



# Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (FBZ-KJP)

## Ergebnisse einer Schweizer Pilotstudie

André Della Casa<sup>1,a</sup>, Sébastien Urben<sup>2,a</sup>, Stephanie Hefti<sup>3</sup>, Lars Wöckel<sup>3,4</sup>, Hélène Beutler<sup>5</sup>, Laurent Holzer<sup>6</sup>, Verena Riedo<sup>1,7</sup>, Benno G. Schimmelmann<sup>8,9</sup> und Marc Schmid<sup>3</sup>

- <sup>1</sup> KJPP Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Universität Zürich, Schweiz
- <sup>2</sup> Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA); Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Schweiz
- <sup>3</sup> UPKKJ Klinik für Kinder und Jugendliche der UPK Basel Universität Basel, Schweiz
- <sup>4</sup> Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (ZKJPP), Clenia Littenheid AG, Littenheid, Schweiz
- <sup>5</sup> CNP Neuchâtel, Schweiz
- <sup>6</sup> FNPG Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Freiburg, Schweiz
- <sup>7</sup> QM Riedo Zürich, Schweiz
- <sup>8</sup> UPD Universität Bern, Schweiz
- <sup>9</sup> KJP Hoheluft, Hamburg, Deutschland
- <sup>a</sup> Die Autor\_innen haben denselben Beitrag zu dieser Publikation geleistet

**Zusammenfassung:** *Fragestellung:* Die Patientenzufriedenheit ist ein etablierter Qualitätsindikator für medizinische Interventionen, welchen die Kostenträger im Gesundheitssystem zunehmend als Indikator heranziehen, um Unterschiede zwischen Kliniken sichtbar zu machen. Die Erfassung der Patientenzufriedenheit stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJPP) vor besondere Herausforderungen (Entwicklungsstand, Rolle der Eltern). Die bestehenden Patientenzufriedenheitsinstrumente erwiesen sich als zu unspezifisch, um die verschiedenen Aspekte einer stationären KJPP-Behandlung abbilden zu können. Deshalb setzte sich eine Arbeitsgruppe im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie (SGKJPP) zum Ziel, ein psychometrisches Instrument für die Patienten- und Elternzufriedenheit zu entwickeln, welches in den deutsch- und französischsprachigen Sprachregionen eingesetzt werden kann. *Methodik:* Die erste Anwendung und Überprüfung dieses Fragebogens in einer multizentrischen Pilotstudie mit einer Stichprobe von 174 Patientinnen und Patienten und 145 Eltern aus sechs Kliniken wird in diesem Artikel vorgestellt. *Ergebnisse:* Die Ergebnisse zeigen hervorragende Testgütekriterien des Instrumentariums (Cronbachs  $\alpha = .93$  bzw.  $\alpha = .97$  (Eltern-/Patientenversion)). Die Fragebogenvarianten besitzen eine hohe konvergente Validität; die Korrelation zum Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) beträgt  $p = .80$  bzw.  $.83$  (Patienten-, Elternurteil). Zudem differenzieren sie zwischen den einzelnen Kliniken. Die Korrelationen zwischen Patienten- und Elternurteil liegen bei moderaten  $p = .29$  für den Gesamttest-Score und  $p = .39$  für den CSQ-8. *Schlussfolgerungen:* Der Fragebogen eignet sich für die Beschreibung der Qualitätsentwicklung in der KJPP und kann als Standardverfahren für die Erfassung der Patientenzufriedenheit empfohlen werden.

**Schlüsselworte:** Patientenzufriedenheit, Qualitätssicherung, stationäre kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung, Fragebögen, Testgütekriterien

### Questionnaire on Treatment Satisfaction in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry (FBZ-KJP) – Results of a Swiss Pilot Study

**Abstract:** *Objectives:* Patient satisfaction is an established indicator for medical interventions. Existing questionnaires for the assessment of patient satisfaction in child and adolescent psychiatry are too global to target quality improvement in child and adolescent psychiatric hospitals. The assessment of patient satisfaction in child and adolescent psychiatry is very challenging because specific demands (development status, role of parents in treatment) have been taken into account. Therefore, an expert team led by the Swiss Society of Child and Adolescent Psychiatry developed a targeted instrument to assess patient satisfaction in both language regions (i.e., German and French). *Methods:* The article reviews the development of a new child and adolescent psychiatric questionnaire for the assessment of patient satisfaction as well as the findings of a survey conducted in a representative sample of 174 patients and 145 parents in six hospitals. *Results:* The internal consistency (Cronbach's  $\alpha = .93$ ) is excellent. The questionnaire has high levels of both convergence and face validity, and the correlation with the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) is  $\rho = .80$  (patient-report) and  $.83$  (parent-report). Furthermore, this questionnaire reveals the relative strengths and weaknesses of individual hospitals. The correlation between patient and parent assessment is, as expected, moderate ( $\rho = .29$ , for the total score and  $\rho = .39$  for the CSQ-8). *Conclusions:* The Patient Satisfaction Questionnaire can be recommended to professionals as a standard for collecting data on client satisfaction within child and adolescent psychiatry.

**Keywords:** patient satisfaction, inpatient child and adolescent psychiatric/-psychotherapeutic treatment, questionnaires, psychometric properties, inventory of patient satisfaction for child and youth mental health services

## Einleitung

### Kontext

In der Schweiz führt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) im Auftrag der Kostenträger und Krankenhäuser seit 2013 flächendeckende Qualitätsmessungen bei allen Kliniken, auch in den Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (KJPP), durch. Drei Indikatoren wurden hierfür eingeführt: Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit und Maßnahmen gegen den Willen der Patientinnen und Patienten. Die generelle Einführung von Messinstrumenten zur Erfassung der Patientenzufriedenheit ist für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen sowie auch zum erwachsenenpsychiatrischen Bereich besonders herausfordernd, weil entwicklungspsychologische und systemische Aspekte zu beachten sind und Eltern nicht wie in der Pädiatrie „nur“ die Behandlung mit ihren Kindern bewerten, sondern selbst unverzichtbarer Teil der Behandlung sind und mit Interventionen unmittelbar adressiert werden. Um die Spezifika der KJPP-Behandlungen im Patienten- und Elternurteil adäquat abzubilden, erteilte die Schweizerische Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (SGKJPP) einer Arbeitsgruppe den Auftrag, einen entsprechenden Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit zu entwickeln.

Der Aspekt der subjektiven Zufriedenheit von kinder- und jugendpsychiatrischen Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern mit ihrer Behandlung wurde angesichts der gesellschaftlichen Relevanz und gesundheitsökonomischen Bedeutung in der bisherigen Forschung in der KJPP relativ vernachlässigt (Naar-King, Siegel, Smyth & Simpson, 2000).

Biering (2010) schlussfolgert aus den ihm vorliegenden Studien, dass drei Hauptfaktoren die Zufriedenheit bei jugendlichen Patientinnen und Patienten beeinflussen: (1) Zufriedenheit mit der Umgebung der Station und dem Service; (2) Beziehungszufriedenheit mit den behandelnden Fachkräften; (3) Zufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen, auch von einzelnen Bausteinen (Medikation, Individual- und Gruppentherapie). Er betont den Bedarf, valide Instrumente zur Messung der Patientenzufriedenheit im stationären Bereich zu entwickeln, da bisher noch kaum geeignete und hinreichend differenzierte Fragebögen vorliegen. Die vorliegenden Studien berichten zumeist über eine hohe Zufriedenheit: Durchschnittlich geben 80 % der Patientinnen und Patienten an, mit der Behandlung zufrieden zu sein, 20 % erreichen sogar die Maximalwerte der Fragebögen (Biering, 2010; Keller, Fegert, Naumann, 2018; Solberg, Larsson & Jozefiak, 2015; Solberg, Haavik & Halmøy, 2019). Diese hohe Zufriedenheit ist einerseits erfreulich, andererseits muss kritisch hinterfragt werden, ob auch alle relevanten Aspekte der Behandlung und der Zufriedenheit mit diesen Aspekten abgebildet werden, da sich die Behandlungsteams im Alltag immer wieder mit Kritik konfrontiert sehen.

