwilligkeit durch Respektvolle Behandlung

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.386	.149	.149	.350***
Geschlecht				-.002
Störungsart				.014
Respektvolle Behandlung	.453	.205	.056	.242**

** $p < .01$ *** $p < .001$

6.5.2.2 Zusammenhänge zwischen Freiwilligkeit sowie Emotionaler Belastung II und Motivation II (Wiethoff)

Entsprechend unseren Vorhersagen geht ein hohes Maß empfundener Freiwilligkeit während der Behandlung mit einer geringen emotionalen Belastung einher.

Tabelle 94: Korrelationen zwischen Freiwilligkeit und Emotionaler Belastung II bzw. Motivation II

	Freiwilligkeit
Emotionale Belastung II	-.185*
Einstellung zur Behandlung II	.430***
Problembezogene Behandlungsmotivation II	.161
Leidensdruck II	.130

* $p < .05$ *** $p < .001$ N = 110

Hinsichtlich der Behandlungsmotivation zeigen sich statistisch signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Freiwilligkeit und der Skala Einstellung zur Behandlung. Zu den beiden anderen Skalen der Behandlungsmotivation bestehen demgegenüber keine signifikanten Zusammenhänge.

Zur Absicherung der gefundenen Effekte werden wiederum Regressionsanalysen mit Kontrollvariablen durchgeführt. Auch bei Berücksichtigung weiterer Einflussgrößen trägt Freiwilligkeit zur Vorhersage der emotionalen Belastung bei (Tabelle 95).

Tabelle 95: Vorhersage der Emotionalen Belastung II durch Freiwilligkeit

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Alter	.237	.056	.056	.171
Geschlecht				.191*
Freiwilligkeit	.335	.112**	.056	-.252*

* p < .05 ** p < .01

Wie Tabelle 95 zu entnehmen ist, trägt neben der Freiwilligkeit das weibliche Geschlecht zum Ausmaß der emotionalen Belastung bei. Von dem insgesamt aufgeklärten Varianzanteil von 11% werden 6% durch die erlebte Freiwilligkeit vorhergesagt.

Zur Vorhersage der Behandlungsmotivation trägt die wahrgenommene Freiwilligkeit ebenfalls bei Berücksichtigung weiterer Einflussgrößen bei (Tabelle 96). Der Anteil aufgeklärter Varianz der Einstellung zur Behandlung durch die selbstberichtete Freiwilligkeit liegt bei 16%.

Tabelle 96: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung II durch Freiwilligkeit

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.125	.016	.016	.104
Alter				-.102
Störungsart				.065
Freiwilligkeit	.416	.173**	.157	.426***

** p < .01 *** p < .001

Bezüglich der Motivationsskalen Leidensdruck und Problembezogene Behandlungsmotivation kann im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfungen kein signifikanter Erklärungsbeitrag durch den Prädiktor Freiwilligkeit ermittelt werden.

6.5.2.3 Zusammenhänge zwischen Respektvoller Behandlung sowie Emotionaler Belastung II und Motivation II (Wiethoff)

Den Vorhersagen entsprechend, geht ein hohes Ausmaß erlebter respektvoller Behandlung mit einem niedrigen Grad emotionaler Belastung einher.

Tabelle 97: Korrelationen zwischen Respektvoller Behandlung und Emotionaler Belastung II bzw. Motivation II

	Respektvolle Behandlung
Emotionale Belastung II	-.225*
Einstellung zur Behandlung II	.282**
Problembezogene Behandlungsmotivation II	.089
Leidensdruck II	-.031

* $p < .05$ *** $p < .001$ N = 110

Hinsichtlich der Behandlungsmotivation zeigen sich statistisch signifikante positive Zusammenhänge zwischen den Skalen Respektvolle Behandlung und Einstellung zur Behandlung. Zu den beiden anderen Skalen der Behandlungsmotivation bestehen demgegenüber keine signifikanten Zusammenhänge.

Zur Absicherung der gefundenen Effekte werden wiederum Regressionsanalysen mit Kontrollvariablen durchgeführt. Auch bei Berücksichtigung weiterer Einflussgrößen trägt die Skala Respektvolle Behandlung zur Vorhersage der emotionalen Belastung bei (Tabelle 98).

