



Bachelorarbeit

Interdisziplinäre Kooperation in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Die Zuweiserzufriedenheit der KJPD St. Gallen

Christina Ruppert

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

St. Gallen, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Abstract

Für eine ganzheitliche psychiatrische Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist die interdisziplinäre Kooperation der Beteiligten und in diesem Zusammenhang auch die Zufriedenheit der Zuweisenden einer aufnehmenden Institution von zentraler Bedeutung, da diese erheblichen Einfluss auf die Einweisungsraten nehmen, den Ruf der Partnerinstitution nachhaltig prägen und eine frühzeitige Behandlung der Betroffenen initiieren können. Determinierende Faktoren für die Zufriedenheit sind dabei gemäss Fachliteratur die Gestaltung der Kommunikation mit den Zuweisenden, die fachspezifische Information und die Leistungsqualität. Auf dem Hintergrund dieser Erkenntnisse wurde im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit eine Evaluation der Zufriedenheit der Zuweisenden der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) St. Gallen durchgeführt. Die begleitenden Fragestellungen hatten die Zufriedenheits- und Wichtigkeitsmessung einzelner Aspekte, die statistische Überprüfung der mit der Zufriedenheit zusammenhängenden Faktoren und die Identifikation der Bereiche, in denen Optimierungspotenzial liegt, zum Ziel. Befragt wurden insgesamt 111 Zuweisende resp. potenzielle Zuweisende der KJPD St. Gallen. Die Auswertungen haben ergeben, dass den Zuweisenden in Bezug auf das Leistungsspektrum vor allem das therapeutische und das diagnostische Angebot, sowie das Berichtswesen wichtig sind. Als wichtige Teilelemente der Zusammenarbeit wurden der fachliche Austausch und die Regelmässigkeit des Austauschs genannt, sowie die Qualität des Austrittsberichts und der Miteinbezug bei Entscheidungen. Die Zufriedenheit mit Leitungsspektrum und Zusammenarbeit generell lag bei 70%, die Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei 75%. Optimierungspotenzial liegt vor allem in den Bereichen Berichtswesen, Gestaltung des fachlichen Austauschs, Miteinbezug bei Entscheidungen, Wartezeiten, Flexibilität bei Terminvergaben, Aufnahmepraxis bei Notfällen und Erreichbarkeit der Fachperson. Weiter hat die Untersuchung statistischer Zusammenhänge ergeben, dass für die generelle Zufriedenheit mit dem Leitungsspektrum die Qualität der Therapie als wichtiger Prädiktor zu bewerten ist. Für die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit sind dies der fachliche Austausch und der Miteinbezug bei Entscheidungen, für die Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis unter anderem die Erreichbarkeit der Fachperson.

Aus den theoretischen Recherchen und aus den Untersuchungen heraus wird ersichtlich, dass die Faktoren für eine gelungene Kooperation mit den Zuweisenden einerseits in der Leistungsqualität, andererseits auch im quantitativen und qualitativen fachlichen Austausch und in der zeitlichen Strukturierung von Aufnahmeprozessen liegen. Angesichts dieser Erkenntnisse ist zukünftig darauf zu achten, die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden aktiver zu gestalten.

Inhalt

1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund und Fragestellungen.....	1
1.2 Ziele der Arbeit.....	2
1.3 Aufbau der Arbeit.....	2
1.4 Abgrenzung.....	3
I. THEORETISCHER TEIL.....	3
2 Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage in der Schweiz....	3
2.1 Das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsangebot.....	4
2.2 Herausforderungen im psychiatrischen Versorgungssystem.....	5
2.2.1 Versorgungslücken.....	5
2.2.2 Dezentralisierung.....	7
2.2.3 Zuweisungen durch Grundversorgende.....	7
2.2.4 Die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen.....	8
2.3 Die Rolle der kantonalen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste.....	8
2.4 Die Organisation der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen.....	9
2.4.1 Zuweisende Stellen und rechtliche Grundlagen.....	10
3 Die Zufriedenheit der Zuweisenden.....	11
3.1 Die Bedeutung der Zufriedenheit der Zuweisenden.....	11
3.2 Entscheidende Zufriedenheitsfaktoren und Herausforderungen.....	13
3.2.1 Das Qualitätsmanagement.....	13
3.2.2 Exkurs Qualitätsmanagement.....	14
3.2.3 Die Kommunikation mit den Zuweisenden.....	15
3.2.4 Die fachspezifische Information.....	16
3.3 Die Befragung der Zuweisenden.....	17
II. EMPIRISCHER TEIL.....	18
4 Forschungsgegenstand und Methodik.....	18
4.1 Das Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen.....	18
4.1.1 Diagnostik.....	19
4.1.2 Therapie.....	19
4.1.3 Elternarbeit.....	21
4.1.4 Gutachten.....	21
4.1.5 Aus- und Weiterbildung.....	22
4.2 Der Aufnahmeprozess der KJPD St. Gallen.....	22
4.3 Die Vernetzung der KJPD St. Gallen.....	23
4.4 Fragstellungen und Ziele.....	23

4.5 Studiendesign.....	24
4.6 Erhebungsinstrument.....	24
4.7 Population und Stichprobe.....	26
4.7.1 Rekrutierung.....	27
4.8 Durchführung der Untersuchung.....	27
4.9 Datenaufbereitung.....	28
4.9.1 Statistische Verfahren.....	29
5 Darstellung der Ergebnisse.....	29
5.1 Darstellung der Stichprobe.....	29
5.2 Wichtigkeits- und Zufriedenheitswerte von Leistungsspektrum, Aufnahmepraxis und Zusammenarbeit.....	32
5.2.1 Generelle Zufriedenheit.....	32
5.2.2 Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums.....	34
5.2.3 Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums.....	35
5.2.4 Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit.....	37
5.2.5 Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit.....	39
5.2.6 Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis.....	41
5.3 Zusammenhänge.....	42
5.3.1 Leistungsspektrum.....	42
5.3.2 Zusammenarbeit.....	44
5.3.3 Aufnahmepraxis.....	45
6 Diskussion.....	47
6.1 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen.....	47
6.2 Zusammenfassung der empirischen Grundlagen.....	48
6.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	49
6.4 Beantwortung der Fragstellungen.....	52
6.5 Kritische Stellungnahme.....	54
6.6 Weiterführende Gedanken.....	55
Literatur.....	57
Anhang.....	62

Abbildungen

Abb. 1: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit Leistungsspektrum, Zusammenarbeit und Aufnahmepraxis in Prozenten.....	32
Abb. 2: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum nach Fachbereich in Prozenten	32
Abb. 3: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nach Fachbereich in Prozenten.....	33
Abb. 4: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis nach Fachbereich in Prozenten.....	33
Abb. 5: Verteilung der Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums in Prozenten	34
Abb. 6: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums nach Fachbereich	35
Abb. 7: Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums in Prozenten.....	36
Abb. 8: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums nach Fachbereich.....	37
Abb. 9: Verteilung der Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit in Prozenten....	38
Abb. 10: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit nach Fachbereich	38
Abb. 11: Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit in Prozenten.....	40
Abb. 12: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit nach Fachbereich	40
Abb. 13: Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis in Prozenten.....	41
Abb. 14: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis nach Fachbereich	42

Tabellen

Tab. 1: Übersicht über die angeschriebenen Stellen und Personen.....	28
Tab. 2: Verteilung der Tätigkeitsbereiche.....	30
Tab. 3: Anzahl der zugewiesenen PatientInnen/KlientInnen	31
Tab. 4: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums	34
Tab. 5: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums ...	35
Tab. 6: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit	37
Tab. 7: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit	39
Tab. 8: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis.....	41
Tab. 9: Modellzusammenfassung und ANOVA Leistungsspektrum.....	43
Tab. 10: Koeffizienten Leistungsspektrum.....	43
Tab. 11: Modellzusammenfassung und ANOVA Zusammenarbeit.....	44
Tab. 12: Koeffizienten Zusammenarbeit	45
Tab. 13: Modellzusammenfassung und ANOVA Aufnahmepraxis.....	45
Tab. 14: Koeffizienten Aufnahmepraxis	46
Tab. 15: Korrelationen der Elemente des Leistungsspektrums	81
Tab. 16: Korrelationen der Elemente der Zusammenarbeit	81
Tab. 17: Korrelationen der Elemente der Aufnahmepraxis	84

1 Einleitung

Die interdisziplinäre Kooperation in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslandschaft ist eine elementare Voraussetzung für die umfassende Betreuung und Beratung hilfesuchender Kinder und Jugendlicher sowie derer Familien. Dabei ist gerade im Rahmen einer zunehmenden Dezentralisierung psychiatrischer Dienste nicht auf eine institutionelle Vernetzung zu verzichten und es sollte das Ziel sein, die Kontinuität in der Beziehungsgestaltung zu fördern. Eine wichtige Ressource für die vernetzte Versorgung liegt dabei unter anderem in der Kooperation und der Kommunikation mit den zuweisenden Stellen einer Institution. Die Zuweisenden lenken die Patientenströme, was nicht nur von wirtschaftlichem Interesse einer aufnehmenden Einrichtung ist, sondern auch unabdingbar für die spezialisierte Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Ein beziehungsförderndes Element in der Kooperation mit den Zuweisenden ist deren Zufriedenheit, die unter anderem von der Qualität der Leistungen und der transparenten Kommunikation abhängt. Es empfiehlt sich demnach, Zuweisende unter einem kundenorientierten Aspekt zu betrachten, wobei sich die Befragung derer als wirkungsvolles Instrument anbietet, das einerseits eine Standortbestimmung der aufnehmenden Institution erlaubt, andererseits aber auch bereits als Intervention für eine gelungene Zusammenarbeit beurteilt werden kann.

1.1 Hintergrund und Fragestellungen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Evaluation der Zufriedenheit der Zuweisenden der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) St. Gallen. Für die Institution ist die Zufriedenheit ihrer Zuweisenden ein wichtiges Element in der interdisziplinären Kooperation und damit ein nicht zu unterschätzender Teilaspekt der integrierten Betreuung und Beratung ihrer Klientinnen und Klienten. Die Befragung der Zuweisenden ist dabei nicht nur Qualitäts-, sondern zugleich auch Marketinginstrument, durch das den Zuweisenden der hohe Stellenwert ihrer Meinung kommuniziert werden kann. Die vorliegende Arbeit geht davon ausgehend den folgenden Fragestellungen nach:

- Wie zufrieden sind die zuweisenden Stellen resp. Personen mit dem Leistungsangebot, der Zusammenarbeit und den Aufnahmeprozessen der KJPD St. Gallen und was ist ihnen dabei wichtig?
- Mit welchen Faktoren hängt die Zufriedenheit der Zuweisenden zusammen?
- In welchen Bereichen liegt Optimierungspotenzial?

Um den Fragestellungen nachzugehen, wurde zusammen mit den KJPD St. Gallen ein Fragebogen erarbeitet, der an die Zuweisenden und an ausgewählte potenzielle Zuweisende versendet wurde. Die Erkenntnisse aus der Befragung sollen nicht nur zu einer Standortbestimmung

beitragen, sondern auch in die Gestaltung von interdisziplinärer Zusammenarbeit, praktischen Arbeitsprozessen und Leistungsangebot einfließen.

1.2 Ziele der Arbeit

Ein erstes Interesse der vorliegenden Arbeit ist, die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage in der Schweiz darzustellen und zu erarbeiten, welche Herausforderungen und Lücken im Versorgungsnetzwerk bestehen, wobei ebenfalls Lösungsansätze skizziert werden sollen. In diesem Zusammenhang wird unter anderem die Rolle der kantonalen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste erläutert, wobei der Hauptfokus auf der Organisation und den Aufnahmeprozessen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen liegt. Für diese soll in einem weiteren Schritt die Zufriedenheit der Zuweisenden evaluiert werden. Das Ziel dieser Untersuchungen ist, zu erfahren, wie zufrieden die Zuweisenden mit den Leistungen, den Prozessen und der Zusammenarbeit sind und welche Faktoren für die Zufriedenheit ausschlaggebend sind. Daraus soll ermittelt werden, in welchen Bereichen Optimierungspotenzial liegt. Die gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen eine Standortbestimmung der Institution und weisen auf eventuelle Defizite in Teilbereichen hin. Darauf basierend können bedeutsame Verbesserungsmassnahmen erarbeitet und in die Praxis übernommen werden, was die Kooperation zwischen den Zuweisenden und den KJPD St. Gallen anreichert. Die Reflexion und die Optimierung der Beziehungsgestaltung und der Kommunikation führen letztlich zu einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Betreuung der Patientinnen und Patienten.

1.3 Aufbau der Arbeit

Im theoretischen Teil wird in einem ersten Schritt die psychiatrische Versorgungslage für Kinder und Jugendliche in der Schweiz beleuchtet, wobei zentral auf Herausforderungen im Versorgungssystem und die Rolle der kantonalen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste aufmerksam gemacht wird. Darauf folgend werden speziell die KJPD St. Gallen in ihrer Funktion als aufnehmende Institution erwähnt, wobei Organisation, Anmeldeprozedere und rechtliche Grundlagen thematisiert werden. Das Kernthema der theoretischen Grundlagen bildet die Zufriedenheit der Zuweisenden und wird im dritten Kapitel behandelt. Erörtert werden dabei die Bedeutung der Zufriedenheit und der Kooperation, sowie Faktoren, die für die Zufriedenheit der Zuweisenden ausschlaggebend sind. Die in diesem Kapitel zusammengetragenen Informationen bilden die theoretische Ausgangslage für die empirischen Untersuchungen im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit. In diesem wird den Fragestellungen nachgegangen und es werden Methodik, Untersuchungsgegenstand sowie Ergebnisse dargestellt. Speziell werden zusätzlich die KJPD St. Gallen portraitiert, wobei eine Übersicht über Leistungsspektrum, Aufnahmeprozess und Kooperationen gegeben wird. Die bei den KJPD St. Gallen am häufigsten behandelten psychiatrischen Störungen werden der Vollständigkeit halber im Anhang D ebenfalls erwähnt. In der Diskussion werden die Erkenntnisse zusammengefasst und kritisch beleuchtet. Darauf gestützt wird eine Standortbestimmung erarbeitet und es werden

Hypothesen zur Optimierung defizitärer Bereiche und Prozesse sowie zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit zuweisenden Stellen und Personen generiert.

1.4 Abgrenzung

Im ersten Kapitel des Theorieteils wird auf die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 - 18 Jahren eingegangen. Die Finanzierungslogik des Versorgungssystems wird nicht thematisiert. Weiter wird nur auf die ambulante, stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung eingegangen. Psychologische, sozialpädagogische, medizinische, erzieherische, rehabilitative oder ähnlich orientierte Versorgungsbereiche werden nicht behandelt. Es wird lediglich die Versorgungslage in der Schweiz erörtert, Grundüberlegungen aus anderen europäischen Ländern können jedoch einfließen. Die Arbeit behandelt weiter den Aufnahmeprozess der KJPD St. Gallen. Allfällige Weiterverweisungen, in denen die KJPD St. Gallen als zuweisende Stelle auftreten, werden dabei nicht untersucht. Auf diagnostische und therapeutische Angebote der KJPD St. Gallen wird lediglich übersichtsartig im Rahmen der Erläuterungen zum Leistungsspektrum eingegangen. Die Bereiche der Gutachtenerstellung und der Fortbildung werden nicht detailliert thematisiert. Die Beschreibung von Störungsbildern, die bei den KJPD St. Gallen behandelt werden, bildet keinen zentralen Teil der Arbeit. Um den klinischen Bezug dennoch zu wahren, werden diese im Anhang D erwähnt. Dabei werden nur deskriptive und keine epidemiologischen, ätiopathogenetischen oder therapiebezogenen Erläuterungen gemacht. Die Rolle der Eltern als anmeldende Instanz wird nicht im Speziellen behandelt. Als aufnehmende Instanzen gelten im Zusammenhang mit der Beleuchtung der Zufriedenheit der Zuweisenden jeweils Institutionen (Spitäler, psychiatrische Dienste etc.) und nicht einzelne Fachpersonen, wie beispielsweise niedergelassene Spezialistinnen und Spezialisten.

I. THEORETISCHER TEIL

2 Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage in der Schweiz

Zollinger (2011) erwähnt in seinem Artikel über die Entwicklung der Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatrie verschiedene Meilensteine. Zentral waren dabei im Jahr 1933 die Prägung des Begriffs der Kinderpsychiatrie durch Moritz Tramer und im Jahr 1968 die Einführung des Spezialarztstitels für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach Gerhard, Schönberg und Trüper (2008) einerseits die Folge einer Spezialisierung innerhalb der Medizin resp. der Psychiatrie, andererseits nahmen die Bereiche der Pädagogik, Psychologie und Philosophie einen erheblichen Einfluss. Vor allem die philosophischen Einflüsse im 19. Jahrhundert führten zu einem neuen Menschenbild und damit zu einer veränderten Betrachtung des Kindes. Heute beinhaltet die Kinder- und Jugendpsychiatrie

nach Definition im deutschsprachigen Raum die „Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“ (1992; zit. nach Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort & Warnke, 2008, S. 304). Als Grundannahmen dieses Fachbereichs gelten nach Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort und Warnke (2008) eine multifaktorielle Betrachtungsweise der Genese und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen und ein entwicklungsorientiertes Versorgungskonzept.

2.1 Das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsangebot

Grundsätzlich stehen für psychisch Kranke je nach Schweregrad und Spezifität der Erkrankung verschiedene Versorgungseinrichtungen zur Verfügung. Rössler (2008) zählt dazu nicht-professionelle Hilfesysteme, ambulante Einrichtungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung, ambulante Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und stationäre und rehabilitative Einrichtungen. Zu den stationären Einrichtungen zählen psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die den Vorteil haben, eine hohe Versorgungsintensität gewährleisten zu können. Zur teilstationären Versorgung gehören die Tageskliniken, in denen Patientinnen und Patienten mit weniger hohem Versorgungsanspruch behandelt werden. Eine Sonderposition kommt den forensischen Psychiatrien zu, in denen Straftäterinnen und Straftäter, die sich im Massregelvollzug befinden, betreut werden. Unter den ambulanten Versorgungsangeboten sind neben allgemeinmedizinisch tätigen Fachpersonen und psychologisch ausgebildeten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vor allem die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater zu nennen. Zwei weitere wichtige Gruppen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung bilden die Institutsambulanzen und die sozialpsychiatrischen Dienste.

Die derzeitige Versorgungssituation in der Schweiz gestaltet sich nach Zollinger (2011) regional sehr unterschiedlich, obwohl eine wohnortnahe Versorgung angestrebt wird. Nach Haemmerle (2007) verfügen heute zwar alle Kantone im Bereich der ambulanten und teilstationären Versorgung über einen eigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst oder sind Kooperationen mit Nachbarkantonen eingegangen. Grössere Kantone stellen sogar mehrere spezialisierte Angebote zur Verfügung, wie etwa der Kanton Zürich, der über kantonale kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, ein stationäres kinderpsychiatrisch-psychosomatisches Angebot und eine forensische Jugendpsychiatrie verfügt. Die Verteilung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater präsentiert sich nach Zollinger (2011) allerdings uneinheitlich. So kommen im Kanton Basel-Stadt 545 Kinder und Jugendliche auf eine niedergelassene Fachperson, im Kanton St. Gallen sind es 4'114. Spitzenreiter ist der Kanton Zug, in dem sich eine Fachperson für 17'989 Kinder und Jugendliche zuständig sieht. Über gar keine Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater verfügen die Kantone

Appenzell Innerrhoden, Nidwalden und Uri. Nach Angaben der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2012) arbeiteten im Jahr 2010 in der Schweiz insgesamt 523 psychiatrisch ausgebildete Fachpersonen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 376 waren dabei ambulant tätig und 142 im stationären Sektor. Im Jahr 2011 befanden sich zudem 220 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in Ausbildung in einer der 29 kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildungsstätten in der Schweiz. Nach Zollinger (2011) werden weiter jährlich durchschnittlich 25 Fachtitel für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verliehen, die Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) zählt überdies rund 500 Mitglieder. Gemäss der Homepage des Bundesamts für Statistik (2011) stellten im Jahr 2010 in der Schweiz 50 psychiatrische Kliniken insgesamt 6'141 Betten zur Verfügung, wobei die Tendenz in den letzten 4 Jahren zuvor eher abnehmend war. In den Kliniken wurden 535 Kinder- und Jugendliche im Alter von 0 - 14 Jahren behandelt, 19'864 waren 15 - 39 Jahre alt, wobei die angegebenen Altersspannen verdeutlichen, dass im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Schweiz keine landesweiten detaillierten statistischen Angaben zu Institutionen und Angeboten vorhanden sind.

2.2 Herausforderungen im psychiatrischen Versorgungssystem

Nach Steinhausen und Winkler-Metzke (2002; zit. nach Käppler, 2006) sind in der Schweiz und anderen industrialisierten Länder rund 15 - 20% der Kinder und Jugendlichen von einer psychischen Störung betroffen. Bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter geht Specht (1992; zit. nach Zollinger, 2010) sogar von einem Anteil von 20 - 25% aus, bei dem „problem-anzeigende Verhaltensweisen“ (S. 77) beobachtet werden. Nach Stephenson (2002; zit. nach Käppler, 2006) besteht dabei bei rund einem Viertel akuter Handlungsbedarf, nur wenige Betroffene erhalten jedoch eine fachgerechte Diagnose und Behandlung, was nach Käppler (2006) nicht nur zu einem akuten Leiden der Betroffenen führt, sondern auch zu Langzeitwirkungen, welche die persönliche, schulische und berufliche Laufbahn beeinträchtigen und einen Risikofaktor für psychische Störungen im Erwachsenenalter darstellen.

2.2.1 Versorgungslücken

In einem idealen psychiatrischen Versorgungssystem gibt es nach Becker (2004) ein abgestuftes Angebot an multidisziplinären stationären, teilstationären und ambulanten Diensten sowie Wohn-, Arbeits- und Rehabilitationsangeboten, wobei die Dienste untereinander eng miteinander kooperieren. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie machen nach Steinhausen (1992) die Altersspanne und die Vielfalt der in diesen Entwicklungsjahren anzutreffenden Problemstellungen eine Differenzierung des Versorgungsangebots erforderlich. Als Binnenelemente sieht er dabei die Bereiche der Diagnostik und Therapie, den Konsiliardienst, die Begutachtung und die Beratung sowie die Prävention und Intervention.

Im Jahr 2005 befanden sich nach Haemmerle (2007) ca. 3.3% der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz in psychiatrischer resp. psychotherapeutischer Behandlung. Dabei wurden 1.2% (19'072) der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz von niedergelassenen Fachpersonen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt, 2.1% (19'072) der minderjährigen Bevölkerung befanden sich in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Therapie bei einer Institution (2.08% ambulant bei den kantonalen KJPD und 0.02% in einer stationären Einrichtung). Auch wenn die Schweiz kinder- und jugendpsychiatrisch grundsätzlich gut versorgt ist, besteht Ausbaubedarf. So verfügen zwar die meisten Kantone über einen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst, das Angebot an frei praktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern ist jedoch sehr ungleich verteilt. So findet sich vor allem in Städten eine hohe Dichte an Fachpersonal, während die ländlichen Gebiete eher dünn besiedelt sind, wobei nach Zollinger (2011) die Wohnortnähe jedoch einen zentralen Faktor für die effiziente Leistungserbringung darstellt. Weiter finden sich im institutionellen ambulanten und stationären Bereich Versorgungslücken, die vor allem durch lange Wartezeiten bei der Aufnahme sichtbar werden. So gibt es stationär zu wenig Plätze in der Kinderpsychiatrie (Felder, 2011; zit. nach Zollinger, 2011), insbesondere in der Rehabilitation nach Abschluss einer Akutbehandlung (Zollinger, 2011). Gemäss im Juni 2007 erhobenen Daten stehen nach Haemmerle (2007) in der Schweiz rund 400 kinder- und jugendpsychiatrische Betten zur Verfügung. Je nach angewandeter Formel sind dies bis zu 300 Behandlungsplätze zu wenig. Nach Berechnungen der GDK (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) liegt beispielsweise ein Bedarf von 4 - 5 / 100'000 vor (andere: 7 - 8 / 100'000). Im ambulanten Bereich sieht die Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2005) vor allem eine Problematik ausserhalb grösserer Agglomerationen. Zudem macht Haemmerle (2007) auf eine markante stationäre Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen aufmerksam, die geistig behindert sind bei gleichzeitiger psychiatrischer Auffälligkeit oder eine Suchtproblematik aufweisen. Auch im Bereich der forensischen Versorgung für delinquente Jugendliche besteht nach Angaben der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (2005) ein akuter Handlungsbedarf.

Die Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2005) empfiehlt davon ausgehend unter anderem die Förderung von kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen durch allfällige Aufhebungen der Niederlassungsbeschränkungen, den Aufbau kantonalen ambulanter Dienste in unterversorgten Regionen, den Ausbau dezentraler stationärer Einrichtungen und die Ausdifferenzierung des Angebots in Bezug auf die vorliegende Problematik. Weiter ist für jede Sprachregion eine forensische Abteilung für Jugendliche vorzusehen und spezielle Angebote für psychiatrisch auffällige geistig behinderte und suchtkranke Jugendliche. Ein weiterer Vorschlag beinhaltet die unterjährige Aufnahme durch Schulheime und nicht nur zu Beginn des Schuljahres, damit die Kinder und Jugendlichen in den Kliniken nicht lange auf eine Anschlussplatzierung warten müssen.

2.2.2 Dezentralisierung

Ein seit Jahrzehnten verfolgtes Ziel der World Health Organization (WHO) ist die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung (1990; zit. nach Ernst, 2001), die nach Angaben der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (2005) zur besseren Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft führt und nach Becker, Hoffmann, Puschner und Weinmann (2008) den Vorteil der Nähe zum Wohnort der Patientinnen und Patienten hat. Problematisch dabei gestalten sich jedoch aus Sicht der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (2005) das daraus resultierende Absterben der institutionellen Entwicklung und die oftmals mangelhafte Vernetzung der Einrichtungen und Dienste untereinander, was der integrierten Versorgung psychisch Kranker entgegenläuft. Zusätzlich kann diese Entwicklung mit einer Entspezialisierung der Einrichtungen einhergehen, was im Widerspruch zum heutigen therapeutischen Wissensstand steht (Rössler, 2008). Nicht selten kommt es zudem durch die aufgesplitterte Versorgung zu Unter-, Fehl- oder Doppelbetreuungen (Rössler & Salize, 1993; zit. nach Rössler, 2008). Weiter gehen mit der Dezentralisierung die Auftrennung gesetzlicher und finanzieller Zuständigkeiten und daraus folgend eine Fragmentierung des Versorgungssystems einher (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2005). So fordert die Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2005) ein integriertes, langfristiges Vorgehen und eine Kontinuität in Bezug auf die Beziehungen, die Konzepte und die Finanzierung. Elementar dabei ist die gut funktionierende Kooperation zwischen den Dienstleistenden im psychiatrischen Versorgungssystem im Sinne einer institutionellen Vernetzung.