Die wenigen psychometrischen Verfahren, die in der KJPP eingesetzt werden, sind häufig Adaptationen von weit verbreiteten Verfahren für Erwachsene. Nur sehr wenige Fragebögen wurden ganz spezifisch für stationäre kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungen konstruiert (z.B. Keller et al., 2018). Die meisten Verfahren wurden zumeist eher für die Forschung und nicht als Führungsinstrument für den Einsatz im Qualitätsmanagement entwickelt. Einige Facetten und Spezifika einer KJPP-Behandlung, ebenso wie ethische Aspekte wie z.B. eine Aufklärung über die Patientenrechte und Medikation, werden von diesen Verfahren nicht adäquat er-

fasst. Gerade die sehr ökonomischen, aus dem Erwachsenenbereich adaptierten Verfahren bilden einige wichtige und sehr relevante Aspekte einer stationären milieutherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z. B. Räumlichkeiten, Therapiemodule, Gruppenangebote, familientherapeutische Angebote, Schule, Freizeitgestaltung etc.) nicht ausreichend ab. Diese Aspekte haben aber, selbst wenn davon auszugehen ist, dass die Patientenzufriedenheit ein eher globales Konstrukt ist, einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und sind für den praktischen Einsatz in den Kliniken von besonderem Nutzen. Nur ausreichend konkrete Hinweise zu einzelnen Behandlungsbereichen können im stationären Alltag gegebenenfalls dazu herangezogen werden, Behandlungskonzepte kritisch zu hinterfragen und im interdisziplinären Behandlungsteam zu analysieren und gegebenenfalls zu optimieren. Auch fachpolitisch ist es wichtig, alle zentralen Aspekte einer erfolgreichen stationären KJPP-Behandlung abzubilden, um diese gegenüber den Kostenträgern legitimieren zu können.

Ein Beispiel für ein solches adaptiertes forschungsorientiertes Verfahren ist der Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979). Der CSQ-8 ist international in der Forschung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung weit verbreitet (Kelly et al., 2018). Er bildet in erster Linie die globale Zufriedenheit der Patientin oder des Patienten mit seiner psychotherapeutischen Behandlung zuverlässig ab und wurde auch in KJPP-Studien (z. B. Garland & Besinger, 1996; Nabors, Weist, Reynolds, Tashman & Jackson, 1999; Solberg et al., 2015) international verwendet.

Ein spezifisches psychometrisches Instrument für Jugendliche und Eltern stellt der 15 Item umfassende Experience of Service Questionnaire (ESQ; Commission for Health Improvement, 2001) dar. Das valide und reliable Verfahren dient dabei der Erfassung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Service der Einrichtung, dem Personal sowie der Behandlung und der Gesamtzufriedenheit. In Deutschland haben Mattejat und Remschmidt den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) entwickelt (Mattejat & Remschmidt, 1993, 1998, 2006). Das Instrument ist primär auf klinische Forschung, und die eigentliche kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung fokussiert. Es erfasst vor allem Facetten von therapeutischer Beziehung, Therapieerfolg und Therapiezieleerreichung. Für den Einsatz zur Erfassung der Patientenzufriedenheit von multimodalen stationären Behandlungen hat der Fragebogen den Nachteil, dass er Umgebungs- und spezielle milieutherapeutische Komponenten sowie die Arbeit der Klinikschule nicht erfassen kann. Inzwischen liegt mit dem BesT zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT; Keller, Fegert & Naumann, 2006; Keller et

al., 2018, Keller, Naumann, & Fegert, 2021) ein Fragebogen mit 36 Items vor, der ökonomischer ist, an einer großen Stichprobe mit über 2500 Jugendlichen geprüft wurde und über sehr gute Gütekriterien verfügt. Er wurde speziell für Verlaufsmessungen entwickelt und schließt Fragen der Partizipation der Jugendlichen und wichtige Aspekte der Milieuthherapie mit ein, bildet jedoch nicht den gesamten Behandlungspfad von der Aufnahme bis zur Entlassung ab.

Der bisher vergleichsweise bescheidene Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit in der KJPP zeigt auf, dass bisher kaum geeignete Instrumente im Routinebetrieb eingesetzt wurden, welche die Spezifika eines Behandlungspfades und die wesentlichen Aspekte einer stationären KJPP-Behandlung adäquat abbilden. Keiner der bestehenden Fragebögen konnte sich somit im deutschsprachigen oder internationalen Raum sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft durchsetzen.

Die standardisierte Erhebung der Patientenzufriedenheit sollte dazu beitragen, die entsprechenden Angebote besser an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihrer Familien anzupassen, um so mittelfristig auch bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen (Brown, Ford, Deighton & Wolpert, 2014; Stüntzner-Gibson, Koren & DeChillo, 1995).

Ein zentraler Unterschied zwischen der kinder- und jugendpsychiatrischen und der somatischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, dass zumindest die Diagnostik und viele psychotherapeutische Interventionen auch direkt die Eltern adressieren. Durch deren unmittelbare Beteiligung an der Behandlung verändert sich auch ihre Rolle im Rahmen der Beurteilung der Patientenzufriedenheit.

Deshalb sollte ein Fragebogen zur Erfassung der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungszufriedenheit sowohl die Sichtweise der Patientinnen und Patienten als auch die der Eltern erfassen, da die Arbeit mit den Eltern, deren Umgang mit der Symptomatik der Jugendlichen und die Verbesserung der familiären Interaktion unabdingbarer Bestandteil jeder Behandlung sind. Zudem zeigen die meisten Studien nur geringe Korrelationen zwischen der Behandlungszufriedenheit der Eltern und der Jugendlichen (Copeland, Koeske & Greeno, 2004; Garland, Haine & Boxmeyer, 2007; Katzenschlager, Fliedl, Popow & Kundi, 2018; Madan, Sharp, Newlin, Vanwoerden & Fowler, 2014; Solberg et al., 2015; Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva & Probst, 2010), was nahelegt, dass beide Perspektiven bedeutsam sind und insbesondere die Zufriedenheit der heranwachsenden Patientinnen und Patienten adäquat abgebildet und bei Maßnahmen zur weiteren Optimierung der Behandlung berücksichtigt werden sollte (Madan et al., 2014).

Dieser neu entwickelte Fragebogen hat den Anspruch, routinemäßig bei jeder Entlassung einer Patientin oder ei-

nes Patienten eingesetzt werden zu können und sich einfach in das Entlassungsprozedere integrieren zu lassen. Er sollte den Kliniken konkrete Rückmeldung über Verbesserungspotenziale zu den relevanten Aspekten einer stationären Behandlung sowie explizit eine Rückschau auf den ganzen Behandlungsverlauf von der Aufnahme bis zu Vorbereitung auf die Entlassung aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie den Eltern ermöglichen.

Gleichzeitig muss er wissenschaftlichen Kriterien vollumfänglich genügen und sämtliche relevanten Faktoren des Konstruktes der Patientenzufriedenheit aus empirischer Perspektive zuverlässig und valide erfassen (Bering, 2010; Keller et al., 2006, 2018). Aus der Literatur ist beispielsweise bekannt, dass neben der Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen (Essen, Zimmer, Freizeitangebote etc.) einer Behandlung und dem Behandlungsergebnis auch die Patientenaufklärung und die Partizipation der Patientin oder des Patienten an Behandlungsentscheidungen zu den relevanten Aspekten aus Sicht der Eltern und der Patientinnen und Patienten zählen (Keller et al., 2006, 2018; Solberg et al., 2015; Zendjidjian et al., 2014). Die Konstrukt- und Inhaltsvalidität als wichtigstes Gütekriterium bei Zufriedenheitsbefragungen ermöglicht valide Vergleiche über die Zeit (Längsschnittvergleich), zwischen den verschiedenen Kliniken und auch im internen Vergleich zwischen Abteilungen. Der Einsatz in einem Benchmark sollte relative Stärken und Schwächen der einzelnen Kliniken verdeutlichen und es sollten sich daraus niederschwellig konkrete Verbesserungsvorschläge ableiten lassen (ANQ, 2017).