Tabelle 98: Vorhersage der Emotionalen Belastung II durch Respektvolle Behandlung

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Alter	.237	.056	.056	.114
Geschlecht				.166
Respektvolle Behandlung	.318	.101*	.045	-.216*

* p < .05

Wie Tabelle 98 zu entnehmen ist, beträgt der Anteil aufgeklärter Varianz hinsichtlich der emotionalen Belastung durch die respektvolle Behandlung 5% (R² gesamt = .101).

Auch zur Vorhersage der Behandlungsmotivation trägt die Skala Respektvolle Behandlung bei Berücksichtigung weiterer Einflussgrößen bei (Tabelle 99). Der Anteil aufgeklärter Varianz bezüglich der Einstellung zur Behandlung liegt bei 10%.

Tabelle 99: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung II durch Respektvolle Behandlung

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.125	.016	.016	.158
Alter				-.004
Störungsart				.058
Respektvolle Behandlung	.341	.116*	.100	.325**

* p < .05 ** p < .01

Bezüglich der Motivationsskalen Leidensdruck und Problembezogene Behandlungsmotivation kann im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfungen kein signifikanter Erklärungsbeitrag durch den Prädiktor Respektvolle Behandlung ermittelt werden.

6.5.2.4 Zusammenhänge zwischen Emotionaler Belastung II und Motivation II (Wiethoff/Dippold)

Die Beziehung zwischen der emotionalen Belastung während des stationären Aufenthaltes und der Behandlungsmotivation zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 100: Korrelationen zwischen der Emotionalen Belastung II und der Behandlungsmotivation II

	Emotionale Belastung II
Einstellung zur Behandlung II	-.425***
Problembezogene Behandlungsmotivation II	-.052
Leidensdruck II	.235*

* $p < .05$ *** $p < .001$ N = 109

Demnach geht eine hohe emotionale Belastung mit einer negativen Einstellung zur Behandlung und einem hohen Ausmaß an Leidensdruck einher. Zur problembezogenen Behandlungsmotivation zeigen sich demgegenüber keine signifikanten Beziehungen.

Auch bei der Berücksichtigung von Kontrollvariablen trägt die emotionale Belastung zur Vorhersage der Einstellung zur Behandlung bei (Tabelle 101). Der Anteil aufgeklärter Varianz durch die emotionale Belastung beträgt 20% (R^2 gesamt = .218), daneben trägt lediglich das Geschlecht (weiblich) signifikant zur Vorhersage der Motivation bei.

Tabelle 101: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung II durch die Emotionale Belastung II

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.125	.016	.016	.194*
Alter				.103
Störungsart				.117
Emotionale Belastung II	.467	.218***	.202	-.465***

* $p < .05$ *** $p < .001$

Wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist, kann die emotionale Belastung demgegenüber im Hinblick auf die Skala Leidensdruck lediglich einen Varianzanteil von 3% aufklären (R^2 gesamt = .230). In diesem Zusammenhang

spielt das Geschlecht der Patienten die entscheidende Rolle bei der Vorhersage.

Tabelle 102: Vorhersage des Leidensdrucks II durch die Emotionale Belastung II

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.445	.198***	.198	.350***
Alter				.140
Störungsart				.040
Emotionale Belastung II	.480	.230***	.032	.186*

* p < .05 *** p < .001

- Wahrgenommene respektvolle Behandlung geht mit Freiwilligkeit der Behandlung einher (R² = 6%).
- Ein hohes Maß empfundener Freiwilligkeit während der Behandlung geht ebenso wie eine wahrgenommene respektvolle Behandlung mit einem geringen Ausmaß emotionaler Belastung während der Behandlung einher (R² (Freiwilligkeit) = 6%, R² (Respektvolle Behandlung) = 5%).
- Freiwilligkeit und Respektvolle Behandlung stehen darüber hinaus in positivem Zusammenhang zu der Motivationsskala Einstellung zur Behandlung (R² (Freiwilligkeit) = 16%, R² (Respektvolle Behandlung) = 10%).
- Ein geringes Maß an emotionaler Belastung während des stationären Aufenthaltes geht mit einer positiven Einstellung zur Behandlung (R² = 20%) und einem geringen Ausmaß an Leidensdruck (R² = 3%) vier Wochen nach der Aufnahme einher.

