

Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Testhandbuch

(Stand: September 2020)

Ferdinand Keller, Jörg M. Fegert und Alexander Naumann

Hinweis: Bei der vorliegenden Fassung handelt es sich um das eingereichte Manuskript; das finale Testhandbuch erscheint bei SpringerTest und kann von dieser Fassung abweichen.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. Ferdinand Keller, Dipl.-Psych.
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm

Tel.: 0731 500 61688
(Home office: 0751 16707)
Email: ferdinand.keller@uniklinik-ulm.de

Inhaltsverzeichnis

1. Kurzinformation über den Test
2. Theoretische Grundlagen und diagnostische Zielsetzung
 - 2.1 Erhebungsverfahren zu Patientenzufriedenheit und einige Befunde
 - 2.2 Zufriedenheitsbefragungen im Rahmen zeitgemäßer Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen im Gesundheitswesen
3. Testkonstruktion
4. Psychometrische Eigenschaften
 - 4.1 Objektivität
 - 4.2 Reliabilität
 - 4.2.1 Stichproben und Vorgehen bei Item- und Faktorenanalysen
 - 4.2.2 Item- und Faktorenanalysen des Kinderbogens
 - 4.2.3 Item- und Faktorenanalysen des Jugendlichenbogens
 - 4.2.4 Item- und Faktorenanalysen des Elternbogens
 - 4.2.5 Test-Retest-Reliabilität bei Jugendlichen
 - 4.3 Validität
 - 4.3.1 Inhaltliche und Konstruktvalidität
 - 4.3.2 Konvergente Validität
 - 4.3.3 Zusammenhänge mit demografischen Variablen
5. Referenzstichproben und Erhebung der Vergleichswerte
6. Einsatz und Durchführung
7. Auswertung, Interpretation und Fallbeispiele
8. Literatur

Anhang:

- A: Prozentrangtabellen für Kinder-, Jugendlichen- und Elternstichprobe
- B: Abbildungen zu Prozentrangtabellen
- C: Vergleich der Iteminhalte von Langfassung zu aktueller Fassung

1 Kurzinformation über den Test

Die Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) dienen der Erfassung der Behandlungszufriedenheit mit einer (teil-)stationären Therapie in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP). Dabei sollen verschiedene Aspekte der Behandlung beurteilt werden, die sowohl Prozessqualität (z.B. therapeutische Beziehung) als auch Strukturqualität („Hotelqualität“) betreffen sowie wichtige neuere Aspekte wie Partizipation, Information und Klima auf der Station. Die Fragebögen sind so angelegt, dass sie schnell und einfach beantwortbar sind und alle wesentlichen Aspekte einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung abdecken. Vorzugsweise erfolgt die Erhebung am Ende des Aufenthaltes, die Bögen können aber im Prinzip auch während des Aufenthaltes, z.B. im Rahmen einer Stichtagserhebung, oder nach der Entlassung eingesetzt werden. Die Bögen liegen in drei Versionen vor: Kinder (BesT-K), Jugendliche (BesT-J) und Eltern/Sorgeberechtigte/Betreuungspersonen (BesT-E). Zur Beantwortung steht jeweils eine fünfstufige Antwortskala zur Verfügung. In der Kinderversion sind die Antwortkategorien jeweils ausformuliert und mit Smileys illustriert. Bei den Jugendlichen und den Eltern sind die beiden Extreme mit „stimmt überhaupt nicht“ und „stimmt vollkommen“ gekennzeichnet. Die Version für Kinder umfasst 20 Items, diejenige für Jugendliche 27 Fragen und diejenige für Eltern 22 Items. Dazu kommt in jedem Bogen noch eine Frage zu möglicher Stigmatisierung („Angst, dass andere von Aufenthalt erfahren“) und einige ergänzende Informationsfragen, die eventuell auch zur Interpretation der Zufriedenheitswerte herangezogen werden können, z.B. ob man freiwillig hier in Behandlung war, ob Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden oder ob die Behandlungszeit zu kurz/gerade richtig/zu lang war. Auch freie Äußerungen dazu, was gutgetan hat, was geärgert hat und was verbessert werden sollte, sind am Ende des Fragebogens möglich.

Insgesamt erhält man in jeder Version einen Gesamtwert an Zufriedenheit und es lassen sich zusätzlich jeweils noch zwei Subskalen bilden, die die „Therapeutische

Beziehung“ und die „Umgebung“ beschreiben. Zu diesen Skalen stehen jeweils Prozentrangtabellen zur Verfügung, die zur Einordnung der eigenen Werte herangezogen werden können. Unabhängig von den Skalenwerten sind viele Items auch als Einzelaussage verwendbar für die Bewertung von QS-Maßnahmen, z.B. die Zufriedenheit mit der Medikamentenaufklärung oder mit der Ausgangsregelung.

Einschränkungen hinsichtlich des Ausfüllens bestehen bei kognitiv eingeschränkten oder sprachlich überforderten Teilnehmenden. Hier bietet sich gerade bei Kindern eine Hilfestellung durch eine neutrale Person an. Die Zeitdauer für das Ausfüllen liegt bei Kindern unter neun Jahren bei ca. 25 Minuten und bei älteren Kindern bei ca. 15 Minuten. Jugendliche benötigen für den Bogen ca. 5 – 15 Minuten und Eltern ca. 10 Minuten. Die Zeiten können jedoch variieren abhängig von der kognitiven Entwicklung und wie viele Freitextangaben gemacht werden.

Die Best-Bögen stellen ein sowohl wissenschaftlich evaluiertes als auch in der QM-Praxis im Alltag von Kliniken erprobtes Instrument dar, mit dem die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Behandlung erfasst werden kann.

2 Theoretische Grundlagen und diagnostische Zielsetzung

2.1 Erhebungsverfahren zu Patientenzufriedenheit und einige Befunde

Angelehnt an die angelsächsische consumer satisfaction-Forschung im (sozial)-psychiatrischen Bereich wurden im deutschsprachigen Raum bereits in den 1970er Jahren im Erwachsenenbereich Zufriedenheitseinschätzungen erhoben (Überblick in Gruyters und Priebe 1994; Leimkühler und Müller 1996). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es in den 1980er Jahren erste Studien (z.B. Kammerer 1989), in denen Erhebungsinstrumente entwickelt worden sind.

Während über die Nützlichkeit und Notwendigkeit von Zufriedenheitserhebungen Einigkeit bestand, ist die theoretische Fundierung des Zufriedenheitskonzeptes nach wie vor nicht geklärt (Bowling et al., 2012; Gill & White, 2009) und viele

Erhebungsinstrumente sind auf einer ad hoc-Basis entwickelt und unzureichend psychometrisch überprüft.

Ein psychometrisch gut überprüfbares Inventar legten dann Mattejat und Remschmidt (1998) mit ihren Fragebogen zur Bewertung der Behandlung (FBB) vor. Der FBB existiert in drei Versionen für Patient, Eltern und Therapeut, ist jedoch erst für Jugendliche ab ca. 13 Jahren geeignet. Für Kinder im Alter von ca. 8 – 12/13 Jahren sind auch international nur wenige Fragebogen verfügbar, z.B. ein kurzes Instrument von Kaplan et al. (2001) oder im ambulanten Bereich der „Experience of Service Questionnaire“ (ESQ), der auch für Jugendliche und für Eltern verfügbar ist (vgl. Brown et al. 2014).

In vielen Fällen, und gerade wenn ein einfach und schnell zu erhebender Indikator für globale Zufriedenheit interessiert, wurden auch nicht psychiatriespezifische Fragebogen wie die aus acht Items bestehende Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) bevorzugt. In ihrer deutschen Version als ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht und Wittmann 1989) wird sie zum Beispiel in vielen deutschen Reha-Kliniken routinemäßig eingesetzt (Kriz et al. 2008). Ein Problem mit dieser Skala liegt darin, dass meist hohe Zufriedenheitswerte resultieren und daher in manchen Patientengruppen, z.B. bei depressiven Patient_innen, kaum mehr negative Bewertungen vorkamen (Keller et al. 2000).

International wurden vor allem in Großbritannien und Skandinavien Erhebungsinstrumente für den ambulanten Bereich (child and adolescent mental health services – CAMHS) entwickelt und validiert. Athay und Bickman (2012) erstellten eine aus nur vier Items bestehende Skala für Jugendliche und Eltern, die auf der CSQ-8 basiert und für Jugendliche gekürzt und angepasst wurde. Gemäß konfirmatorischen Faktorenanalysen und einer Rasch-Analyse kann in beiden Versionen von einer eindimensionalen Skala ausgegangen werden (Athay und Bickman 2012).

Day et al. (2011) entwickelten anhand von 132 Teilnehmenden im Alter von 8 – 18 Jahren den Fragebogen zu „child and adolescent service experience“ (ChASE). Mittels Hauptkomponentenanalyse (PCA) wurden drei Faktoren gefunden, die die Autoren als „relationship“, „privacy“ und „session activity“ bezeichnen. Shapiro et al. (1997) fanden mit einer PCA in ihrem Erhebungsinstrument zwei Faktoren: Beziehung zu Therapeut und Therapieerfolg („benefits of therapy“).

Die schon erwähnten Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB – Mattejat und Remschmidt 1998) erfragen die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung und sind psychometrisch umfassend untersucht. Gemäß faktorenanalytischer Untersuchungen wurden die FBB in drei bzw. zwei Subskalen unterteilt: aus Patientensicht (FBB-P) werden die Dimensionen „Erfolg der Behandlung“, „Beziehung zum Therapeuten“ und „Rahmenbedingungen der Behandlung“ erfasst. Für die Eltern (FBB-E) werden die beiden Subskalen „Erfolg der Behandlung“ und „Verlauf der Behandlung“ unterschieden. Alle Items sind statusorientiert formuliert, z.B. „Der Therapeut verstand das Wesentliche von meinen Problemen.“ bzw. „Der Therapeut hatte Verständnis für unsere Situation“. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Antwortskala mit 0 = „überhaupt nicht/niemals“ und 4 = „ganz genau/immer“. Einige Fragen sind negativ formuliert und müssen vor der Auswertung umgepolt werden.

Biering (2010) arbeitet in seiner Literaturübersicht drei „universal components“ heraus, die er als „satisfaction with the environment and the organisation of the services“, „satisfaction with the adolescent-caregiver relationship“ und „treatment outcome“ bezeichnet (die Komponente „treatment outcome“ bleibt aber fraglich, denn die angegebenen Beispiele, z.B. „satisfaction with medications and individual and group therapy“ stellen kein outcome im engeren Sinn dar).

Studien zur faktoriellen Struktur können allerdings nur die Faktoren finden, deren Inhalte auch erfragt wurden. Wenn zum Beispiel vorrangig/alleinig nach therapeutischer Beziehung und Behandlungsparametern gefragt wird, ist ein

„environment“-Faktor nicht zu finden. Manchmal ist auch trotz breiter abgefragter Inhalte eine eindimensionale Skala erwünscht, z.B. bei Athay und Bickman (2012) oder Solberg et al. (2015).

Sobald Fragen nach räumlicher Ausstattung, Wartezeiten usw. in einen Fragebogen aufgenommen werden, lässt sich meist auch ein solcher Faktor in der faktoriellen Struktur identifizieren. In ihrer Bewertung des ambulanten Angebots von CAMHS in Großbritannien mittels des experience of service questionnaire (ESQ) fanden Brown et al. (2014) zwei Faktoren, die sie als Zufriedenheit mit der Behandlung („care“) und mit der Umgebung („environment“) bezeichneten. Beide seien aber Aspekte der generellen Zufriedenheit und stark miteinander verknüpft. Zudem besteht die Skala Umgebung nur aus drei Items und ist aufgrund der psychometrischen Auswertung nicht ausreichend reliabel für einen praktischen Einsatz auf Individualebene (Brown et al. 2014).

In einer qualitativen Auswertung von Diskussionen in Fokusgruppen und von Verbesserungsvorschlägen, die von Jugendlichen schriftlich zur Verbesserung der Behandlung abgegeben wurden, fanden Persson et al. (2017) drei übergeordnete Themen: „Accessibility“, „Being heard and seen“, and „Usefulness of sessions“.

Neben den Untersuchungen zu Behandlungszufriedenheit bestimmenden Aspekten wurden auch Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und externen Variablen analysiert. Dazu zählen zum einen Unterschiede in Abhängigkeit von demografischen Variablen und zum anderen Korrelationen mit dem Therapieerfolg („outcome“). Die Ergebnisse zu outcome sind dabei widersprüchlich, belegen aber insgesamt, dass die Korrelationen eher gering sind (Biering 2010).

Shapiro et al. (1997) berichten keine signifikante Beziehung zwischen Zufriedenheitswerten und selbst eingeschätzten Verhaltensproblemen. Bei den Eltern hingegen zeigte sich dieser Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und diversen symptombezogenen Einschätzungen durch die Eltern und gemäß Therapeuteneinschätzung. Diese Diskrepanz steht in gutem Einklang mit den

Ergebnissen von Bredel et al. (2004), wonach bei den Jugendlichen die Zufriedenheit hauptsächlich durch Erlebens-Maße und erst in zweiter Linie durch Erfolgs-Maße konstituiert zu sein scheint, während für die Eltern der therapeutische Erfolg im Vordergrund steht.

Weder bei den Jugendlichen noch bei den Eltern fanden hingegen Solberg et al. (2015) einen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Behandlungserfolg. Sie betonen denn auch, dass Zufriedenheitsskalen keinesfalls als Ersatz für die Erhebung von Therapieerfolg herangezogen werden können.

Signifikante Korrelationen bei Jugendlichen zwischen Zufriedenheit im ChASE und klinischem Outcome (SDQ impact) fanden Day et al. (2011). Auch in einer großen Studie von Viefhaus et al. (2019) fanden sich Korrelationen im Bereich von ca. -.20 bis -.30 zwischen Symptomatik zu Ende der Therapie (CBCL und YSR) und Behandlungszufriedenheit (FBB).

In diesem Zusammenhang interessant ist eine Analyse von Brown et al. (2014) zur häufig geäußerten Vermutung, die klinisch gebesserten Patienten würden eher die Zufriedenheitsfragebögen ausfüllen und damit bestünde eine positive Verzerrung. Da die Gesamtstichprobe sehr viel größer war als die Stichprobe, von denen zusätzlich der EQS vorlag, konnte die Verteilung der Symptomatik in beiden Stichproben verglichen werden und es zeigte sich sogar ein leicht gegensätzlicher Trend, indem die gebesserten Patienten (und ebenso ihre Eltern) sogar etwas weniger ihren ESQ ausfüllten (Brown et al. 2014).