Zusammenfassend lassen sich die Anforderungen an einen Zufriedenheitsfragebogen folgendermaßen beschreiben:

- Die Interdisziplinarität der an einer multimodalen stationären Behandlung beteiligten Personen und Professionen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter/Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Kreativtherapeutinnen und -therapeuten, Pflege- und Lehrpersonen) adäquat abbilden;
- die Zufriedenheit aus Sicht der Patienten und Eltern abbilden;
- die Spezifika und einzelnen Phasen einer stationären Behandlung von Aufnahme bis Entlassung erfassen;
- ethische Standards erfragen (Patientenaufklärung, Grenzverletzungen);
- die Kooperation mit dem Netzwerk der Patientin oder des Patienten abbilden;
- ökonomisch genug sein, um eine Anwendung in der klinischen Routine zu erlauben;
- einfach formuliert sein, um auch von kognitiv schwächeren Jugendlichen selbstständig ausgefüllt werden zu können;

- über ausreichend gute Testgütekriterien verfügen und mit international verbreiteten Testverfahren korrelieren;
- noch im oberen Bereich differenzieren, da, wie bei der Patientenzufriedenheit üblich, mindestens zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit dem Behandlungsverlauf und -ergebnis zufrieden sein sollten;
- in den deutsch- wie französischsprachigen Landesteilen eingesetzt werden können.

## Entwicklung des FBZ-KJP

Die SGKJPP hat den Bedarf eines differenzierten Instrumentes zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der KJPP erkannt. Die dafür eingesetzte Arbeitsgruppe hat sich in einem ersten Schritt über die Praxis der einzelnen Kliniken informiert und parallel mittels einer umfassenden Literaturrecherche international verbreitete Instrumente evaluiert. Sie kam zum Schluss, dass kein Fragebogen die oben genannten Anforderungen zufriedenstellend erfüllt und Fragebögen aus dem erwachsenenpsychiatrischen Bereich sich nicht auf die stationäre KJPP-Behandlung übertragen lassen. Deshalb wurde entschieden, einen von Grund auf neuen Fragebogen von Delegierten aus vier Universitätskliniken (Basel, Bern, Lausanne, Zürich) und der Klinik in Neuchâtel entwickeln zu lassen. Durch die bilinguale Zusammensetzung der Arbeitsgruppe wurden die Fragebögen parallel in französischer und deutscher Sprache entwickelt. In einem ersten Schritt wurden äußere Rahmenbedingungen festgelegt, um eine ökonomische Nutzung im Alltag zu garantieren (Anzahl der Items für einen Routineeinsatz, Skalierung, Mix aus Likert-Skalen und offene Fragen, Altersrange). Inhaltlich wurde beschlossen, die von Bering (2010) beschriebenen Bereiche abzubilden. Der Fragebogen der Eltern sollte primär ihr eigenes Erleben erfragen und keine Fragen enthalten, welche diese lediglich auf Grundlage der Berichte ihres Kindes beantworten könnten. Als Format wurden 33, respektive 35 Items mit einer fünfstufigen Likert-Skala, eine Kategorie „weiß nicht/nicht stattgefunden“ sowie offene Fragen gewählt, die in diesem Artikel nicht weiter beschrieben werden können. Zudem sollte der Fragebogen den „Behandlungspfad“ einer oder eines Jugendlichen von der Aufnahme bis zur Entlassung sowie die Schlüsselaspekte einer stationären KJPP-Behandlung abbilden.

Insgesamt enthalten die Fragebögen Fragen zu den folgenden Bereichen:

- Aufnahme auf der Station (z. B. Wie zufrieden waren Sie mit dem Empfang und der Organisation der Aufnahme insgesamt?);
- Information über die stationäre Behandlung (z. B. Wie zufrieden waren Sie mit der Information über die Grün-

de des Spitalaufenthaltes und der Aufklärung zur Diagnose Ihres Kindes?);

- die Behandlung selbst (z. B. Wie zufrieden waren Sie mit den familientherapeutischen Gesprächen?);
- Behandlungsbeziehungen im Sinne von Engagement und Kompetenz der Behandlungsteams (z. B. Wie zufrieden waren Sie mit dem Einsatz/Engagement der Ärztin oder des Arztes/der Psychologin oder des Psychologen für Sie als Eltern?);
- Rahmenbedingen der stationären Behandlung wie Räumlichkeiten und Essen, dem sogenannten „Hotelfaktor“ (z. B. Wie zufrieden warst du mit deinem Zimmer?);
- Vorbereitung auf die Entlassung (z. B. Wie zufrieden warst du mit der Vorbereitung auf deinen Austritt?);
- Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis (z. B. Ich habe meine Behandlungsziele erreicht – Jugendlichenversion; Insgesamt geht es unserem Kind jetzt nach der Behandlung besser – Elternversion);
- Gesamtergebnis (z. B. Ich würde die Klinik weiterempfehlen).

## Ziele und Fragestellungen dieser Studie

Im Rahmen einer multizentrischen Pilotstudie wurden die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens ermittelt. Außerdem wurde der praktische Nutzen für die interdisziplinären Behandlungsteams und die Möglichkeiten für einen Dauereinsatz im Rahmen von standardisierten Qualitätssicherungsmaßnahmen geprüft im Sinne der Sensitivität, um Unterschiede zwischen den teilnehmenden Kliniken aufzuzeigen, und des unmittelbaren Nutzens der Jahresberichte für die teilnehmenden Stationen.

## Methode

### Verwendete Verfahren

Die Studie wurde als Pilotstudie mit sechs KJPP-Kliniken (vier aus der deutschsprachigen und zwei aus der französischsprachigen Schweiz) zur Überprüfung der Testgütekriterien durchgeführt. Für die Studie wurde das Votum der beteiligten kantonalen Ethikkommissionen eingeholt. Die Jugendlichen und Eltern wurden direkt bei der Entlassung befragt. Dort wurden sie auch über die Studie aufgeklärt und ihr schriftliches Einverständnis eingeholt. Allen entlassenen Jugendlichen und ihren Eltern wurde ein Umschlag mit den Fragebögen überreicht, den sie verschlossen wieder abgeben konnten, sodass ihre Daten anonymisiert waren.

Vor der Pilotstudie wurden im Rahmen der Entwicklung der Instrumente verschiedene Anspruchsgruppen einbezogen. Eine erste Version des Fragebogens wurde auf einer Konferenz der Chefärztinnen und Chefarzte der SGKJPP vorgestellt. Anschließend erfolgte ein Pretest auf ausgewählten Stationen, um den inhaltlichen Nutzen und die Verständlichkeit zu prüfen und die pflegerisch-pädagogischen Teams frühzeitig in die Entwicklung des Fragebogens mit einzubeziehen sowie deren Rückmeldungen aus der Praxis einarbeiten zu können. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurden die Fragebögen noch einmal überarbeitet, gemäß internationalem Goldstandard von einem zweisprachigen Kollegen, der den Fragebogen noch nicht kannte, zurückübersetzt und die Äquivalenz des französischen und deutschen Fragebogens festgestellt sowie minimale stilistische Anpassungen vorgenommen. Die Testgütekriterien wurden im Rahmen dieser Validierungsstudie überprüft.

Parallel zum neuentwickelten Fragebogen (deutsch: FBZ-KJP-J/FBZ-KJP-E oder französisch: QS-UHPA-J/QS-UHPA-P) wurde der Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Larsen et al., 1979) eingesetzt. Der CSQ-8 umfasst lediglich acht Items auf einer vierstufigen Likert-Skala. Die interne Konsistenz des Fragebogens ist sehr gut, das Cronbachs  $\alpha$  beträgt .92 (Attkisson & Zwick, 1982). Seine Augenschein- und Kriteriumsvalidität ist nach Aussage der Autorinnen und Autoren gut, weshalb er seit 1983 international in einer Vielzahl von Studien (über 60 Publikationen mit englischem Abstract, davon vier in der KJPP) eingesetzt wurde. Für diese Studie eignete sich der CSQ-8 besonders, weil er in einer etablierten französischen und deutschsprachigen Version sowohl für das Selbst- als auch das Patientenurteil vorlag und somit eine Übersetzung beider Fragebögen durch das gleiche Team als potenzielle Fehlerquelle ausgeschlossen und wegen seiner Ökonomie leicht zusätzlich vorgegeben werden konnte.