6.5.3 Längsschnittliche Analysen (T1-T2)

6.5.3.1 Zusammenhänge zwischen Partizipation und Emotionaler Belastung II sowie Behandlungsmotivation II (Wiethoff)

Die Prüfung des Zusammenhanges zwischen Partizipation und emotionaler Belastung ergibt entgegen unserer Vorhersage kein signifikantes Ergebnis. Bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen Partizipation und Motivation II zeigt sich hinsichtlich der Skala Einstellung zur Behandlung eine signifikante Korrelation, während sich mit den Skalen Problembezogene Behandlungsmotivation bzw. Leidensdruck keine statistisch signifikanten Zusammenhänge ergeben.

Tabelle 103: Korrelationen zwischen Partizipation I und Emotionaler Belastung II sowie Motivation II

	Partizipation
Emotionale Belastung II	-.096
Einstellung zur Behandlung	.266**
Problembezogene Behandlungsmotivation	.130
Leidensdruck	-.049

** $p < .01$ N = 107

Werden in einem nächsten Schritt die Einflüsse von Alter, Vorerfahrung und Erwerbstätigkeit der Mutter in der Regressionsanalyse kontrolliert, kann Partizipation auch im Rahmen dieser Überprüfungen keinen signifikanten Erklärungsbeitrag bezüglich der Skala Emotionale Belastung leisten.

Partizipation trägt jedoch auch unter Berücksichtigung von relevanten Kontrollvariablen weiterhin signifikant zur Vorhersage der Einstellung zur Behandlung bei (vgl. Tabelle 104).

Tabelle 104: Vorhersage der Einstellung zur Behandlung II durch Partizipation

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Alter	.201	.040	.040	.032
Vorerfahrung				.177
Erwerbstätigkeit (Mutter)				-.051
Partizipation	.307	.094*	.054	.245*

* $p < .05$ N = 107

Der durch alle Variablen aufgeklärte Varianzanteil beträgt 9%, der durch die Variable Partizipation aufgeklärte Varianzanteil ist dabei mit 5% eher gering.

6.5.3.2 Zusammenhänge zwischen dem psychiatriespezifischen Kenntnisstand und Emotionaler Belastung II sowie Behandlungsmotivation II (Dippold)

Anders als erwartet, ergibt sich zwischen dem Ausmaß der psychiatriespezifischen Kenntnisse und dem Grad der emotionalen Belastung kein signifikanter Zusammenhang. Signifikante positive Zusammenhänge werden jedoch zwischen dem Kenntnisstand und Motivation II in Bezug auf die Skalen Problembezogene Behandlungsmotivation und Leidensdruck deutlich, wobei die Korrelation mit dem Leidensdruck am höchsten ausfällt.

Tabelle 105: Korrelationen zwischen Kenntnissen und Emotionaler Belastung II sowie Motivation II

	Kenntnisse
Emotionale Belastung II	.073
Einstellung zur Behandlung II	.160
Problembezogene Behandlungsmotivation II	.288**
Leidensdruck II	.383***

** p < .01 *** p < .001 N = 296

Bezüglich der emotionalen Belastung kann auch im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfung kein signifikanter Erklärungsbeitrag durch den Kenntnisstand ermittelt werden, während die mit den Motivationskalen gefundenen Zusammenhänge bestehen bleiben (vgl. Tabelle 106).

Tabelle 106: Vorhersage des Leidensdrucks II durch Kenntnisse

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Alter	.441	.195***	.195	.046
Geschlecht				.362***
Störungsart				.102
IQ				.012
Kenntnisse	.483	.234***	.039	.245*

* p < .05 *** p < .001 N = 296

Die Varianzaufklärung durch die Kontrollvariablen beträgt hinsichtlich der Skala Leidensdruck 19%, wobei die Variable Geschlecht einen hoch signifikanten Vorhersagebeitrag leistet: Vier Wochen nach Behandlungsbeginn zeigen Mädchen einen deutlich höheren Leidensdruck als Jungen. Die in einem zweiten Schritt eingeführte Kenntnis-Variable kann darüber hinaus 4% zusätzliche Varianz aufklären.