Ebenso wie zu outcome wurden auch für demografische Variablen wie Alter und Geschlecht allenfalls geringe Zusammenhänge mit der Behandlungszufriedenheit gefunden (Biering 2010; Turchik et al. 2010; Viefhaus et al. 2019).

Ein weiterer, häufig untersuchter Zusammenhang bezieht sich auf die Übereinstimmung zwischen Kind/Jugendlichen und Eltern bezüglich ihrer Einschätzung der Behandlungszufriedenheit. Mattejat und Remschmidt (1998) fanden nur mäßig hohe Korrelationen zwischen Jugendlichen- und Elternurteil im

FBB, die aber stichprobenabhängig z.T. deutlich unterschiedlich waren. In der eigenen Studie waren die Korrelationen ebenfalls nur mäßig ausgeprägt (Keller et al. 2018). Auch im Abstand von 3 – 4 Jahren nach der Behandlung ergaben sich nur niedrige bis mäßige Beziehungen (Solberg et al. 2015). Katzenschläger et al. (2018) fanden keine signifikanten Korrelationen zwischen Jugendlichen, Eltern und auch Betreuer_innen (bei allerdings eher kleiner Stichprobengröße und damit einhergehender geringer Testpower). In einer umfangreichen Studie an fast 1000 Jugendlichen, die über mindestens zehn Sitzungen an einer ambulant durchgeführten kognitiven Verhaltenstherapie teilnahmen (Viefhaus et al. 2019), ergab sich eine Korrelation von 0.35 zwischen den FBB-Werten von Jugendlichen und Eltern. Dieser Wert entspricht den in der eigenen Studie (Keller et al. 2018) mit dem BesT gefundenen Zusammenhängen. Deutlich höhere Korrelationen um 0.80 berichten Brown et al. (2014), wobei es sich aber um Zusammenhänge zwischen den latenten Konstrukten und damit um messfehlerbereinigte Korrelationen handelt. Aber auch aus diesen hohen Korrelationen lässt sich ableiten, dass immer noch genügend Unterschiede in der Perspektive von Kindern und Eltern bestehen (Brown et al. 2014).

Biering (2010) kommt in seiner Übersicht zum Schluss, dass die Übereinstimmung zwischen Jugendlichen und ihren Eltern bezüglich Behandlungszufriedenheit nur gering bis mäßig hoch ist und außerdem Eltern im allgemeinen zufriedener sind als die Kinder. Übereinstimmend wird aus den korrelativen Studien abgeleitet, dass Jugendlichen- und Elternerleben nicht redundant und damit auch nicht wechselseitig ersetzbar sind (Biering 2010; Brown et al. 2014; Keller et al. 2018; Solberg et al. 2015). Jugendliche und Eltern haben unterschiedliche Bedürfnisse und erleben Zufriedenheit in verschiedener Weise, weshalb beide wichtige Informationsquellen sind.

2.2 Zufriedenheitsbefragungen im Rahmen zeitgemäßer Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen im Gesundheitswesen

In den meisten entwickelten Gesundheitssystemen existieren ausgefeilte, den lokalen gesetzlichen und medizinisch-fachlichen Bedingungen angepasste Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsysteme. Diese dienen einerseits der fachlichen Kontrolle und der medizinisch-therapeutischen Prozessoptimierung, gleichzeitig ermöglichen sie die interne Steuerung und Kontrolle der Schnittstelle zwischen Verwaltung bzw. Finanzabteilung und den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Leistungserbringern innerhalb der Klinik. Nach außen hin bietet sie Krankenkassen etc. einigermaßen vergleichbare Daten, um die Qualität der Leistung von Kliniken zu vergleichen, zu beurteilen und gegebenenfalls zu sanktionieren.

Neben dieser Außenorientierung berücksichtigen Qualitätsmanagementsysteme jedoch immer auch die Kunden- oder Patientenperspektive. Hier ist die zugrundeliegende Motivation vielfältig:

Neben Aspekten des Belegungsmanagements, der Kundentreue und Kundenbindung auch zur Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Klinik spielen umfassende fachliche Aspekte eine inzwischen bedeutende Rolle. Gilt dies für die somatische Medizin, so gilt die Relevanz der Erfragung der Meinung der Patienten zur Behandlungszufriedenheit im weitesten Sinne erst recht im Bereich seelischer Erkrankungen, in der Psychiatrie und Psychotherapie, auch und gerade für den Spezialfall für seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche (Naumann, 2004). Auch ist eine klinische Behandlung häufig leider immer noch recht einschneidend und wird nicht nur in der tradierten Außensicht, häufig von Stigmatisierungsängsten der Patienten begleitet, als kritisch und zu vermeiden gesehen.

Die klinischen Abläufe in der Institution Krankenhaus - abhängig von der Widmung der Klinik, der Akuität der behandelten Fälle bei Notfallversorgung etc. in der jeweiligen stationären Einheit - übersteuern potenziell immer noch zu häufig die

Rückmeldungen der Patienten und ihrer Eltern bzw. die Rückmeldungen zu Abläufen und zur Zufriedenheit werden nicht systematisch mitberücksichtigt. So können Fehlentwicklungen zu spät oder nicht gesehen und schlimmstenfalls nicht abgestellt werden. Kontinuierliche Zufriedenheitsbefragungen bieten somit eine Vielzahl von Vorteilen für Patienten, für die Kliniken selbst, aber auch gegenüber Dritten, wie den Krankenkassen etc.

Allgemein formuliert wird z. B. das Erreichen folgender Ziele mit Patienten- bzw. Zufriedenheitsbefragungen im klinischen Kontext angestrebt:

- Aspekte der Messung der Qualität und der Effektivität der angebotenen Behandlung
- Nutzung als marketingnahes Instrument für die Imagebildung /Außendarstellung der Klinik, Kundenbindung, Öffentlichkeitsarbeit der Klinik
- Korrektiv für selektiv häufig negative Bewertungen im Internet (Selektion sich äußernder Patienten mit enttäuschten Erwartungen bezogen auf erlebte Behandlung etc.).
- Erkennen von Schwachstellen in den Versorgungsabläufen
- Mitarbeitermotivation
- kontinuierliche Thematisierung von Softskills bezogen auf Bereiche wie „Hotelqualität, Intimsphäre und Mitspracherechte der Patienten“, auch der minderjährigen; Belange, die im klinischen Alltag für das Personal häufig bei den belastenden und hohen Arbeitsanforderungen unterzugehen drohen.
- Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit der Mitarbeiter aus der Position der Patienten/der Patientensicht, Schulung der Empathiefähigkeit
- Identifizierung von Verbesserungsmöglichkeiten und Potenzialen durch Vergleich innerhalb der Klinik, zeitgleich parallele Einheiten
- Verbesserungsmöglichkeiten durch Vergleich innerhalb einer Klinikeinheit, Betrachtung von Verläufen
- Identifizierung von Verbesserungspotenzial durch Vergleich mit anderen Anbietern dieser Versorgungsleistungen, entweder anonymisiert im Verbund

oder vertrauensvoll und offen mit Kliniken und Institutionen, die dazu bereit sind.

In der Praxis wird zum Beispiel mit den Ergebnissen von Zufriedenheit und Patientenbefragungen folgendermaßen umgegangen:

- In unterschiedlichen Gremien und Formaten werden die Ergebnisse an die Mitarbeitenden der Klinik zurückgemeldet.
- Sowohl die globalen Klinikergebnisse als auch die stationsübergreifenden Ergebnisse werden in Qualitätszirkel oder Arbeitsgruppen unter Teilnahme der Qualitätsbeauftragten der Klinik besprochen.
- stationsbezogene Ergebnisse werden im Stationsteam besprochen.
- Nach Diskussion werden aus diesen Ergebnissen Maßnahmen abgeleitet und in den in der Klinik vorgesehenen prozesssteuernden Gremien umgesetzt, wie zum Beispiel:
 - o Renovierung/ Modernisierung,
 - o Änderungen im Konzept,
 - o Aktualisierung von Standards,
 - o Neuanschaffungen von Materialien,
 - o verbesserte Aufklärung der PatientInnen und Sorgeberechtigten über die Behandlung,
 - o bessere Absprache zwischen verschiedenen Mitarbeitern und Stationen
- Optimalerweise werden in der Routineevaluation der durchgeführten Patientenbefragungen die eingeleiteten Veränderungs- und Optimierungsmaßnahmen der jeweiligen Einheit immer wieder angeschaut und es wird im Rahmen des sogenannten PDCA- Zyklus nachgesteuert und optimiert.

Ein weiterer, bisher nicht betonter Aspekt von Patientenbefragungen besteht in der ethischen Verpflichtung, die Patienten optimal und maximal über die von Zufriedenheitsbefragungen etc. Behandlung aufzuklären und sie an den Behandlungen zu beteiligen. Dieser Einsatz von Zufriedenheitsbefragungen etc. als Partizipationsinstrument erhält im Bereich seelischer Erkrankungen noch einmal besondere Bedeutung. Bei Minderjährigen besteht neben der Gefahr des Übergehens der Meinung und des Willens dieser Patienten, da sie an einer seelischen Erkrankung leiden, weiterhin die Gefahr, dass außenstehende Erwachsene aus dem Medizinsystem oder die Sorgeberechtigten unter Hinweis auf die Entwicklungsaspekte und die Unreife der Patienten die Partizipation der Kinder und Jugendlichen und ihre Entscheidungsfähigkeit, was die Inhalte der Behandlung angeht, noch zusätzlich einschränken (für eine ausführliche Zusammenstellung und Diskussion dieser Aspekte siehe Kölch et al. 2019). Besonders erwähnt seien noch die medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (2008): 1) Autonomie, 2) Schadensvermeidung, 3) Fürsorge und 4) Gerechtigkeit; relevante Aspekte dieser Prinzipien sind ebenfalls in die Konstruktion und Zusammenstellung der BesT-Items eingeflossen.

3 Testkonstruktion

Behandlungszufriedenheit ist ein komplexes Konstrukt, das sich aus vielen verschiedenen Aspekten zusammensetzt und über dessen genaue Zusammensetzung, wie oben ausgeführt, keine Einigkeit im Sinne einer allgemein akzeptierten Theorie besteht. Anfang der 2000er Jahre, als die Entwicklung der BesT-Bögen angegangen wurde, führten wir daher zur Erreichung größtmöglicher Inhaltsvalidität mehrere Vorarbeiten durch:

a) Sichtung von publizierten Bögen, insbesondere der FBB von Matzejat und Renschmidt (1998) und Bögen zur Bewertung der therapeutischen Beziehung, z.B. von Kronmüller et al. (2003).

b) Befragung aller deutschen KJPP-Kliniken über eventuell verwendete Bögen zur Erfassung von Behandlungszufriedenheit. Die Umfrage zum damals aktuellen Stand der Erhebungsinstrumente (Konopka et al. 2001) zeigte zudem, dass gerade das Erleben von Autonomie auch für die Minderjährigen in der KJPP wichtig ist, dieses aber nur selten erhoben wurde. Außerdem verwies diese Erhebung auf weitere wichtige Aspekte wie das Klima unter den Jugendlichen, die Möglichkeit sich zurückziehen zu können und den Aspekt der Vertraulichkeit, z.B. den Umgang mit Datenschutz und die Wahrung der Privatsphäre.

c) Befragung von Kindern und Jugendlichen und Eltern im Rahmen von Fokusgruppen, ebenso wurden Experten nach ihrer Sichtweise wichtiger Aspekte befragt.

Im Zuge dieser insgesamt mehrjährigen Entwicklungszeit entstanden die ursprünglichen BesT-Bögen. Sie enthielten die als relevant erachteten Bereiche der Zufriedenheit, d.h. neben den bekannten Dimensionen wie therapeutische Beziehung und „Hotelqualität“ auch wichtige Aspekte wie Partizipation, Informationen zu Therapien aber auch zu Zwangsmaßnahmen, Umgang mit Regelungen, Wahrung der Privatsphäre, das Klima auf der Station und auch Fragen zur Schule im Klinikbereich. Sie wurden über ca. 10 Jahre eingesetzt und Ergebnisse zu den

psychometrischen Eigenschaften der Bögen sind in Keller et al. (2018) zusammengefasst. Hauptergebnisse waren, dass die Eltern insgesamt und in den einzelnen Bereichen jeweils zufriedener waren als die Jugendlichen und die Korrelationen zwischen den beiden nur mäßig hoch waren. Die Faktorenanalysen ergaben, dass die Jugendlichen fünf Dimensionen unterschieden: Therapeutische Beziehung, Umgebung, Allgemeine Zufriedenheit, Zuwendung und Schule. Bei den Eltern ließen sich drei Dimensionen herausarbeiten: Beziehung zu Therapeuten, Umgebung und Allgemeine Zufriedenheit. Speziell auf die Kinderversion eingegangen wurde in Keller et al. (2004) und bezüglich der faktoriellen Struktur in Keller (im Druck). Auch bei den Kindern konnte eine Zweiteilung in einen Faktor Beziehung zu Personen und einen Faktor Umgebung gefunden werden.

Eine Besonderheit der BesT-Bögen war die Formulierung der Items in der Jugendlichen- und der Erwachsenenversion. Sie sind nur bei einigen Items als Aussage formuliert, z.B. „Insgesamt war ich mit meinem Aufenthalt auf Station sehr zufrieden.“ Der größte Teil der Fragen ist als Wunsch formuliert im Sinne der einleitend vorangestellten Aussage: „wenn ich noch einmal in diese Klinik kommen würde, was müsste sich ändern“, z.B. „Die Aufklärung über meine Medikamente sollte besser werden“. Diese Frageform erzeugt weniger Deckeneffekte und ist orientiert am Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB) von Längle et al. (2002), die mit dieser veränderungsorientierten Frageform eine größere Varianz als bei statusorientierter Frageform fanden. Hohe Zufriedenheitswerte (und damit einhergehend eine geringe Varianz) sind zwar erfreulich für Geschäftsleitungen wie auch für das therapeutische Personal, aber eine insgesamt hohe Zustimmung, die dann auch in den Einzelitems hoch ist, bedeutet eine undifferenzierte Erfassung und der praktische Nutzen als Dienstleistungsrückmeldung wird fraglich (Kriz et al. 2008). Auch Brown et al. (2014) fanden eine hohe Zufriedenheit bei den Eltern, indem fast 60% der Eltern auf den höchsten Summenwert von 18 kamen (bei einem Wertebereich von 0 – 18). Auch bei den Jugendlichen erreichten über 50% die beiden höchsten Werte von 17 und 18.