Die fallführenden Mitarbeitenden des ärztlich/psychologischen Dienstes wurden mittels eines umfassenden Anamnesebogens befragt, der auf der Basisdokumentation des Bundesamtes für Statistik der Schweiz (BFS) aufbaut, um die Stichprobe bezüglich zentraler Variablen wie sozioökonomischem Status, Beziehungsstatus der Eltern, Familiensituation, Umständen der Behandlung und der Aufnahmen (Freiwillig/Fürsorgerische Unterbringung [FU], Behandlungsdauer etc.) zu beschreiben und allfällige Drop-outs auf ihre Repräsentativität überprüfen zu können. Neben dem Multiaxialen Diagnosesystem für psychische Störungen im Kindesalter (Remschmidt, Schmidt & Pouska, 2017) wurde die international weitverbreitete Clinical Global Impression Skala (Guy, 2000) eingesetzt. Sie besteht aus zwei Skalen: Symptomschwere/Teilhabebeeinträchtigung (CGI-S) und Verbesserung durch die Behandlung (CGI-I), die im Expertenurteil erhoben werden.

## Stichprobe und Rekrutierung

An der Evaluationsstudie des Fragebogens wurden alle stationären Patientinnen und Patienten der beteiligten Kliniken ab dem 11. Lebensjahr und alle Eltern befragt, die innerhalb des definierten 8-monatigen Befragungszeitraumes aus einer stationären Behandlung entlassen wurden. Die Befragung erfolgte am Entlassungstag anonym und schriftlich mit einem Papierfragebogen, den Eltern und Kinder in einem verschlossenen Umschlag beim Stationspersonal abgegeben haben.

Insgesamt traten im definierten Zeitintervall (8 Monaten) 324 Patientinnen und Patienten aus den sechs Kliniken aus. Von diesen konnten 174 Patientinnen und Patienten (54%) und 145 Elternteile (45%) in die Studie eingeschlossen werden. Drop-outs waren altersbedingt, wegen sprachlicher Defizite, weil es nicht gelang, die Jugendlichen und ihre Sorgeberechtigten zur Teilnahme an der Studie zu motivieren, die Eltern die Fragebögen nicht abgegeben haben oder weil die Umstände der Entlassung eine Befragung verunmöglichten.

Die Jugendlichen waren zum Erhebungszeitpunkt durchschnittlich 15.7 Jahre alt ( $SD = 1.59$ ). Tabelle 1 beschreibt die soziodemografischen und klinischen Angaben.

Basierend auf dem Expertenurteil der Behandelnden, gab es keine signifikanten Unterschiede in den CGI-I-Scores zwischen den Jugendlichen, die an der Studie teilnahmen, und den nichtteilnehmenden (sämtliche  $p > .10$ ). Allerdings unterschieden sich die Jugendlichen, die nicht untersucht werden konnten, bezüglich der Symptombelastung und Teilhabebeeinträchtigung ( $p < .001$ ) im CGI-S. Die höhere Belastung der nichtteilnehmenden Patientinnen und Patienten ist wegen der definierten Ausschlusskriterien (Verweigerung, zu belastet für Teilnahme) nicht ungewöhnlich und wird auch von anderen Studien zur Patientenzufriedenheit berichtet und als häufige Limitation aufgeführt (Woodward, Berry & Bucci, 2017).

## Statistische Datenanalyse

Die Daten wurden mit SPSS 25 analysiert. In einem ersten Arbeitsschritt wurden statistische Itemanalysen bezüglich Itemschwierigkeiten und Trennschärfe vorgenommen und ein Mann-Whitney-Test der Zufriedenheitsmessungen von den beiden Sprachversionen auf Itemebene berechnet. Der Test hat keine signifikanten Unterschiede zwischen der französischen und deutschen Version ergeben, sodass die weiteren statistischen Analysen für beide Sprachversionen gemeinsam erfolgen konnten (sämtliche  $p > .10$ ). Zwei Items mit zu geringer Itemschwierigkeit und Trennschärfe wurden entfernt.

Zur Ermittlung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz herangezogen und Cronbachs  $\alpha$  für Eltern- und Patientenversion bestimmt. Trotz der generell hohen Augenscheininvalidität des neuen Zufriedenheitsfragebogens wurde die konvergente Validität spezifisch anhand der Korrelation (Spearman's Rho:  $\rho$ ) zum CSQ-8 im Eltern- und Patientenurteil überprüft. Zur Überprüfung der diskriminanten Validität wurden Mann-Whitney-Tests oder Spearman's Rho berechnet. Die Berechnungen der Mittelwertdifferenzen bezogen sich einerseits auf soziodemografische Indikatoren (Geschlecht, Art der Aufnahme, Hauptdiagnose, Anzahl früherer Hospitalisierungen, Dauer der Behandlung, Kooperation aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten, CGI). Andererseits wurde die Anwendbarkeit und klinische Bedeutsamkeit der Resultate durch eine Varianzanalyse, in der die Mittelwerte der einzelnen Stationen miteinander verglichen wurden, geprüft.

All diese statistischen Arbeitsschritte für die Ergebnisse, über die in diesem Artikel berichtet wird, erfolgten ausschließlich mit den vorhandenen Daten (11% fehlende Daten im Durchschnitt für jedes Item), ohne Daten zu imputieren. Zusätzlich zu den Mittelwertvergleichen wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt, um die Faktorenstruktur des Fragebogens zu ermitteln. Dies wird für die statistisch interessierten Leserinnen und Leser aus Gründen der Übersichtlichkeit und Vereinfachung dieser Analyse im elektronischen Supplement (ESM) 1 ausführlich dargestellt

## Ergebnisse

### Testgütekriterien

#### Reliabilität

Als Maß für die Reliabilität wurde die interne Konsistenz für die Eltern- und Patientenversion berechnet. Das Cronbachs  $\alpha$  für den Gesamttest im Patientenurteil beträgt  $\alpha = .97$  ( $n = 46$ ). Für das Elternurteil wurde ein  $\alpha = .93$  ( $n = 11$ ) berechnet, auch für die Subscores lagen die Cronbachs- $\alpha$ -Werte sowohl im Patienten- wie im Elternurteil zwischen  $\alpha = .71$  und  $.94$  (siehe Tabelle 2).

#### Konvergente Validität

Für die Gesamtscores mit dem Patienten- und Elternurteil im CSQ-8 wurde auf Patientenebene ein Korrelationskoeffizient von  $\rho = .79$  und auf der Elternebene von  $.81$  errechnet (siehe Tabelle 2). Die sehr hohen Korrelationen mit dem etablierten CSQ-8 sowohl auf Eltern- als auch auf Patientenebene zeigen, dass es dem Fragebogen gut gelingt, die Kernbereiche der Patientenzufriedenheit zu erfassen.

**Tabelle 1.** Soziodemografische Angaben

		Prävalenz (%)
Geschlecht	Weiblich	67.1
Familiensituation	Zusammenlebende biologische Eltern	45.9
	Getrennte Eltern	46.9
	Verstorbener Elternteil	5.3
	Eltern nie zusammengelebt	1.9
Berufliche Tätigkeit Vater	Vollzeit	86.7
	Teilzeit	6.1
	Arbeitslos	4.2
	Sozialhilfe	3.0
Berufliche Tätigkeit Mutter	Vollzeit	23.2
	Teilzeit	47.5
	Tätigkeit zu Hause	19.3
	Arbeitslos	1.1
	Sozialhilfe	8.9
Wohnen	Zu Hause mit Eltern	74.1
	Pflegefamilie	12.3
	Sozialpädagogische Institution	8.2
	Andere psychiatrische Klinik	1.4
	Strafanstalt	0.5
	Andere	3.5
Aufnahme	Freiwillig	82
	Fürsorgereische Unterbringung	18
Diagnosen	F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4.8
	F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	4.2
	F3 Affektive Störungen	37.7
	F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	31.7
	F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	7.2
	F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7.2
	F8 Entwicklungsstörungen	4.2
	F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	22.2

**Diskriminante Validität**

In diesem Abschnitt haben wir soziodemografische und klinische Variablen mit den Zufriedenheitswerten korreliert. Angesichts der hohen Anzahl durchgeführter Tests (> 250) wurde das Signifikanzniveau auf .01 festgelegt, um den  $\alpha$ -Fehler zu reduzieren.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Geschlecht und der Art der Aufnahme (freiwillig versus FU) hinsichtlich früherer stationärer Aufenthalte und Diagnosen.