Tabelle 107: Vorhersage der Problembezogenen Behandlungsmotivation II durch Kenntnisse

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.282	.080	.080	-.011
Geschlecht				.248*
Störungsart				.103
IQ				-.034
Kenntnisse	.334	.112***	.032	.222

* $p < .05$ *** $p < .001$

Auch in Bezug auf die Motivationskala Problembezogene Behandlungsmotivation ist die Kenntnisvariable ein signifikanter Prädiktor ($R^2 = 3\%$). Daneben trägt das Geschlecht zur Vorhersage der problembezogenen Behandlungsmotivation bei, wobei wiederum Mädchen eine höhere Behandlungsmotivation angeben als Jungen. Der durch alle Variablen aufgeklärte Varianzanteil liegt bei 11%.

6.5.3.3 Zusammenhänge zwischen Emotionaler Belastung I und Motivation II (Dippold/Wiethoff)

Wie die Korrelationstabelle verdeutlicht, ergibt sich lediglich zur Skala Leidensdruck ein positiver Zusammenhang.

Tabelle 108: Korrelation zwischen Emotionaler Belastung I und Behandlungsmotivation II

	Emotionale Belastung I
Einstellung zur Behandlung II	-.134
Problembezogene Behandlungsmotivation II	.052
Leidensdruck II	.227*

* $p < .05$ N = 109

Die zusätzlich durchgeführte Regressionsanalyse bestätigt dieses Ergebnis (Tabelle 109), während bezüglich der anderen beiden Motivationskalen, Problembezogene Behandlungsmotivation und Einstellung zur Behandlung, auch im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfung kein signifikanter Erklärungsbeitrag durch die emotionale Belastung festzustellen ist.

Tabelle 109: Vorhersage des Leidensdrucks II durch Emotionale Belastung I

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.412	.170***	.170	.274**
Arbeitslosigkeit (Mutter)				.035
Alter				.171
Emotionale Belastung I	.463	.215***	.045	.218*

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Wie Tabelle 109 zu entnehmen ist, trägt neben der emotionalen Belastung das Geschlecht zum Ausmaß des wahrgenommenen Leidensdrucks bei. D.h. Mädchen geben einen höheren Leidensdruck an als Jungen, ebenso wie ein hoher Grad an emotionaler Belastung einen hohen Leidensdruck vorhersagt. Von dem insgesamt aufgeklärten Varianzanteil von 22% werden 5% durch die Skala Emotionale Belastung vorhergesagt.

- Wie erwartet, führt ein hoher Grad an Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung zu hoher Behandlungsmotivation vier Wochen nach der Aufnahme (R² (Einstellung zur Behandlung) = 5%). Entgegen unseren Vorhersagen beeinflusst die im Rahmen der Aufnahmeentscheidung erlebte Partizipation jedoch nicht das Ausmaß der erlebten emotionalen Belastung während der Behandlung.
- Das Ausmaß psychiatriespezifischer Kenntnisse ist entgegen unseren Erwartungen kein Prädiktor hinsichtlich der während der Behandlung erlebten emotionalen Belastung. Hypothesenkonform zeigt sich: je umfassender die psychiatriespezifischen Kenntnisse bei

Behandlungsbeginn, desto höher ist die Motivation vier Wochen nach Behandlungsbeginn (R^2 (Leidensdruck) = 4%, R^2 (Problembesogene Behandlungsmotivation) = 3%).

- Der Grad der im Rahmen der Aufnahmeentscheidung erlebten emotionalen Belastung ist ein positiver Prädiktor der Behandlungsmotivation II (R^2 (Leidensdruck) = 5%).

6.5.4 Längsschnittliche Analysen (T1-T3)

6.5.4.1 Zusammenhänge zwischen Partizipation und Behandlungsbewertung (Wiethoff)

Die Prüfung der Zusammenhänge zwischen der im Rahmen der Aufnahmeentscheidung erlebten Partizipation und der Einschätzung des Behandlungserfolges (FBB) am Ende der stationären Behandlung ergibt keine signifikanten Zusammenhänge – weder aus Sicht des Patienten noch des Therapeuten (vgl. Tabelle 110).