Nachdem die Bögen über lange Zeit an den Kliniken eingesetzt worden waren, entstand zum einen der Wunsch der Kliniken nach einer Verkürzung der Bögen und zum anderen die Idee, noch einige wenige neue Inhalte abzufragen. Neue Fragen wurden aber hauptsächlich für die Kinder erstellt, während bei der Jugendlichen- und Elternversion im Wesentlichen nur einige inhaltlich redundante oder psychometrisch wenig Information beitragende Items entfielen.

Daraus entstanden die jetzigen Versionen mit 20 Items für die Kinderversion (BesT-K), 27 Items für die Version für Jugendliche (BesT-J) und 22 Items in der Elternversion (BesT-E). Neben diesen Fragen, die in die Erfassung der Behandlungszufriedenheit eingehen, kommen jeweils noch eine Frage zu Stigmatisierung („Angst, dass andere vom Aufenthalt erfahren“) und informatorische Fragen, z.B. ob man freiwillig hier war, die Behandlungszeit zu kurz/gerade richtig/zulang oder ob Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden. Am Schluss stehen jeweils noch Fragen mit Freitextangaben zu den Themen: 1) was hat gutgetan/geholfen, 2) was hat geärgert, und 3) was müsste besser werden.

Zur Beantwortung steht jeweils eine fünfstufige Antwortskala mit den beiden Extremen 1 = „stimmt überhaupt nicht“ und 5 = „stimmt vollkommen“ zur Verfügung; bei einigen Fragen, z.B. zu Familiengesprächen oder zur Medikamentenaufklärung, wird zusätzlich die Antwortkategorie „trifft nicht zu“ bzw. „nicht stattgefunden“ mit aufgeführt. Die Fragen zur globalen Zufriedenheit mit dem Aufenthalt auf der Station werden aus inhaltlichen Gründen und zur besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Fragebögen statusorientiert erfragt, z.B. „Insgesamt bin ich mit meinem Aufenthalt auf Station sehr zufrieden“. Alle übrigen Items sind veränderungsorientiert formuliert, z.B. „Die Aufklärung über meine Medikamente sollte besser werden“. Bei den Kindern wurde jedoch nur statusorientiert gefragt.

Da bei den Veränderungsfragen („... sollte besser werden.“) höhere Werte eine höhere Unzufriedenheit bedeuten, werden diese Fragen vor der Auswertung

umgepolt. Für alle folgenden Darstellungen besteht also die Beziehung „je höher der Wert, desto höher die Zufriedenheit“.

4 Psychometrische Eigenschaften

4.1 Objektivität

Die Durchführung der Erhebung ist weitgehend objektiv und die Formulierung der Items ist einfach und normalerweise gut verständlich. Gerade bei Kindern bedarf es aber manchmal ergänzender Erläuterungen, die natürlich neutral und rein informatorisch bleiben sollten. Die Auswertung der Item- und Skalenwerte wird durch das Testsystem bereitgestellt. Üblicherweise wird man größere Einheiten vergleichen, zum Beispiel verschiedene Jugendstationen innerhalb einer Klinik, oder diese bezüglich der Vergleichsstichprobe (Anhang A) in Prozentränge einordnen.

Nicht beantwortbare Items können durchaus vorkommen und sind dann mit „nicht stattgefunden“ zu beantworten oder leer zu lassen. Bezüglich der Vollständigkeit des Ausfüllens war vereinzelt zu beobachten, dass Kinder/Jugendliche bzw. Eltern die Beantwortung des Fragebogens abbrachen oder viele Fragen nicht beantworteten. Andererseits ist zu beachten, dass eine Reihe von Fragen nicht beantwortbar sein kann, wenn gerade bei kürzeren Aufenthalten z.B. ein Schulbesuch oder therapeutische Familiengespräche nicht erfolgten. Dazu kommen weitere strukturell fehlende Werte wie z.B. die Frage nach der Wochenendregelung in KJPP-Tageskliniken und insbesondere die Frage nach der Medikamentenaufklärung bei Kindern oder Jugendlichen, die keine Medikamente erhalten haben. Gemäß solcher potentiell nichtzutreffender Fragen wurde die Anzahl zulässiger fehlender Werte mit sieben (von insgesamt 27 Items) bei den Jugendlichen und sechs (von insgesamt 22 Items) bei den Eltern festgesetzt. Bei den Kindern wurden fünf fehlende Werte zugelassen. Wird diese Zahl fehlender Werte überschritten, ist die Berechnung von Gesamtwerten fraglich, wobei aber trotzdem einzelne Items verwendbar sein können, z.B. wenn die Eltern aus Zeitnot nur die erste Seite des Bogens ausfüllen konnten.

Ein Ausschlussgrund für Bögen können auch extreme Antworttendenzen sein, z.B. wenn alle Items maximal gut oder maximal schlecht angekreuzt sind. Grundsätzlich

ist hier jedoch eher liberal vorzugehen, denn manche Personen finden eben alles gut oder schlecht, gerade Kinder. Auffallend ist jedoch bei Jugendlichen und Eltern, wenn sie den Polungswechsel von den ersten Items zu den „sollte besser werden“-Items nicht bemerken. In solchen Fällen ist ein Ausschluss wohl sinnvoll. Ebenso sind Bögen, die z.B. im Zick-Zack-Muster angekreuzt sind, auszuschließen. Insgesamt ist der Anteil solcher Bögen nach den bisherigen Erfahrungen aber sehr gering (jeweils ca. 0 – 3 Bögen pro Klinik pro Jahr).

4.2 Reliabilität

4.2.1 Stichprobenbeschreibung und Vorgehen bei Item- und Faktorenanalysen

Die **Kinderstichprobe** bestand aus 871 Bögen. Nach dem Ausschluss von Bögen mit mehr als fünf fehlenden Werten gingen 852 Bögen (97,8%) in die Auswertung ein. Das durchschnittliche Alter der Kinder betrug 10,55 Jahre ($SD = 2,33$) und 33,1% waren Mädchen (66,9% Jungen). Bezüglich der Verweildauer, die in „unter 14 Tage“ und „über 14 Tage“ kategorisiert war, waren die meisten Kinder (93,7%) länger als 14 Tage in Behandlung.

Die **Jugendlichenstichprobe** umfasste 1661 Bögen, bei denen zumindest die Frage 1 beantwortet wurde. Nach Ausschluss von Bögen, die zu viele fehlende Werte enthielten (vgl. 4.1) gingen 1582 Bögen (95,2% der vorhandenen Bögen) in die folgenden Auswertungen ein. Die Jugendlichen waren im Schnitt 15,0 Jahre alt ($SD = 1,65$) und das Geschlechterverhältnis lag bei 37,6% männlich zu 62,4% weiblich. Die Mehrzahl der Jugendlichen (78,1%) waren länger als 14 Tage in (teil-)stationärer Behandlung.

In der **Elternstichprobe** wurden 2136 Elternbögen erfasst, bei denen zumindest die erste Zufriedenheitsfrage beantwortet wurde. Nach Ausschluss von Bögen mit zu vielen fehlenden Werten (vgl. 4.1) gingen 1998 Bögen (93,5% der vorhandenen Bögen) in die folgenden Auswertungen ein. Das Alter ihrer Kinder lag im Mittel bei

13,2 Jahren ($SD = 2,98$); das Geschlechterverhältnis ihrer Kinder war nahezu ausgeglichen mit 49,6% männlich und 50,4% weiblich und 84,2% waren länger als 14 Tage in Behandlung.

Vorgehen bei den Faktorenanalysen

Zur Bestimmung der faktoriellen Struktur der Fragebögen wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit anschließender Promax-Rotation durchgeführt, berechnet auf Basis der Korrelationsmatrix paarweiser Korrelationen. Ein Nachteil dieses Verfahrens besteht darin, dass die Korrelationen auf unterschiedlichen Stichprobengrößen beruhen, was aber bei dem insgesamt großen N keine besonderen Auswirkungen haben sollte. Außerdem würde man bei der Verwendung nur der Personen, die alle Items ausgefüllt haben, eine spezielle Subgruppe von Kindern oder Jugendlichen untersuchen, die „alles bekamen“ an Therapien, Schulbesuch und insbesondere auch Medikamente. Die Anzahl signifikanter Faktoren in der PCA wurde anhand des Parallelitätskriteriums bestimmt, berechnet mit dem SAS-Programm von O'Connor (2000). Alle Berechnungen erfolgten mit SAS in der Version 9.4.

Zur Absicherung wurden die PCA auch auf der Basis vollständig ausgefüllter Fragebögen bei den Kindern, Jugendlichen und den Eltern berechnet; dabei zeigten sich vergleichbare Eigenwerte und Ladungen wie bei den auf paarweisen Korrelationen beruhenden PCA. Weiterhin wurden exploratorische Faktorenanalysen berechnet, die aus Platzgründen nicht dargestellt sind. Dabei wurde ein ordinale Skalenniveau bei den Items angenommen und eine gewichtete mittelwerts- und varianzkorrigierte Schätzung (WLSMV) durchgeführt; die Berechnungen erfolgten mit *Mplus 7.4* (Muthén und Muthén 1998-2012). Die Ergebnisse bestätigten die mit der PCA gefundene faktorielle Struktur.

Trotz der Konvergenz von PCA und EFA sollte die Bestätigung der faktoriellen Validität noch an einer zweiten, unabhängigen Stichprobe vorgenommen werden.

Allerdings ist die Faktorstruktur durch die früheren Analysen der „Langfassung“ in Keller et al. (2018) bereits mit den gleichen Analysemethoden untersucht worden und die Analyse der verkürzten neuen BesT sollte grundsätzlich dieselbe Faktorenstruktur ergeben.

Im Folgenden finden sich die ausführlichen Ergebnisse der Item- und der Faktorenanalysen für die drei Versionen des BesT, zusammen mit einigen Interpretationen der Iteminhalte und weiteren Überlegungen zur faktoriellen Struktur. Ein zusammenfassender Überblick über die abgeleiteten Skalen und ihre Kennwerte wird am Ende dieses Reliabilitätsteils in der Tabelle 4.7 gegeben.

4.2.2 Item- und Faktorenanalyse des Kinderbogens

Insgesamt sind die Kinder bei vielen Items sehr zufrieden, wie sich an den Mittelwerten um und über vier auf der fünfstufigen Skala erkennen lässt (vgl. Tabelle 4.1). Vergleichsweise schlecht wird das Mitentscheiden (Items 17 und 18) bewertet und auch das „wiederkommen“ sowie die Erklärung von Zwangsmaßnahmen. Indirekt lässt sich aus der Anzahl der Beantwortungen der Frage zur Medikamentenaufklärung ableiten, dass ca. 71% der Kinder eine Medikation erhielten. Das Item 25 („reagiert, wenn angefasst“) wurde in vielen Fällen als „nicht zutreffend“ beantwortet und daher nicht in die Faktorenanalyse aufgenommen. Dieses Item, das potenzielle Übergriffe durch Personal thematisiert, ist momentan nur schwierig eindeutig zu interpretieren. Es wurde teilweise auch als nicht geeignet für eine Erhebung bezeichnet und deshalb nicht ausgefüllt, während andere es sehr begrüßten, dass eine solche Frage im Zuge der gesellschaftlichen Diskussion über Kinderrechte und Kinderschutz-Aspekte im Fragebogen enthalten ist. Aus Rückmeldungen wissen wir auch, dass es manchmal auf Sachverhalte bezogen wurde, die ursprünglich nicht gemeint waren, zum Beispiel, wenn beim Blutabnehmen der Arm gehalten wurde.

Das „Stigma-Item“ (Item 19) zeigt im Mittel eine ziemlich geringe Sorge davor, dass andere vom Aufenthalt in der KJPP etwas mitbekommen. Die Zahl der Kinder, die die

beiden höchsten Kategorie 4 oder 5 angekreuzt haben, liegt jedoch jeweils bei ca. 6% und darauf muss entsprechend Rücksicht genommen werden.

Table 4.1: Mittelwert (mean), Standardabweichung (SD) und Trennschärfe (r_{it}) für die Items der Kinderversion.

Items	N	mean	SD	r_{it}
1. Zeit auf Station gefallen	851	4.07	0.94	.62
2. Mit Aufenthalt zufrieden	851	4.11	0.92	.56
3. Problem jetzt weg	842	3.85	1.05	.32
4. Zimmer gefallen	712	4.08	1.12	.46
5. Station gefallen	850	4.30	0.86	.53
6. Essen geschmeckt	849	3.63	1.09	.34
7. wohl gefühlt (bei Untersuchung)	833	4.01	1.06	.47
8. Aufklärung Medikamente	606	4.10	1.28	.15
9. Therapeut_in Problem verstanden	840	4.41	0.84	.48
10. Therapeut_in alles erzählen	847	3.89	1.14	.43
11. Therapeut_in Zeit gehabt	847	4.19	0.90	.44
12. Betreuer_innen Problem verstanden	843	4.20	0.93	.56
13. Betreuer_innen nett	848	4.33	0.88	.53
14. Personal ansprechbar	844	4.39	0.81	.52
15. angeklopft, bevor in Zimmer	571	4.04	1.18	.36
16. mit anderen Kindern verstanden	845	4.16	0.87	.36
17. mitentscheiden bei Behandlung	833	3.50	1.25	.43
18. mitbestimmen wie oft Ausgang	527	3.61	1.32	.26
19. Angst, dass andere mitbekommen	845	1.88	1.23	-
20. wieder in unsere Klinik	842	3.42	1.49	.41
24. Zwangsmaßnahmen erklärt	538	3.43	1.43	.38
25. zu nahe oder angefasst: reagiert?	215	3.74	1.43	-

Anmerkung: Item 19: hoher Wert entspricht großer Angst; Items 19 und 25 gehen nicht in die Berechnung der internen Konsistenz ein; Items 21-23 sind Infografen dazu, ob Zwangsmaßnahmen selbst oder bei anderen erlebt wurden.