Die Aufenthaltsdauer zeigte keinen Zusammenhang mit den Patientenscores, war aber positiv korreliert mit

**Tabelle 2.** Unterschiede im Eltern- und Patientenurteil (Cronbachs  $\alpha$ , Korrelationen)

	Patientenurteil					Elternurteil						
	Item-zahl	MW	SD	$\alpha$	$\rho$ mit CSQ	Item-zahl	MW	SD	$\alpha$	$\rho$ mit CSQ	$\rho^1$	$\rho^2$
Gesamt	33	3.87	0.72	.97	.79**	37	4.23	0.62	.93	.81**	< .001	.29**
Aufnahme	1	4.09	0.75	-	.53**	2	4.46	0.65	.71	.49**	< .001	.17
Information über Behandlung	5	3.83	0.81	.84	.71**	8	4.21	0.77	.88	.74**	< .001	.19*
Behandlung	6	3.68	0.92	.84	.57**	6	4.08	0.81	.81	.70**	< .001	.24**
Engagement	9	4.07	0.85	.93	.73**	6	4.47	0.58	.86	.65*	< .001	.34**
Rahmenbedingungen der Station (Räume, Essen, Freizeitangebote)	6	3.77	0.70	.75	.54**	-	-	-	-	-	-	-
Vorbereitung auf Entlassung	2	3.85	1.00	.84	.60**	3	4.22	0.74	.76	.75**	.003	.23*
Behandlungsergebnis/ Zielerreichung	5	3.83	0.94	.84	.71**	7	4.06	0.73	.86	.73**	.042	.27**

<sup>1</sup> P-Werte von Wilcoxon-Tests zwischen Patientinnen sowie Patienten und Eltern. <sup>2</sup> Spearman-Korrelationen zwischen Eltern- und Jugendversionen, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

den Angaben zur Behandlungszufriedenheit der Eltern ( $\rho = .25, p < .01$ ) und dem Behandlungsergebnis aus Elternsicht ( $\rho = .29, p < .01$ ). Die Kooperation aus Sicht der Therapeuten und Therapeuten hatte keinen Zusammenhang mit den Patientenscores, war aber positiv korreliert mit den Angaben der Eltern ( $\rho = .25, p < .01$ ).

CGI-S und CGI-I zeigten keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang sowohl mit den Ergebnissen der Patientinnen und Patienten als auch der Eltern.

## Klinische Anwendbarkeit

### Vergleich Jugendliche versus Eltern

Beim Vergleich zwischen dem Eltern- und Patientenurteil ( $n = 130$ ) zeigt sich fast durchgängig, dass die Eltern signifikant zufriedener mit der Behandlung waren als die Patientinnen und Patienten (siehe Tabelle 2). Patienten- und Elternurteil korrelieren wie erwartet auch in dieser Erhebung nur moderat miteinander. Dieser Zusammenhang lag im CSQ-Gesamttest bei  $\rho = .39$  und im zu validierenden Patientenzufriedenheitsfragebogen zwischen  $\rho = .17$  und  $\rho = .34$  für den Gesamttest (siehe Tabelle 2).

### Klinikvergleich

Der Benchmarkvergleich zwischen ähnlichen Institutionen im externen Vergleich ist ein hilfreicher Indikator, um die Qualität der psychiatrischen Institution zu erklären. Die Vergleiche helfen, die eigenen Werte richtig zu posi-

tionieren und damit zu interpretieren. So können das eigene Potenzial und kritische Punkte in der Zufriedenheit erkannt werden.

Abbildung 1 zeigt die skalierten Ergebnisse für die Patientenversion (siehe Abbildung 2 für die Elternversion) auf einer Skala von 1 (schlechteste Bewertung) bis 5 (beste Bewertung). Das Konfidenzintervall (KI) des Mittelwerts wurde auf 95 % festgelegt. Die Größe des Intervalls hängt von der Anzahl der Antwortenden ( $N$ ) ab und davon, wie unterschiedlich die Antworten ausgefallen sind ( $SD$ ). Wenn das Ende des Konfidenzintervalls das Ende der Vergleichssäule nicht überlappt, sind die Unterschiede signifikant.

## Entwicklung der finalen Version

Im Rahmen der Itemanalysen wurden hoch korrelierende Items mit geringer Trennschärfe einem nochmaligen Expertenurteil unterzogen. Zwei Items, die nach den Itemanalysen keinen ausreichend stringenten Beitrag leisten konnten, wurden daraufhin aus dem Fragebogen entfernt; zwei Items mit fast identischem Antwortverhalten und Hinweisen darauf, dass die Jugendlichen die unterschiedlichen Aspekte der Items schwer auseinanderhalten konnten, wurden in der Patienten- und in der Elternversion zusammengefasst und dadurch minimal umformuliert.

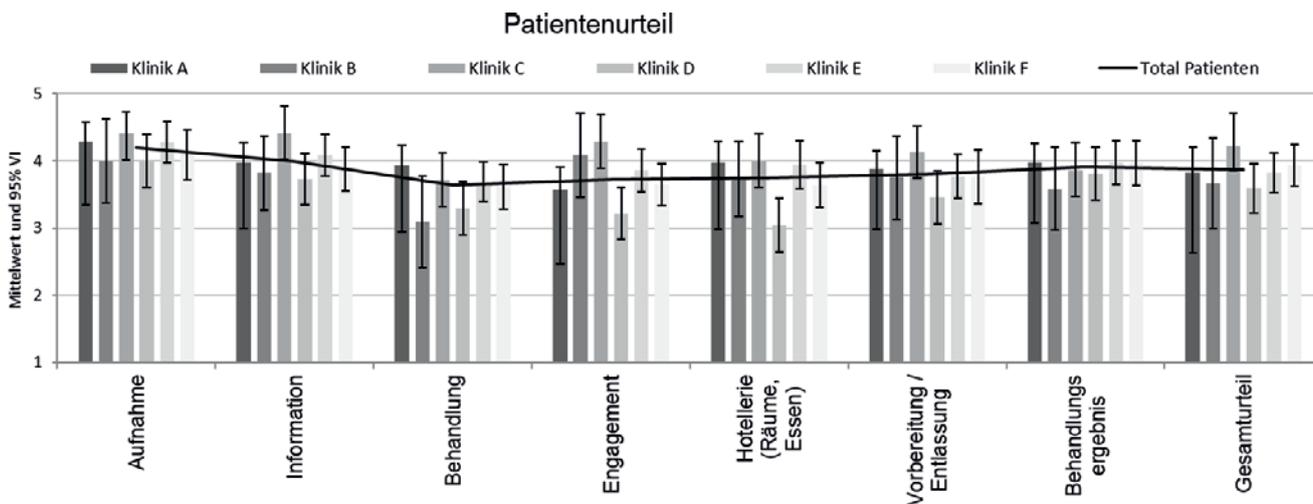


Abbildung 1. Mittelwertvergleiche der teilnehmenden Kliniken, Patientenurteil.