Tabelle 110: Korrelation zwischen Partizipation und Behandlungsbewertung

	Partizipation
FBB-T Therapieerfolg	.028
FBB-T Kooperation	.051
FBB-P Erfolg der Behandlung	.087
FBB-P Beziehung zum Therapeuten	.052
FBB-P Rahmenbedingungen der Behandlung	.112
FBB-P Patientengesamtwert	.101

min. N = 197

Entgegen den zunächst nicht signifikanten korrelativen Ergebnissen zeigt sich bei Kontrolle von Alter, Psychiatrie-/Psychotherapieerfahrung und Erwerbstätigkeit der Mutter im Rahmen einer Regressionsanalyse, dass die Behandlungsbewertung (Einschätzung der Rahmenbedingungen der

Behandlung aus Sicht des Patienten, Patientengesamturteil), wie in unseren Hypothesen formuliert, durch die Variable Partizipation vorhergesagt werden kann.

Tabelle 111: Vorhersage der Beurteilung der Behandlung (FBB-P, Rahmenbedingungen der Behandlung) durch Partizipation

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.179	.032	.032	-.209**
Vorerfahrung				.005
Erwerbstätigkeit (Mutter)				-.007
Partizipation	.251	.063*	.031	.181*

* p < .05 ** p < .01

Hinsichtlich der Einschätzung der Rahmenbedingungen der Behandlung liegt der Anteil zusätzlich aufgeklärter Varianz durch die Partizipationsvariable bei lediglich 3% (R² gesamt = .063). Darüber hinaus nimmt die positive Bewertung der Rahmenbedingungen der Behandlung mit dem Alter der Patienten ab.

Tabelle 112: Vorhersage des Patientengesamtwertes durch Partizipation

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.236	.056*	.056	-.245**
Vorerfahrung				.103
Erwerbstätigkeit (Mutter)				.066
Partizipation	.296	.087**	.031	.183*

* p < .05 ** p < .01

Bei der Vorhersage der Variablen Patientengesamtwert beträgt der durch die einbezogenen Variablen aufgeklärte Varianzanteil insgesamt 9%, wobei wiederum 3% der Varianz durch die Partizipationsvariable vorhergesagt werden. Neben der Teilhabe an der Aufnahmeentscheidung, die eine positive Gesamtbewertung der Behandlung vorhersagt, erweist sich wiederum das Alter der Patienten als signifikanter Prädiktor: ältere Patienten geben ein negativeres Gesamturteil über die Behandlung ab als jüngere.

6.5.4.2 Zusammenhänge zwischen psychiatriespezifischen Kenntnissen und Behandlungsbewertung (Dippold)

Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen dem Kenntnisstand zu Behandlungsbeginn und der bei Entlassung erfolgten Behandlungsbewertung durch den Patienten bzw. Therapeuten ergibt mit einer Ausnahme keine signifikanten Zusammenhänge (Tabelle 113).

Tabelle 113: Korrelation zwischen Kenntnissen und Behandlungsbewertung

	Kenntnisstand
FBB-P Beziehung zum Therapeuten	-.042
FBB-P Rahmenbedingungen der Behandlung	-.021
FBB-P Patientengesamtwert	-.027
FBB-P Erfolg der Behandlung	.011
FBB-T Therapieerfolg	.001
FBB-T Kooperation	-.130*

* $p < .05$ min. N = 189

Entgegen unseren Erwartungen geht ein hoher Kenntnisstand zu Beginn der Behandlung nicht mit einer aus Sicht des Patienten günstigen Beurteilung der Behandlung einher, ebenso wie keine Korrelation zu dem durch den Therapeuten beurteilten Erfolg der Behandlung besteht. Der schwach negative Zusammenhang mit dem durch den Therapeuten eingeschätzten Kooperationsverhalten des Patienten bringt zum Ausdruck, dass Kindern, die zu Behandlungsbeginn über ein hohes Maß an psychiatriespezifischem Wissen verfügen, eine niedrige Kooperation durch den Therapeuten bescheinigt wird.

Werden in der Regressionsanalyse in einem nächsten Schritt die Einflüsse von Alter, Geschlecht, Störungsart und IQ kontrolliert, kann der Kenntnisstand keinen über diese Kontrollvariablen hinausgehenden signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten (Tabelle 114).