In der Hauptkomponentenanalyse liegt der erste Eigenwert bei 5,41 und erklärt 27,1% der Varianz. Der zweite Eigenwert beträgt 1,67 und ist nach dem Parallelitätskriterium signifikant, während der dritte Eigenwert mit 1,20 nicht mehr signifikant ist. Die ersten beiden Faktoren erklären zusammen 35,4% der Varianz. Auf dem ersten Faktor laden hauptsächlich die Items 1, 2, 4 – 6 und 20 (vgl. Tabelle 4.2), das heißt das generelle Wohlfühlen auf der Station und die Hotelqualität (Faktorname: Umgebung). Auf dem anderen Faktor laden die Items zu Personen, also Therapeut_in und Betreuer_innen. Er reflektiert damit eine breit gefasste therapeutische Beziehung, zu der auch Aufklärung und Mitsprache bei Therapien gehören. Insgesamt werden diesem Faktor „Therapeutische Beziehung“ die Items 8 – 15, 17, 18 und 24 zugeordnet. Die Korrelation zwischen den beiden Faktoren liegt bei $r = .44$. Die interne Konsistenz für die Gesamtskala liegt bei $\alpha = .85$; für die Subskala Therapeutische Beziehung ergibt sich $\alpha = .77$ und für die Subskala Umgebung $\alpha = .79$.

Tabelle 4.2: Faktorladungen der Kinder-Items bei einer PCA mit zwei Faktoren.

Items	F1	F2
1. Zeit auf Station gefallen	.74	
2. Mit Aufenthalt zufrieden	.66	
3. Problem jetzt weg	.26	
4. Zimmer gefallen	.66	
5. Station gefallen	.76	
6. Essen geschmeckt	.63	
7. wohl gefühlt (bei Untersuchung)	.35	.30
8. Aufklärung Medikamente	-.35	.56
9. Therapeut_in Problem verstanden		.56
10. Therapeut_in alles erzählen		.53
11. Therapeut_in Zeit gehabt		.60
12. Betreuer_innen Problem verstanden	.27	.50
13. Betreuer_innen nett	.30	.43

14. Personal ansprechbar		.56
15. angeklopft, bevor in Zimmer		.36
16. mit anderen Kindern verstanden	.22	.28
17. mitentscheiden bei Behandlung		.63
18. mitbestimmen wie oft Ausgang		.48
20. wieder in unsere Klinik	.68	
24. Zwangsmaßnahmen erklärt		.47

Anmerkungen: nur Ladungen > .20; Ladungen > .50 sind fett gedruckt.

4.2.3 Item- und Faktorenanalyse des Jugendlichenbogens

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Items des Jugendlichenbogens sind in der Tabelle 4.3 dargestellt. Insgesamt am besten bewertet werden die Wahrung der Schweigepflicht, Items zur allgemeinen Zufriedenheit („insgesamt zufrieden“, „Aufenthalt geholfen“, „wieder hierher kommen“ u.ä.) und die Beziehung zu Therapeut_in („ernst genommen“ und „Aufklärung Medikamente“). Auch die Beziehung zur Lehrkraft und das Schulangebot werden als gut eingeschätzt. Am unteren Ende der Zufriedenheit rangiert das Essen, gefolgt von weiteren Merkmalen der Strukturqualität, z.B. „Station schön“. Als eher schlecht eingeschätzt werden auch die Ausgangsregelung und die Mitsprache bei Therapien sowie die Möglichkeit, sich zurückzuziehen. Aus der Anzahl der Beantwortungen der Frage zur Medikamentenaufklärung lässt sich auch ableiten, dass knapp 70% der Jugendlichen eine Medikation erhielten.

Tabelle 4.3: Mittelwerte, Standardabweichungen (SD) und Trennschärfe (r_{it}) für die Jugendlichen-Items.

Items	N	mean	SD	r_{it}
1. Insgesamt zufrieden	1578	3.81	0.97	.54
2. Aufenthalt geholfen	1574	3.72	1.12	.46
3. motiviert, mitzuarbeiten	1520	3.81	1.11	.32
4. Aufklärung Krankheit	1563	3.17	1.34	.47
5. Aufklärung Medikamente	1102	3.71	1.32	.46
6. ernst genommen von Therapeut_in	1571	3.87	1.36	.54
7. Einzelgespräche wirksam	1572	3.39	1.35	.60
8. Familiengespräche wirksam	1509	3.44	1.30	.54
9. ernst genommen durch Betreuer	1576	3.47	1.38	.60
10. ernst genommen durch Lehrkraft	1197	4.02	1.25	.41
11. Schweigepflicht	1572	4.03	1.25	.51
12. Zwangsmaßnahmen erklärt	1522	3.34	1.28	.57
13. Ausgangsregelung (wochentags)	1539	3.09	1.46	.54
14. Essen	1577	2.39	1.38	.31
15. Sanitäre Anlagen	1574	3.18	1.41	.49
16. sich zurückziehen mit Eltern	1507	3.22	1.43	.54
17. Station schön	1575	2.88	1.42	.50
18. Schulangebot	1431	3.52	1.32	.47
19. Mitsprache Therapien	1523	3.02	1.33	.55
20. Mitsprache Zimmer	1500	3.06	1.39	.53
21. Aufklärung poststationär	1538	3.52	1.26	.57
22. Klima unter Jugendlichen	1576	3.60	1.31	.39
23. Privatsphäre	1575	3.26	1.39	.62
24. allein sein können	1579	2.83	1.40	.50
25. Ziele absprechen	1573	3.25	1.32	.64
26. Erwartungen erfüllt	1569	3.49	1.17	.43
27. wieder hierher	1558	3.54	1.44	.41

Die Hauptkomponentenanalyse ergibt einen hohen ersten Eigenwert von 8,34 sowie zwei weitere Eigenwerte (2,14; 1,66), die nach dem Parallelitätskriterium signifikant sind; die weiteren Eigenwerte sind mit 1,04 nicht signifikant bzw. dann < 1 . Mit dem ersten Faktor werden 30,9% der Varianz erklärt und alle drei zusammen erklären 45,0%. Auf dem ersten Faktor laden im Wesentlichen die Items 4 – 11 sowie 21 und 25 (vgl. Tabelle 4.4); er reflektiert damit die therapeutische Beziehung, sowohl emotional (ernst genommen werden) als auch praktisch (Aufklärung, Behandlungsziele absprechen, Schweigepflicht) und ebenso die Wirksamkeit der therapeutischen Gespräche. Auf dem zweiten Faktor laden vornehmlich die Items 13 – 17, 20, 23 und 24, das heißt die Hotelqualität und die Regelungen sowie die Privatsphäre des Kindes und seine Möglichkeit, sich zurückziehen zu können (Faktorname: Umgebung). Auch das Schulangebot (18) und das Klima unter den Jugendlichen (22) lassen sich diesem Faktor zuordnen. Da das Schulangebot aber nicht direkt unter dem Einfluss einer KJPP-Einrichtung liegt, wird es separat gelassen. Der dritte Faktor umfasst schließlich die „Allgemeine Zufriedenheit und Therapieerfolg“ (Items 1-3, 26, 27).

Auf den beiden ersten Faktoren laden etwa gleich hoch die Items 12 („Zwangmaßnahmen erklärt“) und 19 („Mitsprache Therapien“). Obwohl Item 19 angesichts seiner sprachlichen Formulierung eher Teil der Therapeutischen Beziehung sein sollte, wird es von den Jugendlichen vermutlich in einem globaleren Kontext gesehen und bewertet und damit keinem Faktor eindeutig zugeschlagen. Beide Items (12 und 19) werden daher nicht in eine Subskala aufgenommen.

Die interne Konsistenz für die Gesamtskala liegt bei $\alpha = .91$; für die Subskala Therapeutische Beziehung ergibt sich $\alpha = .85$ und für die beiden weiteren Subskalen Umgebung und Allgemeine Zufriedenheit jeweils $\alpha = .81$. Die Korrelationen zwischen den drei Faktoren betragen: F1 und F2: $r = .50$; F1 und F3: $r = .38$; F2 und F3: $r = .34$.

Tabelle 4.4: Faktorladungen der Jugendlichen-Items bei einer PCA mit drei Faktoren.

Items	F1	F2	F3
1. Insgesamt zufrieden			.77
2. Aufenthalt geholfen			.81
3. motiviert, mitzuarbeiten			.63
4. Aufklärung Krankheit	.70		
5. Aufklärung Medikamente	.59		
6. ernst genommen von Therapeut_in	.79		
7. Einzelgespräche wirksam	.76		
8. Familiengespräche wirksam	.72		
9. ernst genommen durch Betreuer	.56		
10. ernst genommen durch Lehrkraft	.49		
11. Schweigepflicht	.48	.21	
12. Zwangsmaßnahmen erklärt	.37	.33	
13. Ausgangsregelung (wochentags)		.46	
14. Essen	-.22	.60	
15. Sanitäre Anlagen		.71	
16. sich zurückziehen mit Eltern		.57	
17. Station schön		.70	
18. Schulangebot		.48	
19. Mitsprache Therapien	.31	.42	
20. Mitsprache Zimmer		.65	
21. Aufklärung poststationär	.47	.29	
22. Klima unter Jugendlichen		.40	
23. Privatsphäre	.21	.57	
24. allein sein können		.59	
25. Ziele absprechen	.48	.26	
26. Erwartungen erfüllt			.80
27. wieder hierher			.70

Anmerkungen: nur Ladungen > .20; Ladungen > .50 sind fett gedruckt.

4.2.4 Item- und Faktorenanalyse des Elternbogens

Anhand der Mittelwerte für die einzelnen Items des Elternbogens (Tabelle 4.5) lässt sich erkennen, dass wie bei den Jugendlichen die Items zur allgemeinen Zufriedenheit („insgesamt zufrieden“, „Aufenthalt geholfen“, „wieder hierher kommen“) sehr gut bewertet werden. Auch die Beziehung zu Therapeut_in („ernst

genommen“ und „Aufklärung Medikamente“) und insbesondere die Wahrung der Schweigepflicht werden als hoch eingeschätzt, wobei die Eltern jeweils etwas zufriedener sind als die Jugendlichen. Relativ gesehen schlechter werden Merkmale der Strukturqualität bewertet, z.B. „Station schön“. Am schlechtesten wird das Item 18 eingeschätzt, das heißt die Eltern sind mit der Anzahl der Einzelgespräche wenig zufrieden und wünschen sich mehr davon für ihr Kind.

Table 4.5: Mittelwert (mean), Standardabweichung (SD) und Trennschärfe (r_{it}) für die Eltern-Items.

Items	N	mean	SD	r_{it}
1. Insgesamt zufrieden	1989	4.21	0.90	.53
2. Aufenthalt hat Kind geholfen	1976	3.98	1.01	.47
3. Aufenthalt hat uns geholfen	1980	3.96	1.04	.49
4. Aufklärung Krankheit	1977	3.56	1.35	.60
5. Aufklärung Medikamente	1434	3.95	1.29	.55
6. Ernst nehmen (Therapeut_in)	1977	4.06	1.32	.69
7. Einzelgespräche wirksam	1919	3.55	1.33	.73
8. Familiengespräche wirksam	1939	3.60	1.34	.73
9. Aufenthalt bringt viel	1970	3.49	1.34	.74
10. Mitsprache bei Therapien	1958	3.59	1.34	.72
11. Schweigepflicht	1965	4.35	1.10	.63
12. Zwangsmaßnahmen erklärt	1812	3.82	1.34	.65
13. Mitsprache Kind bei Zimmer	1774	3.76	1.28	.61
14. Wochenendbeurlaubung	1725	3.75	1.41	.53
15. Sanitäre Anlagen	1794	3.83	1.30	.51
16. Station schön	1916	3.52	1.36	.48
17. Mitsprache Entlassung	1964	3.71	1.40	.63
18. Mehr Einzelgespräche	1950	3.18	1.44	.61
19. Privatsphäre Kind	1919	3.95	1.16	.70
20. Kind zurückziehen auf Station	1953	3.82	1.24	.61
21. Behandlungsziele absprechen	1983	3.51	1.40	.74
22. wieder hierher	1982	4.29	1.11	.48

In der Hauptkomponentenanalyse ist der erste Eigenwert mit 9.55 sehr hoch und erklärt 43.4% der Varianz. Zwei weitere Eigenwerte (2.17; 1.35) sind nach dem Parallelitätskriterium signifikant und die weiteren Eigenwerte sind < 1 . Die ersten drei Faktoren erklären zusammen 59,4% der Varianz.

Auf dem ersten Faktor laden im Wesentlichen die Items 4 – 11 sowie 17, 18 und 21 (vgl. Tabelle 4.6); er lässt sich damit als Beziehung zu Therapeut_in interpretieren, in den sowohl das „ernst genommen werden“ als auch praktische Aspekte (Aufklärung, Mitsprache bei Therapien, Behandlungsziele absprechen, Schweigepflicht) und ebenso die Anzahl und Wirksamkeit der therapeutischen Gespräche eingehen. Auf dem zweiten Faktor laden vornehmlich die Items 13 – 16, 19 und 20, das heißt die Hotelqualität und die Regelungen sowie die Privatsphäre des Kindes und seine Möglichkeit, sich zurückziehen zu können (Faktornamen: Umgebung). Der dritte Faktor umfasst schließlich die „Allgemeine Zufriedenheit und Therapieerfolg“ (Items 1-3, 22). Auf den beiden ersten Faktoren laden etwa gleich hoch die Items 12 („Zwangmaßnahmen“) und 17 („Mitsprache Entlassung“), wobei letzteres inhaltlich in die Beziehung zu Therapeut_in gehört und daher diesem Faktor zugeordnet wird. Die interne Konsistenz für die Gesamtskala beträgt $\alpha = .94$. Für die Subskala „Beziehung zu Therapeut_in“ liegt sie bei $\alpha = .92$ und für die beiden weiteren Subskalen (Umgebung bzw. Allgemeine Zufriedenheit) jeweils bei $\alpha = .85$. Insgesamt urteilen die Eltern damit homogener als die Jugendlichen, wie sich an den höheren internen Konsistenzkoeffizienten zeigt. Die Korrelationen zwischen den drei Faktoren betragen: F1 und F2: $r = .58$; F1 und F3: $r = .48$; F2 und F3: $r = .31$.

Table 4.6: Faktorladungen der Eltern-Items bei einer PCA mit drei Faktoren.