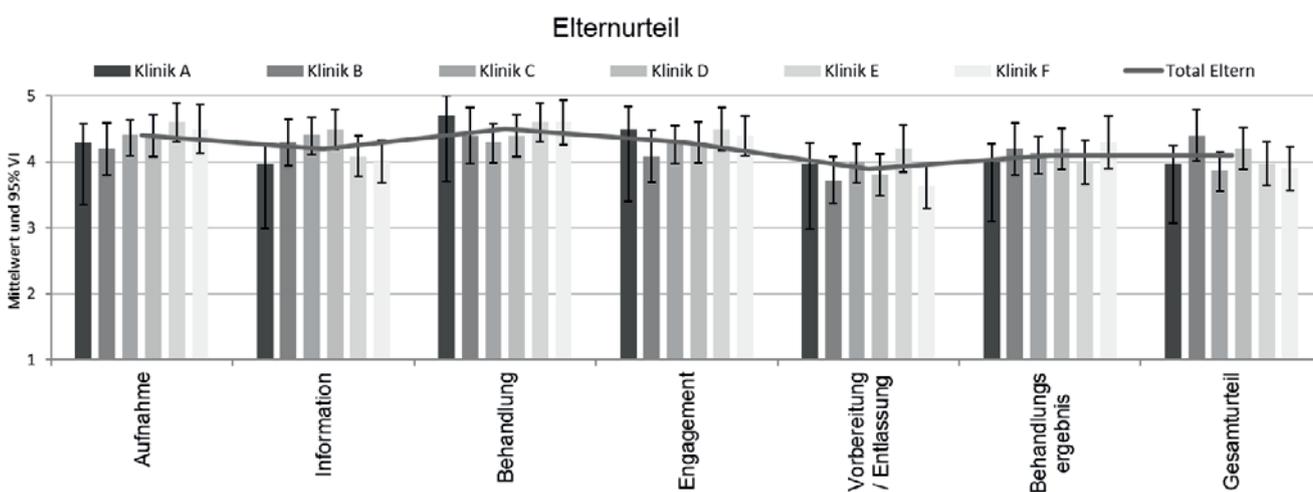


Abbildung 2. Mittelwertvergleiche der teilnehmenden Kliniken, Elternurteil.

## Diskussion

Ziel des Projektes und der Arbeitsgruppe der SGKJPP war es, einen Fragebogen mit guten psychometrischen Eigenschaften zu entwickeln, der sich im klinischen Alltag einsetzen lässt und den Kliniken zuverlässig konkrete Hinweise über Möglichkeiten ihrer Qualitätsentwicklung liefern sollte. In dieser Studie konnten nun erstmals die Patientenzufriedenheit mit stationären KJPP-Behandlungen sowie die Testgütekriterien des neu entwickelten Fragebogens überprüft werden.

### Testgütekriterien

Der entwickelte Fragebogen zeigt in dieser Untersuchung hervorragende Testgütekriterien. Seine interne Konsis-

tenz liegt mit einem Cronbachs  $\alpha$  von .97 und .93 somit auf oder sogar über dem Niveau von vergleichbaren Verfahren zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (z. B. FBB: Mattejat, 1993; Keller et al., 2006, 2018), insbesondere, wenn bedacht wird, wie nützlich dieser Fragebogen ist und wie viele unterschiedliche Facetten er mit wenigen Items erfasst.

Die sehr hohe konvergente Validität mit dem international weit verbreiteten CSQ-8 zeigt, dass der hier vorgestellte Fragebogen sowohl viele verschiedene relevante Aspekte der stationären und milieutherapeutischen Behandlung erfasst als auch die globale Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern sehr gut abbildet. Das Konstrukt der Patientenzufriedenheit, wie es empirisch zum Beispiel mit dem CSQ-8 erfasst wird, kann von dem Fragebogen gut erfasst werden. Der neu entwickelte Fragebogen ist daher für die Messung der Zufriedenheit von

Patientinnen und Patienten und Eltern mit KJPP-Krankenhausaufenthalten geeignet. Der hier vorgestellte Fragebogen stellt in Anbetracht der Bedürfnisse der Kliniken nach einem differenzierten Instrument für die Qualitätssicherung und der eingangs beschriebenen Anforderungen eine sinnvolle Ergänzung und Alternative zu den bereits etablierten Instrumenten dar. Ähnlich wie in anderen Untersuchungen zeigt sich, dass das Engagement der Behandelnden und die Information und Partizipation der Familien am stärksten mit der Gesamtzufriedenheit korrelieren (Barber, Tischler & Healy, 2006; Keller et al., 2018; Marriage, Petrie & Worling, 2001). Die Auswertung kann als Gesamtwert oder über die Subkategorien erfolgen.

Mit dem neu entwickelten Fragebogen wurde versucht, zwei Anforderungen zu erfüllen, die mit Blick auf einen Dauereinsatz am bedeutsamsten erschienen. Der Fragebogen soll den gesamten Behandlungspfad einer stationären Behandlung abbilden, inklusive der Zufriedenheit mit dem Behandlungsteam. Dadurch erhalten Teams einer stationären Behandlung Rückmeldungen zu ihrer Arbeit, aus der sie Maßnahmen zur Optimierung ihres Behandlungskonzeptes einleiten können. Um dies zu erreichen, müssen die Auswertungen den Behandelnden unmittelbare Erkenntnisse liefern und dabei den fachspezifischen Kriterien vollumfänglich entsprechen.

Ergebnisse aus Patientenbefragungen weisen in der Regel einen gewünschten leichten Deckeneffekt auf. Ein gutes Erhebungsinstrument hat den Anspruch, dass es auch im oberen Bereich differenziert. Die Differenzen, die sich bei den Kliniken zeigen, weisen darauf hin, dass sich der Fragebogen gut für einen Benchmarkvergleich zwischen den Kliniken eignet.

Die Rückmeldungen der beteiligten Kliniken bestätigen, dass ihnen die Ergebnisse spezifische Stärken und Schwächen aufzeigen und sich aus den Ergebnissen Projekte zur Verbesserung der Behandlungsqualität initiieren lassen. Trotz hoher durchschnittlicher Zufriedenheit konnte der Fragebogen somit noch zwischen den Kliniken differenzieren. Dies spricht dafür, dass der Fragebogen auch zur Qualitätsverbesserung auf institutioneller Ebene beitragen und auch im Längsschnitt innerhalb einer Institution Entwicklungen abbilden kann, was eine wichtige Anforderung an Fragebögen zur Patienten- und Elternzufriedenheit ist (Keller et al., 2006; Woodward et al., 2017).

Im Unterschied zu anderen Instrumenten, die eher eine globale Zufriedenheit messen, erfragt der hier vorgestellte Fragebogen sehr spezifisch einzelne Aspekte, die im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wirksam werden, und ist bestrebt, Unterschiede aufzuzeigen und Deckeneffekte zu vermeiden. Es wird wichtig sein, zu überprüfen, inwiefern einzelne Komponenten der Behandlung mit Behandlungsergebnissen zusammenhängen.

Die Tatsache, dass ein hoher Anteil der Fragebögen nicht vollständig ausgefüllt wurde, die einfachere und

ökonomischere Datenaufbereitung und -verarbeitung sowie eine sichere Einhaltung des Datenschutzes sprechen sehr dafür, eine elektronische Eingabe (z. B. Tabletcomputer) zu realisieren. Der höhere Aufforderungscharakter für die Jugendlichen würde sich sicherlich positiv auf Motivation und Datenqualität auswirken, wie Erfahrungen von anderen Kliniken gezeigt haben (ANQ, Q-Day 2017). Zudem könnten Fragebögen, die nur unreflektiert „durchgeklickt“ wurden, über eine definierte Mindestzeit der Auswertung ausgeschlossen werden und leistungsschwachen Jugendlichen könnten die Fragebögen ggfs. über eine Audioversion vorgegeben werden (Schmid, 2016).

## Klinische Anwendungen

Es spricht für die Qualität des Fragebogens, dass die Ergebnisse im FBZ-KJP ähnliche Resultate sowohl bezüglich der Testgütekriterien als auch der Ergebnisse zur Zufriedenheit der Eltern und Patientinnen und Patienten hervorbringen wie sie in internationalen Studien berichtet werden und diese somit bestätigen (Biering, 2010; Copeland et al., 2004; Garland et al., 2007; Keller et al., 2006; Marriage et al., 2001; Solberg et al., 2015).

Auch in dieser Untersuchung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Patienten- und Elternversionen sowie nur moderate Korrelationen zwischen beiden Perspektiven. Die Ergebnisse bestätigen ebenfalls die Ergebnisse anderer internationaler Studien, nach denen die Eltern mit der Behandlung tendenziell zufriedener sind als die Patientinnen und Patienten selbst (Garland et al., 2007; Turchik et al., 2010).

Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass sich der Fragebogen zum Routineeinsatz bei einer Befragung vor Austritt eignet. Auch im Benchmark konnten die Vorteile des Fragebogens überzeugen und dürften maßgeblich dazu beigetragen haben, dass der Fragebogen von breiten Fachkreisen unterstützt wurde. Nicht zuletzt sprach die übersichtliche, einfach lesbare Darstellung der Ergebnisse für die einzelnen Kliniken die beteiligten pädagogischen und pflegerische Fachkräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen an. Eine klare Darstellung der Ergebnisse für umschriebene Aspekte einer stationären Behandlung dürfte die Akzeptanz des Fragebogens und die interne Diskussion um Qualitätsentwicklung in den Kliniken fördern.

## Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie

Die Stärke der Studie besteht darin, erstmals die Patientenzufriedenheit bei stationären kinder- und jugendpsy-

chiatrischen Behandlungen in der Schweiz untersucht zu haben mittels einer multizentrischen und zweisprachigen repräsentativen Stichprobe sowohl im Eltern- als auch im Selbsturteil der Patientinnen und Patienten. Dabei gelang es, den ganzen Entwicklungsprozess des Fragebogens zweisprachig zu realisieren und dadurch einerseits spezifische kulturelle Gepflogenheiten beider Sprachregionen zu integrieren sowie die damit vermutlich einhergehenden feinen Unterschiede bezüglich der Ausgestaltung von stationären KJPP-Behandlungen von Beginn an zu berücksichtigen, um einen Fragebogen für den Einsatz in der ganzen Schweiz zu entwickeln. Zudem wurde erstmals ein neu entwickelter Fragebogen verwendet, welcher die Erwartungen der Praxis, der wissenschaftlichen und fachlichen Gremien, der Vorgaben der Leistungserbringer, Kostenträger und ANQ auszubalancieren versucht.

Kritikerinnen und Kritiker könnten hinterfragen, ob eine hohe konvergente Validität zu einem Fragebogen bei einem Konstrukt wie der Patientenzufriedenheit der beste Indikator für die Validität eines Fragebogens ist. Es spricht vieles dafür, dass die Patientenzufriedenheit leicht relativ global erhoben werden kann (vgl. CSQ-8). Die Patientenzufriedenheit wird wohl im Wesentlichen durch einen globalen Eindruck geprägt (Brown et al., 2014). Sicher ist die Patientenzufriedenheit durch einen gewissen Halo-Effekt geprägt, sie beinhaltet aber dennoch unterschiedliche Aspekte (Bering, 2010), die von manchen Fragebögen auch valide und reliabel erhoben werden können (Keller et al., 2018). Ein erfolgreicher Fragebogen sollte den Anspruch haben, das Gesamtkonstrukt abzubilden, aber auch einzelne wichtige Teilaspekte einer Behandlung abbilden zu können, weshalb letztlich die Korrelation mit einem etablierten Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit die einfachste und international verbreitetste Möglichkeit ist, um die konvergente Validität eines Fragebogens zu überprüfen. Der CSQ-8 bot sich aus verschiedenen Gründen (s. o.) und als ein in mehreren kinder- und jugendpsychiatrischen Studien international eingesetztes Verfahren an (Solberg et al., 2015). Die Tatsache, dass die Augenscheinvalidität des Fragebogens in mehreren Expertenrunden geprüft und die individuellen Unterschiede der Kliniken von diesen auch in qualitativen Antworten der Eltern sowie Patientinnen und Patienten gut plausibilisiert werden konnten, spricht sowohl für die hohe inhaltliche Validität als auch die diskriminante Validität des Fragebogens. Wünschenswert wäre es gewesen, die diskriminante Validität bzw. die gefundenen Mittelwertunterschiede zwischen den einzelnen Kliniken noch zusätzlich mit verblindeten standardisierten Expertenurteilen zu erfassen und mit den Ergebnissen im Selbst- und Elternurteil bzgl. der Patientenzufriedenheit zu korrelieren. Das Einholen von

standardisierten und unabhängigen Expertenurteilen war mit den Ressourcen dieser Studie schlicht nicht zu leisten.

In diese Erhebung fließen die Werte von sechs Kliniken aus zwei Sprachregionen (DE, FR) ein. Die Kliniken haben unterschiedliche Ausrichtungen als Universitätskliniken, aber auch als nicht universitäre Einrichtungen. Die für die Schweiz repräsentative, aber dadurch auch sehr heterogene Stichprobe führt zwangsläufig zu Limitationen. Trotz der beachtlichen Zahl an Probandinnen und Probanden werden die Stichproben durch die heterogenen Kliniken mit spezifischen Indikationen und verschiedenen Störungsbildern für die Analyse von spezifischen Subgruppen rasch zu klein. Gerade auch Unterschiede zwischen der französischen und deutschen Version ließen sich nur über eine größere Gesamtstichprobe fundiert analysieren. Die durchgeführten Analysen erbrachten sehr ähnliche Ergebnisse und keine signifikanten Differenzen, was die Güterkriterien und Zusammenhänge zwischen Eltern- und Patientensichtweise betrifft, was dafür spricht, dass die Fragebögen in beiden Sprachen eingesetzt werden können. Trotzdem kann nicht völlig ausgeschlossen werden, dass sich in Substichproben (z.B. Diagnosegruppen, Altersgruppen, sprachliche Defizite, Zuweisungsgründe) Unterschiede zeigen könnten.

Die in dieser Studie erhobenen Diagnosen wurden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen nach den individuellen Standards der teilnehmenden Kliniken gestellt. Nur in wenigen Einzelfällen wurden die Diagnosen nach internationalen Forschungsstandards mit zeitaufwendigen klinischen standardisierten Interviews erhoben. Deshalb sollten die diagnostischen Daten nur zur Beschreibung der Stichprobe und ihrer Repräsentativität herangezogen werden. Analysen über Behandlungszufriedenheit pro Diagnosegruppe sollten vermieden oder zumindest sehr vorsichtig interpretiert werden.

Die deutliche Differenz zwischen der Zahl der Austritte und den letztlich eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ist ebenfalls limitierend, da bei einer Stichprobe von dieser Größe gewisse Selektionseffekte (Migrationshintergrund, bestimmte Störungsbilder, Abbrüche) nicht gänzlich ausgeschlossen werden konnten. Mit gewissen Selektionseffekten haben aber fast alle Studien im Bereich der Patientenzufriedenheit zu kämpfen (Voutilainen, Pitkälä, Vehviläinen-Julkunen & Sherwood, 2015). Allerdings konnten die Repräsentativität dieser Stichprobe über die Angaben im CGI durch die fallführenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen kontrolliert und beschrieben werden.

Da aus entwicklungspsychologischen Gründen nur Jugendlichen ab 11 Jahren befragt werden konnten (Deighton et al., 2015), muss offenbleiben, inwiefern sich die

Erkenntnisse aus dem Jugendalter auf die stationäre Behandlung von jüngeren Kindern übertragen lassen. Hier wäre der Vergleich des Elternurteils nach Altersstufen aufschlussreich. In der Literatur gibt es aber insgesamt wenig Hinweise darauf, dass die Patientenzufriedenheit der Eltern stark vom Alter beeinflusst wird (Copeland et al., 2004; Garland et al., 2007; Turchik et al., 2010).

## Schlussfolgerungen für Klinik und Forschung

Die Güterkriterien des Fragebogens in Verbindung mit dem erwarteten und von den teilnehmenden Kliniken beschriebenen unmittelbaren Nutzen für die Praxis sprechen dafür, dass sich der Fragebogen für den flächendeckenden Einsatz in den KJPP-Kliniken der Schweiz eignet und zur Qualitätssicherung flächendeckend implementiert werden kann.

Für die Weiterentwicklung der Forschung mit diesem Fragebogen wird es wichtig sein, die Gütekriterien und den Einfluss der unterschiedlichen Behandlungsparameter und Patientenvariablen auf die Zufriedenheit anhand von größeren Stichproben immer wieder im Routinebetrieb zu replizieren.

Von besonderem inhaltlichem Interesse wären sicher vertiefte Analysen bezüglich der Auswirkungen von einzelnen Behandlungselementen auch für spezifische Auswertungen für Patientengruppen nach Alter, Diagnosegruppen und Geschlecht. Mittel- und langfristige wäre es bedeutsam, zu überprüfen, ob Anpassungen in den Behandlungskonzepten zu Veränderungen im Bereich der Patientenzufriedenheit führen. Fachpolitisch relevant könnten Auswertungen sein, wie sich Überbelegung, Behandlungsdauer, die Aufarbeitung von Zwangsmaßnahmen, Personalschlüssel-/bemessung und Abrechnungsmodelle auf die Patientenzufriedenheit auswirken (vgl. Deister et al., 2021; Kölch et al., 2021).