2.2.3 Zuweisungen durch Grundversorgende

Nach Angaben der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz (2005) gelangt ein Grossteil psychisch Kranker in der Schweiz nicht direkt in psychiatrische Behandlung, sondern zuerst in hausärztliche Praxen oder Allgemeinspitäler, von denen aus die Patientinnen und Patienten aber nur vergleichsweise selten zur psychiatrischen Abklärung und Behandlung weiterverwiesen werden. Aus diesem Grund ist die Psychiatrie auf gut funktionierende Kooperationen mit einer Vielzahl von grundversorgenden Stellen und Institutionen angewiesen. Auch Becker (2004) weist den allgemeinärztlichen Praxen eine wichtige Position zu und sieht Hausärztinnen und Hausärzte häufig als erste Anlaufstelle bei psychiatrischen Beschwerden. Problematisch dabei ist einerseits nach Ernst (2001) oftmals eine Abneigung der Patientinnen und Patienten gegen psychiatrische Fachpersonen. Zudem haben Erhebungen ergeben, dass den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten psychische Probleme oft verschwiegen werden und eine psychiatrische Erkrankung so durch die Behandelnden in vielen Fällen gar nicht erst diagnostiziert wird. Nach Katon (1990; zit. nach Ernst, 2001) werden Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in allgemeinärztlichen Praxen häufig als fehlplatziert betrachtet, wohingegen er folglich rät, die wichtige hausärztliche Bindung nicht in Frage zu stellen, sondern vielmehr darum bemüht zu sein, hausärztlichen Grundversorgenden verbesserte psychiatrische Ausbildungen anzutragen. Auf diesen Anregungen aufbauend hat der Psychoanalyti-

ker Michael Balint die Idee eines Qualitätszirkels entwickelt, bei dem sich die Hausärztinnen und Hausärzte regelmässig mit erfahrenen psychiatrischen Fachpersonen treffen, um die betreffenden Fälle zu besprechen (Ernst, 2001). Nach Meinung von Ernst (2001) verbessert sich die psychotherapeutische Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte durch die Etablierung solcher Zirkel merklich, sofern sie regelmässig stattfinden.

2.2.4 Die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen

Käppler (2006) geht davon aus, dass die Gründe für eine hohe Anzahl nicht behandelter Kinder und Jugendlicher einerseits in der Zugänglichkeit der Versorgungseinrichtungen liegen, diese Tatsache andererseits jedoch auch auf die Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen durch potenzielle Klientinnen und Klienten resp. deren Eltern zurück zu führen ist. Die Schweizer Studie „Access to Mental Health Care in Children“ (AMHC) beschreibt, dass die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit je nach Generation, Kulturkreis und eigenen Erfahrungen variieren und somit Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Angeboten im psychiatrischen Versorgungssystem haben (Käppler, 2006). Vergleicht man beispielsweise die Konzepte von psychischer Gesundheit auf einem kulturellen Hintergrund, so zeigt sich in Deutschschweizer, Tessiner und brasilianischen Familien eher eine Korrelation zu psychischen Zuständen, wie beispielsweise „glücklich sein“, während in der französischen Schweiz und bei portugiesischen Migranten eher eine somatische Orientierung zu beobachten ist (Käppler, 2006). Weiter zeigt die Studie nach Käppler (2006), dass individuelle Handlungsstrategien im Krankheitsfall für den weiteren Verlauf ausschlaggebend sind. So wird in der Regel in erster Linie die Hausärztin resp. der Hausarzt aufgesucht, was deren Bedeutung im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk unterstreicht. Die Frage nach hilfreichen Massnahmen bei psychischen Erkrankungen wird je nach Behandlungserfahrung der Kinder, Jugendlichen und Familien ebenfalls unterschiedlich beantwortet. Daraus wird deutlich, dass es einer verstärkten Orientierung an den unterschiedlichen Alters- und Personengruppen sowie den verschiedenen Regionen der Schweiz bedarf.

2.3 Die Rolle der kantonalen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste

Ausser der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Uri, Obwalden, Nidwalden und Glarus verfügen nach Haemmerle (2007) alle Kantone über kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste, die sämtliche Psychopathologien im Kindes- und Jugendalter behandeln. Hauptsächlich gelangen Kinder und Jugendliche mit Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ca. 46%) zu diesen Institutionen in Behandlung, einen weiteren grossen Anteil bilden Kinder und Jugendliche, die unter Anpassungs- und Belastungsstörungen leiden (ca. 30%). Für die Behandlung bieten die KJPD ein breites Spektrum an ambulanten oder teilstationären therapeutischen Interventionen an, wie beispielsweise psychodynamisch-psychoanalytische und systemische Einzeltherapie, Familientherapie, El-

ternbegleitung, Körpertherapie oder Kunsttherapie. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten der Schweiz wurden im Jahr 2005 rund 2.08% der in der Schweiz wohnhaften Kinder und Jugendlichen von Fachleuten verschiedener Disziplinen ambulant behandelt, wie beispielsweise von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen und Fachleuten aus der sozialen Arbeit, Sozialpädagogik und Pflege. Für die Förderung des Nachwuchses bilden die KJPD Weiterbildungsstellen an, was für die zukünftige Versorgung von zentraler Bedeutung ist. Im Jahr 2007 standen rund 100 Weiterbildungsstellen für Jugendpsychiaterinnen und -psychiater zur Verfügung.

Die meisten Dienste werden vom Kanton getragen und arbeiten mit einem Leistungsauftrag, einige stehen unter Stiftungsträgerschaft, die KJPD der Kantone Aargau und Thurgau verfügen über die Tendenz zur Organisationsform einer Aktiengesellschaft. Die Kantone, die über keine eigenen KJPD verfügen, sind Kooperationen mit Nachbarkantonen eingegangen oder verfügen über ein kontingentiertes stationäres Angebot in Zusammenarbeit mit einer ausserkantonalen Institution, wie beispielsweise der Kanton Glarus mit der Clenia Littenheid. Es kann somit zumindest im ambulanten Bereich in der Schweiz von einer weitgehenden Abdeckung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ausgegangen werden. Ein viel diskutiertes Thema der kantonalen KJPD ist die Überlastung. Die meisten Institutionen geben an, eine Warteliste zu führen, wobei die Wartezeit von der Anmeldung bis zum ersten Termin meist 2 - 3 Monate dauert. Auch die Zusammenarbeit mit Institutionen, an die weiterverwiesen wird, wird häufig von den Mitarbeitenden beklagt, vor allem wenn es um die Platzierung von delinquenten Jugendlichen, geistig Behinderten mit psychiatrischer Symptomatik oder minderjährigen Suchtkranken geht, bei denen eine Unterversorgung vorliegt. In diesem Zusammenhang besteht bei den Verantwortlichen der KJPD der dringende Wunsch nach einer besseren interdisziplinären und auch regionalen und interkantonalen Vernetzung und dem Ausbau intermediärer resp. teilstationärer Angebote, wie beispielsweise betreute Wohngruppen oder Hausbehandlungen.

2.4 Die Organisation der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen

Die KJPD St. Gallen wurden im Jahr 1966 gegründet und sind heute als eine von einer Stiftung getragene Institution im Gesundheitswesen organisiert. Die Dienste arbeiten mit einem Leistungsauftrag des Kantons St. Gallen und sind für die Kantone St. Gallen, Appenzell Auserrhoden und Appenzell Innerrhoden zuständig. Im zentralen Ambulatorium, der Zweigstelle für Jugendliche, der Tagesklinik in St. Gallen sowie in den fünf Regionalstellen in Heerbrugg, Sargans, Uznach, Wattwil und Wil werden jährlich etwa 2'000 Kinder und Jugendliche von rund 75 Mitarbeitenden betreut und beraten. Das zentrale Ambulatorium und die Zweigstelle für Jugendliche sind Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten aus der Stadt St. Gallen und der näheren Umgebung, sowie für Kinder und Jugendliche aus den Kantonen Appenzell Aus-

serrhoden und Appenzell Innerrhoden. Die Einwohnerinnen und Einwohner der umliegenden Gemeinden werden den Regionalstellen zugeteilt. Die Institution steht unter medizinischer Leitung und die Teams bestehen aus Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit und Sozialpädagogik (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen). Finanziert werden die Dienstleistungen in erster Linie durch die Krankenkassen und weiter durch Defizitbeiträge der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden (Hauser, 2008). Grösste Kundengruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen sind Eltern, Ärztinnen und Ärzte, Lehrpersonen, Schulen und Behörden. Als Patientinnen und Patienten werden Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren aufgenommen. Die KJPD St. Gallen stehen ausserdem in enger Kooperation mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik Sonnenhof in Ganterschwil.

Die Informationen zur Organisation wurden unter anderem dem Interview mit Erb (persönliche Mitteilung, 14. November 2011), der Homepage der KJPD St. Gallen (www.kjpd-sg.ch) und deren Firmenportrait auf der Homepage der Stadt St. Gallen (www.st.gallen.ch) entnommen.

2.4.1 Zuweisende Stellen und rechtliche Grundlagen

Von den im Jahr 2010 behandelten Kindern und Jugendlichen wurde etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen von der Mutter angemeldet, rund ein Fünftel wurde von der Hausärztin resp. vom Hausarzt zugewiesen. 183 von insgesamt 2'302 Kindern und Jugendlichen kamen im Auftrag des Vaters in die Abklärung oder Behandlung, weitere 110 auf ihren eigenen Wunsch. Eine kleinere Gruppe von 30 Kindern und Jugendlichen wurde von einem Spital zugewiesen, weitere 5 von einer Versicherung. Andere, nicht genauer bezeichnete Stellen wiesen den KJPD St. Gallen im Berichtsjahr 2010 308 Kinder und Jugendliche zu (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen). Es wird ersichtlich, dass nebst Eltern und urteilsfähigen Jugendlichen verschiedene Instanzen als zuweisende resp. anmeldende Stellen auftreten können, so zum Beispiel vormundschaftliche Organe (Erb, 2011). Gemäss dem Vormundschaftsrecht im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) Art. 360 fallen unter den Begriff der vormundschaftlichen Organe Beistand, Vormund und vormundschaftliche Behörden (Aeppli, 2008). Weiter können Gerichte, die Jugendanwaltschaft und das Untersuchungsrichteramt Zuweisungen vornehmen (Erb, 2011). Diese genannten Personen und Stellen dürfen die Zuweisung von Rechts wegen her anordnen. Ausserhalb davon kann eine Anmeldung durch Ärztinnen und Ärzte, schulpsychologische Dienste, Schulbehörden, Heimleitungen, Pflegeeltern, soziale Institutionen etc. initiiert werden, dies allerdings nur im Einverständnis mit den Eltern (Binder-nagel et al., 2008). Ebenso verhält es sich mit dem Informationsfluss zwischen den Zuweisenden und den KJPD St. Gallen. Das Arztgeheimnis verbietet hier die Auskunft an Personen oder Stellen, die nicht als gesetzliche Vertretende oder gerichtliche Instanz auftreten. Es wird allerdings angestrebt, von den Eltern eine Entbindung von der Schweigepflicht einzuholen,

um die Zusammenarbeit mit den Betroffenen zu erleichtern (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011).

3 Die Zufriedenheit der Zuweisenden

Im folgenden Kapitel werden theoretischer Hintergrund und aktuelle Erkenntnisse als Grundlage der empirischen Erhebungen der vorliegenden Arbeit - die Zufriedenheit der Zuweisenden - thematisiert. Einerseits wird dabei die Bedeutung der Zufriedenheit erörtert, wobei ersichtlich wird, dass die Entscheidungen der Zuweisenden Einfluss auf den wirtschaftlichen Erfolg, die Reputation (Thill, 2011) einer aufnehmenden Institution und eine gute Kooperation nehmen und damit letztlich eine umfassende interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen und Patienten auf einer bestehenden Zufriedenheit basiert (Bielinski, 2008). Weiter werden die Faktoren, die zur Zufriedenheit beitragen, aufgeführt. Unter anderem werden dabei die fachliche Kompetenz, die Kommunikation zwischen Zuweisenden und Aufnehmenden (Beumers & Borges, 1997) und die fachspezifische Information (Borges, 2003) genannt. Zur Erfassung der Zufriedenheit, zur Standortbestimmung und zur Einleitung von Verbesserungen bietet sich die Befragung der Zuweisenden als wertvolles Instrument an, was ebenfalls Inhalt des folgenden Kapitels ist (Messner & Zinn, 2004).

Die Erläuterungen basieren nicht nur auf Erkenntnissen psychologischer und psychiatrischer Fachkreise, sondern grundsätzlich auf der Thematik der Kooperation zwischen Zuweisenden und Aufnehmenden. So stammen die Informationen auch aus anderen Fachbereichen, wie beispielsweise der Medizin oder der Sozialpädagogik.

3.1 Die Bedeutung der Zufriedenheit der Zuweisenden

Nach Kulla (2004) gewinnt nebst der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten die Zufriedenheit der Zuweisenden einer Institution mehr und mehr an Bedeutung. Diese Feststellung begründet sich nach Borges (2003) vor allem darin, dass ein Grossteil der Patientenströme einer Institution durch Zuweisende geleitet wird. Man muss also davon ausgehen, dass die Zufriedenheit der Zuweisenden ausschlaggebend ist für deren Einweisungsrate (Kulla, 2004). Dadurch beeinflussen die Zuweisenden gemäss Thill (2011) nicht nur die Leistungsstruktur, sondern auch den wirtschaftlichen Erfolg der aufnehmenden Institution. Weiter wird durch das Netzwerk der Zuweisenden ein Wettbewerbsvorteil erschlossen und durch die meinungsbildende Stellung der Zuweisenden der Ruf nachhaltig beeinflusst. Die Zufriedenheit prägt nach Bliemel und Eggert (1998; zit. nach Braun & Nissen, 2005) zudem die Verbundenheit der Zuweisenden mit der aufnehmenden Institution, die mit der Wiederinanspruchnahme von Leistungen, der Weiterempfehlung der Institution und der Inanspruchnahme von weiteren Dienstleistungen zusammenhängt (Braun & Nissen, 2005). Ausserdem haben nach Sievers (2002) die Zufriedenheit und damit einhergehend das Vertrauen der Zuweisenden einen hohen Stellenwert, da Patientinnen und Patienten auf dieser Basis meist rascher zur Therapie an

eine externe Fachperson überwiesen und damit frühzeitiger behandelt werden. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine frühe Behandlung von grosser Relevanz, da ein wichtiger präventiver Faktor für die weitere Entwicklung in der frühzeitigen Erkennung und Therapie psychischer Störungen liegt (Nissen, 2004). So ist die Zufriedenheit und damit unter anderem eine gute Kooperation mit den Zuweisenden ein wichtiger Teil der integrierten Versorgung, die die Behandlungsqualität und die Behandlungskonstanz für die Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert (Bielinski, 2008). Auch Jungmann und Roosen-Runge (2004) sehen in der guten Kooperation innerhalb komplexer Hilfesysteme eine unverzichtbare Komponente für die umfassende Betreuung seelisch kranker Kinder und Jugendlicher. Einerseits können nach Bielinski (2008) die Hilfestellungen dadurch effektiver auf die individuelle Lebenssituation des Kindes oder des Jugendlichen ausgerichtet werden, andererseits können die Belastungen der Familien insgesamt erheblich reduziert werden, weil viele Eltern oftmals nicht wissen, wie die fachlichen Zuständigkeiten geregelt sind und sich daraus Verständigungs- und Handlungsschwierigkeiten ergeben können. Weiter liegen die Vorteile einer guten Kooperation in einer gewissen ökonomischen Sinnhaftigkeit und in einer höheren Arbeitszufriedenheit der beteiligten Fachpersonen, da berufliche Belastungen besser verteilt werden können.

Nach Fegert und Schrapper (2004) liegt in der interdisziplinären Zusammenarbeit oftmals aber auch die Schwierigkeit der fachlichen Abgrenzung, die aufgrund der theoretischen und praktischen Berührungspunkte der verschiedenen Disziplinen entsteht, die zu Unstimmigkeiten innerhalb des Hilfesystems führen kann. Ausserdem bedeutet Kooperation immer auch wechselseitige Kontrolle und Bewertung, da keine Zusammenarbeit ohne fundierte Kenntnisse der Leistungsfähigkeit und der Zuverlässigkeit des anderen funktionieren kann. Darin liegt das Risiko der eingeschränkten Autonomie, die als Nachteil empfunden werden kann. Um die Kooperation zu gewährleisten, müssen aus diesen Gründen grundlegende Bedingungen erfüllt sein. Einerseits gelingt die Kooperation nur zwischen gleich starken Partnerinnen und Partnern, die sich gegenseitig in ihrer Kompetenz anerkennen. Weiter muss aber auch ein Mindestmass an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen vorhanden sein. Ausserdem braucht es vereinbarte Strukturen, die die Zusammenarbeit auf Organisationsebene regeln. Nicht zuletzt fördern das gegenseitige Kennenlernen und das Einnehmen der Perspektive der Kooperationspartnerinnen und -partner die gegenseitige Verständigung und die bessere Zusammenarbeit.

Eine Möglichkeit für die Förderung der Kooperation, die nicht die Patientin oder den Patienten im Fokus hat, könnte nach Thill (2011) die Etablierung eines Beratungskreises sein, der aus vier bis fünf Fachpersonen besteht und beispielsweise für Hilfestellungen bei praxisorientierten Fragestellungen und Erfahrungsaustauschen zu Themen, die die Kooperation betreffen, eingesetzt werden kann. Überdies sieht er in der Organisation von Veranstaltungen und Seminaren für Zuweisende einen Weg, die Kooperation zu fördern. Durch die persönlichen

Kontakte und den fachlichen Austausch entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre, die die Beziehung von Zuweisenden und aufnehmenden Institutionen bereichert und stärkt.

3.2 Entscheidende Zufriedenheitsfaktoren und Herausforderungen

Die Faktoren, die zur Zufriedenheit der Zuweisenden beitragen, sind vielfältig. So betonen Beumers und Borges (1997) nebst der fachlichen Kompetenz der Institution vor allem die Bedeutung der Kommunikation mit den Zuweisenden. Weiter führt Borges (2003) an, dass seitens der Zuweisenden ein Bedürfnis nach umfassender Information besteht, die sich spezifisch an den zuweisenden Fachbereich richtet.

3.2.1 Das Qualitätsmanagement

Analysen von Umfragen bei Zuweisenden zeigen nach Thill (2011), dass Qualität und Umfang der Dienstleistungen wichtige Bestandteile einer langfristigen und förderlichen Zusammenarbeit sind. So nennen Zuweisende nach Untersuchungen von Beumers und Borges (1997) als positive Eigenschaft der Institutionen, mit denen sie gerne zusammenarbeiten, in erster Linie die hohe fachliche Kompetenz. Weiter hat eine Studie zu den Faktoren der Zufriedenheit der Zuweisenden eines Krankenhauses aus dem Jahr 2005 nach Hesse und Schreyögg (2007) ergeben, dass den Zuweisenden eine hohe Pflege- und Medikationsqualität, sowie der fachliche Ruf und das medizinische Niveau wichtig sind. Zudem ist es im Interesse des Zuweisenden, dass Ihre Patientinnen und Patienten die bestmögliche Heilbehandlung erhalten. Der fachliche Ruf und das medizinische Niveau als bedeutende Faktoren werden auch von Tscheulin und Häberlein (1997; zit. nach Hesse & Schreyögg, 2007) bestätigt. Für die Qualität einer Institution ist aber nicht nur die Kompetenz des Fachpersonals ausschlaggebend, sondern beispielsweise auch die interne Dokumentation der Arbeit (Gehret, 2008). Helmig und Dietrich (2001; zit. nach Hesse & Schreyögg, 2007) sehen diesbezüglich ganz allgemein in den Elementen der Prozessqualität die wichtigsten Faktoren für die Zufriedenheit und die Weiterempfehlung der Zuweisenden. Messner und Zinn (2004) führen dabei vor allem die gegebenen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten an, die einen relevanten Beitrag zur Zufriedenheit der Zuweisenden leisten. Nach Hesse und Schreyögg (2007) ist es jedoch nicht einfach nur die Breite des Leistungsspektrums, die zur Zufriedenheit beiträgt, sondern vor allem die klare Positionierung der Institution und die adäquate Information zum Angebot. Unzufriedenheit wird vor allem dann ausgelöst, wenn zwischen dem kommunizierten Angebot und den realen Gegebenheiten eine wahrnehmbare Diskrepanz besteht. Auch aus einer Studie von Brinkmann und Pfaff (2004) geht hervor, dass medizinische Aspekte einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Zuweisenden haben. Als noch bedeutsamer werden jedoch Faktoren, welche die allgemeine Organisation und die Beziehung zwischen Zuweisenden und Aufnehmenden betreffen, gewertet. Betreffend diese Ergebnisse gehen Brinkmann und Pfaff (2004) davon aus, dass bei der medizinischen Qualität ohnehin ein gewisser Standard vorausgesetzt wird.

Grundsätzlich ist nach Woodruff, Cadotte, und Jenkins (1987; zit. nach Braun & Nissen, 2005) bei der Bedeutungszuschreibung der Qualität der Leistungen und Prozesse für die Zufriedenheit der Zuweisenden eine gewisse Vorsicht geboten, da die Bewertung einer Institution weniger auf einem objektiven Vergleichsprozess beruht, sondern vielmehr auf der subjektiven Wahrnehmung der Zuweisenden. So kann nach Giering (2000; zit. nach Braun & Nissen, 2005) eine nach objektiven Qualitätskriterien identische Leistung von den Zuweisenden sehr unterschiedlich bewertet werden.

3.2.2 Exkurs Qualitätsmanagement

Nach Raidl-Dengler (2008) wird allgemein dann von Qualität gesprochen, wenn Merkmale eine zuvor definierte Forderung erfüllen (z.B. Behandlungsziel in der Therapie). Das Qualitätsmanagement beschreibt die systematische Organisation von Qualität nach einem festgelegten Qualitätsverständnis. Das Qualitätsmanagementsystem bezeichnet die Gesamtheit aller Massnahmen, die für eine gute Qualität umgesetzt werden (z.B. Therapieplanung und Messverfahren). Als Komponenten des Systems werden wie folgt die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität unterschieden.

Strukturqualität

Die Strukturqualität bezeichnet nach Gaebel (1997; zit. nach Auch-Dorsch, Raidl-Dengler & Hegendörfer, 2006) die Gesamtheit aller Ressourcen, auf deren Grundlage die institutionsbezogenen Dienstleistungen überhaupt möglich werden, das heisst alle baulichen, organisatorischen, finanziellen, apparativen und personellen Gegebenheiten. So gehören beispielsweise Standort der Institution, Erreichbarkeit, Parkplätze, Ausstattung etc. nach Auch-Dorsch et al. (2006) zu diesen Ressourcen. Zentral ist dabei nach Raidl-Dengler (2008), dass diese Ressourcen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst werden.

Prozessqualität

Die Gesamtheit der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen wird nach Auch-Dorsch et al. (2006) durch die Prozessqualität erfasst, die vor allem die definierten Massnahmen beim Erstkontakt mit den Patientinnen und Patienten, bei der Aufnahme, in der Behandlung sowie beim Behandlungsabschluss beinhaltet, wie beispielsweise die strukturierte Anamnese und die schriftliche Dokumentation der einzelnen Therapiestunden. Weiter sind aber auch die Kommunikation und die Kooperation mit den Patientinnen und Patienten (Information und Psychoedukation) und den externen Stellen (z.B. Zuweisende) von Bedeutung. Einfach zusammengefasst bedeutet eine gute Prozessqualität nach Raidl-Dengler (2008) die Nachvollziehbarkeit einfacher Abläufe und die Verfügbarkeit wichtiger Informationen an der richtigen Stelle.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird nach Gaebel (1997; zit. nach Auch-Dorsch et. al, 2006) anhand konkreter Kennzahlen gemessen, wobei der Ist-Zustand (Ausgangswert) mit den Soll-Werten

(z.B. Behandlungsziel) verglichen wird. So ist die Ergebnisqualität unter anderem auch Abbild des Zusammenspiels von Struktur- und Prozessqualität. Zur Ermittlung aussagekräftiger Ergebnisse können gemäss Auch-Dorsch et. al (2006) verschiedene Parameter herangezogen werden, wie beispielsweise die Zufriedenheit und die psychische Stabilität der Patientinnen und Patienten, die Zufriedenheit der Therapeutinnen und Therapeuten, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden oder etwa eine Statistik über die Anzahl und den Fachbereich der Zuweisenden. Diese Faktoren eignen sich nicht nur zur Ermittlung, sondern auch zur Darstellung der Qualität anhand konkreter Kennzahlen (Raidl-Dengler, 2008).

Raidl-Dengler (2008) sieht Qualitätsmanagement als sinnvolles Instrument zur Darlegung der Qualität, zur Strukturierung des Alltags und zur systematischen Verbesserung. Auch-Dorsch et al. (2006) fügen dem hinzu, dass Qualitätsmanagement dazu beiträgt, wertvolle Arbeitszeit einzusparen sowie Fehler und Komplikationen zu vermeiden. Ausserdem ist es „ein öffentliches Bekenntnis zu qualitativ hochwertigen Leistungen“ (S. 1-2) an den Patientinnen und Patienten, ein Beweis für die Bereitschaft zu Reflexion und Verbesserung und führt letztendlich zur Verbindung von eigener Lebensqualität und therapeutischer Qualität. Psychiatrische Institutionen sind seit Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Jahr 1996 dazu angehalten, Qualitätsnachweise zu erbringen. Dazu muss die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) qualitativ gute psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen definieren. Anfangs wurden Korrekturen der Strukturqualität vorgenommen (Verbesserungen der Arbeitsabläufe etc.). Versuche für eine Qualitätssicherung der Prozess- und Ergebnisqualität wurden unternommen. Die Schwierigkeit dabei besteht darin, dass die Anforderungen an die wissenschaftliche Psychotherapieforschung übernommen wurden, während die Qualitätssicherung jedoch ganz anderen Ansprüchen genügen muss (Attinger Andreoli, 2008). Es muss ferner bedacht werden, dass Qualitätsmerkmale in der psychiatrischen Versorgung oftmals auf der Beziehungsebene liegen und nicht in den Arbeitsabläufen (Reubi, 1998; zit. nach Attinger Andreoli, 2008). In diesem Zusammenhang macht Flöttmann (1994) gegen die Einrichtung von sonst so gelobten Qualitätsmanagementsystemen auch Einwände geltend. Er sieht dabei vor allem im Bereich der Psychiatrie und Psychologie eine Dehumanisierung. So sind es seiner Meinung nach die Person, der Charakter und die Intuition des Behandelnden, die den therapeutischen Erfolg massgeblich prägen, und nicht die mehr oder weniger kontrollierbaren technischen Vorgänge, die vom Qualitätsmanagement vorgegeben und bei Nichterfüllung gar sanktioniert werden.

3.2.3 Die Kommunikation mit den Zuweisenden

Nicht selten kommt es in der Kommunikation mit Institutionen seitens der Zuweisenden zu Unstimmigkeiten, da unter anderem die Gesetzesschränken einen fachlichen Austausch über die Patientin oder den Patienten resp. eine Rückmeldung an die Zuweisenden erschweren (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011). Sievers (2002) sieht im interdisziplinären

Austausch allerdings eine Notwendigkeit, da dadurch Behandlungen optimiert und Fehlbehandlungen vermieden werden können. Es wird weiter argumentiert, dass eine klar geregelte Kommunikation der besseren Patientinnen- und Patientenversorgung dient, weil sie für eine gleichzeitige Unterstützung der Patientin oder des Patienten sorgt. Sievers (2002) schlägt darauf basierend vor, dass auch Psychologinnen und Psychologen einen „Arztbrief“ verfassen sollen, aus dem die grundlegendsten Informationen wie Symptomatik, vorläufige Diagnose, Medikation und geplante Behandlung ersichtlich werden. Auch Enz Kuhn (2011) sieht einen entscheidenden Faktor für die Zufriedenheit der Zuweisenden in der Kommunikation. So erwarten beispielsweise viele Hausärztinnen und -ärzte eine Antwort auf ihr Überweisungsschreiben und die weitere Information über Diagnose, Therapie und den Verlauf und zwar vor allem dann, wenn Medikamente eingesetzt werden. Als entscheidendes Hindernis in der Zusammenarbeit zwischen Zuweisenden und Institutionen wird auch hier unter anderem das Arztgeheimnis angeführt, das einerseits zwar rechtlich vorgegeben ist, andererseits aber auch ein willkommener Vorwand sein kann, dass Zuweisende und Aufnehmende nicht miteinander kooperieren müssen. Lösen kann man die Problematik, indem mit der Patientin resp. dem Patienten Absprachen zum fachlichen Austausch getroffen werden. Kann dieser Austausch stattfinden, können in einem weiteren Schritt die Verantwortlichkeiten und die Rollen geklärt werden, woraufhin sich die Patientin resp. der Patient in einem funktionierenden System aus Helfenden aufgefangen sehen kann. Auch Erb (2008) sieht für eine gelungene Kooperation die Notwendigkeit, die Patientinnen und Patienten auf die Vorteile der Vernetzung hinzuweisen und deren Einverständnis für die Kontaktaufnahme zu anderen Helfenden einzuholen. Einen weiteres, häufig vorkommendes Defizit in der Kommunikation zwischen Zuweisenden und aufnehmenden Institutionen sehen Beumers und Borges (1997) in verspäteten Befundmitteilungen und fehlender Akzeptanz der Fachkompetenz des Zuweisenden. So beklagen sich viele Zuweisende, dass sie sich haben belehren lassen müssen oder dass von Ihnen bereits durchgeführte Untersuchungen erneut angeordnet wurden. Weiter beklagen sich andere, dass kaum auf ihre detaillierten Vorkenntnisse aufgrund oftmals langjähriger Krankheitsgeschichte zurückgegriffen wird. So unterstützt eine vermutet hohe fachliche Kompetenz der Institution das Zuweisungsverfahren zwar erheblich. Für die Ablehnung einer Institution durch einen Zuweisenden steht aber eine mangelhafte Kommunikation an erster Stelle.