Items	F1	F2	F3
1. Insgesamt zufrieden			.84
2. Aufenthalt hat Kind geholfen			.89
3. Aufenthalt hat uns geholfen			.87
4. Aufklärung Krankheit	.85		
5. Aufklärung Medikamente	.78		
6. Ernst nehmen (Therapeut_in)	.79		
7. Einzelgespräche wirksam	.81		
8. Familiengespräche wirksam	.84		
9. Aufenthalt bringt viel	.62		.28
10. Mitsprache bei Therapien	.52	.27	
11. Schweigepflicht	.54	.36	
12. Zwangsmaßnahmen erklärt	.38	.41	
13. Mitsprache Kind bei Zimmer		.70	
14. Wochenendbeurlaubung		.56	
15. Sanitäre Anlagen		.84	
16. Station schön	-.20	.85	
17. Mitsprache Entlassung	.39	.31	
18. Mehr Einzelgespräche	.48	.21	
19. Privatsphäre Kind	.26	.65	
20. Kind zurückziehen auf Station		.66	
21. Behandlungsziele absprechen	.56	.20	
22. wieder hierher			.70

Anmerkungen: nur Ladungen > .20; Ladungen > .50 sind fett gedruckt.

4.2.5 Test-Retest-Reliabilität bei Jugendlichen

Eine Bestimmung der Testwiederholungsreliabilität wurde bei Jugendlichen vorgenommen, um die „Stabilität“ der Zufriedenheitseinschätzung bestimmen zu können (bei Eltern war dies organisatorisch nicht möglich, bei Kindern ist eine solche Erhebung noch geplant).

Dazu wurde bei insgesamt 36 Jugendlichen der BesT-J zu zwei Zeitpunkten erhoben. Angestrebt war ein Zeitabstand von zwei Wochen, was in der klinischen

Praxis aber nicht immer einzuhalten war. Bei einem Jugendlichen betrug der Abstand nur eine Woche, bei drei Jugendlichen drei Wochen. Außerdem fehlten bei zwei Jugendlichen Datumsangaben und einer musste wegen zu vieler fehlender Werte ausgeschlossen werden. Damit gingen schließlich 29 Jugendliche (72,4% weiblich; mittleres Alter = 16,2 Jahre, SD = 1,1; Range: 14 – 18 Jahre) in die Auswertung ein; der Zeitabstand bei ihnen lag zwischen 10 und 19 Tagen, wobei 21 Jugendliche (72,4%) genau im Abstand von 14 Tagen erhoben wurden.

Die Korrelation zwischen den beiden Zeitpunkten lag für den Gesamtwert bei $r = .79$; bezogen auf die drei Subskalen ergaben sich Korrelationen von $r = .61$ für die Therapeutische Beziehung, $r = .80$ für die Umgebung und $r = .76$ für die Allgemeine Zufriedenheit. Alle Korrelationskoeffizienten sind damit zufriedenstellend hoch, wenn auch die Therapeutische Beziehung etwas abfällt. In dieser scheinen sich am ehesten noch Veränderungen abzuspielen. Allerdings äußerte sich dies nicht in einem veränderten Mittelwert, denn die Mittelwerte zu t1 und t2 waren praktisch identisch; auch im Gesamtwert und in den beiden anderen Subskalen ergaben sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten (alle $p > .40$, t-Test für abhängige Stichproben).

Tabelle 4.7: Überblick über Skalenzusammensetzungen in allen drei Versionen des BesT und deskriptive Werte zu den Skalen.

Gesamtskala / Subskala (S)	Item-nummern	M (SD)	alpha	Median	Q1 – Q3
Kinderbogen:					
Gesamtwert	1 – 18, 20, 24	4.01 (0.54)	.85	4.05	3.65 – 4.40
S1: Therapeutische Beziehung	8 – 15, 17, 18, 24	4.05 (0.61)	.77	4.11	3.70 – 4.50
S2: Umgebung	1, 2, 4 – 6, 20	3.93 (0.75)	.79	4.00	3.50 – 4.50
Jugendlichenbogen:					
Gesamtwert	1 – 27	3.38 (0.73)	.91	3.41	2.85 – 3.93
S1: Therapeutische Beziehung	4 – 11, 21, 25	3.57 (0.88)	.85	3.67	2.90 – 4.25
S2: Umgebung	13 – 17, 20, 22 – 24	3.06 (0.89)	.81	3.11	2.44 – 3.67
S3: Allgemeine Zufriedenheit	1 – 3, 26, 27	3.67 (0.88)	.81	3.80	3.20 – 4.40
Elternbogen:					
Gesamtwert	1 – 22	3.79 (0.84)	.94	3.90	3.18 – 4.50
S1: Beziehung zu Therapeut_in	4 – 11, 17, 18, 21	3.67 (1.00)	.92	3.82	2.91 – 4.55
S2: Umgebung	13 – 16, 19, 20	3.78 (0.99)	.85	4.00	3.17 – 4.67
S3: Allgemeine Zufriedenheit	1 – 3, 22	4.11 (0.85)	.85	4.25	3.50 – 4.75

Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, alpha = Cronbach alpha, Q1 = 1. Quartil (25%), Q3 = 3. Quartil (75%)

4.3 Validität

Inhaltliche Validität

Die inhaltliche Validität wurde durch das in Kapitel 3 geschilderte gestufte Vorgehen versucht zu gewährleisten. Dabei wurden Inhalte der einzelnen Items ursprünglich anhand ausführlicher Befragungen von Kindern und Jugendlichen entwickelt und teilweise aus einschlägigen publizierten und lokal verwendeten unpublizierten Erhebungsinstrumenten ergänzt. So wurde bereits in der Version, die bis 2015 verwendet wurde, im praktischen Einsatz in den Kliniken und ihrem QS-Management klar, dass die Fragebögen die wesentlichen Aspekte der Zufriedenheit während eines stationären Aufenthaltes abdecken. Die revidierten Versionen stellten bei

Jugendlichen- und Elternbogen im Wesentlichen eine Kürzung dar und lediglich in der Kinderversion wurden einige neuere Aspekte wie z.B. „anklopfen“ zusätzlich aufgenommen (vgl. Anhang C), so dass die inhaltliche Validität gegeben sein sollte.

Konstruktvalidität

Die Konstruktvalidität auf Basis von Faktorenanalysen erbrachte in allen drei Versionen konsistent eine Aufteilung in zwei Faktoren, die zum einen die therapeutische Beziehung und zum anderen die Umgebung/Regeln einschloss. Eine Replikation dieser Befunde steht noch aus und sollte an einer weiteren, unabhängigen Stichprobe vorgenommen werden. Auf der anderen Seite ist diese Faktorstruktur bereits in der etwas längeren Fassung der BesT in gleicher Weise gefunden worden (Keller im Druck; Keller et al. 2018) und sie entspricht den häufig in der Literatur gefundenen Unterteilungen, so dass die Validität dieser Konstrukte naheliegend ist. Der Faktor „Allgemeine Zufriedenheit“, der sich bei Jugendlichen und bei Eltern deutlich abspaltet, dürfte zu einem gewissen Grad auch ein Methodenfaktor sein, denn er enthält die Items in statusorientierter Frageform, in Abgrenzung zu den veränderungsorientierten Fragen in den beiden anderen Faktoren (bei Kindern wurde nur statusorientiert gefragt).

Zusammenhang mit den FBB-Skalen

Zur Bestimmung der konvergenten Validität wurden die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB – Mattejat und Remschmidt 1998) verwendet. Sie erfragen die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung und sind psychometrisch gut untersucht. Die Fragebögen bestehen aus 20 Items (FBB-P) bzw. 21 Items (FBB-E) und werden gemäß faktorenanalytischen Untersuchungen in drei bzw. zwei Subskalen unterteilt: aus Patientensicht (FBB-P) werden die Dimensionen „Erfolg der Behandlung“, „Beziehung zum Therapeuten“ und „Rahmenbedingungen der

Behandlung“ erfasst. Für die Eltern (FBB-E) werden die beiden Subskalen „Erfolg der Behandlung“ und „Verlauf der Behandlung“ unterschieden.

Die zur externen Validierung verwendeten FBB wurden im jugendpsychiatrischen Bereich einer norddeutschen Klinik zusätzlich zu den BesT-J und BesT-E erhoben. Insgesamt wurden 88 BesT-Jugendlichenbögen und 90 BesT-Elternbögen erhoben. Nach Bereinigung wegen zu vieler fehlender Werte (Kriterien wie in 4.1 beschrieben) verblieben 85 BesT-J und 83 BesT-E. Von den FBB lagen für die Jugendlichen und für die Eltern jeweils $n = 93$ Bögen vor; nach Prüfung der fehlenden Werte (Kriterium: als Minimum die Hälfte der Werte pro Fragebogen gültig (vgl. Mattejat und Remschmidt 1998)) ergaben sich für die FBB-P $n = 83$ und für FBB-E $n = 92$ Bögen. Zur Bestimmung der Korrelationen zwischen BesT und FBB stehen bei den Jugendlichen $n = 80$ und bei den Eltern $n = 82$ Bögen zur Verfügung.

Die Korrelationskoeffizienten zwischen den FBB- und den BesT-Skalen finden sich in Tabelle 4.8. Für die Gesamtwerte zeigen sich zufriedenstellend hohe Korrelationen von .59 bei den Jugendlichen und .66 bei den Eltern, wobei zu beachten ist, dass die BesT einen breiteren Bereich von Zufriedenheit als die FBB abfragen. Die BesT-Subskala Umgebung, die bei den Eltern im FBB kein direktes Äquivalent hat und bei den Jugendlichen nur eingeschränkt vergleichbar ist, korreliert entsprechend geringer mit den FBB-Subskalen. Betrachtet man nur die globale Zufriedenheit und Therapieerfolg (S3: Allgemeine Zufriedenheit und FBB-Subskala Erfolg), liegen die Korrelationen noch höher als beim Gesamtwert mit $r = .79$ für die Jugendlichen und $r = .71$ für die Eltern.

Tabelle 4.8: Korrelation zwischen den FBB und den BesT für Jugendliche und für Eltern (jeweils Gesamtwerte und Subskalen).

Skalen	FBB Jugendliche:				FBB Eltern:		
	Best	Erfolg	Ther. Bez.	Rahmen Gesamt	Erfolg	Verlauf	Gesamt
Jugendliche:							
S1: Therapeut. Beziehung		.45***	.48***	.54***			.59***
S2: Umgebung		.22	.15	.39***			.29**
S3: Allgemeine Zufriedenheit		.79***	.46***	.60***			.75***
Gesamtskala		.49***	.42***	.59***			.59***
Eltern:							
S1: Beziehung zu Therapeut_in					.51***	.69***	.64***
S2: Umgebung					.27*	.51***	.40***
S3: Allgemeine Zufriedenheit					.71***	.84***	.84***
Gesamtskala					.52***	.73***	.66***

Anmerkung: Korrelationen von inhaltlich äquivalenten Skalen sind fett gedruckt

Zusammenhang mit demografischen Merkmalen

Bei den Kindern zeigten sich weder in der Gesamtskala noch in den beiden Subskalen Therapeutische Beziehung und Umgebung auf dem 5%-Niveau signifikante Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und der Aufenthaltsdauer (unter vs. über 14 Tage). Es bestand jedoch eine negative Korrelation mit dem Alter: mit der Gesamtskala lag die Korrelation bei $r = -.21$ ($p < .0001$). Bezogen auf die beiden Subskalen zeigte sich keine signifikante Korrelation mit der Therapeutischen Beziehung ($r = -.07$), aber eine deutliche mit Umgebung ($r = -.30$, $p < .0001$). Dies lässt sich so interpretieren, dass ältere Kinder den Aufenthalt generell weniger zufriedenstellend einschätzen, was sich aber nicht in der Beurteilung der therapeutischen Beziehung widerspiegelt.

Bei den Jugendlichen ergab sich keine signifikante Korrelation in der Gesamtzufriedenheit und in den drei Subskalen mit dem Alter. Das gleiche gilt für die

Eltern bis auf die Subskala Umgebung, die negativ, aber mit geringer Effektstärke mit dem Alter ihrer Kinder korrelierte ($r = -.09$, $p < .001$). Bezüglich Geschlecht zeigte sich, dass Mädchen insgesamt und in den Subskalen Therapeutische Beziehung und Umgebung etwas unzufriedener waren (alle $p < .01$), aber nur mit einer Effektstärke, die noch unterhalb der Grenze zu einem kleinen Effekt lag. Bei den Eltern waren die Eltern von Mädchen ebenfalls etwas unzufriedener in denselben Skalen, aber mit noch geringerer Effektstärke. Gemäß der gängigen Klassifikation nach Cohen sind die Unterschiede nach Alter und Geschlecht bei Jugendlichen und Eltern also maximal an der Grenze zu kleiner Effektstärke und dürften in der Praxis damit irrelevant sein.

5 Referenzstichproben und Vergleichswerte

Die Fragebogen wurden in den Jahren 2016 und 2017 in insgesamt neun Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erhoben. Die Kliniken hatten zumeist auch die Jahre davor schon regelmäßig an der Erhebung teilgenommen. Daher war die Befragungsroutine schon etabliert und es mussten lediglich die bis dahin verwendeten „Langfassungen“ der BesT-Bögen, wie sie in Keller et al. (2018) publiziert sind, durch die jeweils neue, kürzere Version ersetzt werden. Die Bögen wurden im Rahmen der QM-Maßnahmen in den Kliniken verteilt, zumeist auf den Kinder- bzw. Jugendlichen-Stationen und KJPP-Tageskliniken von regelversorgenden Kliniken, dort wieder eingesammelt und jährlich zur auswertenden Stelle der KJPP Ulm geschickt. Vorgaben unsererseits wurden keine gemacht, die Bögen sollten jedoch kurz vor Entlassung, am besten am Entlassungstag, ausgefüllt, in anonymisierter Form in einen vorbereiteten Umschlag gesteckt und verschlossen abgegeben werden. Die Ausgabe der Bögen wurde üblicherweise von den Qualitätsbeauftragten in den einzelnen Kliniken vorbereitet und erfolgte nach den lokal geltenden ethischen Richtlinien. Eine positive Bewertung dieses Projekts durch die Ethikkommission der Universität Ulm liegt vor.