Tabelle 114: Vorhersage des Kooperationsverhaltens des Patienten aus Therapeutesicht durch Kenntnisse

	Multipl. R	R ²	R ² change	Beta 2. Schritt
Alter	.346	.120***	.120	-.347***
Geschlecht				-.019
Störungsart				-.102
IQ				-.003
Wissensindex	.346	.120***	.000	.007

*** p < .001

Zur Vorhersage des beurteilten Kooperationsverhaltens ist ausschließlich das Alter der Patienten von Bedeutung. Mit zunehmendem Alter wird demnach das Kooperationsverhalten der Patienten durch den Therapeuten geringer beurteilt (R² = 12%).

6.5.4.3 Zusammenhänge zwischen Emotionaler Belastung I und Behandlungsbewertung (Wiethoff/Dippold)

Bei der Prüfung der Zusammenhänge zwischen der emotionalen Belastung durch die Aufnahmeentscheidung und der Behandlungsbewertung (FBB) ergeben sich wiederum mit einer Ausnahme keine signifikanten Zusammenhänge (Tabelle 115).

Tabelle 115: Korrelation zwischen Emotionaler Belastung I und Behandlungsbewertung

	Emotionale Belastung I
FBB-P Beziehung zum Therapeuten	-.100
FBB-P Rahmenbedingungen der Behandlung	-.197**
FBB-P Patientengesamtwert	-.135
FBB-P Erfolg der Behandlung	-.076
FBB-T Therapieerfolg	-.009
FBB-T Kooperation	-.021

** p < .01 min. N = 189

Der Grad der emotionalen Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung hat demnach keinen Einfluss darauf, wie die Therapie durch den Patienten bzw. Therapeuten beurteilt wird. Eine schwach negative Korrelation besteht zu der Skala Rahmenbedingungen der Behandlung, die zum Ausdruck bringt, dass die

Bewertung des Patienten über die Rahmenbedingungen der Behandlung um so negativer ausfällt, je höher die emotionale Belastung bei Aufnahme ist.

Zur Absicherung des gefundenen Ergebnisses werden wiederum Regressionsanalysen mit relevanten Kontrollvariablen durchgeführt.

Tabelle 116: Vorhersage der Skala Rahmenbedingungen der Behandlung aus Patientensicht durch Emotionale Belastung I

	Multipl. R	R²	R² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.074	.005	.005	-.038
Erwerbstätigkeit				.002
Emotionale Belastung I	.196	.035	.030	-.186*

*p < .05

Aus den in Tabelle 116 aufgeführten Ergebnissen wird ersichtlich, dass die Skala Emotionale Belastung bei Kontrolle der dargestellten Einflussgrößen weiterhin tendenziell signifikant zur Vorhersage des Patientenurteils über die Rahmenbedingungen der Behandlung beitragen kann, wobei die Rahmenbedingungen der Behandlung um so negativer bewertet werden, je höher der im Rahmen der Aufnahmeentscheidung erlebte Grad der emotionalen Belastung ist. Insgesamt werden jedoch lediglich 3,5% Varianz aufgeklärt, wobei der Anteil der Belastungs-Variable bei 3% liegt.

- Die Beurteilung der Rahmenbedingungen der Behandlung aus Sicht der Patienten sowie das Patientengesamturteil zum Zeitpunkt der Entlassung können entsprechend unseren Annahmen durch die wahrgenommene Partizipation im Rahmen der Aufnahmeentscheidung vorhergesagt werden, wobei die beobachteten Beziehungen eher gering ausfallen (R^2 (Rahmenbedingungen der Behandlung aus Patientensicht) = 3%, R^2 (Patientengesamturteil) = 3%). Bei beiden Variablen ist darüber hinaus das Alter der Patienten von Bedeutung, wobei die Behandlungsbewertung bei älteren Patienten negativer ausfällt als bei jüngeren.

- Entgegen unseren Erwartungen hat das Ausmaß psychiatriespezifischer Kenntnisse keinen Einfluss auf die Beurteilung der Behandlung zum Zeitpunkt der Entlassung. Die Beurteilung des Kooperationsverhalten des Patienten durch den Therapeuten wird jedoch in Abhängigkeit vom Alter bewertet, wobei die Bewertungen mit zunehmendem Alter negativer ausfallen ($R^2 = 12\%$).
- Die Skala Emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung hat einen – wenn auch geringen – Einfluss auf die Behandlungsbewertung: die Rahmenbedingungen der Behandlung werden durch den Patienten um so negativer bewertet, je höher die emotionale Belastung im Rahmen der Aufnahmeentscheidung ist (R^2 (Rahmenbedingungen der Behandlung) = 3%).