3.2.4 Die fachspezifische Information

Nach Borges (2003) haben viele Zuweisende ein Bedürfnis nach spezifischer Information. Häufig werden Quellen wie Patientenbroschüren oder an die Allgemeinheit gerichtete Internetadressen von Fachpersonen als unzureichend empfunden und es besteht der Wunsch nach detaillierterer Auskunft. Er schlägt vor, eine Art Institutionssteckbrief zu verfassen, der aktuelle und zielgruppenspezifische Informationen zur Verfügung stellt. Auch Scharfenstein (2003) sieht in der Information der Zuweisenden einen wesentlichen Kernpunkt der Zufriedenheit. Oftmals wissen diese nicht einmal, an wen sie sich bei psychisch erkrankten Patientinnen und

Patienten wenden sollen, welche Therapeutin oder welcher Therapeut also die richtige Ansprechperson ist und sich in der Nähe des Wohnortes der Patientin oder des Patienten befindet. Thill (2011), der die Information der Zuweisenden als ein elementares Marketinginstrument sieht, schlägt in diesem Zusammenhang vor, eine Broschüre speziell für Zuweisende zu gestalten. Darin sollten nebst Angaben zu Erreichbarkeit, Lage und Öffnungszeiten der Institution auch Informationen zu Leistungsspektrum (Störungsbilder, Diagnose- und Therapieverfahren), Qualifikationen und Spezialisierungen der Mitarbeitenden, organisatorischen Abläufen, Ressourcenausstattung und Ansprechpartnerinnen und -partnern gegeben werden. So können sich die Zuweisenden schnell und umfassend über die Institution informieren. Bei der Information der Zuweisenden spielen aber nicht nur aktuelle Informationen eine Rolle, sondern auch zukunftsgerichtete Strategien. Die Zuweisenden möchten wissen, auf welchem „Kurs“ sich Institutionen befinden, welche künftigen Entwicklungen also folgen werden, und was dies für die weitere Zusammenarbeit bedeutet. Eine weitere Möglichkeit der umfangreichen Information sieht er dabei in der Herausgabe einer „Praxiszeitung“, die sich nicht nur an Zuweisende sondern auch an Patientinnen und Patienten richten kann.

Basierend auf den Erkenntnissen in Bezug auf die Bedeutung der Zufriedenheit der Zuweisenden schlagen Messner und Zinn (2004) vor, diese unter dem Kundenaspekt zu betrachten. So müssen Institutionen wissen, welche Bereiche für den Zuweisenden zufriedenstellend sind und welche eventuell Optimierungspotenzial bergen. Dadurch können gezielte Verbesserungen in die Wege geleitet und der Dialog mit den Zuweisenden intensiviert werden.

3.3 Die Befragung der Zuweisenden

Als strategisches und systematisches Instrument zur kundenorientierten Betrachtungsweise der Zuweisenden bietet sich nach Messner und Zinn (2004) die Befragung dieser an. Damit kann einerseits eine Standortbestimmung in Bezug auf die Zufriedenheit und die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden erreicht werden, andererseits wird das Signal gegeben, dass die Meinung der Zuweisenden wichtig ist und der Wunsch nach einer guten Zusammenarbeit besteht. Somit ist die Befragung der Zuweisenden gleichzeitig bereits Intervention. Auch Thill (2011) betont den wertschätzenden Aspekt der Befragung der Zuweisenden und die damit gegebene Basis für die Formulierung von Zielen für die künftige Zusammenarbeit. Durch die Befragung können aber nicht nur die Zufriedenheit ergründet und die Wertschätzung ausgedrückt, sondern auch Erwartungen der Zuweisenden in Erfahrung gebracht werden, die systematische Verbesserungen anstossen können (Messner & Zinn, 2004). Weiter sieht Thill (2011) die Befragung als Qualitätsinstrument, das Auskunft über die subjektive Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität liefert. So kann die Dienstleistungsqualität über die Befragung der Zuweisenden kontinuierlich verfolgt werden, die damit zum wichtigen Bestandteil des Qualitätsmanagements wird. Ferner kann ein Vergleich zwischen Selbst- und Fremdbild angestellt werden. Liegt seitens des Aufnehmenden eine Überschätzung vor, können mögliche Problem-

stellungen nicht erkannt und beseitigt werden. Unterschätzt sich die Institution jedoch in ihrer Dienstleistungsqualität, werden unnötige Anstrengungen unternommen, die Ressourcen binden, die für andere Aktivitäten eingesetzt werden könnten. Nur wenige Zuweisende beschwerten sich überdies bei Unzufriedenheit förmlich, wonach die Gefahr besteht, dass Unstimmigkeiten erst viel zu spät bemerkt werden. Messner und Zinn (2004) betonen jedoch, dass der Einsatz von Befragungen der Zuweisenden in jedem Fall nur dann sinnvoll ist, wenn aus den Ergebnissen konkrete Weiterentwicklungen abgeleitet werden, die konsequent umgesetzt und den Zuweisenden mitgeteilt werden.

II. EMPIRISCHER TEIL

4 Forschungsgegenstand und Methodik

Bei den folgenden Untersuchungen handelt es sich um eine Zufriedenheitsbefragung unter den Zuweisenden der KJPD St. Gallen. Ziel ist es, die Zufriedenheit und die dafür entscheidenden Faktoren zu evaluieren und Verbesserungsanstösse für die Praxis zu geben. Im vorliegenden Kapitel werden die KJPD St. Gallen portraitiert und die methodischen Grundlagen der Befragung aufgeführt. Die Beschreibung der Methodik beinhaltet eine Skizzierung des Studiendesigns, die Datenerhebung und die Erarbeitung des Fragebogens, die Auswahl der Stichprobe und die Durchführung der Untersuchungen. Zudem werden Rekrutierung der Umfrageteilnehmenden, Datenaufbereitung und statistische Verfahren erörtert.

4.1 Das Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen

Die KJPD St. Gallen haben sich in der Vereinbarung mit den Kantonen zu verschiedenen Leistungen verpflichtet. Dazu zählen psychiatrische, psychotherapeutische und beratende ambulante Leistungsangebote für die Einwohnerinnen und Einwohner der Vertragskantone, Aus- und Weiterbildungsleistungen für Nachwuchs aus den Bereichen Psychologie und Medizin, Fortbildung der internen und externen Fachpersonen der Region sowie die Führung der teilstationären Tagesklinik in St. Gallen (Hauser, 2007). Die KJPD St. Gallen kommen dieser Vereinbarung nach und bieten eine Vielzahl an diagnostischen, therapeutischen, gutachterlichen, aus- und weiterbildenden und beratenden Angeboten. Das zentrale Ambulatorium, die Zweigstelle für Jugendliche und die Regionalstellen sind Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche und deren Familien bei emotionalen Störungen, Wahrnehmungs-, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, Pubertätskrisen, Zwängen, Suizidalität und vielem mehr (Angabe auf der Homepage der KJPD St. Gallen, 2011). Grundsätzlich werden Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren behandelt, bei Bedarf werden die Patientinnen und Patienten aber auch über das 18. Lebensjahr hinaus betreut (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011).

4.1.1 Diagnostik

Die Diagnostik ist Teil des Behandlungsverlaufs. Die Diagnostizierenden erhalten im diagnostischen Prozess einen Überblick über alle Datenebenen (psychologisch, biologisch, sozial etc.) der Patientinnen resp. Patienten. Je nach bestehendem Informationsvolumen und Fragestellung passen die Fachpersonen der KJPD St. Gallen die diagnostische Tiefe an. Ziel ist es, die Fragestellung, die den diagnostischen Prozess indiziert hat, zu beantworten. Eine Kurzdiagnostik empfiehlt sich bei umschriebenen oder reaktiven Störungen und bei Entwicklungskrisen, wenn die familiäre Struktur relativ stabil ist. Eine vertiefte Diagnostik wird bei komplexeren Störungsbildern durchgeführt. Je nach Fragestellung, Alter des Kindes oder des Jugendlichen, Symptomatik, Komplexität des Falles etc. hat die Diagnostik einen mehr oder weniger hohen Stellenwert im gesamten Behandlungsverlauf (Bindernagel et al., 2008).

4.1.2 Therapie

Eingeleitet durch den diagnostischen Prozess werden bei den KJPD St. Gallen verschiedene Therapien angeboten, entweder im ambulanten oder im teilstationären Rahmen. Dazu müssen nach Bindernagel et al. (2008) einige grundlegende Voraussetzungen gegeben sein. So ist vorerst die Therapiebedürftigkeit abzuklären, die sich aus dem subjektiven Leiden des Kindes oder des Jugendlichen resp. der Symptomatik ergibt, die auf blockierte Entwicklungsprozesse oder innere Konflikte verweist. Zusätzlich dazu fühlen sich die Bezugspersonen häufig mit der Betreuung überfordert. Ein weiterer zu explorierender Faktor ist die Therapiefähigkeit, die von der Fähigkeit des Kindes oder des Jugendlichen abhängt, zur Therapeutin resp. zum Therapeuten in Beziehung zu treten und eigene Verarbeitungsressourcen zu nutzen. Weiter ist die Therapiemotivation eine entscheidende Voraussetzung. Die Beziehung zur Therapeutin resp. zum Therapeuten muss dazu als hilfreich und entlastend empfunden werden und das Kind resp. der Jugendliche muss sich im therapeutischen Prozess vom Gegenüber wahrgenommen fühlen. Der letzte Grundbaustein, der für die therapeutische Intervention gegeben sein muss, ist die Therapiemöglichkeit, die sich aus äusseren Bedingungen wie örtlichen Gegebenheiten, zeitlichen Ressourcen etc. ergibt.

Aufbauend auf diesen Voraussetzungen bieten die KJPD St. Gallen eine Reihe therapeutischer Settings an. So zum Beispiel Einzeltherapien, die nach Bindernagel et al. (2008) dann indiziert sind, wenn elterliche Bemühungen, schulisch-pädagogische oder andere therapeutische Interventionen nicht als ausreichend erscheinen, um das Kind oder den Jugendlichen in seinen Entwicklungsprozessen zu fördern. Aber auch bei fehlender Motivation der Eltern oder bei Verdacht auf innerfamiliäre Gewalt, bei der das Kind oder der Jugendliche nicht von mindestens einem Elternteil geschützt werden kann, kann ein familientherapeutisches Setting kontraindiziert sein. Grundsätzlich soll es aber immer das Ziel sein, die Familie resp. vor allem die Eltern in den therapeutischen Prozess mit einzubinden (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011). Ein weiteres Setting ist nach Bindernagel et al. (2008) das der Familienthe-

rapie. Je nach Problemstellung kann es hilfreich sein, mehrere Familienmitglieder in die Therapie zu involvieren und zwar vor allem dann, wenn die Symptomatik Ausdruck familiärer Konflikte ist und ein innerfamiliärer Leidensdruck besteht. Häufig ist es empfehlenswert, familientherapeutische Gespräche mit anderen Settings zu kombinieren. So ist zum Beispiel die Gruppentherapie ein weiteres mögliches Setting, in dem die Beziehung zu Gleichaltrigen als Ressource genutzt wird und wichtige Autonomieentwicklungen in Gang gesetzt werden können. Als Voraussetzung für die Gruppentherapie muss jedoch eine minimale Gruppenfähigkeit vorhanden sein. Die KJPD St. Gallen bieten neben längerfristigen therapeutischen Massnahmen auch Kurzinterventionen an. Kurzinterventionen folgen einem begrenzten, klar formulierten Auftrag und umfassen einen Zeitraum von rund 10 Sitzungen. Inhaltlich wird die Hilfestellung auf eine akute Fragestellung begrenzt. Eine typische Kurzintervention ist die Krisenintervention, die dann indiziert ist, wenn eine akute Überforderung zum Verlust des seelischen Gleichgewichts führt. In einer Krisensituation kommt es zum psychiatrischen Notfall, der von den KJPD St. Gallen noch am selben Tag entgegengenommen wird. Die ersten Schritte bei der Krisenintervention sind Kontaktaufbau und emotionale Entlastung, wobei das helfende Umfeld mit einbezogen wird. Am Ende der Krisenintervention steht meist eine Indikationsstellung zum weiteren therapeutischen Vorgehen. Eine von den angeführten Therapieformen abgegrenzte Form der Betreuung ist das Konzept der längerfristigen psychotherapeutischen Entwicklungsbegleitung, bei welcher der Fokus nicht auf internalisierten Konflikten, sondern vielmehr auf der Herstellung und Aufrechterhaltung entwicklungsfördernder Beziehungsangebote liegt. Angezeigt ist diese Form der Unterstützung unter anderem bei Entwicklungsdefiziten, multifaktoriellen oder komplexeren Störungsbildern, sozialen Veränderungen und neuen Entwicklungsaufgaben. Ziel ist es, die Eltern des Kindes resp. des Jugendlichen und die beteiligten Fachpersonen aufzuklären und zu vernetzen, um die Entwicklung konstruktiv zu fördern und das Kind oder den Jugendlichen durch Mobilisierung diverser Ressourcen gesellschaftlich zu integrieren. Verschiedene therapeutische Interventionen können mit der Entwicklungsbegleitung einhergehen.

Zusätzlich zum ambulanten Angebot bietet die Tagesklinik Raum für sieben Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 14 Jahren, wenn eine ambulante Betreuung aufgrund der Problemstellung nicht ausreichend scheint. Das Konzept umfasst Einzel- und Familientherapie und stellt die Beschulung durch eine Lehrperson sicher. Für Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren bieten die KJPD St. Gallen ausserdem eine Babysprechstunde an, in der Eltern fachliche Unterstützung in Anspruch nehmen können (Angabe auf der Homepage der KJPD St. Gallen, 2011). Elementar bei allen therapeutischen Massnahmen ist die sorgfältige Prüfung der Indikation durch die Fachperson (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011). Auch der Einsatz von Psychopharmaka ist eine Intervention, die sorgfältig reflektiert werden muss. Medikamentöse Behandlungen werden von den KJPD St. Gallen im Rahmen therapeutischer Settings eingesetzt und erfordern eine regelmässige Verlaufskontrolle (Bindernagel et al., 2008).

4.1.3 Elternarbeit

Nach Bindernagel et al. (2008) ist der Einbezug der Eltern in therapeutische Prozesse zwingend anzustreben, sofern dies möglich ist. Eltern sind die primären Bezugspersonen und für das Kind oder den Jugendlichen verantwortlich. Sie stehen in einer emotionalen Beziehung zu ihren Kindern und sind bedeutsam für deren Entwicklung. Je nach Ausgangslage und Situation unterscheiden die KJPD St. Gallen vier Kategorien der Elternarbeit, die sich in ihrer Intensität, Frequenz und Dauer sowie in ihrem fachlichen Hintergrund voneinander unterscheiden. Eine davon ist die elternorientierte Beratungsarbeit, die vor allem bei vorübergehenden kindlichen oder familiären Entwicklungskrisen indiziert ist. Häufig genügen einige wenige Beratungsgespräche, um einen entwicklungsfördernden Rahmen herzustellen und die intra- und extrafamiliären Beziehungen zu stabilisieren. Eine weitere Kategorie ist die therapeutische Elternarbeit, die die Eltern bei der Reflexion ihrer eigenen elterlichen Konflikte unterstützt, die das Kind oder den Jugendlichen beeinflussen. Häufig wird in solch einer Situation auch an externe Stellen verwiesen, die paartherapeutische Arbeit leisten. Die dritte Kategorie ist die therapiebegleitende Elternarbeit. Befindet sich das Kind oder der Jugendliche im einzeltherapeutischen Setting, ist es wichtig, gemeinsam mit den Eltern ein Verständnis für die Symptomatik und das Leiden ihres Kindes zu schaffen, was elementar für den erfolgreichen Verlauf der Therapie ist. Eine weitere Form der Arbeit mit Eltern ist die familientherapeutische Elternarbeit, die vor allem bei Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind indiziert ist und der lösungsorientierten Mobilisierung von intrafamiliären Ressourcen dient. Das Setting besteht meist aus der ganzen Familie, häufig werden also auch Geschwister mit einbezogen. Meist wird die Arbeit auf zwei Therapeutinnen resp. Therapeuten aufgeteilt (Elterntherapie und Kindertherapie), was allerdings eine gut koordinierte Zusammenarbeit und Reflexion voraussetzt.

4.1.4 Gutachten

Im Auftrag von Gerichten und Behörden werden von den KJPD St. Gallen Gutachten und Abklärungen erstellt, was vor allem im Rahmen von Sorgerechts- und Besuchsrechtsregelungen, zivilrechtlichem Obhutsentzug, jugendstrafrechtlichen Beurteilungen und versicherungsrechtlichen Abklärungen geschieht (Angabe auf der Homepage der KJPD St. Gallen, 2011). Bei Sorgerechtsfragen dient dabei vor allem Art. 145 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) als rechtliche Grundlage. Er besagt, dass das Gericht bei der Entscheidung über die elterliche Sorge nötigenfalls Sachverständige beiziehen darf. Die rechtliche Grundlage bei jugendstrafrechtlichen Beurteilungen bildet das Jugendstrafgesetz (JStG), genauer Art. 9 Abs. 3. In diesem ist festgehalten, dass eine medizinische oder psychologische Begutachtung angeordnet werden kann, wenn Zweifel an der physischen oder psychischen Gesundheit des Kindes oder des Jugendlichen bestehen oder wenn eine Unterbringung in einer offenen oder geschlossenen Einrichtung angezeigt ist.

4.1.5 Aus- und Weiterbildung

Ein weiterer grosser Leistungsbereich ist der der Aus-, Weiter- und Fortbildung. So wurden im Jahr 2010 zehn Praktikantinnen und Praktikanten unter anderem aus den Bereichen Psychologie und Sozialpädagogik beschäftigt (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen). Die KJPD St. Gallen bieten ausserdem Weiterbildungen für Fachpersonen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an und sind als Weiterbildungsstätte der Kategorie A für angehende Ärztinnen und Ärzte anerkannt. Die geforderte Weiterbildungszeit angehender Fachärztinnen und Fachärzte kann so vollumfänglich bei den KJPD St. Gallen absolviert werden. Für Psychologinnen und Psychologen werden Postgraduierten-Stellen angeboten (Angabe auf der Homepage der Schweizerischen Vereinigung Klinischer Psychologinnen und Psychologen, 2011). Zudem werden Seminare für Fachpersonen und auch für ein erweitertes Fachpublikum veranstaltet (Angabe auf der Homepage der KJPD St. Gallen, 2011).

4.2 Der Aufnahmeprozess der KJPD St. Gallen

Bevor Kinder oder Jugendliche bei den KJPD St. Gallen aufgenommen werden können, ist die Anmeldung durch die Eltern oder die urteilsfähigen Jugendlichen selbst, häufig auch durch eine externe Stelle erforderlich. Die Anmeldung wird im KJPD St. Gallen in der Regel telefonisch vom Sekretariat entgegengenommen. Handelt es sich bei dem Anmeldenden um eine Fachperson oder um Kinderschutzfragen, wird der Anruf direkt an eine Kaderperson weitergeleitet, bei amtlichen Aufträgen zur Gutachtenerstellung ist die zuständige Fachperson der KJPD St. Gallen zu benachrichtigen. Handelt es sich um die Eltern oder um einen Jugendlichen selbst, ist das Sekretariat für die Aufnahme der Daten zuständig. In diesem Fall wird in einem ersten Schritt die regionale Zuständigkeit geklärt und die Frage, ob die KJPD St. Gallen die richtige Anlaufstelle für die geschilderte Thematik sind. So ist beispielsweise bei schulischen Fragestellungen der schulpsychologische Dienst zuständig, bei körperlichen Beschwerden ist in erster Linie oder begleitend zur Anmeldung bei den KJPD St. Gallen eine medizinisch-somatische Untersuchung indiziert. Wird aus dem Anmeldetelefonat deutlich, dass es sich um Stellungnahmen zu Trennungs- und Scheidungssituationen handelt, muss kommuniziert werden, dass die KJPD St. Gallen nur Gutachten im Auftrag von unabhängigen Auftraggebern erstellen. Sind die Anmeldehintergründe geklärt und ist der Anmeldende gesetzlich zur Anmeldung berechtigt, werden Personalien und Versicherungsdaten aufgenommen, wobei Anmeldegrund und -umstände ebenfalls schriftlich protokolliert werden müssen. Im weiteren Verlauf des regulären Anmeldeprozesses werden die Neuaufnahmen an der wöchentlichen Teamsitzung verteilt, woraufhin innerhalb von drei Wochen ein Termin für ein Erstgespräch vereinbart wird. Besonders verhält sich das Anmeldeprozedere bei Notfällen. Die Mitarbeitenden des Sekretariats haben die Aufgabe, die Dringlichkeit der Anmeldung zu erfragen. Liegt ein dringlicher Fall vor, wird der Tagesdienst informiert, der zusammen mit der Hintergrundsoberrärztin resp. dem Hintergrundsoberrarzt über das weitere Vorgehen entscheidet. Patientinnen und Patienten, die sich in einer Notfallsituation befinden, werden noch am sel-

ben Tag vom Diensthabenden eingeladen. Dem Anmeldetelefonat ist eine entscheidende Bedeutung zuzuweisen. Es stellt den ersten Kontakt zwischen dem Anmeldenden und den KJPD St. Gallen dar, was für die darauf folgenden Erfahrungen und den Ruf der Institution sehr prägend sein kann. Gerade für Eltern, die ihr Kind anmelden, kann dies eine schwierige Situation sein, die ein verständnisvolles Gegenüber erfordert.

4.3 Die Vernetzung der KJPD St. Gallen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gemäss Erb (2008) ein Gebiet, auf dem elementare Schnittstellen zu Heilpädagogik, Pädagogik, Sozialarbeit, Neurologie, Kinderheilkunde und vielen weiteren zu finden sind, wobei die Kinder- und Jugendpsychiatrie allein die umfassenden Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nicht abzudecken vermag. So müssen beispielsweise erst primäre Bedingungen wie Nahrung, medizinische Versorgung und Schutz aber auch sekundäre wie erzieherische Förderung gewährleistet werden, bevor mit Kindern und Jugendlichen therapeutisch gearbeitet werden kann. Aus diesem Grund ist eine gute interdisziplinäre Kooperation unerlässlich, um positive Veränderungen zu schaffen. Die KJPD St. Gallen sehen sich in enger Zusammenarbeit mit den Zuweisenden und weiteren Fachpersonen wie Erziehungsfachleuten, Schulen, Lehrpersonen, sozialmedizinisch orientierten Fachpersonen etc. Wichtig im Hilfesystem ist die Vernetzung der involvierten Helfenden, die ihre Aktivitäten und Massnahmen besprechen müssen, um Komplikationen und Konflikte zu vermeiden. Ergänzend dazu setzt sich die Institution ausserdem aktiv mit der Frage nach effektiven und nachhaltigen Hilfemassnahmen auseinander, wobei die Nutzung von Synergien und damit ein gemeinsames Vorgehen aller beteiligten Fachpersonen eine wichtige Grundlage für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet. Diese institutionelle Vernetzung ist den KJPD St. Gallen ein wichtiges Anliegen, denn nur so ist es möglich, dass die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien umfassend und sinnhaft wahrgenommen und betreut werden. In diesem Zusammenhang nehmen die Mitarbeitenden der KJPD St. Gallen regelmässig an Treffen mit anderen Fachpersonen teil, deren Ziel es ist, die Arbeitsweise, die Anliegen und Angebote der Kooperationspartnerinnen und -partner kennenzulernen und auf einer persönlichen Ebene in Kontakt zu treten.

4.4 Fragstellungen und Ziele

Mit den durchgeführten Untersuchungen werden für die KJPD St. Gallen die folgenden Fragstellungen beantwortet:

- Wie zufrieden sind die zuweisenden Stellen resp. Personen mit dem Leistungsangebot, der Zusammenarbeit und den Aufnahmeprozessen der KJPD St. Gallen und was ist ihnen dabei wichtig?
- Mit welchen Faktoren hängt die Zufriedenheit der Zuweisenden zusammen?
- In welchen Bereichen liegt Optimierungspotenzial?

Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchungen ist die Evaluation der Zufriedenheit der Zuweisenden der KJPD St. Gallen. Es soll ermittelt werden, wie zufrieden diese mit den Leistungen, den Aufnahmeprozessen und der Zusammenarbeit sind und was ihnen dabei wichtig ist. Weiter werden einzelne Faktoren herausgearbeitet, die mit der generellen Zufriedenheit mit diesen Teilbereichen zusammenhängen. Durch diese Erkenntnisse sollen Bereiche identifiziert werden, in denen Optimierungspotenzial liegt. Durch die Beurteilungen werden Interventionen zur Verbesserung der Leistungsstruktur, der Prozesse und der Gestaltung der Kooperation abgeleitet, die in die Praxis übernommen werden können. Die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden wird optimiert, was nicht nur von wirtschaftlicher Bedeutung für die KJPD St. Gallen ist, sondern auch zur integrierten Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher beiträgt.

4.5 Studiendesign

Bei der Erhebung handelt es sich um eine Evaluation der Zufriedenheit der Zuweisenden der KJPD St. Gallen, die mithilfe eines standardisierten Fragebogens einmalig im Querschnitt durchgeführt wurde. Die Untersuchungen wurden von den Fragestellungen geleitet, ohne vorherige Formulierung von Hypothesen. Im Anschluss an die Interpretation der Ergebnisse wurden die Fragestellungen beantwortet, was zur Entwicklung von Annahmen führte. Die vorliegenden Untersuchungen sind somit explorativen Charakters. Die Ergebnisse wurden einerseits quantitativ ausgewertet und andererseits über eine deskriptive Illustration der Häufigkeiten dargestellt. Bei der statistischen Auswertung kam das Verfahren der multiplen Regression zur Anwendung.