Bei der Dateneingabe wurde darauf geachtet, ob offensichtliche Antwortmuster angekreuzt wurden. Dies kam nur in sehr wenigen Fällen vor (ca. 0 – 3 Bögen pro Klinik pro Jahr, wo von Jugendlichen oder Eltern v.a. durchgehend 1 oder 5 angekreuzt wurden); diese Bögen wurden nicht in die Auswertung aufgenommen.

Die Angaben zu den drei Stichproben bezüglich Geschlechts- und Altersverteilung wurden bereits zu Beginn des Kapitels 4.2 gemacht. Weitere Angaben zur Charakterisierung der Gesamtstichprobe stehen nur in geringem Umfang zur Verfügung. Insbesondere die Diagnosen wurden aus Praktikabilitätsgründen zumeist nicht erfasst. Ein Blick in die verfügbaren Behandlungsstatistiken aus den Qualitätsberichten von vier beteiligten Kliniken aus drei Bundesländern, alle mit Vollversorgungsauftrag, zeigt, dass meistens mehr als 50% der Gesamtheit der

behandelten stationären oder teilstationären Patienten aus dem Bereich F90-F93 gemäß der ICD-10 kommen, es handelt sich also um Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome kombiniert mit Störung des Sozialverhaltens oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit. Danach folgen Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen (F3x) bzw. Anpassungsstörungen (F43). Bei der Jugendlichenstichprobe dürfte sich die Diagnosenverteilung verschieben in Richtung auf depressive und emotionale Störungen, während externalisierende Störungen im Jugendalter weniger häufig sind.

Der Rücklauf von Fragebögen dürfte klinikspezifisch verschieden sein und ist ebenfalls schwer einzuschätzen. Aus Berichten einzelner Kliniken geht hervor, dass nach einer Probephase ein Rücklauf von 30-40% der Fragebögen erreicht wird. In Kliniken mit guter QM-Organisation der Befragung könnte sie höher liegen, aber es gibt sicherlich auch Kliniken mit einer geringeren Rücklaufquote. Unabhängig davon ist ein Selektionsbias nicht auszuschließen. Aufgrund dieser Gegebenheiten wurde im Folgenden auch auf eine klinikbezogene Darstellung verzichtet, z.B. auf die Ergebnisse der besten und der schlechtesten Klinik, um benchmarking auf Klinikebene zu ermöglichen.

6 Einsatz und Durchführung

Vor dem Ausfüllen des Bogens sollte wie in jeder diagnostischen Erhebung ein Setting gestaltet werden, in dem sich der Teilnehmende wohl fühlt und kein Zeitdruck herrscht (soweit möglich trotz der Entlassungssituation; ansonsten ist es besser, den Fragebogen kurz vor dem Entlassungstag ausfüllen zu lassen, auch um keinen Datenausfall zu riskieren).

Dem Kind/Jugendlichen sollten einführend eventuell zusätzlich zum Instruktionstext motivierende und altersgerechte Informationen über das Ziel der Erhebung gegeben werden, z.B. im Sinne von: „jetzt kannst du uns mal beurteilen“.

Für das Ausfüllen der Bögen in der elektronischen Version mit dem Testsystem XXX müssen die folgenden Schritte durchgeführt werden:

1. Anlegen eines Teilnehmers im System:

Um einen Teilnehmer im System anzulegen, muss im Menü....

Dann werden einige Basisdaten eingegeben, z.B. Alter, Geschlecht, behandelnde Station, Dauer des stationären Aufenthaltes (kürzer vs. länger als 14 Tage),

Vorliegen eines richterlichen Beschlusses und ähnliche Variablen. Diese Angaben sind optional in jeder Klinik und sind sowohl gemäß den internen

Datenschutzinteressen und -vorgaben als auch den Wünschen, welche Einheiten (z.B. Stationen) oder welche Subgruppen (z.B. nach Geschlecht) später verglichen werden sollen, festzulegen.

[eventuell: wie wird Kind/Jugendlicher und sein Elternteil kombiniert?]

2. Teilnehmer bekommt den Fragebogen und füllt ihn aus (elektronische Erfassung bzw. auf Papier).

Instruktion für Kinder:

Liebe Patientin, lieber Patient

Während Deines Aufenthalts auf der Kinderstation gab es bestimmt einige Sachen, die Dir nicht gefallen haben und andere, die Dir gefallen haben.

Heute geht es um **Deine Meinung**, dabei gibt es keine falschen oder richtigen Antworten, es geht nur darum, wie es Dir hier auf der Kinderstation ging. Das Beispiel unten auf der Seite zeigt Dir, wie Du die Fragen beantworten sollst.

Frag bitte nach, wenn Du etwas nicht verstehst!

Beispiel: Spielst Du gern draußen?



Ja, ist das Beste, was es gibt



ja, mag ich



manchmal ja
manchmal nein



nein, mag ich nicht



nein, ist das Blödeste, was es gibt

Wenn Du sehr gerne draußen spielst, dann kreuze das lachende Gesicht an.



Wenn Du aber gar nicht gern draußen spielst, dann kreuz das traurige Gesicht an.



Oder Du nimmst ein Gesicht dazwischen wie das bei Dir ist.

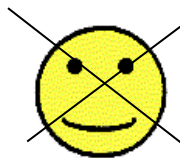


je nachdem

Beispiel: Ich spiele gern draußen



Ja, ist das Beste, was es gibt



ja, mag ich



manchmal ja
manchmal nein



nein, mag ich nicht



nein, ist das Blödeste, was es gibt

Jetzt kannst Du uns sagen, was Du gut und was Du schlecht gefunden hast. Wir wollen nämlich mit Deiner Hilfe die Sachen verbessern, die nicht so gut laufen. Alles, was Du uns erzählst, wird nur ohne Deinen Namen und mit anderen Bögen zusammen an deine Eltern oder Personen, die dich kennen, weitergegeben. Auch wir selbst werden alle Angaben ohne Deinen Namen anschauen.

Instruktion für Jugendliche:

Liebe Patientin, lieber Patient,

während Deines Aufenthalts auf Station gab es bestimmt einige Dinge, die Dir als Patient/in nicht gefallen haben und andere, die Dir gefallen haben. Hier hast Du nun die Möglichkeit zu sagen, was gut und was schlecht war.

Beim Beantworten der Fragen gibt es keine falschen oder richtigen Antworten, es geht um **Deine Meinung**. An dem folgenden Beispiel kannst Du erkennen, wie Du bei der Beantwortung der Fragen vorgehen sollst.

Beispiel: Die Sendung mit der Maus sollte interessanter werden.

Wenn Du der Meinung bist, dass der Satz oben vollkommen stimmt, dann kreuze bitte das 5. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Du der Meinung bist, dass der Satz überhaupt nicht stimmt, dann kreuze bitte das 1. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Du der Meinung bist, dass der Satz eher stimmt, dann kreuze bitte das 4. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Du der Meinung bist, dass der Satz eher nicht stimmt, dann kreuze bitte das 2. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Du der Meinung bist, dass der Satz teilweise stimmt aber teilweise auch nicht, dann kreuze das 3. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Deine Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, anonymisiert (ohne Namen) gespeichert und ansonsten nur zur Verbesserung der Behandlungsqualität und für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Instruktion für Eltern:

Liebe Eltern, liebe Bezugspersonen,

während des Aufenthalts Ihres Kindes auf Station gab es bestimmt einige Dinge, die Ihrer Meinung nach besser werden sollten, und andere, die Ihnen gefallen haben. Hier haben Sie nun die Möglichkeit, Kritik und Lob zu äußern.

Dabei gibt es keine falschen oder richtigen Antworten, es geht um **Ihre Meinung**. An dem folgenden Beispiel können Sie erkennen, wie Sie bei der Beantwortung der Fragen vorgehen sollten.

Beispiel: Das Fernsehprogramm der ARD sollte interessanter werden.

Wenn Sie der Meinung sind, dass der Satz oben **vollkommen stimmt**, dann kreuzen Sie das 5. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Sie der Meinung sind, dass der Satz **überhaupt nicht stimmt**, dann kreuzen Sie das 1. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Sie der Meinung sind, dass der Satz **eher stimmt**, dann kreuzen Sie das 4. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Sie der Meinung sind, dass der Satz **eher nicht stimmt**, dann kreuzen Sie das 2. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wenn Sie der Meinung sind, dass der Satz **teilweise stimmt aber teilweise auch nicht**, dann kreuzen Sie das 3. Feld an.

stimmt überhaupt nicht 1 2 3 4 5 stimmt vollkommen

Wir sind bemüht, mit Ihrer Hilfe Dinge, die noch nicht so gut laufen, zu verbessern. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, anonymisiert (ohne Namen) gespeichert und ansonsten nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

7 Auswertung und Interpretation

Als klinische Vergleichswerte liegen die mittleren Werte zu den drei Gesamtskalen sowie den jeweiligen zwei Subskalen vor. Die Referenzwerte stammen aus den Zufriedenheitserhebungen an insgesamt neun Kliniken während der Jahre 2016 und 2017 und basieren auf 852 Kinderbögen, 1582 Jugendlichenbögen und 1998 Elternbögen (zur weiteren Stichprobenbeschreibung siehe Kapitel 4.2.1 und 5).

Skalenmittelwerte anstatt der häufig verwendeten Summenwerte wurden deshalb verwendet, um bei fehlenden Werten, wie sie in der Praxis zu erwarten sind, nicht jeweils eine Ersetzung der fehlenden Werte vornehmen zu müssen, sondern direkt mit dem Mittelwert der vorhandenen Items einer Skala zu rechnen, sofern ihre Anzahl ausreichend ist.

Die Auswertung erfolgt mit der Springer-Tests Plattform..., die die entsprechenden Skalenwerte berechnet. Zur Einsichtnahme in die Ergebnisse muss das Menü x...

Ausgegeben werden neben den Werten der einzelnen Items auch der Gesamtwert an Zufriedenheit, basierend auf dem Mittelwert der Gesamtskala, und die Mittelwerte für die beiden Subskalen Therapeutische Beziehung und Umgebung/Regeln.

Bei der Interpretation von Zufriedenheitsbefragungen interessieren weniger die Skalenwerte einzelner Personen wie z.B. in der Intelligenz- oder Persönlichkeitsdiagnostik, sondern der Vergleich zwischen Einheiten, z.B. zwischen Stationen oder zu anderen Kliniken, oder über die Zeit.

Beispiel: Eine Klinik hat bei den Jugendlichen in der Subskala Umgebung/Regeln einen Mittelwert von 2,2 und liegt damit im unteren Bereich zu vergleichbaren Kliniken (gemäß Tabelle A2 im Anhang bei einem Prozentrang = 20,5%, d.h. nur etwa ein Fünftel aller Jugendlichen ist insgesamt gleich oder weniger zufrieden). Ein Vergleich der Einzelitems in Tabelle 4.3 zeigt, dass weniger die Mittelwerte in den

Items zu den räumlichen Gegebenheiten abfallen, sondern v.a. die Zufriedenheit mit der Ausgangsregelung. Damit ließe sich dieser Bereich gezielt evaluieren, z.B. durch Befragung, wie andere Kliniken das handhaben, und dadurch die eigene Vorgehensweise verbessern.

Beispiel Einzelitem: Bei der Betrachtung der Einzel-Items bei Kindern fällt auf, dass die Medikamentenaufklärung auf einer Station im Mittel nur mit 3,0 bewertet wurde. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Itemmittelwert von 4,10 in der Gesamtstichprobe (vgl. Tab. 4.1). Hier könnte im Sinne des QM weiter nachgeforscht werden, welche Ursachen dem zugrunde liegen.

Neben den Zahlenangaben stehen auch noch Freitextangaben zur Verfügung, die vertiefte und detaillierte Einblicke in positiv und in negativ wahrgenommene Aspekte der Behandlung liefern können.

Beispielhaft seien hier zwei Freitextangaben wiedergegeben:

- zu sehen, dass es viele Kinder mit ähnlicher Problematik gibt
- zu spüren, dass ein festes Regelwerk notwendig ist

Eltern

- Das Verhalten mancher Betreuer ("Macht" ausgenutzt), ("Privatleben" eingebracht = wenn sie sich nicht gelohnt waren hat sich das auf Patienten ausgewirkt), (man konnte nicht diskutieren/sich nicht

Jugendliche(r)

Weitere Beispiele aus der Alltagspraxis

Es hat sich in den letzten Jahren im Alltag in den Kliniken gezeigt, dass die Auswertung der BesT-Bögen eher auf Einzel-Item-Ebene und im Vergleich zwischen unterschiedlichen Kliniken angeschaut wird; im Gegensatz zur Bewertung und Diskussion von Subskalen scheint es so möglich zu sein, die Informationen im Alltag spezifischer zu nutzen.

Weiterhin ist es sinnvoll, festzulegen, unter welchen inhaltlichen Aspekten die BesT-Bögen in einer gegebenen Situation einer spezifischen Einheit (wie einer Station, Tagesklinik etc.) mit einer Fragestellung, die aus dem Alltag stammt und schon inhaltlich eingegrenzt ist, angeschaut und diskutiert werden sollen. Anregungen dazu können aus dem Team, von Patienten oder Angehörigen, von Kooperationspartnern oder aus dem Qualitätsmanagementteam etc. kommen. Optimalerweise führt ein Diskussionsprozess dann bei einem relevanten Thema zu einer konsekutiven Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen.

In der Praxis zeigt sich, dass unter diesen inhaltlichen Aspekten bei der fokussierten Betrachtung der Ergebnisse der BesT- Bögen in einer Arbeitsgruppe oder einem Qualitätszirkel folgende Punkte schon sinnvollerweise zu Beginn gemeinsam festgelegt werden:

- 1) Handelt es sich um den Bereich „globale Zufriedenheit“ oder um das größere Themenfeld, ob die Klinik weiterempfohlen werden würde? Gibt es hier Hinweise, dass die Erwartungen der Patienten enttäuscht wurden oder regelmäßig enttäuscht werden?
- 2) Handelt es sich um eine spezifischere Fragestellung aus den Bereichen der Bögen zu „Umgebung“, „Hotelqualität“ oder „Klima in der Klinik“?
Hier ist dann in der Auswertung, den Diskussionen und bei der gegebenenfalls stattfindenden Maßnahmenplanung das Augenmerk beispielsweise auf eine besonders gute oder eine gegebenenfalls kritische, unterdurchschnittliche Bewertung hinsichtlich der Qualität des Essens, der räumlichen und

ästhetischen Ausstattung oder dem Umgang mit dem Thema „Intimsphäre“ auf Station zu richten (die Diskussion bezieht sich unseres Erachtens sinnvollerweise zu Beginn schon auf einen Vergleich mit Werten anderer Stationen oder Kliniken oder nimmt als Bezugswert ältere, zeitlich zurückliegende eigene Werte, so sie vorliegen).