6.5.5 Längsschnittliche Analysen (T2-T3)

6.5.5.1 Zusammenhänge zwischen der Emotionalen Belastung II und der Behandlungsbewertung (Dippold/Wiethoff)

Bei der Prüfung der Zusammenhänge zwischen der Skala Emotionale Belastung II und den Skalen des FBB-P bzw. FBB-T ergeben sich die der Tabelle 117 zu entnehmenden Ergebnisse.

Tabelle 117: Korrelationen zwischen der Emotionalen Belastung II und der Behandlungsbewertung

	Emotionale Belastung II
FBB-P Beziehung zum Therapeuten	-.138
FBB-P Rahmenbedingungen der Behandlung	-.430**
FBB-P Patientengesamtwert	-.340**
FBB-P Erfolg der Behandlung	-.310**
FBB-T Therapieerfolg	-.081
FBB-T Kooperation	-.155

** $p < .01$

Patienten, die während der Behandlung ein hohes Maß an emotionaler Belastung erleben, bewerten die Rahmenbedingungen der Behandlung negativer als Patienten, die sich wenig belastet fühlen. Auch schätzen belastete Kinder und Jugendliche den Erfolg der Behandlung als geringer ein und sind insgesamt unzufriedener mit ihrer Behandlung.

Die Berechnung von Regressionsanalysen unter Einbeziehung relevanter Kontrollvariablen führt zu übereinstimmenden Ergebnissen. Die Skala Emotionale Belastung II sagt, wie aus den Tabellen ersichtlich, über die Kontrollvariablen hinaus 19% Varianz in Bezug auf die Skala Rahmenbedingungen der Behandlung vorher (R^2 gesamt = .235), 14% hinsichtlich des Patientengesamtwertes (R^2 gesamt = .156) sowie 11% bezogen auf die Skala Erfolg der Behandlung (R^2 gesamt = .146). Ein hoher Grad an emotionaler Belastung II ist demnach ein signifikanter Prädiktor einer ungünstigen Behandlungsbewertung durch den Patienten.

Tabelle 118: Vorhersage der Rahmenbedingungen der Behandlung durch Emotionale Belastung II

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.223	.050	.050	-.110
Störung				.123
Alter				.096
Emotionale Belastung II	.484	.235***	.185	-.439***

*** $p < .001$

Tabelle 119: Vorhersage des Patientengesamtwertes durch Emotionale Belastung II

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.145	.021	.021	.048
Störung				.160
Alter				.098
Emotionale Belastung II	.394	.156*	.135	-.374**

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabelle 120: Vorhersage des Erfolges der Behandlung durch Emotionale Belastung II

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Geschlecht	.185	.034	.034	.064
Störung				.112
Alter				.169
Emotionale Belastung	.382	.146*	.112	-.340**

* $p < .05$ ** $p < .01$

6.5.5.2 Zusammenhang zwischen Freiwilligkeit II und der Behandlungsbewertung (Wiethoff)

Wie erwartet, sind Kinder, die während der Behandlung einen hohen Grad an Freiwilligkeit erleben, bei Entlassung insgesamt zufriedener mit ihrer Behandlung (Patientengesamtwert) und schätzen den Behandlungserfolg höher ein (Erfolg der Behandlung). Keine Zusammenhänge bestehen demgegenüber zu den beiden Skalen der Behandlungsbewertungen aus Therapeutesicht.

Tabelle 121: Korrelationen zwischen Freiwilligkeit II und der Behandlungsbewertung

	Freiwilligkeit
FBB-P Beziehung zum Therapeuten	.119
FBB-P Rahmenbedingungen der Behandlung	.198
FBB-P Patientengesamtwert	.219*
FBB-P Erfolg der Behandlung	.243*
FBB-T Therapieerfolg	.075
FBB-T Kooperation	.100

* $p < .05$ min. N = 79

Zur Absicherung der gefundenen Effekte werden in einem zweiten Schritt wiederum Regressionsanalysen mit den jeweils relevanten Kontrollvariablen durchgeführt. Es zeigt sich, dass diese bei Kontrolle von Alter nicht mehr signifikant zur Vorhersage der Skalen der Behandlungsbewertung beitragen kann.