4.6 Erhebungsinstrument

Die Erhebungen wurden mittels eines standardisierten Fragebogens (Anhang A) durchgeführt. Bei der schriftlichen Befragung liegen die Vorteile in einer hohen Auswertungsobjektivität, der Vermeidung eines Interviewbias und in Bezug auf die grosse Population in einem vertretbaren Zeit- und Kostenaufwand (Kubik-Huch, Rexroth, Porst, Otto & Szucs, 2005). Weiter haben die Befragten nach Diekmann (2001) in einer schriftlichen Befragung Zeit, über die Fragen nachzudenken. Als Nachteil wird unter anderem das Risiko geringer Rücklaufquoten genannt. Zudem kann keine Überprüfung durchgeführt werden, wie, durch wen oder mit wem der Fragebogen ausgefüllt wird. Die Methode der schriftlichen Befragung eignet sich nach Raab-Steiner und Benesch (2010) besonders bei grossen homogenen Gruppen. Bei der Formulierung der Fragen ist unter anderem darauf zu achten, dass die Sprache auf die Zielgruppe abgestimmt ist, die Items einem logischen Ablauf folgen und suggestive Formulierungen vermieden werden.

Der Fragebogen zur Evaluation der Zufriedenheit der Zuweisenden der KJPD St. Gallen beinhaltete insgesamt 18 Fragen, die teilweise in Subfragen unterteilt waren. Die Kategorien

wurden in Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen erstellt und basierend auf den Erfahrungswerten der Mitarbeitenden und dem Leistungsangebot der Institution ausgewählt. So wurde eine auf die KJPD St. Gallen zugeschnittene Individualität der Fragen erreicht, was beim Einsatz eines bestehenden Fragebogens nicht hätte gewährleistet werden können. Ziel war es, die Teilnehmenden möglichst umfassend zu befragen und die Möglichkeit für Anregungen zu geben. Folgende Kategorien resultierten aus diesen Überlegungen:

(1) Allgemeine Angaben	Fragen 1, 2, 3, 4, 5 und 6
(2) Auswahlkriterien	Fragen 7 und 8
(3) Fachliche Kompetenz	Fragen 9 und 10
(4) Leistungsspektrum	Fragen 11 und 12
(5) Organisation	Frage 13
(6) Aufnahmeprozess	Frage 14
(7) Zusammenarbeit	Fragen 15 und 16
(8) Vernetzung	Frage 17
(9) Allgemeine Zufriedenheit	Frage 18

Die Fragen zum Leistungsspektrum (Fragen 11 und 12) wurden zusätzlich ausdifferenziert und in die Subkategorien „diagnostisches Angebot“, „therapeutisches Angebot“, „Gutachtererstellung“, „Fortbildungen“, „fachlicher Austausch“ und „Informationen“ unterteilt. Die Frage zur Aufnahmepraxis (Frage 14) beinhaltete die Subkategorien „Notfälle“, „ambulante Diagnostik/Therapie“, „Wartezeiten“, „Flexibilität“ und „Erreichbarkeit der Fachperson“. Ebenfalls spezifiziert wurde die Frage zur Zusammenarbeit (Frage 16) mit Unterfragen zu „fachlichem Austausch“, „Regelmässigkeit des Austauschs“, „Absprachen zur Medikation“, „Miteinbezug bei Entscheidungen“, „Qualität und Schnelligkeit des Austrittsberichts“ und „Informationen über Änderungen im Betrieb“. Die Frage zur Weiterempfehlung der KJPD St. Gallen (Frage 18) galt als Indikator für die Gesamtzufriedenheit. Bei den Fragen 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 und 18 waren nur Einfachnennungen vorgesehen, bei der Frage 8 auch Mehrfachnennungen. Die Fragen 3, 5 und 10 wurden offen formuliert, wobei die Antworten zur Frage 5 anschliessend kategorisiert wurden. Zu den Fragen 12, 13, 14 und 16 konnten zusätzlich Wünsche und Bemerkungen angebracht werden. Die Fragen zur Wahl der Institution (Frage 7), zur Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum (Frage 12) und zur Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit (Frage 16) beinhalteten zusätzlich die Einschätzung der Wichtigkeit dieser Elemente. Für Antworten, die ein Rating erhoben, wurde eine verbale Skalenbezeichnung gewählt. Das hat nach Raab-Steiner und Benesch (2010) im Gegensatz zu einer numerischen Bezeichnung den Vorteil, dass die Bedeutungen der Skalenstufen intersubjektiv vereinheitlicht werden. Für den vorliegenden Fragebogen wurden folgende Skalen angewendet:

Fragen 7, 11 und 15

1 weniger wichtig

2 wichtig

3 sehr wichtig

Fragen 9, 13 und 17

1 ungenügend

2 zufriedenstellend

3 gut

4 sehr gut

Fragen 12, 14 und 16

1 sehr unzufrieden

2 unzufrieden

3 weder noch

4 zufrieden

5 sehr zufrieden

Der Fragebogen wurde mit einem Begleitbrief (Anhang B) der KJPD St. Gallen in Papierform versendet, wobei allerdings auch die Möglichkeit bestand, die Fragen online zu beantworten. Der entsprechende Link war auf dem Fragebogen vermerkt. Die Instruktion lautete:

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und im Rahmen einer Forschungsarbeit von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften anonymisiert ausgewertet. Die Daten werden von Ihnen direkt an die ZHAW gesendet. Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum 10. Februar 2012 per beiliegendem Antwortcouvert an die ZHAW zu retournieren. Vielen Dank!

Beantworten Sie bitte wenn möglich jede Frage. Falls Sie die Onlinebefragung vorziehen, weisen wir gerne auf den folgenden Internetlink:

<http://www.unipark.de/uc/Zufriedenheitsbefragung/>

Die ausgefüllten Fragebogen konnten mittels frankierten Antwortcouverts an die ZHAW retourniert werden. Die Onlinebefragung wurde über den Anbieter unipark erstellt. Die Zuweisenden hatten die Möglichkeit, ihren Wunsch nach weiterer Information über die Ergebnisse der Untersuchungen auf dem Fragebogen zu vermerken (Frage 19). Im Begleitbrief wurde zusätzlich explizit auf die Wahrung der Anonymität hingewiesen.

4.7 Population und Stichprobe

Bei den vorliegenden Untersuchungen handelt es sich um eine Vollerhebung. Die der Stichprobe zugrunde liegende Population bestand aus allen Zuweisenden der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St. Gallen sowie allen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatrinnen und -psychiatern der Kantone St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden. Die Stichprobe setzte sich aus allen antwortenden Personen und Institutionen zusammen. Es wurden insgesamt 325 Fragebogen an alle bekannten Zuweisenden sowie an alle niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatrinnen und -psychiatern der Kantone St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden versendet. Bei einer Rücklaufquote von 34.2% resultierte eine Stichprobe von n=111. 98 (88.3%) Fragebogen wurden via Papierversion beantwortet, 13 (11.7%) Befragte zogen die Onlineversion vor.

4.7.1 Rekrutierung

Für die Untersuchungen empfahl es sich, alle bekannten Zuweisenden der KJPD St. Gallen anzuschreiben. Dazu wurden alle Niederlassungen der KJPD St. Gallen (Zentrales Ambulatorium, Zweigstelle für Jugendliche, Regionalstellen Heerbrugg, Sargans, Uznach, Wattwil und Wil) aufgefordert, eine Liste ihrer Zuweisenden zu erstellen. Zusätzlich wurden die Adressen aller niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater der Kantone St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden aus dem öffentlichen Telefonbuch gezogen. Um Doppelnennungen zu vermeiden, wurden die Adressen mit der Liste der Zuweisenden abgeglichen.

Einschlusskriterien

- Stellen oder Personen, die bereits Zuweisungen vorgenommen resp. initiiert haben
- Stellen oder Personen, die bisher keine Zuweisungen vorgenommen haben, mit den KJPD St. Gallen jedoch in ähnlicher Form in Zusammenarbeit stehen
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater aus den Kantonen St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden

Ausschlusskriterien

- Eltern und Pflegeeltern
- Jugendliche selbst

Insgesamt wurden 325 Personen und Stellen auf der bereinigten Liste aufgeführt und angeschrieben. Alle erfüllten dabei die Einschlusskriterien.

4.8 Durchführung der Untersuchung

Am 17. Januar 2012 wurden 325 Fragebogen an Zuweisende und potenzielle Zuweisende der KJPD St. Gallen versendet. Der Endtermin für die Berücksichtigung der letzten retournierten Fragebogen wurde auf den 10. Februar 2012 angesetzt. Der Termin wurde jedoch bis zum 28. Februar 2012 verlängert, da nach dem Enddatum noch eine nicht unwesentlich hohe Anzahl an Fragebogen (17=5.3%) retourniert wurde. Die geschätzte Dauer der schriftlichen und der webbasierten Befragung betrug ca. 10 bis 15 Minuten. Der Fragebogen wurde mit einem von den KJPD St. Gallen unterzeichneten Begleitbrief versendet. Auf eine Pretestung wurde verzichtet, da davon ausgegangen wurde, dass der Inhalt bei der gewählten Stichprobe keine Verständnisprobleme aufwerfen und sich die geschätzte Bearbeitungszeit in einem adäquaten Rahmen bewegen würde.

Tab. 1: Übersicht über die angeschriebenen Stellen und Personen

Tätigkeitsbereich	Anzahl	Tätigkeitsbereich	Anzahl
Amt / Behörde	29 (8.9%)	Spital	7 (2.2%)
Beratungsstelle	22 (6.8%)	Kinderspital	5 (1.5%)
Schulpsychologischer Dienst	8 (2.5%)	Hausärztliche Grundversorgung	93 (28.6%)
Sozialdienst	11 (3.4%)	Kinderärztliche Grundversorgung	57 (17.5%)
Sonderschule	6 (1.8%)	Psychiatrische Institution	5 (1.5%)
Schulheim	5 (1.5%)	Psychiatrische Praxis	18 (5.5%)
Wohnheim	16 (4.9%)	Kinder- und jugendpsychiatrische Institution	3 (0.9%)
Versicherung	5 (1.5%)	Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis	19 (5.8%)
Übrige	10 (3.3%)	Psychologische Praxis	4 (1.2%)
		Kinder- und jugendpsychologische Praxis	2 (0.6%)
TOTAL			325 (100%)

Anmerkung: n=325

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass die grösste Anzahl der Zuweisenden zum Befragungszeitpunkt hausärztliche oder kinderärztliche Grundversorgende waren (n=150; 46.2% von n=325). Eine weitere grössere Gruppe bildeten Ämter, Behörden und Beratungsstellen (n=51; 15.7% von n=325). Zusammen machten diese Fachbereiche rund 61.8% (n=325) der Zuweisenden aus. Von den angeschriebenen Personen und Stellen liessen sich 207 (63.7% von n=325) ärztlich geleiteten Institutionen und Diensten zuordnen. Aus Tabelle 1 wird ausserdem ersichtlich, dass in den Kantonen St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden zum Zeitpunkt der Befragung insgesamt 19 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater tätig waren. Zu der Kategorie „Übrige“ zählten 2 Asylantenheime, 1 Berufs- und Weiterbildungszentrum, 2 heilpädagogische Einrichtungen, 1 Kinderschutzorganisation, 2 Praxen für Physiotherapie, 1 dermatologische sowie 1 neurologische Praxis.

4.9 Datenaufbereitung

Für die Datenaufbereitung wurden in einem ersten Schritt die Adressen, an welche die Fragebogen versendet wurden, nach Tätigkeitbereich klassifiziert. Es resultierten daraus 18 Kategorien und eine Kategorie „Andere“. Diese Verteilung (Tabelle 1) zeigt auf, welche Personen und Stellen zum Zeitpunkt der Befragung am häufigsten als Zuweisende der KJPD St. Gallen auftraten und gleichzeitig auch, wie viele niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater in den Kantonen St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden tätig waren. Um die erhobenen Daten statistisch auswerten zu können, wurde in einem weiteren Schritt ein Codeplan (Anhang C) erstellt, mit dessen Hilfe den Items des Fragebogens Variablenamen und den Merkmalsausprägungen Codenummern zugeordnet wurden. Jeder Fall erhielt zur abschliessenden Überprüfung eine eigene Nummer (Variable 1). Insgesamt resultierten aus dem Fragebogen 63 Variablen, die in die Datenmatrix der Software „Sta-

tistical Package for Social Sciences“ (SPSS) übernommen wurden. Die Daten aus den 111 Fragebogen wurden anschliessend in die SPSS-Vorlage übertragen. Begleitend dazu wurde eine Liste der Antwortenden geführt, die sich für weitere Informationen zum Verlauf der Befragung interessierten.

4.9.1 Statistische Verfahren

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung, von der die Untersuchungen geleitet wurden, wurden deskriptive Darstellungen gewählt. Für die Ausführungen zur Wichtigkeit einzelner Faktoren wurden die Mittelwerte, die Spannweiten und die Verteilungen der Antworten in Prozenten beschrieben. Zusätzlich wurden die Wichtigkeitsbewertungen nach Fachbereich gegliedert. Für die Auswertung der Zufriedenheit kamen dieselben Darstellungsmethoden zur Anwendung. Zur Beantwortung der zweiten Leitfragestellung wurden die Daten mithilfe der multiplen Regressionsanalyse ausgewertet. Die wesentliche Aufgabe dieser Methode besteht darin, die Abhängigkeit einer metrischen Variable von mehreren unabhängigen metrischen Variablen darzustellen. Das Ziel dabei ist, Aussagen zur Ursächlichkeit der Variation in der abhängigen Variable zu treffen und eine möglichst gute Schätzung der Ausprägung dieser abgeben zu können (Rauch & Moosbrugger, 2010). Bei der Anwendung der multiplen Regressionsanalyse wurde vorerst jeweils das gesamte Modell überprüft. Bei Vorliegen von Multikollinearitäten oder Suppressionseffekten wurden jeweils einzelne Faktoren entfernt. Für die Berechnung der Effektstärke kam der korrigierte Korrelationskoeffizient zum Tragen. Das verwendete Signifikanzniveau lag bei 5%.

5 Darstellung der Ergebnisse

Der Inhalt des folgenden Kapitels bezieht sich auf die Beantwortung der ersten beiden Fragestellungen. Dabei wird einerseits die Stichprobe, die sich aus den antwortenden Personen und Stellen zusammensetzt, erläutert. Weiter werden die Ergebnisse der Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums und der Zusammenarbeit sowie die Zufriedenheitswerte von Leistungsspektrum, Zusammenarbeit und Aufnahmepraxis deskriptiv dargestellt. Am Ende des Kapitels wird über die für die generelle Zufriedenheit relevanten Faktoren berichtet, die durch die Interpretation der multiplen Regressionsanalyse identifiziert wurden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird nur auf die genannten Teilbereiche und die dazugehörigen Items im Fragebogen eingegangen. Eine erweiterte Auswertung, die die übrigen Items berücksichtigt, wurde ebenfalls durchgeführt und findet im Anhang F Erwähnung.

5.1 Darstellung der Stichprobe

Insgesamt nahmen $n=111$ Zuweisende resp. potenzielle Zuweisende an der Befragung teil. Die Verteilungen der Tätigkeitsbereiche der Zuweisenden und der Anzahl der zugewiesenen Kinder und Jugendlichen präsentierten sich dabei wie folgt.

Frage 1: Bitte bezeichnen Sie Ihren Tätigkeitsbereich

Tab. 2: Verteilung der Tätigkeitsbereiche

		Häufigkeit	Gültige Prozente (n=111)	Rücklauf- Quote (in %)
Gültig	Hausärztliche Grundversorgung	16	14.4	17.4 (n=93)
	Kinderärztliche Grundversorgung	19	17.2	33.3 (n=57)
	Kinder- und jugendpsychiatrische / - psychotherapeutische Praxis / Institution	11	9.9	50.0 (n=22)
	Kinder- und jugendpsychologische / - psychotherapeutische Praxis / Institution	2	1.8	100.0 (n=2)
	Psychologische Praxis / Institution	0	0.0	0.0 (n=4)
	Psychiatrische Praxis / Institution	6	5.4	26.1 (n=23)
	Schulpsychologischer Dienst	7	6.3	87.5 (n=8)
	Amt / Behörde	15	13.5	51.7 (n=29)
	Andere	35	31.5	40.2 (n=87)
	Gesamt	111	100.0	34.2 (n=325)

Anmerkung: n=111

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, bildeten die Kinderärztinnen und Kinderärzte mit 17.2% (n=111) die zweitgrösste kategorisierte Gruppe der Teilnehmenden und verzeichneten eine Rücklaufquote von 33.3% (n=57). Einen weiteren grossen Anteil machten hausärztliche Grundversorgende aus (14.4%; n=111), wobei deren Rücklaufquote bei 17.4% (n=93) lag. Von den angeschriebenen Ämtern und Behörden nahmen mit einer Anzahl von 15 (13.5%; n=111) etwas mehr als die Hälfte (51.7%; n=29) an der Befragung teil. Ausserdem haben 11 (9.9%; n=111) Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, 6 (5.4%; n=111) Psychiaterinnen resp. Psychiater und 2 (1.8%; n=111) Kinder- und Jugendpsychologinnen resp. -psychologen einen ausgefüllten Fragebogen retourniert. Zusammengefasst entsprechen deren Rücksendungen einer Quote von 40.4% (n=47). Von den 8 befragten schulpsychologischen Diensten haben 7 (6.3%; n=111) geantwortet. Deren Rücklaufquote lag bei 87.5% (n=8), womit dieser Fachbereich überproportional vertreten war. Aus diesem Grund wurde dieser bei den Auswertungen zu der Gruppe „Andere“ hinzugerechnet. Die 4 angefragten psychologischen Praxen haben keine Antwort gegeben. Die Gruppe „Andere“ bestand aus Fachpersonen aus den Bereichen Schulsozialarbeit (n=8), Beratung (n=6), Sozialpädagogik (n=4), Spitalwesen (n=3), schulärztlicher Dienst (n=2) und Kinder-, Jugend- und Schulheime (n=9). Zudem stammte je eine antwortende Person aus dem Bereich der Jugendanwaltschaft (n=1) und der Ergotherapie (n=1) und eine weitere von einer Platzierungsorganisation für Kinder und Jugendliche (n=1). Zusammengefasst entsprachen deren Rücksendungen einer Quote von 40.2% (n=87).

Frage 2: Wie viele PatientInnen/KlientInnen weisen Sie den KJPD St. Gallen jährlich zu?

Tab. 3: Anzahl der zugewiesenen PatientInnen/KlientInnen

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig		
keine	13	11.8
1-5	55	50.0
6-10	26	23.7
11-20	11	10.0
21-30	1	0.9
mehr als 30	4	3.6
Gesamt	110	100.0

Anmerkung: n=110

50% der Teilnehmenden (n=110) wiesen gemäss Tabelle 3 den KJPD St. Gallen in den letzten Jahren 1-5 Kinder und Jugendliche zu, nur 3.6% wiesen mehr als 30 Kinder und Jugendliche zu. Eine weitere grosse Gruppe von 23.7% wies den KJPD St. Gallen jährlich 6-10 Kinder und Jugendliche zu. 10.0% gaben in der Befragung eine Anzahl von 11-20 an und nur eine Person nannte eine Anzahl von 21-30 (0.9%). Die Antwortenden, die keine Klientinnen und Klienten resp. Patientinnen und Patienten zugewiesen haben (11.8%), gaben dafür verschiedene Gründe an. Einige erklärten, über eigene Behandlungskapazitäten zu verfügen (n=4) und bei einer weiteren Gruppe fiel die Zuweisung nicht in die Zuständigkeit und es wurde bisher höchstens eine Empfehlung abgegeben oder in einem anderen Zusammenhang mit den KJPD St. Gallen zusammengearbeitet (n=3). Eine antwortende Person gab überdies an, in den letzten Jahren nur eine Person zwecks Gutachten zugewiesen zu haben, eine weitere gab eine Praxisneueröffnung als Grund an und 2 Befragte sahen sich als Aufnehmende und nicht als Zuweisende der KJPD St. Gallen. Eine Beratungsstelle gab an, grundsätzlich keine Kinder und Jugendlichen zuzuweisen, da die betreuten Klientinnen und Klienten bereits erwachsen sind. Eine letzte Gruppe (n=3) begründete die Antwort mit ihrer Unzufriedenheit mit den KJPD St. Gallen. Von einer Person wurde die Frage nicht beantwortet.

Die Gründe für die Zuweisungen waren sehr unterschiedlich. Meist handelte es sich um die umfassende Abklärung psychiatrischer Erkrankungen (19 Nennungen) und die Zuweisung zur Therapie (17 Nennungen). Die häufigsten Problemstellungen waren dabei Essstörungen (8 Nennungen), Entwicklungsstörungen (6 Nennungen), depressive Symptome (12 Nennungen), Suizidalität (8 Nennungen), Selbstverletzung (3 Nennungen), Verhaltensauffälligkeiten (20 Nennungen), Verdacht auf hyperkinetische Störungen (20 Nennungen), schulische (8 Nennungen) und familiäre (9 Nennungen) Probleme, Angststörungen (6 Nennungen) und Krisensituationen (10 Nennungen).

5.2 Wichtigkeits- und Zufriedenheitswerte von Leistungsspektrum, Aufnahmepraxis und Zusammenarbeit

In den folgenden Darstellungen werden die Wichtigkeits- und Zufriedenheitswerte des Leistungsspektrums, der Aufnahmepraxis und der Zusammenarbeit illustriert. Für die Auswertungen nach Fachbereich wurden unter dem Begriff „Medizin“ die Antworten der Zuweisenden aus den Fachgebieten haus- und kinderärztliche Grundversorgung, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Spitalwesen zusammengefasst. Aufgrund der geringen Beteiligungszahl der Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen und der Schulpsychologinnen und -psychologen wurden diese zusätzlich in die Gruppe „Andere“ integriert. Zur einfacheren Verständlichkeit wurden die Bewertungen "sehr unzufrieden" und "unzufrieden" im Text zusammengefasst, ebenso die Bewertungen "zufrieden" und "sehr zufrieden". Das Rating "weder noch" wurde bei der Beschreibung vernachlässigt.

5.2.1 Generelle Zufriedenheit

Fragen 12, 14 und 16: Wie zufrieden sind Sie generell mit dem Leistungsspektrum, der Zusammenarbeit und der Aufnahmepraxis der KJPD St. Gallen?

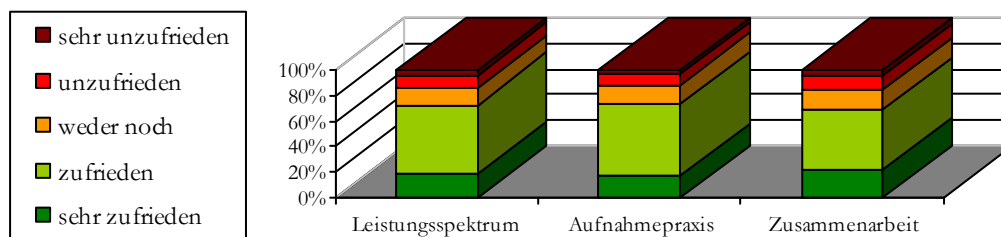


Abb. 1: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit Leistungsspektrum, Zusammenarbeit und Aufnahmepraxis in Prozenten; Anmerkung: n=102-104

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der generellen Zufriedenheit mit Leistungsspektrum, Aufnahmepraxis und Zusammenarbeit. 72.5% der Befragten (n=102) waren mit dem Leistungsspektrum generell zufrieden, 13.7% waren unzufrieden. Mit der Aufnahmepraxis generell zeigten sich 73.6% der Teilnehmenden (n=102) zufrieden, 11.7% zeigten sich unzufrieden. Weiter waren 69.2% der antwortenden Zuweisenden (n=104) mit der Zusammenarbeit generell zufrieden, 15.4% waren unzufrieden.

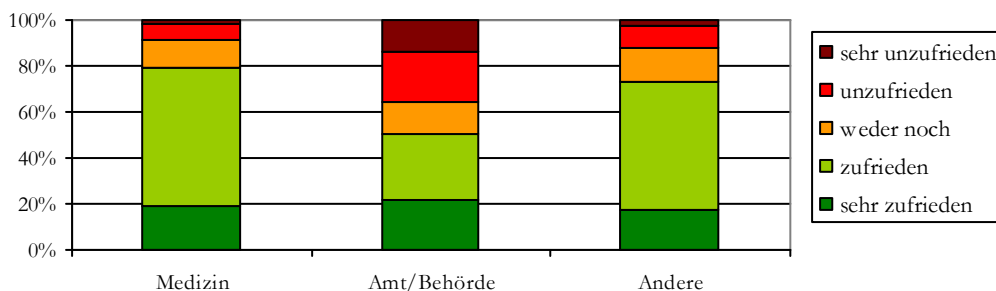


Abb. 2: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum nach Fachbereich in Prozenten; Anmerkung: Medizin n=47, Amt/Behörde n=14, Andere n=41

Die Verteilung der generellen Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum nach Fachbereich geht aus Abbildung 2 hervor. Von den Fachpersonen aus dem Bereich Medizin (n=47) zeigten sich 78.7% zufrieden, 8.5% zeigten sich unzufrieden. Von den teilnehmenden Ämtern und Behörden (n=14) waren 50.0% mit dem Leistungsspektrum generell zufrieden, 35.7% waren unzufrieden. Innerhalb der Gruppe „Andere“ (n=41) zeigten sich 73.2% zufrieden, weitere 12.2% zeigten sich unzufrieden.

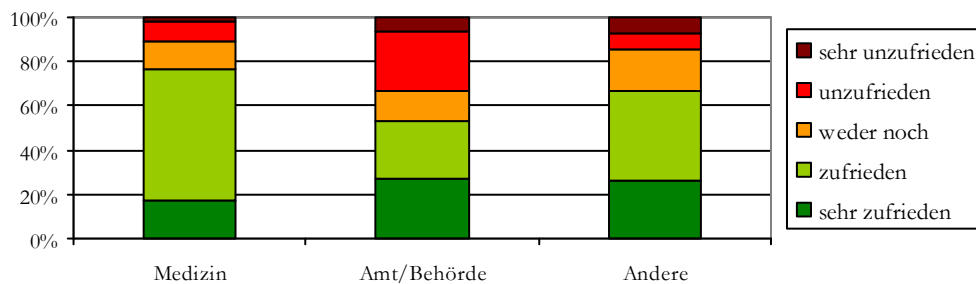


Abb. 3: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nach Fachbereich in Prozenten; Anmerkung: Medizin n=47, Amt/Behörde n=15, Andere n=42

Die Verteilung der generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit nach Fachbereich geht aus Abbildung 3 hervor. Von den Fachpersonen aus dem Bereich Medizin (n=47) zeigten sich 76.6% zufrieden, 10.6% zeigten sich unzufrieden. Unter den teilnehmenden Ämtern und Behörden (n=15) waren 53.4% mit der Zusammenarbeit generell zufrieden, 33.4% waren unzufrieden. Innerhalb der Gruppe „Andere“ (n=42) zeigten sich 66.7% zufrieden, 14.2% zeigten sich unzufrieden.

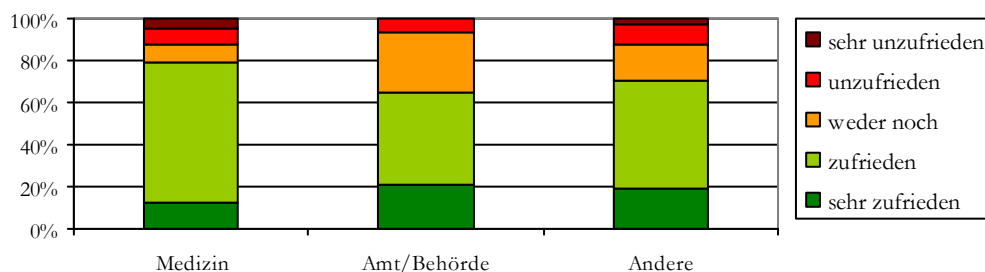


Abb. 4: Verteilung der generellen Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis nach Fachbereich in Prozenten; Anmerkung: Medizin n=47, Amt/Behörde n=14, Andere n=41

Die Verteilung der generellen Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis nach Fachbereich geht aus Abbildung 4 hervor. Von den Fachpersonen aus dem Bereich Medizin (n=47) zeigten sich 78.8% zufrieden, 12.8% zeigten sich unzufrieden. Unter den teilnehmenden Ämtern und Behörden (n=14) waren 64.3% mit der Aufnahmepraxis generell zufrieden und 7.1% waren unzufrieden. Innerhalb der Gruppe „Andere“ (n=41) zeigten sich 70.7% zufrieden, 12.2% zeigten sich unzufrieden.