Ein zweiter Fokus in der Alltagspraxis der Auswertung der BeST-Bögen in Kliniken betrifft den „behandlungsnäheren“ Bereich; typische Fragen und Szenarien, die in den entsprechenden Gremien diskutiert und sehr häufig dann zum Beispiel mit Maßnahmenplänen adressiert werden, sind:

- Fühlen die Patienten und ihre Angehörigen sich ernst genommen?
- Wie wird die Beziehung zu den Mitarbeitenden aus den Bereichen Ärztliche Behandlung/Therapie bzw. Pflege/Erziehung/Pädagogik wahrgenommen?
- Hatten die Patienten und ihre Angehörigen das Gefühl, die Behandlung mitbestimmen zu können und erlebten sie die Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten und Medikamente als ausreichend und gut?
- Ein weiterer Punkt, der recht häufig im Mittelpunkt der Diskussionen vor Ort steht, ist die erfragte Zuverlässigkeit und die Häufigkeit, mit der Patienten gesehen werden: Haben die Patienten oder Eltern den Aufenthalt so erlebt, dass Absprachen eingehalten wurden und dass die Angebote von der Frequenz her passend und zeitlich als ausreichend erlebt wurden?

Ein in seiner Wichtigkeit ebenfalls nicht zu unterschätzendes Themenfeld ist schließlich die Zufriedenheit mit den schulischen Angeboten und dem Verhalten der Lehrkräfte.

Eine weitere eigene Kategorie bilden unseres Erachtens diejenigen Best Fragen, methodisch eher als „Report-“ oder „ereignisorientiert“ zu bezeichnen, die sich mit kritischen Rückmeldungen/erlebten übergreifigen Ereignissen/„Nebenwirkungen“ der Behandlung befassen. Wir beziehen uns hier vor allem auf die Fragen zu beobachteten oder erlebten Zwangsmaßnahmen und zu erlebten übergreifigen

Situationen, weniger auf die Fragen zu vielleicht nicht adäquat durchgeführter „Aufklärung beim Einsatz von Medikamenten“ etc.

Diese Items führen häufig bei negativer Beantwortung zu kontroversen Diskussionen in den Klinikteams und wurden zum Teil auch von Kliniken im Lauf der Jahre den Autoren gegenüber vereinzelt als „kritisch“ oder „überflüssig und gefährlich“ von Klinikseite apostrophiert. Unter anderem mit dem Argument, sie suggerierten geradezu den Eltern und Patienten gegenüber, dass eine kritische oder misstrauische Einstellung gegenüber dem Verhalten der Klinikmitarbeiter oder auch dem Fachgebiet gegenüber angezeigt sei. Dies schade dem Ruf des Fachgebietes, den Kliniken und ihren Mitarbeitern etc.

Wir bleiben bei unserer Auffassung, dass solche potentiellen Effekte bei weitem überwogen werden durch die Vorteile, die für die Patienten entstehen, wenn solche Themen im Team diskutiert werden und der Patient dazu systematisch gehört wird. Es ist heutzutage nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung, sich diesen Themen systematisch zu widmen und sie auch anhand von systematisch gewonnenen Daten regelmäßig zu diskutieren.

Daneben resultiert unseres Erachtens auch aus der Schutz- und Fürsorgepflicht unseren Patienten gegenüber, insbesondere im klinischen Setting, diese Themen systematisch im Alltag im Auge zu haben und den Umgang damit im gesamten Team systematisch zu thematisieren, Prozesse dazu vorzuhalten und das Verhalten des Teams systematisch zu schulen und auf zeitgemäßem Niveau aus der Vorgesetztenfunktion heraus zu steuern.

Eine eigene Kategorie bilden ebenfalls die **Freitext-Fragen** der BesT-Bögen. Auch hier sollte im Qualitätsmanagementalltag der Kliniken mit je eigenen Lösungen sichergestellt werden, ob und wie es bei gegebenen Ressourcen möglich ist, auch diese Fragen möglichst systematisch anzuschauen und - bei der gegebenen Anonymität der Antwortbögen - bei kritischen, schlimmstenfalls sogar hochrelevanten Antworten mit Reaktionsnotwendigkeit, zumindest die Möglichkeit zu haben, mit den

identifizierten bzw. infrage kommenden Einheiten oder Stationen zeitnah die Aussagen zu diskutieren, um gegebenenfalls Abhilfe zu schaffen.

Oft handelt es sich jedoch in den Freitextaussagen um erhellende, positive Aussagen, zum Beispiel um das Lob von Teams, um Aussagen über positive Effekte, um z.B. die Schilderung begonnener Freundschaften zu Mitpatientinnen und-Patienten oder auch um wertschätzende Äußerungen zu während des Aufenthaltes kennengelernten pädagogischen, therapeutischen oder auch Kunst- und tiertherapeutischen Bereichen. Außerdem ermöglichen Freitextangaben, zum Teil recht intime und überraschende Einblicke in die Wahrnehmung der Lebenswelt der Patienten während ihres stationären Aufenthaltes zu bekommen.

Ebenso wie bei den ereignisbezogenen Fragen zu kritischen Erlebnissen auf Station muss hier jedes Qualitätsmanagementsystem oder jeder Verbund seine eigene Vorgehensweise entwickeln, damit das Augenmerk auf diese wichtigen Felder der BesT Bögen auch systematisch gerichtet werden kann.

Zu beteiligen sind hier unseres Erachtens neben den im Alltag fallführenden und betreuenden Ärzten, Therapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegern, Pädagogen und den Personen, die das Qualitätsmanagement verantworten, immer auch die klinische Leitungsebene, sowie, in einem bestimmten Turnus, zum Beispiel einmal jährlich, auch die Verwaltungs- oder Geschäftsführungsebene. Schließlich sind, wegen der immer berührten Datenschutzaspekte, auch die zuständigen und verantwortlichen Datenschutzbeauftragten zu involvieren.

8 Literatur

- Athay MM, Bickman L (2012) Development and psychometric evaluation of the Youth and Caregiver Service Satisfaction Scale. *Adm Policy Ment Health* 39:71–77
- Beauchamp TL, Childress JF (2008) *Principles of Biomedical Ethics* (6th ed). Oxford University Press, Oxford
- Biering P (2010) Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 17:65–72
- Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA (2012) The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment* 16(30)
- Bredel S, Brunner R, Haffner J, Resch F (2004) Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten: Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53:256-276
- Brown A, Ford T, Deighton J, Wolpert M (2014) Satisfaction in child and adolescent mental health services: translating users' feedback into measurement. *Adm Policy Ment Health* 41:434-446
- Day C, Michelson D, Hassan I (2011) Child and adolescent service experience (ChASE): Measuring service quality and therapeutic process. *Br J Clin Psychol* 50:452–464
- Gill L, White L (2009) A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 22:8-19
- Gruyters T, Priebe S (1994) Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch den Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Forschung. *Psychiatr Praxis* 21:88–95
- Kammerer E (1989) Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie: Eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38:205-209
- Kaplan S, Busner J, Chibnall J, Kang G (2001) Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 52:202–206

- Kapp C, Perlini T, Jeanneret T, Stephan P, Rojas-Urrego A, Macias M, Halfon O, Holzer L, Urben S (2017) Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *European Child & Adolescent Psychiatry* 26:1269–1277
- Katzenschläger P, Fliedl R, Popow C, Kundi M (2018) Quality of life and satisfaction with inpatient treatment in adolescents with psychiatric disorders. *Neuropsychiatr* 32:75–83. <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0264-3>
- Kazley AS, Ford EW, Diana M, et al. (2015) Market factors related to of hospitals' patient satisfaction ratings. *J Hosp Adm* 4:40–47.
- Keller F (im Druck) Zufriedenheitseinschätzungen stationär-psychiatrisch behandelter Kinder im BesT-K: Analysen zu Dimensionalität und Antwortmustern. In: Tarnai C, Reinecke J (Hrsg) *Angewandte Klassifikationsanalyse (Arbeitstitel)*. Waxmann Verlag, Münster
- Keller F, Fegert JM, Naumann A (2018) Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie (BesT) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 47:186-197. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000488>
- Keller F, Schäfer S, Konopka L, Naumann A Fegert JM (2004) Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. *Krankenhauspsychiatrie* 15:3-8
- Kölch M, Lippert H-D, Fegert JM (2019) Aufklärung und Einwilligung bei Kindern und Jugendlichen. In: Fegert J et al. (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer-Verlag, Heidelberg, S 1-11
- Konopka L, Keller F, Löble M, Felbel D, Naumann A (2001) Wie wird Patientenzufriedenheit in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland erfasst? *Krankenhauspsychiatrie* 12:152-156
- Kronmüller KT, Hartmann M, Reck C, Victor D, Horn H, Winkelmann K (2003) Die therapeutische Beziehung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychother* 32:14-23
- Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmidt J (2008) Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 17:67-79

- Längle G, Schwärzler F, Eschweiler GW, Renner G, Schramm K, Waschulewski H (2002) Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). *Psychiatr Praxis* 29:83-89
- Leimkühler AM, Müller U (1996) Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 67:765-773
- Mattejat F, Remschmidt H (1995) Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 23:71–83
- Mattejat F, Remschmidt H (1998) Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Hogrefe, Göttingen
- Möller-Leimkühler AM, Dunkel R (2003) Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Nervenarzt* 74:40-47
- Muthén LK, Muthén BO (1998-2012) *Mplus User's Guide* (7th Edition). Muthén & Muthén, Los Angeles, CA
- Naumann A (2004) Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schrapper C, Fegert JM (Hrsg) *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Beltz, Weinheim, S 413–420
- O'Connor BP (2000) SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers* 32:396-402
- Persson S, Hagquist C, Michelson D (2017) Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 22:140–151. doi.org/10.1177/1359104516656722
- Riebling NB, Norouzzadeh S, Reeder G, et al. (2019) Quantifying patient satisfaction with process metrics using a weighted bundle approach. *BMJ Open Quality* 8:e000458. doi:10.1136/bmjopen-2018-00045
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Medizinische Psychologie* 39:248-255
- Shapiro JP, Welker CJ, Jacobson BJ (1997) The youth client satisfaction questionnaire: Development, construct validation, and factor structure. *Journal of Clinical Child Psychology* 26:87-98, DOI: [10.1207/s15374424jccp2601_9](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2601_9)

- 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. *Nord J Psychiatry* 69:224–232
- Spießl H, Leber C, Radlinger P, Schmid R, Kaatz S, Binder H, Hambrecht M, Klein HE (2009) Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken. *Nervenheilkunde* 28:481-486
- Teague G (2000) Patient perceptions of care measures. In: American Psychiatric Association (Ed) *Handbook of psychiatric measures*. APA, Washington DC, S 169-176
- Turchik JA, Karpenko V, Ogles BM, Demireva P, Probst DR (2010) Parent and adolescent satisfaction with mental health services: Does it relate to youth diagnosis, age, gender, or treatment outcome? *Community Ment Health J* 46:282–288
- Viefhaus P, Döpfner M, Dachs L, Goletz H, Görtz-Dorten A, Kinnen C, Perri D, Rademacher C, Schürmann S, Woitecki K, Wolff Metternich-Kaizman T, Walter D (2019) Treatment satisfaction following routine outpatient cognitive-behavioral therapy of adolescents with mental disorders: a triple perspective of patients, parents and therapists. *European Child & Adolescent Psychiatry* 28:543–556. doi.org/10.1007/s00787-018-1220-2
- Wong ELY, Coulter A, Hewitson P, Cheung AWL, Yam CHK, Lui Sf, et al. (2015) Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS ONE* 10(4): e0122299. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122299>

Anhang

Tabelle A1: Verteilung der Prozentränge (PR) für die Kinderstichprobe gesamt und für die beiden Subskalen Therapeutische Beziehung und Umgebung.

Rohwert (Mittelwert)	Gesamt PR- Kind	ThBez PR – Kind	Umgebung PR – Kind
1.0	0.0	0.1	0.2
1.1	0.0	0.1	0.2
1.2	0.1	0.1	0.2
1.3	0.1	0.1	0.2
1.4	0.1	0.1	0.2
1.5	0.1	0.1	0.2
1.6	0.1	0.1	0.4
1.7	0.1	0.1	0.8
1.8	0.1	0.2	1.1
1.9	0.2	0.4	1.3
2.0	0.3	0.7	1.6
2.1	0.6	0.8	2.2
2.2	0.7	1.1	2.8
2.3	0.8	1.1	3.4
2.4	1.0	1.2	3.8
2.5	1.2	1.4	4.8
2.6	1.5	1.8	5.4
2.7	1.7	2.7	6.5
2.8	2.2	3.6	6.9
2.9	2.9	4.9	12.1
3.0	4.1	6.6	14.4
3.1	4.9	7.4	17.3
3.2	6.7	8.5	18.0
3.3	9.4	10.9	22.3
3.4	12.8	14.1	23.5
3.5	18.4	17.4	28.6
3.6	22.4	21.5	30.3
3.7	27.6	26.3	37.0
3.8	32.9	32.5	38.0
3.9	42.0	37.1	49.0
4.0	48.7	45.8	54.1
4.1	53.2	49.2	57.7
4.2	61.4	55.8	62.2
4.3	68.0	63.4	67.0
4.4	76.2	68.7	72.1
4.5	82.3	76.3	77.4
4.6	86.5	81.5	78.8
4.7	91.2	85.8	84.6
4.8	95.0	91.7	85.8
4.9	97.5	95.2	95.3
5.0	100.0	100.0	100.0

Tabelle A2: Verteilung der Prozenträge (PR) für die Jugendlichenstichprobe gesamt und für die beiden Subskalen Therapeutische Beziehung und Umgebung.