6.5.5.3 Zusammenhang zwischen Respektvoller Behandlung II und der Behandlungsbewertung (Wiethoff)

Zwischen der Skala Respektvolle Behandlung und den Skalen der Behandlungsbewertung (FBB) ergeben sich, wie in Tabelle 122 dargestellt, eine Reihe von signifikanten Zusammenhängen.

Tabelle 122: Korrelationen zwischen Respektvoller und Fairer Behandlung und der Behandlungsbewertung

	Respektvolle Behandlung
FBB-P Beziehung zum Therapeuten	.272*
FBB-P Rahmenbedingungen der Behandlung	.324**
FBB-P Patientengesamtwert	.328**
FBB-P Erfolg der Behandlung	.237*
FBB-T Therapieerfolg	.127
FBB-T Kooperation	.188

*p < .05 **p < .01 min. N = 79

Wie erwartet, sind Kinder, die die Behandlung als respektvoll und fair erleben, bei Entlassung insgesamt zufriedener mit ihrer Behandlung (Patientengesamtwert), sie schätzen den Behandlungserfolg höher ein (Erfolg der Behandlung), erleben positivere Beziehungen zum Therapeuten und bewerten auch die Rahmenbedingungen der Behandlung besser. Keine Zusammenhänge bestehen demgegenüber zu den beiden Skalen der Behandlungsbewertungen aus Therapeutensicht.

Zur Absicherung der gefundenen Effekte werden in einem zweiten Schritt wiederum Regressionsanalysen mit den jeweils relevanten Kontrollvariablen durchgeführt. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen (Tabellen 123-125) zeigen, dass die Skala Respektvolle Behandlung auch bei Kontrolle relevanter Einflussgrößen einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet: der Varianzanteil, der über die Kontrollvariablen hinaus aufgeklärt werden kann, liegt für die Skala Patientengesamtwert bei 10% (R^2 gesamt = .111), in Bezug auf die Skala Rahmenbedingungen der Behandlung bei 9% (R^2 gesamt = .119) sowie für die Vorhersage der Skala Beziehung zum Therapeuten bei 9% (R^2 gesamt = .100). Anders verhält es sich hinsichtlich der Skala Erfolg der

Behandlung, hier verschwindet bei Kontrolle weiterer Einflussgrößen die signifikante Wirkung der Skala Respektvolle Behandlung.

Tabelle 123: Vorhersage des Patientengesamtwertes durch Respektvolle Behandlung II

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.075	.006	.006	.024
Geschlecht				.049
Respektvolle Behandlung	.333	.111*	.105	.332**

* p < .05 **p < .01

Tabelle 124: Vorhersage der Rahmenbedingungen der Behandlung durch Respektvolle Behandlung II

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.177	.031	.031	.023
Geschlecht				-.121
Respektvolle Behandlung	.345	.119*	.088	.303**

*p < .05 **p < .01

Tabelle 125: Vorhersage der Beziehung zum Therapeuten durch Respektvolle Behandlung II

	Multipl. R	R ²	R ² change	beta 2. Schritt
Alter	.106	.011	.011	-.079
Geschlecht				.164
Respektvolle Behandlung	.317	.100*	.089	.306**

*p < .05 **p < .01

- Ein hohes Maß an emotionaler Belastung während des stationären Aufenthaltes sagt eine negative Bewertung der Behandlung durch den Patienten voraus (R² (Rahmenbedingungen der Behandlung) = 19%, R² (Erfolg der Behandlung) = 11%, R² (Patientengesamtwert) = 14%).
- Auswirkungen der Skala Freiwilligkeit auf die Beurteilung der Behandlung lassen sich entgegen unseren Erwartungen nicht ermitteln.
- Wie erwartet, kann die Skala Respektvolle und Faire Behandlung die Beurteilung des Behandlungserfolgs aus Patientensicht signifikant vorhersagen (R² (Rahmenbedingungen der Behandlung) = 9%, R² (Beziehung zum Therapeuten) = 9%, R² (Patientengesamtwert) = 11%).