5.2.2 Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums

Frage 11: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Bereiche im Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?

Tab. 4: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums

Kriterium	Durchschnittliche Wichtigkeit	Minimum	Maximum
Diagnostisches Angebot	2.53	1.00	3.00
Therapeutisches Angebot	2.71	1.00	3.00
Gutachtenerstellung	1.70	1.00	3.00
Fachspezifische Fortbildungen	1.68	1.00	3.00
Berichtswesen / fachlicher Austausch	2.33	1.00	3.00
Informationen zum Angebot	1.96	1.00	3.00

Anmerkung: n=101-105; Skala: 1=unwichtig, 2=wichtig, 3=sehr wichtig

Das therapeutische und das diagnostische Angebot bildeten für die Zuweisenden gemäss Tabelle 4 durchschnittlich die wichtigsten (2.71 und 2.53) Elemente im Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen. Fachspezifische Fortbildungen wurden als am wenigsten wichtig bewertet (1.68). Auch die Erstellung von Gutachten wurde allgemein als weniger wichtig als andere Leistungsbereiche eingestuft (1.70). Die Zuweisenden der KJPD St. Gallen beurteilten die Wichtigkeit des Berichtswesens als eher hoch (2.33), tiefer eingestuft wurde die Wichtigkeit der Informationen zum Angebot (1.96). Zusätzlich wurden in Bezug auf das Leistungsspektrum die Wünsche nach mehr Kontinuität in der Therapie, spezialisierteren Angeboten, forensischen Gutachten, Behandlungen von Kindern und Jugendlichen über das 18. Lebensjahr hinaus und mehr systemischen Angeboten je einmal genannt.

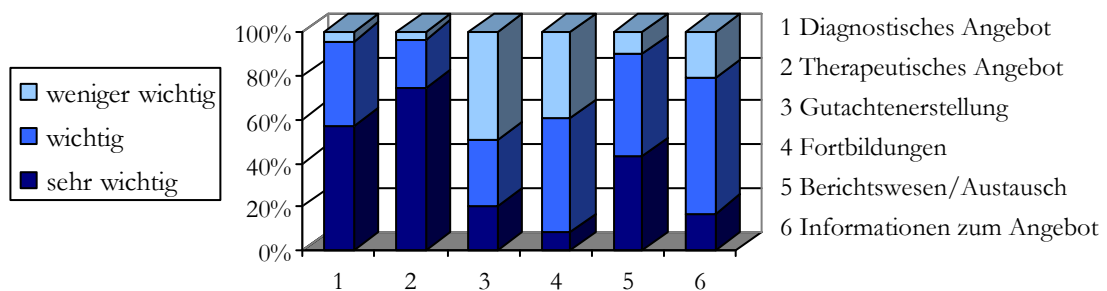


Abb. 5: Verteilung der Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums in Prozenten

Anmerkung: n=101-105

Aus Abbildung 5 wird die Verteilung der Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums ersichtlich. Das diagnostische Angebot wurde von 57.1% der Befragten (n=105) als sehr wichtig, von 39.0% als wichtig und von 3.8% als weniger wichtig bewertet. Das therapeutische Angebot (n=105) beurteilten 74.3% als sehr wichtig, 22.9% als wichtig und 2.9% als weniger wichtig. Die Gutachtenerstellung wurde von 19.8% der Antwortenden (n=101) als sehr wichtig, von 30.7% als wichtig und von 49.5% als weniger wichtig erachtet. 7.9% (n=101) bewerte-

ten die Durchführung fachspezifischer Fortbildungen als sehr wichtig, 52.5% als wichtig und 39.6% als weniger wichtig. Das Berichtswesen resp. der fachliche Austausch hatte für 43.1% der befragten Zuweisenden (n=102) einen sehr wichtigen Stellenwert, für 47.1% war das Berichtswesen ein wichtiger Faktor, für 9.8% ein unwichtiger. Die Informationen zum Angebot (n=101) wurden von 16.8% als sehr wichtig, von 62.4% als wichtig und von 20.8% als weniger wichtig beurteilt.

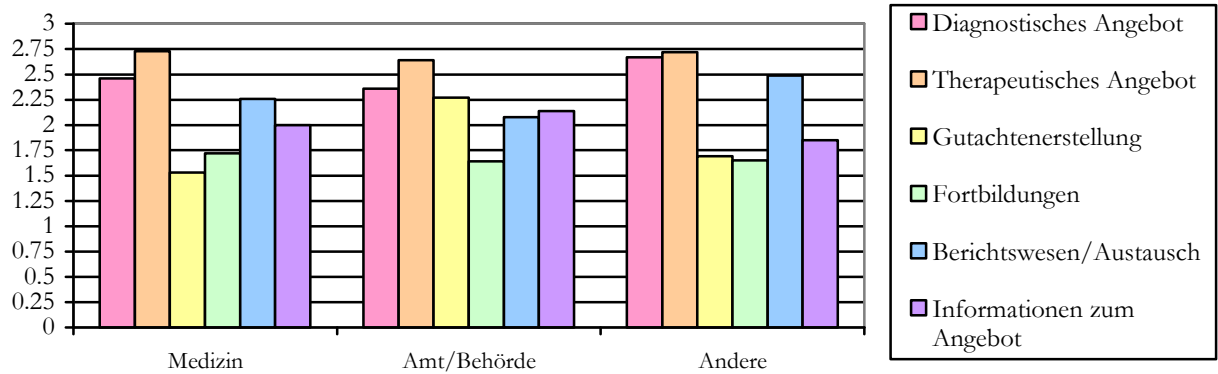


Abb. 6: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums nach Fachbereich; Anmerkung: Medizin n=46-48, Amt/Behörde n=13-15, Andere n=39-43

Abbildung 6 zeigt die durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente des Leistungsspektrums nach Fachbereich. Fachpersonen aus dem Bereich der Medizin bewerteten das therapeutische Angebot als wichtigstes Element (2.73). Das diagnostische Angebot wurde mit einem Wert von 2.46 bewertet, das Berichtswesen mit 2.26, die Informationen zum Angebot mit 2.00, die fachspezifischen Fortbildungen mit 1.72 und die Gutachtenerstellung mit einer Wichtigkeit von 1.53. Auch die befragten Ämter und Behörden gaben als wichtigstes Element das therapeutische Angebot an (2.64). Knapp darauf folgten das diagnostische Angebot (2.36) und die Gutachtenerstellung (2.27). Die Informationen zum Angebot und das Berichtswesen lagen mit (2.14) und (2.08) in der Rangfolge nah beieinander. Als am unwichtigsten beurteilten Ämter und Behörden die fachspezifischen Fortbildungen (1.64). Die Gruppe „Andere“ unterschied nur geringfügig zwischen der Wichtigkeit des therapeutischen Angebots (2.72) und der Wichtigkeit des diagnostischen Angebots (2.67). Das Berichtswesen folgte mit einem Durchschnittswert von 2.49. Die Informationen zum Angebot (1.85), die Gutachtenerstellung (1.69) und die fachspezifischen Fortbildungen (1.65) wurden in ihrer Wichtigkeit tiefer eingestuft.

5.2.3 Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums

Frage 12: Wie zufrieden sind Sie mit dem Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?

Tab. 5: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit	Minimum	Maximum
Generelle Zufriedenheit	3.74	1.00	5.00
Qualität der Diagnosen	3.88	1.00	5.00

Qualität der Therapie	3.76	1.00	5.00
Qualität der Gutachten	3.52	1.00	5.00
Fachspezifische Fortbildungen	3.57	2.00	5.00
Berichtswesen / fachlicher Austausch	3.31	1.00	5.00
Informationen zum Angebot	3.49	1.00	5.00

Anmerkung: n=60-102; Skala: 1=sehr unzufrieden, 2=unzufrieden, 3=weder noch, 4=zufrieden, 5=sehr zufrieden

In der Tabelle 5 wird die Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum beschrieben. Die Durchschnittswerte der einzelnen Faktoren lagen alle zwischen 3 (weder noch) und 4 (zufrieden). Den tiefsten Wert erreichte die Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch (3.31). Darüber lagen in aufsteigender Reihenfolge die Bewertungen der Informationen zum Angebot (3.49), der Qualität der Gutachten (3.52), der fachspezifischen Fortbildungen (3.57) und der Qualität der Therapie (3.76). Am zufriedensten waren die Zuweisenden der KJPD St. Gallen mit der Qualität der Diagnosen (3.88). Die durchschnittliche generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum lag bei 3.74. Ausser für die Zufriedenheit mit den fachspezifischen Fortbildungen wurde bei jedem Faktor die gesamte Spannweite gewählt (sehr unzufrieden bis sehr zufrieden).

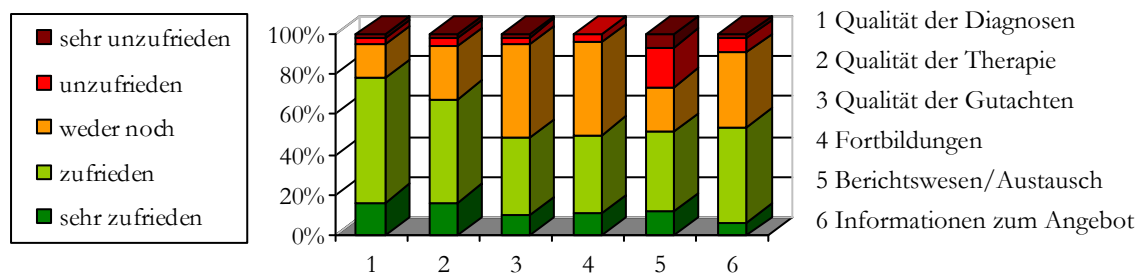


Abb. 7: Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums in Prozenten; Anmerkung: n=60-102

Die Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums geht aus Abbildung 7 hervor. Mit der Qualität der Diagnosen zeigten sich 78.4% der Befragten (n=97) zufrieden, 5.2% waren unzufrieden. Weiter waren 67.7% der Teilnehmenden (n=96) mit der Qualität der Therapie zufrieden, 6.3% waren unzufrieden. Mit der Qualität der Gutachten waren 48.3% der Befragten (n=60) zufrieden und weitere 5.0% waren unzufrieden. Mit den fachspezifischen Fortbildungen zeigten sich 50.0% der teilnehmenden Zuweisenden (n=72) zufrieden, 4.2% zeigten sich unzufrieden. Die Zufriedenheit mit dem Berichtswesen resp. dem fachlichen Austausch (n=91) verteilte sich wie folgt: 51.7% waren zufrieden, 26.4% waren unzufrieden. Mit den Informationen zum Angebot zeigten sich 53.9% der Befragten (n=89) zufrieden und 8.9% waren unzufrieden.

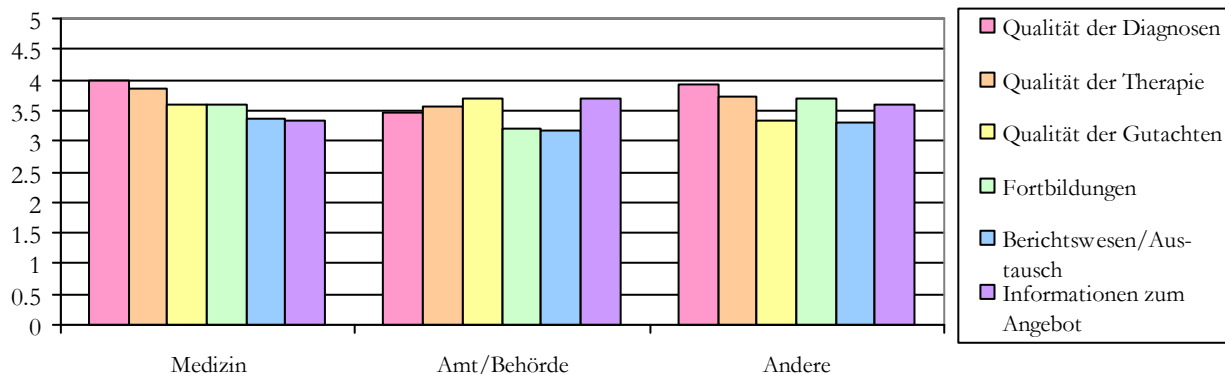


Abb. 8: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums nach Fachbereich; Anmerkung: Medizin n=25-46, Amt/Behörde n=10-15, Andere n=22-38

Abbildung 8 zeigt die durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen des Leistungsspektrums nach Fachbereich. Bei Fachpersonen aus dem Bereich Medizin lag die Zufriedenheit mit der Qualität der Diagnosen bei 3.98, mit der Qualität der Therapie bei 3.86, mit der Qualität der Gutachten bei 3.60, mit den fachspezifischen Fortbildungen bei 3.59, mit dem Berichtswesen bei 3.36 und mit den Informationen zum Angebot bei 3.34. Ämter und Behörden bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Qualität der Diagnosen mit 3.47, mit der Qualität der Therapie mit 3.57, mit der Qualität der Gutachten mit 3.69, mit den Fortbildungen mit 3.20, mit dem Berichtswesen mit 3.17 und mit den Informationen zum Angebot mit 3.70. Die Zufriedenheit der Gruppe „Andere“ lag bei der Qualität der Diagnosen bei 3.92, bei der Qualität der Therapie bei 3.71, bei der Qualität der Gutachten bei 3.32, bei den Fortbildungen bei 3.68, beim Berichtswesen bei 3.29 und bei den Informationen zum Angebot bei 3.60.

5.2.4 Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit

Frage 15: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen (Wichtigkeit)

Tab. 6: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit

Kriterium	Durchschnittliche Wichtigkeit	Minimum	Maximum
Fachlicher Austausch	2.78	2.00	3.00
Regelmässigkeit des Austauschs	2.38	1.00	3.00
Absprachen zur medikamentösen Beh.	2.13	1.00	3.00
Miteinbezug bei Entscheidungen	2.24	1.00	3.00
Qualität des Austrittsberichts	2.33	1.00	3.00
Schnelligkeit des Austrittsberichts	2.07	1.00	3.00
Informationen zu Änderungen im Betrieb	1.84	1.00	3.00

Anmerkung: n=103-105; Skala: 1=unwichtig, 2=wichtig, 3=sehr wichtig

Wie in Tabelle 6 dargestellt, gaben die Zuweisenden in Bezug auf die Zusammenarbeit den fachlichen Austausch (2.78) als wichtigstes Element an. Damit einher geht auch die Wichtigkeit einer gewissen Regelmässigkeit des Austauschs (2.38). Eher gegen 2.00 (wichtig) tendierten die Faktoren „Absprachen zur medikamentösen Behandlung“ (2.13), „Miteinbezug bei

Entscheidungen“ (2.24) und „Qualität“ (2.33) und „Schnelligkeit“ (2.07) des Austrittsberichts. Am unwichtigsten wurden von den Zuweisenden die Informationen über Änderungen im Betrieb (1.86) bewertet.

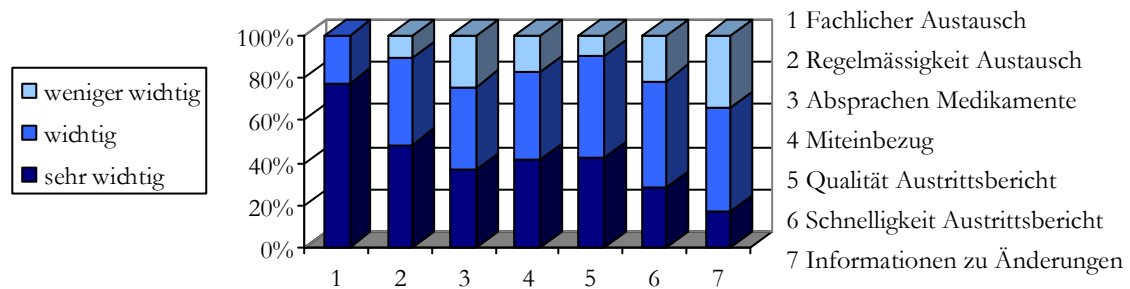


Abb. 9: Verteilung der Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit in Prozenten

Anmerkung: n=103-105

Aus Abbildung 9 wird die Verteilung der Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit ersichtlich. Der fachliche Austausch wurde von 77.1% der Befragten (n=105) als sehr wichtig und von 22.9% als wichtig bewertet. Die Antwortoption „weniger wichtig“ wurde nie gewählt. Die Regelmässigkeit des Austauschs (n=105) beurteilten 48.6% als sehr wichtig, 41.0% als wichtig und 10.4% als weniger wichtig. Die Absprachen zur medikamentösen Behandlung wurden von 36.9% (n=103) als sehr wichtig, von 38.8% als wichtig und von 24.3% als weniger wichtig erachtet. 41.3% (n=104) bewerteten ihren Miteinbezug bei Entscheidungen als sehr wichtig, weitere 41.3% als wichtig und 17.3% als weniger wichtig. Die Qualität des Austrittsberichts hatte für 42.7% der Befragten (n=103) einen sehr wichtigen Stellenwert, für 47.6% war die Qualität des Berichts ein wichtiger Faktor, für 9.7% ein unwichtiges. Die Schnelligkeit des Austrittsberichts wurde von 28.2% der befragten Zuweisenden als sehr wichtig eingeschätzt, von 50.5% als wichtig und von 21.4% als unwichtig. 17.5% sahen die Informationen über Änderungen im Betrieb als sehr wichtiges, 48.5% als wichtiges und 34.0% als eher unwichtiges Element der Zusammenarbeit.

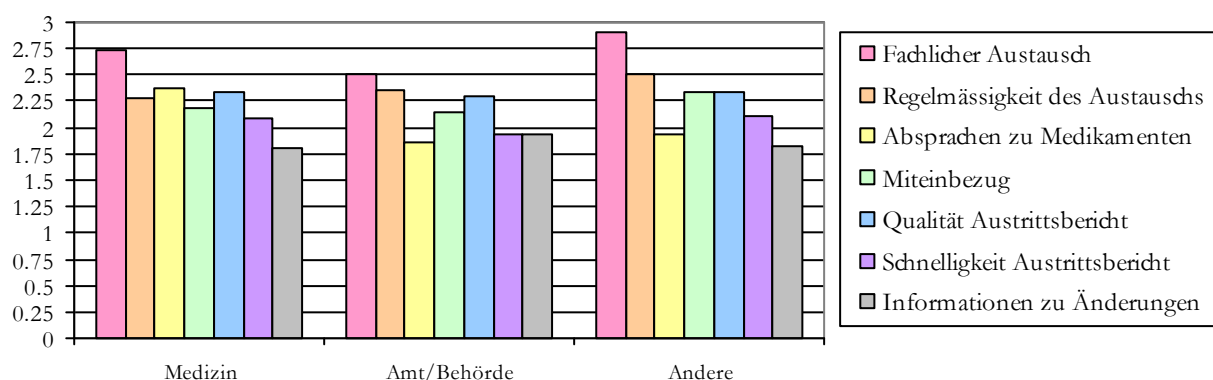


Abb. 10: Durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit nach Fachbereich; Anmerkung: Medizin n=47-48, Amt/Behörde n=14, Andere n=41-43

Abbildung 10 zeigt die durchschnittliche Wichtigkeit einzelner Elemente der Zusammenarbeit nach Fachbereich. Fachpersonen aus dem Bereich der Medizin bewerteten den fachlichen Austausch (2.73) als wichtigstes Element. Die Absprachen zu Medikamenten wurden durch-

schnittlich mit einem Wert von 3.38 beurteilt, die Qualität des Austrittsberichts mit 2.33, die Regelmässigkeit des Austauschs mit 2.27, der Miteinbezug bei Entscheidungen mit 2.19, die Schnelligkeit des Austrittsberichts mit 2.08 und die Informationen zu Änderungen im Betrieb mit 1.81. Auch die befragten Ämter und Behörden gaben als wichtigstes Element den fachlichen Austausch an (2.50). Darauf folgten die Regelmässigkeit des Austauschs (2.36) und die Qualität des Austrittsberichts (2.29). Die Schnelligkeit des Austrittsberichts und die Informationen über Änderungen lagen beide bei 1.93. Als am unwichtigsten beurteilten Ämter und Behörden die Absprachen zu Medikamenten (1.86). Die Gruppe „Andere“ bewertete den fachlichen Austausch mit 2.91 wie die anderen Gruppen ebenfalls am höchsten, wobei auch die Regelmässigkeit des Austauschs einen eher hohen Stellenwert hatte (2.51). Die Qualität des Austrittsberichts wurde mit einem Durchschnittswert von 2.34 bewertet, der Miteinbezug bei Entscheidungen mit 2.33. Die Bedeutungen der Faktoren Schnelligkeit des Austrittsberichts (2.10), Absprachen zu Medikamenten (1.93) und Informationen über Änderungen im Betrieb (1.83) lagen ungefähr zwischen weniger wichtig und wichtig.

5.2.5 Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit

Frage 16: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen

Tab. 7: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit	Minimum	Maximum
Generelle Zufriedenheit	3.71	1.00	5.00
Fachlicher Austausch	3.49	1.00	5.00
Regelmässigkeit des Austauschs	3.26	1.00	5.00
Absprachen zur medikamentösen Beh.	3.31	1.00	5.00
Miteinbezug bei Entscheidungen	3.25	1.00	5.00
Qualität des Austrittsberichts	3.65	1.00	5.00
Schnelligkeit des Austrittsberichts	3.36	1.00	5.00
Informationen über Änderungen im Betrieb	3.34	1.00	5.00

Anmerkung: n=85-104; Skala: 1=sehr unzufrieden, 2=unzufrieden, 3=weder noch, 4=zufrieden, 5=sehr zufrieden

Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zeigt Tabelle 7 auf. Die generelle Zufriedenheit wurde mit einem Wert von 3.71 beurteilt. In absteigender Reihenfolge folgten die Zufriedenheitswerte der Qualität des Austrittsberichts (3.65), des fachlichen Austauschs (3.49), der Schnelligkeit des Austrittsberichts (3.36), der Informationen über Änderungen im Betrieb (3.34), der Absprachen zur medikamentösen Behandlung (3.31) und der Regelmässigkeit des Austauschs (3.26). Am wenigsten zufrieden waren die Teilnehmenden mit ihrem Miteinbezug bei Entscheidungen (3.25). Insgesamt wurde jede Frage jeweils mit allen Antwortoptionen von 1 bis 5 beantwortet.

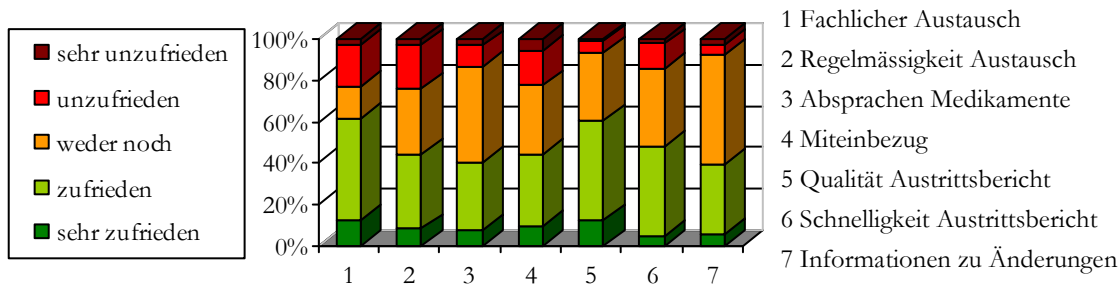


Abb. 11: Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit in Prozenten; Anmerkung: n=85-104

Die Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit geht aus Abbildung 11 hervor. Mit dem fachlichen Austausch zeigten sich 61.4% der Befragten (n=101) zufrieden, 22.8% waren unzufrieden. Weiter waren 44.3% der Teilnehmenden (n=97) mit der Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs zufrieden und 23.7% waren unzufrieden. Mit den Absprachen zur medikamentösen Behandlung waren 40.5% der Befragten (n=89) zufrieden, 13.5% waren unzufrieden. Mit dem Miteinbezug bei Entscheidungen zeigten sich 44.4% der teilnehmenden Zuweisenden (n=79) zufrieden und weitere 22.7% waren unzufrieden. Die Zufriedenheit mit der Qualität des Austrittsberichts verteilte sich wie folgt: 60.7% waren zufrieden (n=89), 6.7% zeigten sich unzufrieden. Mit der Schnelligkeit des Austrittsberichts waren 48.2% der Befragten (n=85) zufrieden und 14.2% waren unzufrieden. Mit den Informationen über Änderungen im Betrieb zeigten sich 39.6% der teilnehmenden Zuweisenden (n=91) zufrieden, 7.7% waren unzufrieden.

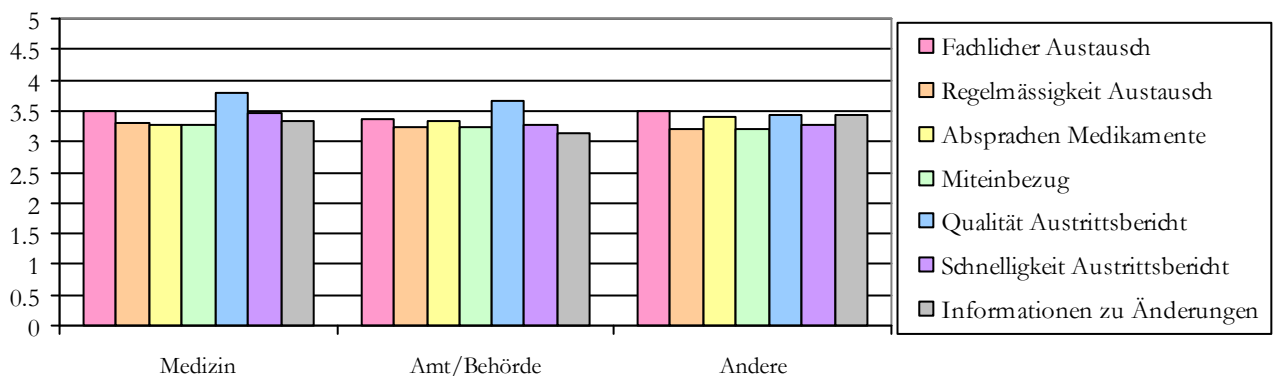


Abb. 12: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit nach Fachbereich; Anmerkung: Medizin n=42-46, Amt/Behörde n=11-13, Andere n=30-42

Abbildung 12 zeigt die Durchschnittszufriedenheit mit einzelnen Elementen der Zusammenarbeit nach Fachbereich. Für den Bereich Medizin lag die Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch bei 3.50, mit der Regelmässigkeit des Austauschs bei 3.31, mit den Absprachen zu Medikamenten bei 3.26, mit dem Miteinbezug bei Entscheidungen bei 3.28, mit der Qualität des Austrittsberichts bei 3.80, mit der Schnelligkeit des Austrittsberichts bei 3.45 und mit den Informationen zu Änderungen im Betrieb bei 3.33. Ämter und Behörden bewerteten den fachlichen Austausch mit 3.38, die Regelmässigkeit des Austauschs mit 3.25, die Absprachen zu Medikamenten mit 3.33, den Miteinbezug bei Entscheidungen mit 3.23, die Qualität des

Austrittsberichts mit 3.67, die Schnelligkeit des Austrittsberichts mit 3.27 und die Informationen zu Änderungen im Betrieb mit 3.15. Die Zufriedenheit der Gruppe „Andere“ lag beim fachlichen Austausch bei 3.50, bei der Regelmässigkeit des Austauschs bei 3.20, bei den Absprachen zu Medikamenten bei 3.39, beim Miteinbezug bei Entscheidungen bei 3.21, bei der Qualität des Austrittsberichts bei 3.44, bei der Schnelligkeit des Austrittsberichts bei 3.27 und bei den Informationen zu Änderungen im Betrieb bei 3.42.