Letztlich soll der Fragebogen dazu beitragen, den von fachpolitischen Gremien und Kostenträgern geforderten Nachweis der Behandlungsqualität um den Faktor der Patientenzufriedenheit zu erweitern. Durch eine stärkere Beachtung der Patientenzufriedenheit wird zudem die Partizipation der Jugendlichen und ihrer Familien im gesamten Behandlungsprozess gefördert und gefordert. Schon aus diesem Grund ist es fachpolitisch wichtig, neben Outcomevariablen auch die Patientenzufriedenheit regelmäßig, nachhaltig und kontinuierlich zu erheben und damit zu einer weiteren Optimierung und weiteren Entstigmatisierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beizutragen.

## Elektronisches Supplement

Das elektronische Supplement (ESM) ist mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000869>.

**ESM 1.** Details zur Hauptkomponentenanalyse.

## Literatur

- ANQ. (2017). *Jahresbericht 2016*. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken.
- Attkisson, C.C. & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233–237.
- Barber, A.J., Tischler, V.A. & Healy, E. (2006). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Journal of Child Health Care*, 10, 9–21.
- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 65–72.
- Brown, A., Ford, T., Deighton, J. & Wolpert, M. (2014). Satisfaction in child and adolescent mental health services: Translating users' feedback into measurement. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 434–446.
- Commission for Health Improvement. (2001). *Report of a clinical governance review at North West Wales NHS*. London: Commission for Health Improvement.
- Copeland, V.C., Koeske, G. & Greeno, C.G. (2004). Child and mother client satisfaction questionnaire scores regarding mental health services: Race, age, and gender correlates. *Research on Social Work Practice*, 14, 434–442.
- Deighton, S., & Addington, J. (2015). Exercise practices in individuals at clinical high risk of developing psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(4), 284–291.
- Deister, A., Brückner-Bozetti, P., Heuft, G., Kölch, M., Klein, M., Löhr, M. et al. (2021). Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie: Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell. *Der Nervenarzt*, 92, 457–467.
- Fitzpatrick, R. (1993). Scope and measurement of patient satisfaction. In R. Fitzpatrick & A. Hopkins (Eds.), *Measurement of patients' satisfaction with their care* (pp. 1–17). London: Royal College of Physicians.
- Garland, A.F. & Besinger, B.A. (1996). Adolescents' perceptions of outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 355–375.
- Garland, A.F., Haine, R.A. & Boxmeyer, C.L. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30, 45–54.
- Grossoehme, D.H. & Gerbetz, L. (2004). Adolescent perception of meaningfulness of psychiatric hospitalization. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 589–596.
- Guy, W. (2000). Clinical Global Impressions (CGI) Scale, modified. In J.A. Rush (Ed.), *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179–185.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J. & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 52, 202–206.

- Katzenschlager, P., Fliedl, R., Popow, C., & Kundi, M. (2018). Quality of life and satisfaction with inpatient treatment in adolescents with psychiatric disorders: A comparison between patients', parents', and caregivers' (self-)assessments at admission and discharge. *Neuropsychiatr*, 32, 75–83.
- Keller, F., Fegert, J.M. & Naumann, A. (2018). Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 186–197.
- Keller, F., Naumann, A., & Fegert, J. M. (2021). Satisfaction with inpatient child and adolescent psychiatric treatment: development and psychometric properties of the BEST questionnaires for adolescents and for parents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 15, 46.
- Keller, F., Peter, S., Fegert, J.M., Naumann, A. & Goldbeck, L. (2006). Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 367–376.
- Kelly, P.J., Kyngdon, F., Ingram, I., Deane, F.P., Baker, A.L. & Osborne, B.A. (2018). The Client Satisfaction Questionnaire–8: Psychometric properties in a cross sectional survey of people attending residential substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Review*, 37, 79–86.
- Kölch, M.G., Klein, M., Knebusch, V., Deister, A., Heuft, G., Sauter, D. et al. (2021). Individuell und bedarfsgerecht: Das Plattform-Modell für Personalbemessung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – eine Machbarkeitsstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49, 124–133.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A. & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197–207.
- Madan, A., Sharp, C., Newlin, E., Vanwoerden, S. & Fowler, J.C. (2014). Adolescents are less satisfied with inpatient psychiatric care than their parents: Does it matter? *Journal for Healthcare Quality*, 38, e19–28.
- Marriage, K., Petrie, J. & Worling, D. (2001). Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 46, 969–975.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 192–233.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). Die Erfassung des Therapieerfolges in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter naturalistischen Bedingungen. Konzeption und Realisierung des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 445–454.
- Naar-King, S., Siegel, P.T., Smyth, M. & Simpson, P. (2000). A model for evaluating collaborative health care programs for children with special needs. *Children's Services*, 3, 233–245.
- Nabors, L.A., Weist, M.D., Reynolds, M.W., Tashman, N.A. & Jackson, C.Y. (1999). Adolescent satisfaction with school-based mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 229–236.
- Remschmidt, F., Schmidt, M.H. & Pouska, F. (Hrsg.). (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (7. aktualisierte Aufl.)*. Bern: Hogrefe.
- Schmid, M. (2016). Ist die Seele eines Kindes messbar? Nutzen von psychometrischen Testverfahren in sozialpädagogischen Settings. In Integras (Hrsg.), *Integras-Fortbildungstagung* (S. 37–54). Brunnen: Integras, Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik.
- Solberg, B.S., Haavik, J. & Halmøy, A. (2019). Health care services for adults with ADHD: Patient satisfaction and the role of psycho-education. *Journal of Attention Disorders*, 23, 99–108.
- Solberg, C., Larsson, B. & Jozefiak, T. (2015). Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3–4-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 224–232.
- Stacklies, W., Redestig, H., Scholz, M., Walther, D. & Selbig, J. (2007). *pcaMethods – A bioconductor package providing PCA methods for incomplete data*. *Bioinformatics*, 23, 1164–1167.
- Stüntzner-Gibson, D., Koren, P.E. & DeChillo, N. (1995). The Youth Satisfaction Questionnaire: What kids think of services. *Families in Society*, 71, 616–625.
- Turchik, J.A., Karpenko, V., Ogles, B.M., Demireva, P. & Probst, D.R. (2010). Parent and adolescent satisfaction with mental health services: Does it relate to youth diagnosis, age, gender, or treatment outcome? *Community Mental Health Journal*, 46, 282–288.
- Voutilainen, A., Pitkääho, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sherwood, P.R. (2015). Meta-analysis: Methodological confounders in measuring patient satisfaction. *Journal of Research in Nursing*, 20, 698–714.
- Woodward, S., Berry, K. & Bucci, S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 81–93.
- Zendjidjian, X.Y., Baumstarck, K., Auquier, P., Loundou, A., Lancon, C. & Boyer, L. (2014). Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: Why should clinicians care? *Patient Preference Adherence*, 8, 575–583.

#### Historie

Manuskript eingereicht: 04.03.2021

Manuskript akzeptiert: 15.02.2022

Onlineveröffentlichung: 08.04.2022

#### Danksagung

Die Autoren wollen sich noch einmal ausdrücklich bei den Mitarbeitenden, Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern für die gute Zusammenarbeit bedanken! Ohne dieses Engagement und deren investierte Zeit hätte diese Studie nie realisiert werden können. Zudem gebührt der SGKJPP Dank für die finanzielle Unterstützung der Studie und der ANQ für die Offenheit, sich in einen solchen Entwicklungsprozess einzulassen. Der nicht unerhebliche Aufwand hat sich, wenn die Zusammenarbeit aller Beteiligten zu einer höheren Compliance bei den Routineerhebungen führt, hoffentlich für alle Beteiligten gelohnt. Unser Dank gilt auch Gregory Mantzouranis für seine Unterstützung in gewissen statistischen Analysen.

#### Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

#### André Della Casa

 <https://orcid.org/0000-0002-2010-9359>

#### Dr. André Della Casa

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,  
Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Neumünsterallee 3  
8032 Zürich  
Schweiz

andre.dellacasa@pukzh.ch