Rohwert (Mittelwert)	Gesamt PR- Jug.	ThBez PR – Jug.	Umgebung PR – Jug.
1.0	0.0	0.4	0.9
1.1	0.0	0.4	1.2
1.2	0.1	0.6	2.1
1.3	0.2	1.0	2.9
1.4	0.5	1.2	4.2
1.5	0.7	1.8	4.4
1.6	0.9	2.2	6.1
1.7	1.2	2.6	7.4
1.8	1.5	3.2	9.4
1.9	2.2	4.0	12.4
2.0	3.1	5.4	14.7
2.1	4.7	6.1	17.7
2.2	6.4	7.7	20.5
2.3	7.7	9.7	22.2
2.4	10.2	11.6	24.4
2.5	12.3	14.9	27.3
2.6	15.6	16.0	31.2
2.7	19.2	19.3	35.4
2.8	22.5	23.0	39.2
2.9	27.0	25.3	44.1
3.0	31.7	27.9	49.1
3.1	35.0	29.7	53.0
3.2	39.6	33.3	53.4
3.3	44.5	36.5	60.2
3.4	49.4	40.0	63.5
3.5	54.6	44.4	68.5
3.6	59.7	48.5	72.4
3.7	64.3	52.5	76.2
3.8	69.1	57.1	79.7
3.9	73.9	62.0	82.6
4.0	78.5	67.1	85.2
4.1	82.1	69.5	87.8
4.2	86.1	73.3	89.5
4.3	89.5	77.6	91.6
4.4	91.8	81.7	93.3
4.5	94.4	85.5	94.6
4.6	95.9	88.1	96.1
4.7	97.6	91.7	97.5
4.8	99.4	94.6	98.7
4.9	99.6	97.1	99.1
5.0	100.0	100.0	100.0

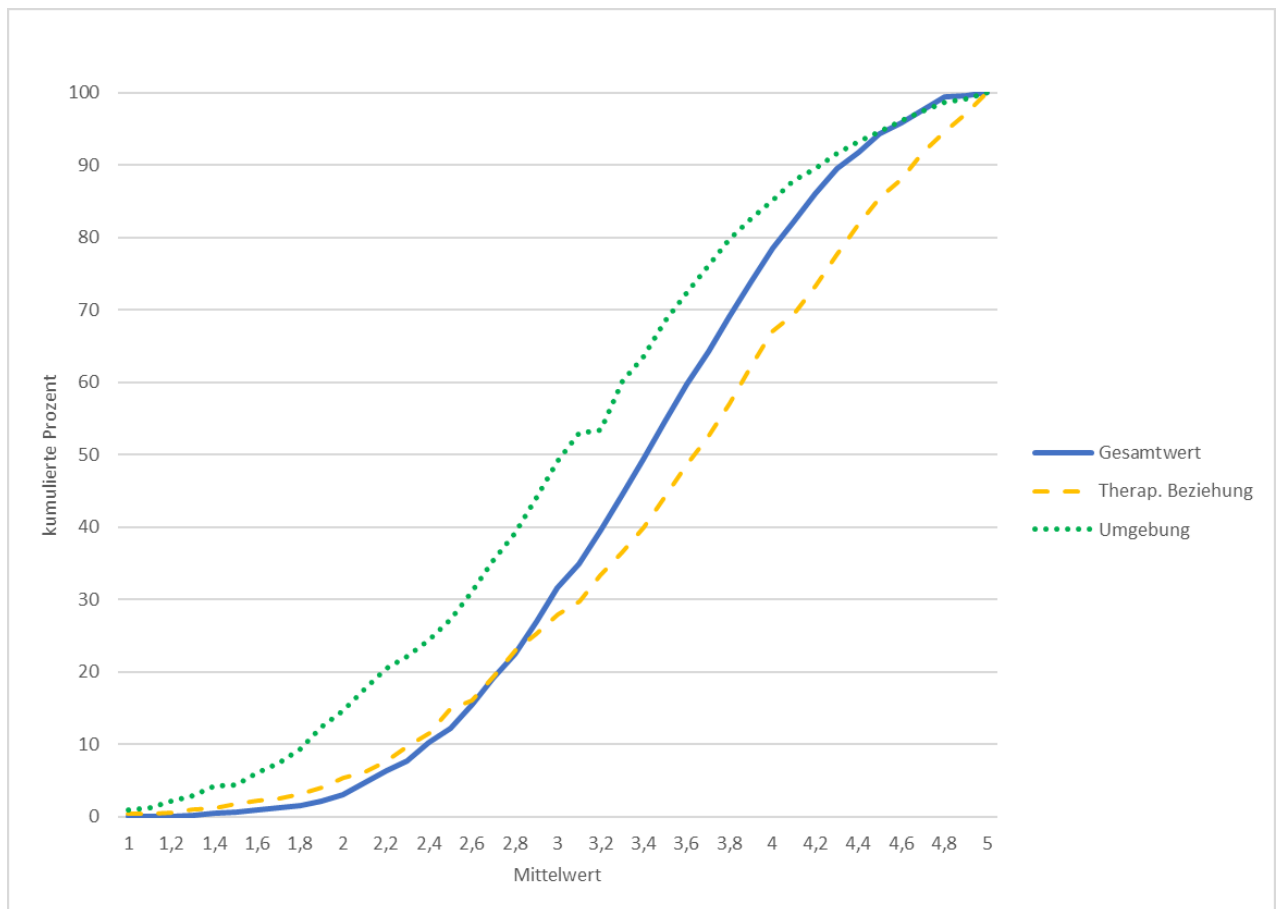
Tabelle A3: Verteilung der Prozentränge (PR) für die Elternstichprobe gesamt und für die beiden Subskalen Beziehung zu Therapeut_in und Umgebung.

Rohwert (Mittelwert)	Gesamt PR - Eltern	ThBez PR – Eltern	Umgeb. PR – Eltern
1.0	0.0	0.4	0.7
1.1	0.0	0.5	0.9
1.2	0.1	0.9	1.0
1.3	0.1	1.3	1.3
1.4	0.1	1.9	1.7
1.5	0.3	2.7	2.5
1.6	0.4	3.2	2.6
1.7	0.6	3.8	3.8
1.8	1.2	4.9	4.1
1.9	1.6	5.9	6.1
2.0	2.4	7.5	7.3
2.1	3.6	8.5	7.9
2.2	4.8	9.9	8.5
2.3	5.6	11.5	9.2
2.4	7.0	13.4	10.4
2.5	8.6	15.5	12.4
2.6	10.2	17.2	12.8
2.7	11.9	19.4	15.9
2.8	14.2	21.9	16.4
2.9	16.1	24.7	22.6
3.0	20.3	28.3	25.0
3.1	22.5	30.1	27.7
3.2	25.7	32.5	30.1
3.3	28.8	34.5	32.3
3.4	31.7	37.4	33.9
3.5	35.5	40.5	38.8
3.6	39.3	43.6	39.2
3.7	43.2	46.8	43.9
3.8	46.5	49.5	45.2
3.9	49.5	53.2	50.5
4.0	55.9	57.6	56.4
4.1	58.7	60.4	58.8
4.2	62.6	63.5	61.3
4.3	67.2	67.6	64.9
4.4	71.3	71.2	67.3
4.5	76.4	74.6	72.7
4.6	79.9	77.9	73.5
4.7	84.3	81.2	79.5
4.8	89.2	85.3	80.8
4.9	92.9	88.7	94.0
5.0	100.0	100.0	100.0

Anhang B

Grafische Darstellung der Prozentrangtabelle für die Jugendlichen

[Abbildungen könnte ich auch für die Kinder und die Eltern erstellen, aber sind diese Abbildungen nützlich? Sie haben ja keinen Mehrwert zu A1 – A3]



Anhang C: Vergleich der Iteminhalte in der Langfassung (bis 2015) und der aktuellen Fassung.

Tabelle C1: Vergleich der Items in Lang- und Kurzfassung des **Elternbogens**.

Items in Langform Best (bis 2015)	Status	Items in Kurzform Best (ab 2016)
1. Insgesamt zufrieden	=	1. Insgesamt zufrieden
2. Aufenthalt hat Kind geholfen	=	2. Aufenthalt hat Kind geholfen
3. Aufenthalt hat uns geholfen	=	3. Aufenthalt hat uns geholfen
4. Aufklärung Krankheit	=	4. Aufklärung Krankheit
5. Aufklärung Medikamente	=	5. Aufklärung Medikamente
6. Aufklärung Behandlung	entfallen	
7. Ernst nehmen (Therapeut_in)	=	6. Ernst nehmen (Therapeut_in)
8. Wohl fühlen (Einzelgespräch)	entfallen	
9. Einzelgespräche wirksam	=	7. Einzelgespräche wirksam
10. Wohl fühlen (Familiengespräch)	entfallen	
11. Familiengespräche wirksam	=	8. Familiengespräche wirksam
12. Aufenthalt bringt viel	=	9. Aufenthalt bringt viel
13. Mitsprache bei Therapien	=	10. Mitsprache bei Therapien
14. Schweigepflicht	=	11. Schweigepflicht
15. Zwangsmaßnahmen	=	12. Zwangsmaßnahmen
16. Mitsprache Kind bei Zimmer	=	13. Mitsprache Kind bei Zimmer
17. Ausgangsregelung	entfallen	
18. Essen	entfallen	
19. Wochenendbeurlaubung	=	14. Wochenendbeurlaubung
20. Sanitäre Anlagen	=	15. Sanitäre Anlagen
21. Station schön	=	16. Station schön
22. Mitsprache Entlassung	=	17. Mitsprache Entlassung
23. Mitsprache Kind bei Therapien	entfallen	
24. Mehr Einzelgespräche	=	18. Mehr Einzelgespräche
25. Mehr Familiengespräche	entfallen	
26. Privatsphäre Kind	=	19. Privatsphäre Kind
27. Kind zurückziehen auf Station	=	20. Kind zurückziehen auf Station
28. Behandlungsziele absprechen	=	21. Behandlungsziele absprechen
29. Wieder hierher	=	22. Wieder hierher
	neu	23. Angst, dass andere von KJPP erfahren

Tabelle C2: Vergleich der Items in Lang- und Kurzfassung des **Jugendlichenbogens**.

Items in Langform BesT (bis 2015)	Status	Items in Kurzform BesT (ab 2016)
1. insgesamt zufrieden	=	1. insgesamt zufrieden
2. Abstand von zu Hause gut	entfallen	
3. Aufenthalt geholfen	=	2. Aufenthalt geholfen
4. motiviert, mitzuarbeiten	=	3. motiviert, mitzuarbeiten
5. Aufklärung Krankheit	=	4. Aufklärung Krankheit
6. Aufklärung Medikamente	=	5. Aufklärung Medikamente
7. ernst genommen von Therapeut_in	=	6. ernst genommen von Therapeut_in
8. wohl fühlen in Einzelgespräch	entfallen	
9. Einzelgespräche wirksam	=	7. Einzelgespräche wirksam
10. wohl fühlen in Familiengesprächen	entfallen	
11. Familiengespräche wirksam	=	8. Familiengespräche wirksam
12. meine Bedürfnisse	entfallen	
13. ernst genommen durch Betreuer	=	9. ernst genommen durch Betreuer
14. ernst genommen durch Lehrkraft	=	10. ernst genommen durch Lehrkraft
15. Schweigepflicht	=	11. Schweigepflicht
16. Zwangsmaßnahmen	=	12. Zwangsmaßnahmen
17. Ausgangsregelung (wochentags)	=	13. Ausgangsregelung (wochentags)
18. Wochenendbeurlaubung	entfallen	
19. Essen	=	14. Essen
20. sanitäre Anlagen	=	15. sanitäre Anlagen
21. sich zurückziehen mit Eltern	=	16. sich zurückziehen mit Eltern
22. Station schön	=	17. Station schön
23. Schulangebot	=	18. Schulangebot
24. Mitsprache Entlassung	entfallen	
25. Mitsprache Therapien	=	19. Mitsprache Therapien
	neu	20. Mitsprache Zimmer
26. mehr Einzelgespräche	entfallen	
27. mehr Familiengespräche	entfallen	
28. Aufklärung poststationär	=	21. Aufklärung poststationär
29. Klima Jugendliche	=	22. Klima Jugendliche
30. Privatsphäre	=	23. Privatsphäre
31. allein sein können	=	24. allein sein können
32. Angst, noch mal KJPP	entfallen	
33. wohl fühlen in Klinikschule	entfallen	
34. Ziele absprechen	=	25. Ziele absprechen
35. Erwartungen erfüllt	=	26. Erwartungen erfüllt
36. wieder hierher	=	27. wieder hierher
	neu	28. Angst, dass andere von KJPP erfahren

Tabelle C3: Vergleich der Items in Lang- und Kurzfassung des **Kinderbogens**.

Items in Langform BesT (bis 2015)	Status	Items in Kurzform BesT (ab 2016)
1. Zeit auf Station gefallen	=	1. Zeit auf Station gefallen
	neu	2. Mit Aufenthalt zufrieden
2. Aufklärung Medikamente	=	8. Aufklärung Medikamente
3. wohl gefühlt (bei Untersuchung)	=	7. wohl gefühlt (bei Untersuchung)
4. Therapeut Problem verstanden	=	9. Therapeut Problem verstanden
5. Therapeut alles erzählen	=	10. Therapeut alles erzählen
6. Therapeut Zeit gehabt	=	11. Therapeut Zeit gehabt
7. Problem jetzt weg	=	3. Problem jetzt weg
8. Personal ansprechbar	=	14. Personal ansprechbar
9. Betreuer Problem verstanden	=	12. Betreuer Problem verstanden
10. Betreuer nett	=	13. Betreuer nett
11. Wochenendbeurlaubung	entfallen	
12. Regelung Garten, Fernsehen	entfallen	
13. Ausgangsregelung	=	18. Ausgangsregelung
14. Zimmer gefallen	=	4. Zimmer gefallen
15. Station gefallen	=	5. Station gefallen
16. Essen geschmeckt	=	6. Essen geschmeckt
17. zusammen sein mit anderen	entfallen	
18. mit anderen Kindern verstanden	=	16. mit anderen Kindern verstanden
	neu	15. angeklopft, bevor in Zimmer
	neu	17. mitentscheiden bei Behandlung
	neu	18. mitbestimmen wie oft Ausgang
	neu	19. Angst, dass andere mitbekommen
	neu	20. wieder in unsere Klinik
		21. Zwangsmaßnahmen durchgeführt
		22. „ bei anderen mitbekommen
		23. „ an mir selbst durchgeführt
	neu	24. Zwangsmaßnahmen erklärt
	neu	25. zu nahe oder angefasst: reagiert?