5.2.6 Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis

Frage 14: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Aufnahmepraxis der KJPD St. Gallen (Zufriedenheit)

Tab. 8: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit	Minimum	Maximum
Generelle Zufriedenheit	3.75	1.00	5.00
Aufnahmepraxis bei Notfällen	3.54	1.00	5.00
Aufnahmepraxis bei ambulanter D./Th.	3.65	1.00	5.00
Wartezeiten	3.04	1.00	5.00
Flexibilität bei Terminvergaben	3.28	1.00	5.00
Erreichbarkeit der Fachperson	3.48	1.00	5.00

Anmerkung: n=91-102; Skala: 1=sehr unzufrieden, 2=unzufrieden, 3=weder noch, 4=zufrieden, 5=sehr zufrieden

Wie Tabelle 8 zeigt, betrug der Wert der generellen Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis 3.75 und tendierte damit gegen die Wertung „gut“. Die Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie wurde mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 3.65 bewertet. In absteigender Reihenfolge folgten die Zufriedenheitswerte der Aufnahmepraxis bei Notfällen (3.54), der Erreichbarkeit der Fachperson (3.48) und der Flexibilität bei Terminvergaben (3.28). Am unzufriedensten zeigten sich die Befragten mit den Wartezeiten (3.04). Insgesamt wurde jede Frage jeweils mit allen Antwortoptionen von 1 bis 5 beantwortet.

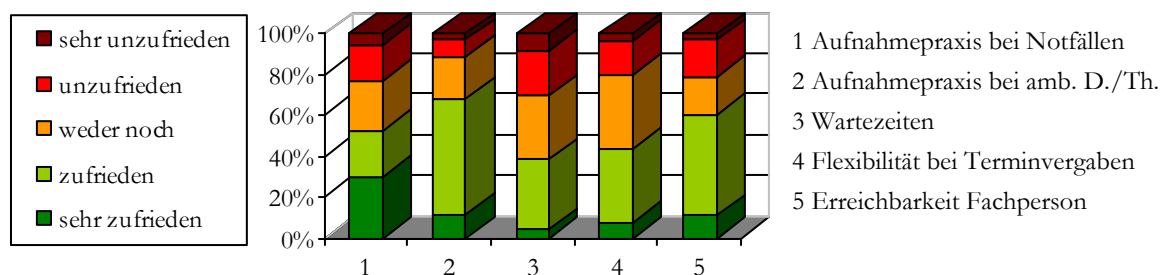


Abb. 13: Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis in Prozenten; Anmerkung: n=91-102

Die Verteilung der Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis geht aus Abbildung 13 hervor. Mit der Aufnahmepraxis bei Notfällen zeigten sich 52.8% der Befragten

(n=91) zufrieden, 23.1% waren unzufrieden. Weiter waren 68.0% der Teilnehmenden (n=97) mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik resp. Therapie zufrieden, 11.3% waren unzufrieden. Mit den Wartezeiten waren 38.3% der Befragten (n=99) zufrieden, 30.3% waren nicht zufrieden. Mit der Flexibilität bei Terminvergaben zeigten sich 43.6% der teilnehmenden Zuweisenden (n=94) zufrieden, 20.2% waren unzufrieden. Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Fachperson verteilte sich wie folgt: 60.4% waren zufrieden (n=101), 20.8% zeigten sich unzufrieden.

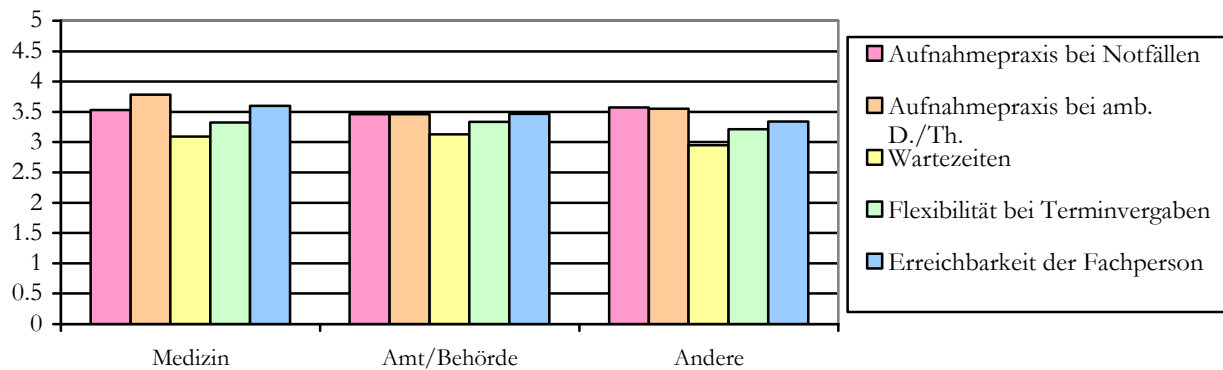


Abb. 14: Durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis nach Fachbereich; Anmerkung: Medizin n=41-46, Schulpsychologie n=7, Amt/Behörde n=13-15, Andere n=35-41

Abbildung 14 zeigt die durchschnittliche Zufriedenheit mit einzelnen Elementen der Aufnahmepraxis nach Fachbereich. Bei Fachpersonen aus dem Bereich Medizin lag die Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei Notfällen bei 3.53, mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie bei 3.78, mit den Wartezeiten bei 3.09, mit der Flexibilität bei Terminvergaben bei 3.32 und mit der Erreichbarkeit der Fachperson bei 3.60. Ämter und Behörden bewerteten ihre Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei Notfällen mit 3.46, mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie mit 3.46, mit den Wartezeiten mit 3.13, mit der Flexibilität bei Terminvergaben mit 3.33 und mit der Erreichbarkeit der Fachperson mit 3.47. Die Zufriedenheit der Gruppe „Andere“ lag bei der Aufnahmepraxis bei Notfällen bei 3.57, bei der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie bei 3.55, bei den Wartezeiten bei 2.95, bei der Flexibilität bei Terminvergaben bei 3.21 und bei der Erreichbarkeit der Fachperson bei 3.34.

5.3 Zusammenhänge

Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen den einzelnen Items der Zufriedenheit von Leistungsspektrum, Aufnahmepraxis und Zusammenarbeit und deren generellen Zufriedenheitswerten eruiert.

5.3.1 Leistungsspektrum

Die „Generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum“ (AV) wurde auf einen Zusammenhang mit den Items zur Zufriedenheit mit der Qualität der Diagnosen, der Qualität der Therapie, der Qualität der Gutachten, den fachspezifischen Fortbildungen, dem Berichtswesen und den Informationen zum Angebot überprüft (UV).

Tab. 9: Modellzusammenfassung und ANOVA Leistungsspektrum

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.786	.618	.566	.69791

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	34.726	6	5.788	11.882	.000
Residuen	21.431	44	.487		
Gesamt	56.157	50			

Die Testung der Nullhypothese für das gesamte Modell (Tabelle 9) hat ergeben, dass die Kombination der unabhängigen Variablen einen signifikanten Zusammenhang ($p=0.000$) mit der abhängigen Variable aufweist. Die Modellvarianz ist grösser als die Fehlervarianz: $F(6,44)=11.9$. Somit kann davon ausgegangen werden, dass mindestens ein Item mit der Dimension „Generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum“ korreliert. Die Frage zur generellen Zufriedenheit wurde von 102 Personen beantwortet. Die Stichprobengrösse ist mit $n \geq 50 + 8 \times UV$ ($102 \geq 50 + 8 \times 6 = 98$) somit erfüllt. Wie aus Tabelle 15 (Anhang E) ersichtlich wird, liegen weder Suppressionseffekte noch Multikollinearität vor.

Tab. 10: Koeffizienten Leistungsspektrum

Koeffizienten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	-.670	.668		-1.003	.322
Qualität der Diagnosen	.250	.170	.185	1.473	.148
Qualität der Therapie	.528	.181	.438	2.921	.005
Qualität der Gutachten	.142	.157	.101	.905	.370
Fachspezifische Fortbildungen	.055	.201	.034	.271	.788
Berichtswesen / fachlicher Austausch	.145	.151	.149	.964	.341
Informationen zum Angebot	.074	.173	.058	.430	.669

Die Analyse der einzelnen Items hat analog Tabelle 10 ergeben, dass die unabhängige Variable „Zufriedenheit mit der Qualität der Therapie“ einen signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Variable „Generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum“ aufweist (Beta=0.483, t(44)=2.9, p=0.005). Das bedeutet, dass die generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum massgeblich von der Zufriedenheit mit der Qualität der Therapie abhängt. Der Anteil erklärter Varianz (Tabelle 9) beträgt 56.6% (korrigiertes R-Quadrat=0.566). Die Effektstärke ist gross.

5.3.2 Zusammenarbeit

Für die Beschreibung der „Generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit“ (AV) wurde eine Regressionsanalyse mit den Items zur Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch, Zufriedenheit mit der Regelmässigkeit des Austauschs, Zufriedenheit mit den Absprachen zur medikamentösen Behandlung, Zufriedenheit mit dem Miteinbezug bei Entscheidungen, Zufriedenheit mit der Qualität und der Schnelligkeit des Austrittsberichts und Zufriedenheit mit den Informationen über Änderungen im Betrieb (UV) durchgeführt.

Tab. 11: Modellzusammenfassung und ANOVA Zusammenarbeit

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.828	.686	.660	.62344

ANOVA

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	61.104	6	10.184	26.202	.000
	Residuen	27.984	72	.389		
	Gesamt	89.089	78			

Die Testung der Nullhypothese für das gesamte Modell (Tabelle 11) hat ergeben, dass die Kombination der unabhängigen Variablen einen signifikanten Zusammenhang (p=0.000) mit der abhängigen Variable aufweist. Die Modellvarianz ist grösser als die Fehlervarianz: F(6,72)=26.2. Somit kann davon ausgegangen werden, dass mindestens ein Item mit der Dimension „Generelle Zufriedenheit“ korreliert. Die Frage zur generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit wurde von 104 Personen beantwortet. Die Stichprobengrösse ist mit $n \geq 50 + 8 \times UV$ ($104 \geq 50 + 8 \times 4 = 82$) erfüllt. Wie aus der Tabelle 16 (Anhang E) ersichtlich wird, liegt eine Multikollinearität vor. Die Variable „Zufriedenheit mit der Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs“ korreliert mit der Variable „Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch“ (r=0.80). Aus diesem Grund wurde die Variable „Zufriedenheit mit der Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs“ entfernt. Suppressionseffekte liegen nicht vor.

Tab. 12: Koeffizienten Zusammenarbeit**Koeffizienten**

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	.802	.414		1.938	.057
Fachlicher Austausch	.572	.111	.548	5.168	.000
Abreden zu Medikamenten	.020	.139	.017	.146	.884
Miteinbezug bei Entscheidungen	.357	.122	.345	2.936	.004
Qualität des Austrittsberichts	-.145	.126	-.109	-1.150	.254
Schnelligkeit des Austrittsberichts	.166	.123	.134	1.353	.180
Informationen über Änderungen im Betrieb	-.106	.117	-.075	-.906	.368

Die Analyse der einzelnen Items hat analog Tabelle 12 ergeben, dass die unabhängige Variable „Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch über KlientInnen/PatientInnen“ einen signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Variable „Generelle Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit“ aufweist (Beta=0.548, $t(72)=5.2$, $p=0.000$). Die Variable „Zufriedenheit mit dem Miteinbezug bei Entscheidungen“ weist ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zu abhängigen Variable auf (Beta=0.345, $t(72)=2.9$, $p=0.004$), wobei erstere jedoch einen höheren Beitrag zur Erklärung der abhängigen Variable leistet. Das bedeutet, dass die generelle Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit massgeblich von der Zufriedenheit mit dem Miteinbezug bei Entscheidungen und von der Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch abhängt. Der Anteil erklärter Varianz (Tabelle 11) beträgt 66.0% (korrigiertes R-Quadrat=0.660). Die Effektstärke ist gross.

5.3.3 Aufnahmepraxis

Um zu evaluieren, welche Variablen als Prädiktoren für die „Generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis“ (AV) bezeichnet werden können, wurde eine Regressionsanalyse mit den Items der Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei Notfällen und bei ambulanter Diagnostik/Therapie, der Zufriedenheit mit den Wartezeiten, der Zufriedenheit mit der Flexibilität bei Terminvergaben und mit der Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Fachpersonen (UV) durchgeführt.

Tab. 13: Modellzusammenfassung und ANOVA Aufnahmepraxis**Modellzusammenfassung**

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	.829	.687	.667	.54816

ANOVA

Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1 Regression	50.188	5	10.038	33.405	.000
Residuen	22.837	76	.300		

Die Testung der Nullhypothese für das gesamte Modell (Tabelle 13) hat ergeben, dass die Kombination der unabhängigen Variablen einen signifikanten Zusammenhang ($p=0.000$) mit der abhängigen Variable aufweist. Die Modellvarianz ist grösser als die Fehlervarianz: $F(5,76)=32.4$. Somit kann davon ausgegangen werden, dass mindestens ein Item mit der Dimension „Generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis“ korreliert. Die Frage zur generellen Zufriedenheit wurde von 102 Personen beantwortet. Die Stichprobengrösse ist mit $n \geq 50 + 8 \times UV$ ($102 \geq 50 + 8 \times 5 = 90$) somit erfüllt. Wie aus der Tabelle 17 (Anhang E) ersichtlich wird, liegen weder Suppressionseffekte noch Multikollinearität vor.

Tab. 14: Koeffizienten Aufnahmepraxis

Koeffizienten

Modell	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1 (Konstante)	.409	.270		1.519	.133
Aufnahmepraxis bei Notfällen	.120	.072	.153	1.661	.101
Aufn. bei amb. Diagn./Therap.	.289	.094	.267	3.081	.003
Wartezeiten	.167	.102	.172	1.634	.106
Flexibilität bei Terminvergaben	.025	.112	.024	.222	.825
Erreichbarkeit der Fachperson	.356	.082	.391	4.321	.000

Die Analyse der einzelnen Items (Tabelle 12) hat ergeben, dass die unabhängigen Variablen „Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie“ und „Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Fachperson“ einen signifikanten Zusammenhang mit der abhängigen Variable „Generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis“ aufweisen (Beta=0.267, $t(76)=3.1$, $p=0.003$ und Beta=0.391, $t(76)=4.3$, $p=0.000$), wobei die Erreichbarkeit der Fachperson den grösseren Beitrag leistet. Das bedeutet, dass die generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis massgeblich von der Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie und von der Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Fachperson abhängt. Der Anteil erklärter Varianz (Tabelle 13) beträgt 66.7% (korrigiertes R-Quadrat=0.667). Die Effektstärke ist gross.

6 Diskussion

Im vorliegenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen und die empirischen Ergebnisse zusammengefasst. Daraus ergeben sich die Beantwortung der Fragestellungen und eine kritische Beleuchtung der Erkenntnisse. Zudem wird ein Fazit gezogen, in dem weiterführende Gedanken festgehalten werden und aus dem praxisnahe Interventionen für die KJPD St. Gallen abgeleitet werden können.

6.1 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich über die letzten 80 Jahre in der Schweiz als eigenes Fachgebiet entwickelt (Zollinger, 2011) und befasst sich mit der Behandlung, der Prävention und der Rehabilitation psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (Bundesärztekammer 1992; zit. nach Herpertz-Dahlmann, Resch, Schule-Markwort & Warnke, 2008). Um dem Versorgungsanspruch gerecht zu werden, stehen verschiedene Versorgungsstrukturen zur Verfügung, die von ambulanten über stationäre bis hin zu rehabilitativen Angeboten reichen (Rössler, 2008). In der Schweiz kann grundsätzlich von einer ausreichenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gesprochen werden, auch wenn in einigen Bereichen und Regionen Ausbaubedarf besteht. So verfügt zwar heute fast jeder Kanton über einen eigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst, in dem umfassende ambulante und teilstationäre Behandlungen angeboten werden und der Anlaufstelle für eine Vielzahl psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter ist (Haemmerle, 2007), die Verteilung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater gestaltet sich jedoch sehr uneinheitlich (Zollinger, 2011). Handlungsbedarf besteht auch im stationären Bereich (Felder, 2011; zit. nach Zollinger, 2011) und in der Versorgung suchtkranker, delinquenten und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher, bei denen eine psychiatrische Störung diagnostiziert wurde. Weitere Herausforderungen bestehen in der Dezentralisierung, die der integrierten Versorgung bei mangelhafter Vernetzung entgegenläuft, in der verspäteten oder seltenen Weiterverweisung von Patientinnen und Patienten durch grundversorgende Einrichtungen (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2005) und in der unterschiedlichen Wahrnehmung psychischer Erkrankungen durch die Patientinnen und Patienten selbst (Käppler, 2006). Aufnehmende Institutionen führen zudem meist Wartelisten und es kann oftmals bis zu 3 Monate dauern, bis ein Kind oder eine Jugendliche resp. ein Jugendlicher platziert werden kann (Haemmerle, 2007). Eine Institution, die sich mit den Herausforderungen in der Versorgungslandschaft konfrontiert sieht, sind die KJPD St. Gallen, die jährlich rund 2'000 Kinder und Jugendliche betreuen (Jahresbericht KJPD St. Gallen 2010). Grundsätzlich werden Kinder und Jugendliche im Alter von 0 - 18 Jahren aufgenommen, wobei einige auch auf eigenen Wunsch über die Erreichung der Volljährigkeit hinaus weiter betreut werden (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011). Der Aufnahmeprozess folgt dabei einem vorgegebenen Schema. Nebst Eltern und urteilsfähigen Jugendlichen selbst können verschiedene Stellen als Zuweisende auftreten, darunter beispielsweise Hausärztinnen und Hausärzte, Spitäler, schul-

psychologische Dienste, Pflegeeltern und Heimleitungen. Die Zuweisung ist dabei allerdings nur im Einverständnis mit den Eltern möglich. Ohne Einwilligung der Eltern sind nur vormundschaftliche Organe wie Beistand, Vormund und vormundschaftliche Behörden zur Zuweisung berechtigt (Bindernagel et. al, 2008), sowie die Jugendanwaltschaft und das Untersuchungsrichteramt (Erb, 2011).

In der Kooperation mit den Zuweisenden spielt unter anderem deren Zufriedenheit eine entscheidende Rolle (Bielinski, 2008). Diese leiten nicht nur die Patientenströme und sind somit für den wirtschaftlichen Erfolg und die Leistungsstruktur einer aufnehmenden Institution mitverantwortlich, sondern sie prägen deren Ruf zudem nachhaltig (Thill, 2011). Weiter gelangen Patientinnen und Patienten von zufriedenen Zuweisenden meist rascher in therapeutische Behandlung, worin ein wichtiger präventiver Faktor für den weiteren Verlauf der Erkrankung liegt (Sievers, 2002). Eine gute Kooperation mit zufriedenen Zuweisenden ist somit ein förderlicher Aspekt für die integrierte Versorgung (Bielinski, 2008). Abhängig ist die Zufriedenheit der Zuweisenden einerseits von der Qualität der Leistungen und der fachlichen Kompetenz der Institution (Beumers & Borges, 1997; Thill, 2011), andererseits aber auch von der transparenten Kommunikation, deren gesetzliche Schranken durch die Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten beseitigt werden können (Enz Kuhn, 2011). Ein weiteres Anliegen vieler Zuweisender ist die umfassende Information über Leistungsangebote, Erreichbarkeit, Qualifikationen der Mitarbeitenden etc. (Borges, 2003). In diesem Zusammenhang kann es für die Beziehung zu den Zuweisenden förderlich sein, diese unter dem Kundenaspekt zu betrachten. Als strategisches Instrument für die Einnahme dieser Perspektive bietet sich die Befragung der Zuweisenden in Bezug auf ihre Zufriedenheit an. Dadurch kann eine befragende Institution nicht nur Erkenntnisse im Rahmen einer Standortbestimmung zu eigenen Prozessen und Leistungsangeboten generieren, den Zuweisenden wird zugleich der Stellenwert ihrer Meinung kommuniziert, was bereits eine Intervention für eine erfolgreiche Kooperation darstellt (Messner & Zinn, 2004).

6.2 Zusammenfassung der empirischen Grundlagen

Die KJPD St. Gallen betreuen im Auftrag der Kantone St. Gallen, Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden jährlich rund 2'000 Kinder und Jugendliche (Jahresbericht KJPD St. Gallen 2010). Die Institution verfügt über ein breites Leistungsangebot an psychiatrischen, psychotherapeutischen und beratenden Diensten (Hauser, 2007), darunter Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, Kurzinterventionen, Entwicklungsbegleitung und Elternarbeit (Bindernagel et. al, 2008), erstellt Gutachten im Auftrag von Ämtern und Behörden (Angabe auf der Homepage der KJPD St. Gallen, 2001) und stellt Aus- und Weiterbildungsplätze für Fachpersonen zur Verfügung (Jahresbericht KJPD St. Gallen 2010). Die KJPD St. Gallen sind damit Anlaufstelle für Problemstellungen im Kindes- und Jugendalter jeglicher Art (Erb, persönliche Mitteilung, 14. November 2011). Am häufigsten werden Kin-

der und Jugendliche mit Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend behandelt (Jahresbericht KJPD St. Gallen 2010), darunter unter anderem hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen des Kindesalters und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit (Dilling et. al, 2010). Eine weitere grosse Gruppe der in den KJPD St. Gallen betreuten Kindern und Jugendlichen weisen eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung auf (Jahresbericht KJPD St. Gallen 2010). Dazu gehören phobische Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie dissoziative und somatoforme Störungen (Dilling et. al, 2010). Die KJPD St. Gallen sehen sich in enger Zusammenarbeit mit den anmeldenden Stellen und sind sich der Bedeutung der gelungenen Vernetzung und Kooperation mit diesen bewusst. Gerade die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Gebiet, in dem verschiedene Schnittstellen zu anderen Disziplinen bestehen, wobei der umfassende Betreuungsanspruch von einem Dienst allein nicht abgedeckt werden kann (Erb, 2008).

Für die KJPD St. Gallen wurde im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit eine explorative Evaluation der Zufriedenheit der Zuweisenden durchgeführt. Leitend waren dabei die Fragestellungen nach der Zufriedenheit mit einzelnen Teilbereichen des Leistungsspektrums, der Aufnahmepraxis und der Zusammenarbeit. Zusätzlich wurde nach der Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Dienstleistungen und Elemente der Zusammenarbeit gefragt. Ziel war es, die Zufriedenheit und die dafür relevanten Faktoren zu analysieren und bestehendes Optimierungspotenzial zu identifizieren. Die Erhebung der Daten erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, der in 18 Fragen gegliedert war und an 325 Zuweisende resp. potenzielle Zuweisende versendet wurde. Bei einer Rücklaufquote von 34.2% resultierte ein Datenvolumen von 111 retournierten Fragebogen. 98 (88.3%) davon gelangten per Post an die ZHAW, 13 (11.7%) wurden online ausgefüllt. Als Vorbereitung für die Auswertung wurde ein Codeplan erstellt, der insgesamt 63 Variablen beinhaltet, die in die SPSS-Maske übernommen wurden. Für die statistische Auswertung wurde einerseits die Darstellung der Häufigkeiten gewählt. Darin enthalten waren durchschnittliche Zufriedenheits- und Wichtigkeitswerte, die jeweiligen Spannweiten, die Verteilung der Werte generell und die Verteilung der Wichtigkeit und der Zufriedenheit nach Fachbereich der Antwortenden anhand von Diagrammen. Weiter kam die Methode der multiplen Regression zur Anwendung. Mit Hilfe dieses Verfahrens wurden Zusammenhänge zwischen einzelnen Zufriedenheitsfaktoren und den Gesamtwerten der Bereiche Leistungsspektrum, Aufnahmepraxis und Zusammenarbeit berechnet.

6.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Von den Teilnehmenden (n=111) liessen sich 46.9% medizinischen Fachbereichen zuordnen, 13.5% der Teilnehmenden waren Ämter resp. Behörden und weitere 39.6% zählten zu der Gruppe „Andere“. Die folgenden Prozentangaben wurden auf 5% genau gerundet: 75% der Teilnehmenden wiesen den KJPD St. Gallen jährlich 1-10 Kinder und Jugendliche zu. Die

häufigsten Gründe waren dabei Verdacht auf hyperkinetische Störungen oder nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten (je 20 Nennungen). 70% der Teilnehmenden waren mit dem Leistungsspektrum generell zufrieden, 15% waren unzufrieden. Mit der Zusammenarbeit generell waren 70% zufrieden, 15% waren unzufrieden. Mit der Aufnahmepraxis generell zeigten sich 75% zufrieden, 10% waren unzufrieden. Daraus lässt sich schliessen, dass die Zuweisenden der KJPD St. Gallen mit der Aufnahmepraxis generell am zufriedensten und mit der Zusammenarbeit generell am unzufriedensten waren. Aufgeschlüsselt nach Fachgruppen wurde aus den Daten ersichtlich, dass 80% der medizinisch tätigen Zuweisenden mit Leistungsspektrum und Aufnahmepraxis und 75% dieser Fachgruppe mit der Zusammenarbeit generell zufrieden waren. 10% waren mit dem Leistungsspektrum und der Zusammenarbeit generell unzufrieden, 15% zeigten sich mit der Aufnahmepraxis generell unzufrieden. Von den befragten Ämtern und Behörden waren 50% mit dem Leistungsspektrum und 55% mit der Zusammenarbeit zufrieden, bei der Aufnahmepraxis waren dies sogar 65%. Dagegen zeigten sich 5% mit der Aufnahmepraxis unzufrieden, für Leistungsspektrum und Zusammenarbeit waren dies je 35%. Für die Gruppe „Andere“ ergab sich ein Prozentsatz von 65-70%, der mit den drei Leistungsbereichen zufrieden war. Mit dem Leistungsspektrum generell waren 10%, mit der Zusammenarbeit generell 15% und mit der Aufnahmepraxis generell 10% unzufrieden.

In Bezug auf die Teilelemente des Leistungsspektrums wurde das therapeutische Angebot von 95% der Teilnehmenden als wichtig oder sehr wichtig bewertet (Durchschnittswert: 2.71), das diagnostische Angebot zu 95% (Durchschnittswert: 2.53). Weitere 90% beurteilten das Berichtswesen als wichtig oder sehr wichtig (Durchschnittswert: 2.33). Daraus kann gefolgert werden, dass gerade bei diesen drei Teilbereichen auf die Zufriedenheit geachtet werden muss. Mit dem therapeutischen Angebot zeigten sich 70% zufrieden (Durchschnittswert: 3.76) und mit dem diagnostischen Angebot 80% (Durchschnittswert: 3.88), was allgemein als positiv zu betrachten ist. Mit dem Berichtswesen resp. dem fachlichen Austausch zeigten sich lediglich 50% zufrieden, 25% hingegen waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.31). Daraus wird ersichtlich, dass in diesem Bereich Nachholbedarf besteht. Analysiert man die durchschnittlichen Wichtigkeitswerte der aufgeschlüsselten Gruppen, ergibt sich auch hier das therapeutische Angebot als wichtigstes Teilgebiet des Leistungsspektrums (Medizin 2.73; Amt/Behörde 2.64; Andere 2.72). Von allen Fachbereichen (Medizin 2.46; Amt/Behörde 2.36; „Andere“ 2.67) wurde das diagnostische Angebot als zweitwichtigstes Element genannt. Die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot war bei den medizinischen Fachpersonen am höchsten (3.86). Darauf folgten in absteigender Reihenfolge die Zufriedenheitswerte der Gruppen "Andere" (3.71) und Amt/Behörde (3.57).

Bei der Analyse der Bewertungen einzelner Elemente der Zusammenarbeit bewerteten 100% der Antwortenden den fachlichen Austausch als wichtig oder sehr wichtig (Durchschnittswert: 2.78), 90% beurteilten die Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs als wichtig oder sehr wichtig (Durchschnittswert: 2.38), weitere 90% bewerteten die Qualität des Austrittsberichts

als wichtig oder sehr wichtig (Durchschnittswert: 2.33) und 85% empfanden den Miteinbezug bei Entscheidungen als wichtig oder sehr wichtig (Durchschnittswert: 2.24). Die Qualität des Austrittsberichts wurde von 60% als zufriedenstellend bewertet, nur 5% waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.65), was generell als gut beurteilt werden kann. Der fachliche Austausch wurde von 60% als zufriedenstellend beurteilt, 25% waren hingegen unzufrieden (Durchschnittswert: 3.49). Die Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs (Durchschnittswert: 3.26) und der Miteinbezug bei Entscheidungen (Durchschnittswert: 3.25) wurden zu je 25% als unzufriedenstellend bewertet und zu je 45% als zufriedenstellend. In diesen drei Teilbereichen der Zusammenarbeit besteht offensichtlich Optimierungspotenzial. Als wichtigstes Element der Zusammenarbeit wurde auch von allen Gruppen jeweils der fachliche Austausch genannt (Medizin 2.73; Amt/Behörde 2.50; Andere 2.91). Als zweitwichtigstes Element galten für die medizinisch tätigen Befragten die Absprachen zur medikamentösen Behandlung (3.38), für Ämter/Behörden (2.36) und die Gruppe "Andere" (2.51) die Regelmässigkeit des Austauschs. Am zufriedensten mit dem fachlichen Austausch zeigten sich die Gruppen "Andere" (3.50) und Medizin (3.50). Darauf folgte der Bereich „Amt/Behörde“ (3.38).

Bei der Aufnahmepraxis wurde im Vorfeld der Befragung von einer allgemeinen Wichtigkeit der einzelnen Teilbereiche ausgegangen. Aus diesem Grund wurden hierbei nur die Zufriedenheitswerte erfragt. Die Bewertung der Wartezeiten erhielt die tiefsten Werte: 40% zeigten sich zufrieden und 30% waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.04). Mit der Aufnahmepraxis bei Notfällen zeigten sich 55% zufrieden, 25% hingegen waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.54). Die Flexibilität bei Terminvergaben wurde von 45% als zufriedenstellend bewertet, 20% waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.28). Mit der Erreichbarkeit der Fachperson zeigten sich 60% zufrieden, 20% hingegen waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.48). So sollte zukünftig vor allem auf diese Teilbereiche geachtet werden. Die Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie wurde am positivsten bewertet: 70% waren zufrieden und nur 10% waren unzufrieden (Durchschnittswert: 3.65). Die Fachgruppen „Medizin“ (3.78) und „Amt/Behörde“ (3.46) zeigten sich mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie am zufriedensten, die Gruppe „Andere“ wies die höchste Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei Notfällen (3.57) auf. Am unzufriedensten waren alle drei Gruppen mit den Wartezeiten (Medizin 3.09; Amt/Behörde 3.13; Andere 2.95).

Bei der Analyse der statistischen Zusammenhänge ergab sich die Qualität der Therapie als signifikanter Prädiktor für die generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum. Dieser wurde bereits in der Auswertung der Wichtigkeit als höchster Faktor bewertet. Bei der Analyse der generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ergaben der fachliche Austausch und der Miteinbezug bei Entscheidungen signifikante Ergebnisse. Die Wichtigkeit des fachlichen Austauschs wurde von 100% der Befragten bestätigt, weitere 85% beurteilten den Miteinbezug bei Entscheidungen als wichtig oder sehr wichtig. Für die generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis ergaben sich signifikante Zusammenhänge mit den Prädiktoren „Aufnahme-

praxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie“ und „Erreichbarkeit der Fachperson“. Das heisst, je zufriedener die Zuweisenden mit den genannten Elementen waren, umso höher war deren Zufriedenheit generell mit Leistungsspektrum, Zusammenarbeit und Aufnahmepraxis.

6.4 Beantwortung der Fragstellungen

Wie zufrieden sind die zuweisenden Stellen resp. Personen mit dem Leistungsangebot, der Zusammenarbeit und den Aufnahmeprozessen der KJPD St. Gallen und was ist ihnen dabei wichtig?

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Zuweisenden mit dem Leistungsangebot, der Zusammenarbeit und der Aufnahmepraxis der KJPD St. Gallen allgemein zufrieden sind. In Bezug auf die generelle Zufriedenheit wurden das Leistungsspektrum von 70%, die Zusammenarbeit ebenfalls von 70% und die Aufnahmepraxis von 75% der Befragten positiv bewertet (Negative Bewertungen: Leistungsspektrum 15%, Zusammenarbeit 15% und Aufnahmepraxis 10%). Als wichtigste Elemente des Leistungsspektrums hoben sich das therapeutische und das diagnostische Angebot hervor, die einen durchschnittlichen Wert von 2.71 resp. 2.53 erreichten (Therapeutisches Angebot: 95% wichtig oder sehr wichtig, 5% weniger wichtig; Diagnostisches Angebot: 95% wichtig oder sehr wichtig, 5% weniger wichtig). Die Qualität der Therapie erreichte dabei einen durchschnittlichen Zufriedenheitswert von 3.76, die Qualität der Diagnosen einen von 3.88 (Qualität der Therapie: 70% positive Bewertungen, 5% negative Bewertungen; Qualität der Diagnosen: 80% positive Bewertungen, 5% negative Bewertungen). Die wichtigsten Faktoren der Zusammenarbeit bildeten der fachliche Austausch mit 2.78 und die Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs mit einem Durchschnittswert von 2.38 (Fachlicher Austausch: 100% wichtig oder sehr wichtig; Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs: 90% wichtig oder sehr wichtig, 10% weniger wichtig). Die Zufriedenheitswerte lagen durchschnittlich für den fachlichen Austausch bei 3.49 und für die Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs bei 3.26 (Fachlicher Austausch: 60% positive Bewertungen, 25% negative Bewertungen; Regelmässigkeit des Austauschs: 45% positive Bewertungen, 25% negative Bewertungen). Die höchsten durchschnittlichen Zufriedenheitswerte unter den Elementen der Aufnahmepraxis erreichten die Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie mit einem Wert von 3.65 und die Aufnahmepraxis bei Notfällen mit einem Wert von 3.54 (Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie: 70% positive Bewertungen, 10% negative Bewertungen; Aufnahmepraxis bei Notfällen: 55% positive Bewertungen, 25% negative Bewertungen).

Am unwichtigsten unter den Teilbereichen des Leistungsspektrum schienen die fachspezifischen Fortbildungen mit einem Wert von 1.68 (40% weniger wichtig, 50% wichtig und 10% sehr wichtig) und die Gutachtenerstellung mit einem Wert von 1.70 (50% weniger wichtig, 30% wichtig und 20% sehr wichtig). Bei der Zusammenarbeit waren dies die Informationen über Änderungen im Betrieb mit einem Wert von 1.84 (35% weniger wichtig, 50% wichtig

und 15% sehr wichtig) und die Schnelligkeit des Austrittsberichts mit einem Wert von 2.07 (20% weniger wichtig, 50% wichtig und 30% sehr wichtig).

Die tiefsten Durchschnittswerte bei der Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum erreichten das Berichtswesen mit einem Wert von 3.31 (50% positive Bewertungen, 25% negative Bewertungen) und die Informationen zum Angebot mit einem Wert von 3.49 (55% positive Bewertungen, 10% negative Bewertungen). Bei der Zusammenarbeit fielen die tiefsten Werte auf den Miteinbezug bei Entscheidungen mit einem Wert von 3.25 (45% positive Bewertungen, 25% negative Bewertungen) und die Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs mit einem Wert von 3.26 (45% positive Bewertungen, 25% negative Bewertungen). In Bezug auf die Aufnahmepraxis erreichten die Wartezeiten mit einem Wert von 3.04 (40% positive Bewertungen, 30% negative Bewertungen) und die Flexibilität bei Terminvergaben mit einem Wert von 3.28 (45% positive Bewertungen, 20% negative Bewertungen) die tiefsten Zufriedenheitsbeurteilungen.

Mit welchen Faktoren hängt die Zufriedenheit der Zuweisenden zusammen?

Die generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem Teilbereich "Qualität der Therapie" auf. Je zufriedener die Zuweisenden mit der Qualität der Therapie waren, umso zufriedener waren diese auch mit dem Leistungsspektrum generell. Für die generelle Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit sind die Prädiktoren "Fachlicher Austausch" und "Miteinbezug bei Entscheidungen" signifikant. So sind diese beiden Elemente offensichtlich zentrale Bestandteile einer guten Zusammenarbeit. Die generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis hängt eng mit der Zufriedenheit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie und der Erreichbarkeit der Fachperson zusammen, was die Bedeutung dieser zwei Bereiche betont.

In welchen Bereichen liegt Optimierungspotenzial?

Optimierungspotenzial liegt primär in den Bereichen, in denen eine hohe Wichtigkeit bei gleichzeitig hoher Unzufriedenheit vorliegt, ohne dabei die anderen Bereiche vernachlässigen zu wollen. In Bezug auf das Leistungsspektrum liegt in der Gestaltung des Berichtswesens resp. des fachlichen Austauschs Optimierungspotenzial. 90% der Teilnehmenden beurteilten diesen Teilbereich als wichtig oder sehr wichtig, wobei aber 25% damit unzufrieden waren. Bei der Zusammenarbeit fielen der fachliche Austausch, die Regelmässigkeit des Austauschs und der Miteinbezug bei Entscheidungen durch die Kombination hoher Wichtigkeits- und Unzufriedenheitswerte auf. Die Wichtigkeit dieser drei Variablen wurde von 85-100% der Zuweisenden als wichtig oder sehr wichtig eingestuft. Je 25% der Teilnehmenden waren mit diesen drei Teilbereichen jedoch unzufrieden. Vor allem im Hinblick auf den signifikanten Zusammenhang mit der generellen Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit, ist auf die Bereiche „Fachlicher Austausch“ und „Miteinbezug bei Entscheidungen“ zu achten. Bei der Aufnahmepraxis wurden die folgenden Teilbereiche mit hohen Unzufriedenheitswerten beurteilt: Wartezeiten

(30% negative Bewertungen), Aufnahmepraxis bei Notfällen (25% negative Bewertungen), Flexibilität bei Terminvergaben (20% negative Bewertungen) und Erreichbarkeit der Fachperson (20% negative Bewertungen). Vor allem die Erreichbarkeit der Fachperson ist insofern ein wichtiger Faktor, als dass dieser einen signifikanten Zusammenhang mit der generellen Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis aufweist.

6.5 Kritische Stellungnahme

Inhaltlich gestaltete es sich bei der vorliegenden Arbeit als Herausforderung, Zahlen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage in der Schweiz zu recherchieren. Die fehlenden Erhebungen stellen ein wissenschaftliches Defizit im schweizerischen Gesundheitswesen dar. In Bezug auf die Zufriedenheit der Zuweisenden konnten weiter keine veröffentlichten Studien von Institutionen, die bereits Befragungen in einem ähnlichen Rahmen durchgeführt haben, ausfindig gemacht werden, was hilfreiche Anhaltspunkte für ein optimales Vorgehen hätte liefern können. In diesem Zusammenhang bestehen ausserdem keine Richtlinien zur standardisierten Beurteilung evaluierter Werte, etwa in Form eines Indexes, was die Aussagekraft der Ergebnisse schmälert. Schliesslich ist noch zu bemängeln, dass in Fachartikeln zur Zufriedenheit der Zuweisenden zwar die Bedeutung der Leistungsqualität und der Kommunikation mit den Zuweisenden betont wird, die Prozesse der Aufnahmepraxis aber weitgehend vernachlässigt werden. Die Wichtigkeit der erwähnten fachspezifischen Information hingegen wird von den vorliegenden Untersuchungen nicht bestätigt. Bedenkt man den hohen Stellenwert der Zufriedenheit der Zuweisenden, wäre es für die aufnehmenden Institutionen im schweizerischen Gesundheitswesen von Vorteil, es würde intensiver zu diesem Thema geforscht.

In Bezug auf das methodische Vorgehen steht vor allem die Gestaltung des Fragebogens im Zentrum der kritischen Reflexion. Die Wahl der fünfstufigen Skala bedeutete die Auswahlmöglichkeit der Mitte, resp. die Möglichkeit, sich nicht für einen Wert entscheiden zu müssen. Dies kann nach Raab-Steiner und Benesch (2010) möglicherweise einen unerwünschten Einfluss auf den Informationsgehalt nehmen, da damit unter anderem eine Antwortverweigerung ausgedrückt werden könnte. In der vorliegenden Evaluation hatte die Skala jedoch keinen negativen Effekt, was sich darin zeigt, dass sich der Grossteil der Zuweisenden für positive Bewertungen entschieden hat. Bei der Skalierung der Antwortmöglichkeiten zur Wichtigkeit ergab sich der Kritikpunkt, dass keine realistischen Gegenpole gebildet wurden (weniger wichtig - wichtig - sehr wichtig) und damit keine ausreichende Differenzierung der Antworttendenz möglich war. Weiter bestand bei der Skalierung für die Beurteilung von Fachkompetenz und Organisation und Vernetzung der KJPD St. Gallen ein Ungleichgewicht in der Anzahl der positiven und negativen Antwortoptionen (sehr gut - gut - zufriedenstellend - ungenügend). Grundsätzlich lässt sich nach Raab-Steiner und Benesch (2010) am verbalen Rating bemängeln, dass eine eindeutige Rangfolge gebildet werden muss, bei denen die Abstufungen gleich

sind. Dies ist vor allem bei den Zufriedenheits-Skalierungen „sehr unzufrieden - unzufrieden - weder noch - zufrieden - sehr zufrieden“ gelungen. Eine weitere Schwierigkeit des Fragebogens war die Tendenz einzelner Teilnehmenden, mehrere Felder einer Skala anzukreuzen. Es empfahl sich die pragmatische Lösung, den jeweils vorteilhafteren Wert in die Berechnungen einzubeziehen. Bezogen auf ein solches Antwortverhalten, liegt ein grosser Vorteil in der onlinebasierten Befragung, bei der nur eine Antwort angekreuzt werden kann. Ein weiteres, differenziert zu betrachtendes methodisches Element ist die multiple Regressionsanalyse. Hierbei ist es die Stichprobengrösse, die einen ungünstigen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen konnte. In einer ersten Untersuchung mit einer Stichprobengrösse von $n=93$ ergab sich für die „Generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis“ eine Signifikanz für den Prädiktor „Wartezeiten“. Bei einer Stichprobengrösse von $n=111$ ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable und den Prädiktoren „Erreichbarkeit der Fachperson“ und „Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie“. Für die „Generelle Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit“ ergab sich bei einer Stichprobengrösse von $n=93$ eine Multikollinearität zwischen den Faktoren „Zufriedenheit mit der Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs“ und „Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch“ und zwischen der „Zufriedenheit mit der Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs“ und der „Zufriedenheit mit den Absprachen zur medikamentösen Behandlung“. Bei einer Stichprobengrösse von $n=111$ ergab sich lediglich eine Multikollinearität zwischen den Faktoren „Zufriedenheit mit der Regelmässigkeit des fachlichen Austauschs“ und „Zufriedenheit mit dem fachlichen Austausch“. Diese Erkenntnisse lassen auf eine elastische Reaktion der statistischen Ergebnisse auf eine nur geringe Anpassung der Stichprobengrösse schliessen, was Zweifel an der Aussagekraft der Untersuchungen zur Folge hat.

6.6 Weiterführende Gedanken

Im Zuweisungsprozess von Patientinnen und Patienten scheint der fachliche Austausch von grosser Bedeutung für die Zufriedenheit der Zuweisenden und damit für eine gelungenen Kooperation zu sein. Die Zuweisenden wünschen sich dabei, mit einbezogen zu werden und sich regelmässig über ihre Patientinnen und Patienten austauschen zu können, was auch in Fachartikeln zu diesem Thema betont wird. In der Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen scheint der Austausch für die Zuweisenden nicht sehr zufriedenstellend zu sein. Hier ist die Institution dazu angehalten, die Gestaltung der Zusammenarbeit zu reflektieren und Massnahmen zu ergreifen, wobei darauf zu achten ist, dass die Qualität des fachlichen Austauschs nicht nur die regelmässige Berichterstattung sondern auch das Einnehmen einer wertschätzenden Haltung gegenüber der Kompetenz der Zuweisenden beinhaltet. Die Netzwerkarbeit ist gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie elementarer Bestandteil der ganzheitlichen Unterstützung von Hilfesuchenden und trägt zum salutogenetischen Prozess bei. Ein weiterer Bereich, der Unzufriedenheit seitens der Zuweisenden hervorruft, ist mehr organisatorischer Art - die Aufnahmepraxis. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass Institutionen im Gesundheitswesen oh-

nehin mit strukturellen Herausforderungen konfrontiert sind, wie zum Beispiel einer strapazierten Aufnahmekapazität. Dies führt zu Wartezeiten, einer eher unelastischen Regelung der Terminvergaben und zu einer hohen Auslastung der Mitarbeitenden, die die nötige Präsenz für den Austausch mit den Zuweisenden nur schwer aufbringen können. Es empfiehlt sich hier, einige Aufmerksamkeit auf ein Wartezeiten-Management zu richten und generell interne Prozessstrukturen zu überprüfen und zu optimieren, etwa durch neue Technologien, Verkürzung der Dienstwege oder der Rekrutierung zusätzlicher Mitarbeitenden, auch wenn dies finanzielle Konsequenzen zur Folge hat. Angemerkt werden muss auch noch, dass künftig nicht nur auf die Elemente, bei denen Unzufriedenheit seitens der Zuweisenden besteht, geachtet werden muss. Die Vernachlässigung von zufriedenstellenden Bereichen kann rasch dazu führen, dass die Qualität dieser sinkt und sich eine Unzufriedenheit einschleicht. Welche Anstrengungen aber auch immer zur Optimierung der Leistungen und Prozesse innerhalb einer Institution unternommen werden - das oberste Ziel sollte in jedem Fall das Wohl der Patientinnen und Patienten sein.

Literatur

- Aeppli, S. (Hrsg.). (2008). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch mit Nebengesetzen und Verordnungen sowie Bundegerichtspraxis*. (35. Aufl.). Zürich: Orell Füssli.
- Attinger Andreoli, Y. (2008). Wieso überhaupt Qualität? *PSY&PSY-Bulletin*, 1, 5.
- Auch-Dorsch, E., Raidl-Dengler, M. & Hegendörfer, K. (2006). *Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Becker, T. (2004). Psychiatrische Dienste und Einrichtungen. In W. Machleidt, M. Bauer, F. Lamprecht, H. K. Rose & C. Rohde-Dachser (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 399-405). Stuttgart: Thieme.
- Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, B. & Weinmann, S. (2008). *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beumers, A. & Borges P. (1997). Was erwarten niedergelassene Ärzte vom Krankenhaus? Grundlagen eines zielgruppenorientierten Qualitäts- und Zufriedenheitsmanagementsystems für Krankenhäuser. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 14 (3), 221-223.
- Bielinski, D. (2008). Garant einer qualitativ guten Betreuung der Patientinnen und Patienten - die integrierte Versorgung! *PSY&PSY-Bulletin*, 1, 30.
- Bindernagel, D., Erb, S. & Ruggle, E. (2008). *Mitarbeiterhandbuch. Behandlungskonzept*. Internes Dokument.
- Bliemel, F. W. & Eggert, A. (1998). Kundenbindung: Die neue Sollstrategie? *Marketing ZFP - Journal of Research and Management*, 20 (1), 39ff.
- Borges, P. (2003). Kommunikation ist der Erfolgsfaktor Nr. 1. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, 20 (3), 267-269.
- Braun, G. E. & Nissen, J. (2005). Die Bedeutung der Einweiserzufriedenheit für Krankenhäuser und ihre erfolgreiche Messung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 10 (6), 376-384.
- Brinkmann, A. & Pfaff, H. (2004). Fachkompetenz oder Service - Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit einweisender Ärzte mit dem Krankenhaus? [Online]. Available: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2004-833797>
- Bundesärztekammer. (1992). *MWBO-Richtlinien/I. 18. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Köln: Selbstverlag.
- Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. (2011). *Bundesgesetz über das Jugendstrafrecht vom 20. Juni 2003* [Online]. Available: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/3/311.1.de.pdf>
- Diekmann, A. (2001). *Umweltsoziologie. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Dilling, H., Mombour W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7., überarb. Aufl.). Bern: Huber.

- Dummit, E. S. & Klein R. G. (1994). Panic Disorder. In T. H. Ollendick, N. J. King & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescent* (pp. 241-266). New York: Plenum Press.
- Enz Kuhn, M. (2011). Von der Zusammenarbeit der Hausärzte und Psychiater. *PSY&PSY-Bulletin*, 3, 3.
- Erb, S. (2008). Damit `die eine Hand weiss, was die andere tut`. Vernetzung als wichtiger Grundsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen (Hrsg.), *Jahresbericht 2007* (S. 26-29). St. Gallen: Selbstverlag.
- Erb, S. (2011). *Das Anmeldetelefonat. Fortbildung für die Sekretariate der KJPD St. Gallen*. Internes Dokument.
- Erb, S. (2011). Persönliche Mitteilung vom 14. November 2011.
- Fegert, J. M. & Schrapper, C. (2004). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz. In J. M. Fegert & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation* (S. 15-25). Weinheim: Juventa.
- Felder, W. (2011). Info Präsidium Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Landespolitische Tour d'horizont, Periode 2008 - 2011.
- Flöttmann, H. B. (1994). *Qualitätssicherung in Psychiatrie und Psychotherapie* [Online]. Available: <http://www.wilhelm-griesinger-institut.de/veroeffentlichungen/qualitaetssicherung.html>
- Gaebel, W. (1997). Grundzüge der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In M. Berger & W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 13-31). Berlin: Springer.
- Gehret, A. (2008). Die Qualitätssicherung in der Vereinigung Winterthurer PsychiaterInnen VWP. *PSY&PSY-Bulletin*, 1, 12.
- Gerhard, U.-J., Schönberg, A. & Trüper, J. (2008). Die Entstehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als medizinische Fachdisziplin in Jena unter dem Einfluss und in Wechselwirkung mit der Pädagogik. In R. Castell (Hrsg.), *Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 17-44). Göttingen: V&R unipress.
- Giering, A. (2000). *Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität. Eine Untersuchung moderierender Effekte*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Haemmerle, P. (2007). *Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage in der Schweiz - Ist-Zustand und Perspektiven. Bestandesaufnahme der privaten und öffentlichen Angebote und daraus hervorgehende Überlegungen und Konsequenzen für eine Public Mental Health - basierte Versorgungsplanung*. Masterarbeit, Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Hauser, C. (2008). Weiterhin steigende Patientenzahlen. Bericht des Verwaltungsleiters. In Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen (Hrsg.), *Jahresbericht 2007* (S. 30-33). St. Gallen: Selbstverlag.
- Hayward, C., Killen, J. D., Hammer, L. D., Litt, I. F., Wilson, D. M., Simmonds, B. & Taylor, C. D. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1239-1243.

- Heinemann, E. & Hopf, H. (2008). *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele - psychoanalytische Therapie* (3., überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Helmig, B. & Dietrich, M. (2001). Qualität von Krankenhausleistungen und Kundenbeziehungen. *Die Betriebswirtschaft (DBW)*, 61 (3), 319-334.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (2., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Hesse, A. & Schreyögg J. (2007). Determinanten eines erfolgreichen Einweisermarketings - eine explorative empirische Analyse. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 12, 1-5.
- Judd, L. (1965). Obsessive-compulsive neurosis in children. *Archives of General Psychiatry*, 12, 136-143.
- Jungmann, J. & Roosen-Runge, G. (2004). *Integrative Organisationsstrukturen zur Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Aachen: Shaker.
- Käppler, C. (2006). Psychische Gesundheit und Zugang zu professioneller Hilfe: Was denken Kinder, Jugendliche und Eltern darüber? In Nationales Forschungsprogramm 52 (Hrsg.), *Themenheft. Antisoziales Verhalten bei Kindern, psychosoziale Risiken bei Jugendlichen: Was bringt Prävention und Beratung?* (S. 18-21). Bern: Selbstverlag.
- Katon, W. (1990). Implications for care delivery of mental illness in primary care. In I. M. Marks & R. A. Scott (Eds.), *Mental health care delivery. Innovations, impediments, and implementation* (pp. 61-68). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen. (Hrsg.). (2008). *Jahresbericht 2007*. St. Gallen: Selbstverlag.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen. (Hrsg.). (2009). *Jahresbericht 2008*. St. Gallen: Selbstverlag.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen. (Hrsg.). (2011). *Jahresbericht 2010*. St. Gallen: Selbstverlag.
- Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (2007). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Kubik-Huch, R. A., Rexroth, M., Porst, R., Otto, R. & Szucs, T. (2005). Wie zufrieden sind die klinischen Partner mit der Arbeit eines radiologischen Instituts. *Entwicklung und Testung eines Fragebogens. RöFo - Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlung*, 177, 119-123.
- Kulla, M. (2004). *Untersuchungen zur Patienten- und Zuweiserzufriedenheit an der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg*. Dissertation, Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg, medizinische Fakultät.
- Messner, T. & Zinn, W. (2004). Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten? Einweiserbefragung als strategisches Element der Marktsondierung. *Das Krankenhaus*, 3, 196-199.

- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2009). *Psychiatrie und Psychotherapie* (4., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP). (2005). *Psychische Gesundheit. Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, zur Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Nissen, G. (2004). *Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose*. Stuttgart: Schattauer.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2010). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Raidl-Dengler, M. (2008). Keine Angst vor Qualitätsmanagement! *PSY&PSY-Bulletin*, 1, 8-9.
- Rauch, W. A. & Moosbrugger, H. (2010). Einfache und multiple Regression. In H. Holling & B. Schmitz (Hrsg.), *Handbuch Statistik, Methoden und Evaluation* (S. 410-419). Göttingen: Hogrefe)
- Reubi, I. (1998). Lernchance statt Kontrolle – Qualitätssicherung in einer Privatklinik für Akutpsychiatrie. In D. Hell, J. Bengel & M. Kirsten-Krüger (Hrsg.), *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung* (S. 136-147). Basel: Karger AG.
- Rössler, W. (2008). Versorgungsstrukturen. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 937-962). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rössler, W. & Salize, H. J. (1993). *Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung*. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Scharfenstein, A. (2003). Zusammenarbeit von Psychotherapeuten und Hausärzten - Ansichten, Chancen und Risiken. *Psychotherapeutische Praxis*, 3 (2), 51-57.
- Sievers, K. (2002). Der Arzt- oder Psychotherapeutenbrief. Zur Kommunikation zwischen Psychotherapeut und Arzt. *Psychotherapeutische Praxis*, 2, 165-168.
- Specht, F. (1992). Kinder- und Jugendpsychiatrie - wie, wo, für wen? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 83-90.
- Steinhausen, H.-C. (1992). Perspektiven der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Festschrift. 70 Jahre Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich (1921-1991)* (S. 41 - 62). Zürich: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich.
- Steinhausen, H.-C. (2004). *Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steinhausen, H.-C. & Winkler-Metzke, C. (2002). Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren. In Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich* (S. 51-60). Zürich: Gesundheitsdirektion Zürich.
- Stephenson, J. (2002). Children with mental problems not getting the care they need. *Journal of the American Medical Association*, 284 (16), 2043-2044.
- Swedo, S., Rapoport, J. L., Leonard, H. L., Lenane, M. & Cheslow, D. L. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.

- Thill, K.-D. (2011). *Zuweisermarketing für niedergelassene Spezialisten. Allgemeinmediziner professionell gewinnen und binden*. Wiesbaden: Gabler.
- Tscheulin, D. K. & Häberlein, U. (1997). Einflussfaktoren des Images von Krankenhäusern. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen*, 20 (4), 486.
- Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). (2012). E-mail vom 19. Januar 2012.
- WHO. (Eds.). (1990). *The introduction of a mental health component into primary health care*. Geneva: Author.
- Woodruff, R., Cadotte, E. & Jenkins, R. (1987). Modeling the Consumer Satisfaction Process Using Experience-Based Norms. *Journal of Marketing Research*, 8, 305-314.
- Zollinger, R. (2011). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz. In R. Kerbl, L. Thun-Hohenstein, L. Damm & F. Waldhauser (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitsystem der Welt. 4. Jahrestagung Politische Kindermedizin* (S. 73-82). Berlin: Springer.

Internetquellen

- Bundesamt für Statistik. [Online]. <http://www.bfs.admin.ch/> Zugriff am 11.01.2011
- KJPD St. Gallen. [Online]. <http://www.kjpd-sg.ch/> Zugriff am 24.11.2011
- Stadt St. Gallen (KJPD). [Online].
<http://www.st.gallen.ch/portrait.asp?Id=13507> Zugriff am 02.12.2011
- Schweizerische Vereinigung Klinischer Psychologinnen und Psychologen. [Online].
<http://www.svkp.ch/pg-stellen/detail.php?instid=108> Zugriff am 09.01.2012

Anhang

Anhang A	Fragebogen
Anhang B	Begleitbrief
Anhang C	Codeplan
Anhang D	Störungsbilder
Anhang E	Korrelationen
Anhang F	Gegenüberstellung

Anhang A - Fragebogen

Fragebogen zur Zufriedenheit der Zuweisenden der Kinder und Jugendpsychiatrischen Dienste (KJPD) St. Gallen



Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und im Rahmen einer Forschungsarbeit von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften anonymisiert ausgewertet. Die Daten werden von Ihnen direkt an die ZHAW gesendet. Wir bitten Sie, den ausgefüllten Fragebogen bis zum **10. Februar 2012** per beiliegendem Antwortcouvert an die ZHAW zu retournieren. Vielen Dank!

**Beantworten Sie bitte wenn möglich jede Frage. Falls Sie die Onlinebefragung vorziehen, verweisen wir gerne auf den folgenden Internetlink:
<http://www.unipark.de/uc/Zufriedenheitsbefragung/>**

1. Bitte bezeichnen Sie Ihren Tätigkeitsbereich

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausärztliche Grundversorgung | <input type="checkbox"/> Kinderärztliche Grundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und jugendpsychiatrische /
-psychotherapeutische Praxis / Institution | <input type="checkbox"/> Kinder- und jugendpsychologische /
-psychotherapeutische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis / Institution | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst |
| <input type="checkbox"/> Amt / Behörde | <input type="checkbox"/> Andere _____ |

2. Wie viele PatientInnen/KlientInnen weisen Sie den KJPD St. Gallen jährlich zu?

- keine 1-5 6-10 11-20 21-30 mehr als 30

3. Bitte nennen Sie die häufigsten Gründe für eine Zuweisung an die KJPD St. Gallen. Falls Sie bisher keine Zuweisungen vorgenommen haben, sagen Sie uns bitte, warum

4. Welcher Stelle weisen Sie hauptsächlich PatientInnen/KlientInnen zu?

- Zentrales Ambulatorium Zweigstelle für Jugendliche Regionalstelle Heerbrugg
 Regionalstelle Sargans Regionalstelle Wattwil Regionalstelle Wil
 Regionalstelle Uznach

5. Bitte nennen Sie die Altersspanne der von Ihnen zugewiesenen Kindern / Jugendlichen

6. Wie melden Sie Ihre PatientInnen/KlientInnen üblicherweise an?

- schriftlich telefonisch

7. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Kriterien bei der Wahl einer Institution, der Sie PatientInnen/KlientInnen zuweisen?

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig
Fachliche Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Leistungsangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutes Behandlungsergebnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nähe zum Wohnort KlientIn/PatientIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere _____			

8. Was schätzen Sie an den KJPD St. Gallen besonders?

<input type="checkbox"/> Fachliche Kompetenz	<input type="checkbox"/> Gutes Leistungsangebot
<input type="checkbox"/> Gutes Behandlungsergebnis	<input type="checkbox"/> Gute Zusammenarbeit
<input type="checkbox"/> Nähe zum Wohnort KlientIn/PatientIn	<input type="checkbox"/> Weitere _____

9. Wie beurteilen Sie generell die fachliche Kompetenz der KJPD St. Gallen?

<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> ungenügend
-----------------------------------	------------------------------	--	-------------------------------------

10. Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

11. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Bereiche im Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig
Diagnostisches Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutisches Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutachtenerstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachspezifische Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berichtswesen/fachlicher Austausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Details Frage 14&15
Informationen zum Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie zufrieden sind Sie mit dem Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?

	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden
Generelle Zufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der Gutachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachspezifische Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berichtswesen/fachlicher Austausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Details F. 14&15
Informationen zum Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünsche/Bemerkungen zum Leistungsspektrum

13. Wie gut sind die KJPD St. Gallen Ihrer Meinung nach organisiert?

sehr gut
 gut
 zufriedenstellend
 ungenügend

Wünsche/Bemerkungen zur Organisation

14. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Aufnahmepraxis der KJPD St. Gallen

	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden
Wie zufrieden sind Sie generell mit der Aufnahmepraxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Aufnahmepraxis in Notfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Aufnahmepraxis bei ambulanter Diagnostik/Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Wartezeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Flexibilität bei Terminvergaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit der Fachpersonen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünsche/Bemerkungen zur Aufnahmepraxis

15. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig
Wie wichtig ist Ihnen der fachliche Austausch über PatientInnen/KlientInnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist Ihnen die Regelmässigkeit des Austauschs über PatientInnen/KlientInnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig sind Ihnen Absprachen zur medikamentösen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist Ihnen Ihr Miteinbezug bei Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist Ihnen die Qualität des Austrittsberichts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig ist Ihnen die Schnelligkeit, mit der Sie den Austrittsbericht erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wichtig sind Ihnen Informationen über Änderungen im Betrieb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Zufriedenheit in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen

	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden
Wie zufrieden sind Sie generell mit der Zusammenarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit dem fachlichen Austausch über PatientInnen/KlientInnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Regelmässigkeit des Austauschs über PatientInnen/KlientInnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Absprachen zur medikamentösen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Miteinbezug bei Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität des Austrittsberichts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Schnelligkeit, mit der Sie den Austrittsbericht erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Informationen über Änderungen im Betrieb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wünsche/Bemerkungen zur Zusammenarbeit

17. Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Vernetzung der KJPD St. Gallen?

sehr gut gut zufriedenstellend ungenügend

18. Würden Sie die KJPD St. Gallen weiterempfehlen?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihren wertvollen Beitrag!

19. Wünschen Sie Informationen zum weiteren Verlauf der Befragung?

Name: _____ e-mail: _____

Anhang B - Begleitbrief

Adresse

Adresse

Adresse

St. Gallen, 17. Januar 2012

RZo / C

Ihre Meinung ist uns wichtig

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) führt in unserem Auftrag eine Umfrage durch. Ziel dieser Befragung ist, die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Institution zu ermitteln. Ihre Erwartungen an die Zusammenarbeit gibt uns die Möglichkeit, unsere Arbeit zu optimieren.

Wir bitten Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und im Antwortcouvert an die ZHAW zu senden. Sie haben auch die Möglichkeit, die Umfrage im Internet auszufüllen. Den Link dazu finden Sie auf dem Fragebogen. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme freuen und bitten Sie, uns Ihre Antworten bis am 10. Februar 2012 zukommen zu lassen. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. So helfen Sie uns, unsere Dienstleistungen zu verbessern.

Besten Dank und freundliche Grüsse

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE
DIENSTE ST. GALLEN



Dr. med. Ruedi Zollinger
Chefarzt



Dr. phil. Christian Hauser
Verwaltungsleiter

- Fragebogen
- Antwortcouvert

Anhang C - Codeplan

Variable Nr. 1: ID

Frage 1: Bitte bezeichnen Sie Ihren Tätigkeitsbereich

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
2	Tätigkeit	1 Hausärztliche Grundversorgung 2 Kinderärztliche Grundversorgung 3 Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis/-psychotherapeutische Institution 4 Kinder- und jugendpsychologische / -psychotherap. Praxis 5 Psychiatrische Praxis / Institution 6 Schulpsychologischer Dienst 7 Amt / Behörde 8 Andere
3	Tätigkeit1	Andere

Frage 2: Wie viele PatientInnen/KlientInnen weisen Sie den KJPD St. Gallen jährlich zu?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
4	Anzahl_Pat	1 keine 2 1-5 3 6-10 4 11-20 5 21-30 6 über 30

Frage 3: Bitte nennen Sie die häufigsten Gründe für eine Zuweisung an die KJPD St. Gallen. Falls Sie bisher keine Zuweisungen vorgenommen haben, sagen Sie uns bitte, warum

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
5	Gründe_Zuweisung	STRING

Frage 4: Welcher Stelle weisen Sie hauptsächlich PatientInnen/KlientInnen zu?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
6	Stelle	1 Zentrales Ambulatorium 2 Zweigstelle für Jugendliche 3 Regionalstelle Heerbrugg 4 Regionalstelle Sargans 5 Regionalstelle Wattwil 6 Regionalstelle Wil 7 Regionalstelle Uznach 8 verschiedene

Frage 5: Bitte nennen Sie die Altersspanne der von Ihnen zugewiesenen Kindern/Jugendlichen

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen	
7	Alter	1 0-5 3 0-18 5 6-18	2 0-12 4 6-12 6 13-18

Frage 6: Wie melden Sie Ihre PatientInnen/KlientInnen üblicherweise an?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen		
8	Anmeldung	1 schriftlich	2 telefonisch	3 schriftlich & telefonisch

Frage 7: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Kriterien bei der Wahl einer Institution, der Sie PatientInnen/KlientInnen zuweisen?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen		
9	Wahl_Komp	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
10	Wahl_Leist	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
11	Wahl_Beh	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
12	Wahl_Zus	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
13	Wahl_Wohn	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
14	Wahl_And	STRING		

Frage 8: Was schätzen Sie an den KJPD St. Gallen besonders?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
15	Q_Fachkompetenz	1 ja
16	Q_Leistungsangebot	1 ja
17	Q_Behandlungsergebnis	1 ja
18	Q_Zusammenarbeit	1 ja
19	Q_NäheWohnort	1 ja
20	Q_Andere	STRING

Frage 9: Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der KJPD St. Gallen?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen			
21	Kompetenz	1 ungenügend	2 zufriedenstellend	3 gut	4 sehr gut

Frage 10: Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
22	Verbesserung	STRING

Frage 11: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Bereiche im Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen		
23	WLeistung_Diagn	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
24	WLeistung_Therap	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
25	WLeistung_Gutach	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
26	WLeistung_Fortb	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
27	WLeistung_Bericht	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig
28	WLeistung_Info	1 weniger wichtig	2 wichtig	3 sehr wichtig

Frage 12: Wie zufrieden sind Sie mit dem Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
29	ZLeistung_Gen	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
30	ZLeistung_Diagn	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
31	ZLeistung_Therap	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
32	ZLeistung_Gutach	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
33	ZLeistung_Fortb	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
34	ZLeistung_Bericht	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden

35	ZLeistung_Info	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
----	----------------	--

Wünsche / Bemerkungen zum Leistungsspektrum

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
36	Leistung_Wunsch	STRING

Frage 13: Wie gut sind die KJPD St. Gallen Ihrer Meinung nach organisiert?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
37	Organisation	1 ungenügend 2 zufriedenstellend 3 gut 4 sehr gut

Wünsche / Bemerkungen zur Organisation

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
38	Organisation_Wunsch	STRING

Frage 14: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Aufnahmepraxis der KJPD St. Gallen

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
39	Aufnahme_Gen	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
40	Aufnahme_Notf	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
41	Aufnahme_regulär	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
42	Aufnahme_Wart	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
43	Aufnahme_Flex	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
44	Aufnahme_Err	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden

Wünsche / Bemerkungen zur Aufnahmepraxis

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
45	Aufnahme_Wunsch	STRING

Frage 15: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
46	WZus_Austausch	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig
47	WZus_Regelm	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig
48	WZus_med	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig
49	WZus_Miteinb	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig
50	WZus_Qual	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig
51	WZus_Schnell	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig
52	WZus_Info	1 weniger wichtig 2 wichtig 3 sehr wichtig

Frage 16: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
53	ZZus_gen	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
54	ZZus_Austausch	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
55	ZZus_Regelm	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
56	ZZus_med	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
57	ZZus_Miteinb	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
58	ZZus_Qual	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
59	ZZus_Schnell	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden

60	ZZus_Info	1 sehr unzufrieden 2 unzufrieden 3 weder noch 4 zufrieden 5 sehr zufrieden
----	-----------	--

Wünsche / Bemerkungen zur Zusammenarbeit

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
61	Zus_Wunsch	STRING

Frage 17: Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Vernetzung der KJPD St. Gallen?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
62	Vernetzung	1 ungenügend 2 zufriedenstellend 3 gut 4 sehr gut

Frage 18: Würden Sie die KJPD St. Gallen weiterempfehlen?

Variablen Nr.	Variablenname	Merkmalsausprägungen
63	Empfehlung	1 ja 2 nein

Anhang D - Störungsbilder

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

Mit 616 Neueintritten im Jahr 2010 sind Störungen aus der Kategorie der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) die häufigsten Diagnosen bei den KJPD St. Gallen (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen).

F90 Hyperkinetische Störungen

Hyperkinetische Störungen oder auch Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen zeigen sich nach Möller, Laux und Deister (2009) durch eine für das Kindesalter inadäquate Aufmerksamkeit, motorische Hyperaktivität, erhöhte Impulsivität sowie emotional und sozial störende Verhaltensweisen. Es ist die häufigste kinderpsychiatrische Erkrankung und tritt vor dem 6. Lebensjahr auf. Während sich das Bild bei Schulkindern eher durch Unruhe und Zappeligkeit zeigt, können bei Jugendlichen häufig eine erhöhte Impulsivität, Stimmungs labilität, eine geringe Frustrationstoleranz und sogar dissoziale Tendenzen beobachtet werden. Als Untergruppe der hyperkinetischen Störungen kennt die US-amerikanische Klassifikation DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zusätzlich die reine Aufmerksamkeitsdefizitstörung, bei der lediglich das Leitsymptom der ungenügenden Aufmerksamkeit bei mangelnder Konzentration vorliegt (Steinhausen, 2004). Nach Steinhausen (2004) ist bei der Diagnose Vorsicht geboten, da das Symptom der Aufmerksamkeitschwäche auch bei anderen Störungsbildern auftreten kann, so zum Beispiel bei Autismus, Schizophrenien oder Angststörungen.

F91 Störungen des Sozialverhaltens

Nach ICD-10 (International Classification of Diseases) (Dilling et al., 2010) sind Störungen des Sozialverhaltens durch Merkmale dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens geprägt und treten häufig im Zusammenhang mit problematischen psychosozialen Umständen auf. Kinder und Jugendliche mit diesem Störungsbild zeigen meist eine verminderte Frustrationstoleranz, eine erhöhte Irritierbarkeit und Impulsivität, sowie Rücksichtslosigkeit und mangelnde Empathie (Möller et al., 2009). Das ICD-10 (Dilling et al., 2010) unterteilt die Störungskategorie in verschiedene Subgruppen. So gibt es dissoziale oder aggressive Verhaltensweisen, die sich nur auf den familiären Rahmen beziehen, solche, bei denen die soziale Bindung fehlt und andere, bei denen soziale Bindungen vorhanden sind. Eine weitere Subgruppe bilden Störungen des Sozialverhaltens, bei dem oppositionell aufsässiges, also trotziges und ungehorsames Verhalten im Vordergrund steht und keine dissozialen oder aggressiven Verhaltensweisen gezeigt werden. Störungen des Sozialverhaltens sind nach Steinhausen (2004) von kindlichem Unfug und jugendlicher Aufsässigkeit abzugrenzen, wobei Schweregrad und Dauer die ausschlaggebenden Kriterien sind.

F93 Emotionale Störungen des Kindesalters

Emotionale Störungen des Kindesalters bilden eine Kategorie, die nach Möller et al. (2009) nicht einem klassisch psychiatrischen Krankheitsbild zugeordnet werden kann. Das Bild ist meist von Trennungs- und Schulängsten, spezifischen Phobien, Ängstlichkeit gegenüber Fremden, Geschwisterrivalitäten oder psychosomatischen Beschwerden geprägt. Ein gewisses Mass an Trennungsangst ist nach Steinhausen (2004) im Kindesalter normal, erst bei aussergewöhnlichem Schweregrad, längerer Dauer und bei aus der Angst resultierenden sozialen Beeinträchtigungen wie etwa Schulverweigerung sollte eine Diagnose gestellt werden. Phobische Störungen im Kindesalter beziehen sich meist auf alterstypische Angstobjekte wie z.B. Tiere und werden dann festgestellt, wenn eine Übersteigerung des normalen ängstlichen Erlebens besteht. Auch die Ängstlichkeit gegenüber Fremden ist ein normativer Bestandteil der kindlichen Entwicklung und sollte erst dann behandelt werden, wenn sich daraus Probleme im Sozialverhalten ergeben. Die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität bezieht sich vor allem auf jüngere Kinder nach der Geburt eines nachfolgenden Geschwisters. Hält eine rivalisierende Verhaltensweise längere Zeit an und erfolgt sie in abnormem Ausmass, ist von einer psychiatrischen Störung zu sprechen (Dilling et al., 2010).

F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Von einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen wird gesprochen, wenn Symptome aus beiden Störungskategorien erfüllt werden oder wenn die Störung des Sozialverhaltens von einer erwachsenentypischen neurotischen Störung begleitet wird (Dilling et al., 2010). So zeigt nach Heinemann und Hopf (2008) rund ein Drittel der Kinder mit Trennungsängsten gleichzeitig eine depressive Symptomatik, darunter unter anderem Traurigkeit, Interessensverlust und Freudlosigkeit (Dilling et al., 2010).

F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit

Einen weiteren Störungskreis aus der Kategorie der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bilden nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) die Störungen sozialer Funktionen. Im Gegensatz zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen beeinträchtigt das Störungsbild nicht primär alle sozialen Bereiche sondern nur einzelne, selektive Funktionen. Eine Diagnose, die dieser Kategorie zugeordnet ist, ist der elektive Mutismus. Der elektive Mutismus bezeichnet gemäss Möller et al. (2009) eine emotional bedingte Selektivität des Sprechens und geht häufig mit Angst und Rückzug einher. Kinder, bei denen selektiver Mutismus festgestellt wird, verfügen zwar über eine abgeschlossene Sprachentwicklung, sprechen aber meist nur mit nächsten Angehörigen, nicht aber mit Fremden (Heinemann & Hopf, 2008). Wird das Sprechen vollständig eingestellt, wird von totalem Mutismus gesprochen (Steinhausen, 2004). Da die meisten Therapieformen sprachliche Kommunikation erfordern, finden beim Mutismus häufig Therapieformen wie Musik-, Bewegungs- und Kunsttherapie Anwendung (Möller et al., 2009). Eine weitere Gruppe der F94-Störungsbilder bilden die Bindungsstörungen (Dilling et al., 2010), die sich nach Möller et al. (2009) durch eine gestörte Beziehungsfähigkeit und häufige Beziehungswechsel auszeichnen, wobei hauptsächlich entwe-

der ein abnormes Beziehungsmuster zu den Bezugspersonen (Dilling et al., 2010) oder aber ein diffuses, selektives Bindungsverhalten auffällt (Dilling et al., 2010).

F95 Ticstörungen

Ticstörungen sind plötzliche, unwillkürliche, wiederkehrende und nicht-rhythmische motorische Bewegungen oder Lautäusserungen, die keinem offensichtlichen Zweck dienen. Sie werden in motorische oder vokale und in kombinierte multiple vokale und multiple motorische Tics eingeteilt und können im Verlauf entweder vorübergehend oder chronisch auftreten (Möller et al., 2009). Einfache motorische Tics zeigen sich durch blinzeln, gesichtszucken etc., komplexe beispielsweise durch das Berühren von Gegenständen oder hüpfen. Einfache vokale Tics äussern sich durch räuspern, grunzen etc., komplexe durch Wörter oder ganze Sätze. Vom Tourette-Syndrom wird dann gesprochen, wenn multiple motorische Tics mit vokalen einhergehen (Möller et al., 2009).

F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Kategorie der F98-Störungen wird im ICD-10 (Dilling et al., 2010) als heterogene Gruppe von Störungen beschrieben, die in Kindheit und Jugend beginnen aber keinen einheitlichen Syndromen zugeordnet werden können, da sie in ihrer Symptomatik zwar meist gut definiert aber sehr verschieden sind. Dazu gehören unter anderem die Enuresis, also der unwillkürliche Urinabgang bei Tag oder in der Nacht, und die Enkopresis, das willkürliche oder unwillkürliche Absetzen von Faeces an Stellen, die nicht dafür vorgesehen sind. Weiter werden Fütterstörungen im frühen Kindesalter, stereotype Bewegungsstörungen, Stottern, Poltern oder Pica im Kindesalter, das den Verzehr nicht essbarer Substanzen bezeichnet, dazu gezählt. Ihre psychiatrische Bedeutung erlangen diese Störungsbilder durch ihr häufiges Auftreten und durch die Beobachtung, dass sie häufig von psychosozialen Problemen begleitet werden.

F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störung

Kommt keine der F00-F98-Störungsbilder in Frage, ist die Kategorie der nicht näher bezeichneten psychischen Störungen zu verwenden (Dilling et al., 2010).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Die zweithäufigste Störungsgruppe mit 343 Neueintritten im Jahr 2010 bilden die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen). Dazu gehören gemäss ICD-10 (Dilling et al., 2010) phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative, somatoforme und andere neurotische Störungen.

F40 Phobische Störungen

Phobien werden von Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007) als „intensive andauernde Angst vor bestimmten Situationen oder Gegenständen“ (S. 34) beschrieben, die im Allgemeinen keine Angst auslösen. Als Konsequenz werden die gefürchteten Objekte oder Situationen von

der Patientin resp. dem Patienten gemieden (Dilling et al., 2010). Zu den typischen Phobien gehören die Agoraphobie, bei der eine grosse Angst vor offenen Plätzen oder Menschenmengen besteht, die Sozialphobie, die häufig in der Jugend beginnt und die Angst vor der prüfenden Betrachtung durch andere bezeichnet und die spezifische Phobie, die auf isolierte Situationen oder Objekte, wie beispielsweise Dunkelheit, Donner, geschlossene Räume oder den Verzehr von Speisen gerichtet ist (Dilling et al., 2010). Klinische Relevanz erhalten phobische Störungen nach Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007) vor allem dann, wenn sie zu einer beträchtlichen Belastung im Leben der Patientin resp. des Patienten werden. Im ICD-10 (Dilling et al., 2010) wird eine Phobie im Kindes- und Jugendalter als emotionale Störung und nicht als F40-Störung klassifiziert, da sie eine günstigere Prognose aufweist und die Angstobjekte resp. -situationen nach Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007) überwiegend alterstypischen Inhalten wie z.B. Tieren, Blutabnahmen oder Zahnarztbesuchen entsprechen. Sozialphobien werden in diesem Zusammenhang im Kindes- und Jugendalter als Störung mit sozialer Ängstlichkeit umschrieben.

F41 Andere Angststörungen

Zu den wichtigsten anderen Angststörungen gehören gemäss ICD-10 (Dilling et al., 2010) die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und die Angststörung, die mit einer depressiven Störung einhergeht. Panikstörungen sind nach Dummit und Klein (1994; zit. nach Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007) unbegründete Angstanfälle, die plötzlich und in hoher Intensität auftauchen und von physiologischen Reaktionen begleitet werden. Inwieweit bei Kindern „echte“ spontane Panikattacken auftreten können, ist in der Fachwelt umstritten, da in vielen berichteten Fällen gleichzeitig eine Trennungsangst diagnostiziert wird. Ausserdem erfordern Panikattacken gemäss aktueller Forschung ein gewisses Mass an kognitiver Fähigkeit, psychische und physische Zustände miteinander in Verbindung setzen zu können (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007). So zeigt eine Studie von Hayward, Killen, Hammer, Litt, Wilson, Simmonds und Taylor (zit. nach Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007), dass das Auftreten von Panikattacken zeitlich mit einsetzender Pubertät zusammenhängt. Das Leitsymptom der generalisierten Angststörung ist nach Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007) die übermässige Besorgtheit. Bei Kindern handelt es sich dabei vor allem um schulische Sorgen, mögliche Krankheiten oder Unglücksfälle in der Familie oder ihr Verhalten in sozialen Situationen. Die Symptome werden häufig von körperlichen Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen begleitet. Folge davon ist oftmals ein übersteigerter Perfektionismus oder Intoleranz gegenüber Fehlern. Das ICD-10 (Dilling et al., 2010) gibt bei der generalisierten Angststörung als wesentliches Symptom eine frei flottierende, nicht auf Situationen, Objekte oder Umgebungen gerichtete Angst vor.

F42 Zwangsstörung

Das ICD-10 (Dilling et al., 2010) unterscheidet bei der Zwangsstörung die Zwangsgedanken und die Zwangshandlungen. Als Zwangsgedanken werden sich stereotyp wiederholende Ideen, Vorstellungen oder Impulse bezeichnet, die von der Patientin oder dem Patienten als

quälend empfunden werden. Inhaltlich handelt es sich dabei oft um die Angst vor objektiv unwahrscheinlichen Ereignissen, durch die die betroffene Person oder andere zu Schaden kommen könnten. Zwangshandlungen sind repetitive Verhaltensweisen, die einen symbolischen Versuch darstellen, Gefahren abzuwenden. Häufig beziehen sich die Handlungen auf Reinlichkeit, übertriebene Ordnung, Sauberkeit oder wiederholte Kontrollen. Zwangsgedanken und Zwangshandlungen können auch gemischt vorkommen. Nach Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane und Cheslow (1989; zit. nach Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007) kommen bei Kindern und Jugendlichen häufiger Zwangshandlungen als -gedanken vor. Darunter sind meist Wasch- und Reinigungszwänge zu beobachten, aber auch Wiederholungs- und Kontrollzwänge. Im Unterschied zu Erwachsenen fällt es vor allem Kindern dabei oftmals schwer, die Unsinnigkeit der Gedanken und Handlungen einzusehen (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007). Von zwanghaften Gedanken und Handlungen abzugrenzen ist nach Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2007) die Ausbildung von Ritualen als Teil der normalen Entwicklung. Gemäss Judd (1965; zit. nach Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2007) werden Rituale nicht als quälend und fremd empfunden, sondern als angenehm und angstfrei.

F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die Störungsbilder der Kategorie F43 unterscheiden sich nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) nicht nur über Symptomatik und Verlauf von anderen, sondern auch durch die ursächlichen Faktoren. Bei dieser Kategorie sind es sehr belastende Lebensereignisse oder drastische Veränderungen im Leben, die akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Anpassungsstörungen hervorrufen. Akute Belastungsreaktionen sind geprägt durch eine Art Betäubung, Bewusstseinsengung, eine eingeschränkte Aufmerksamkeit und Desorientiertheit. Auch vegetative Beschwerden können typisch sein. Die Symptome zeigen sich meist unmittelbar nach dem Erlebnis, klingen jedoch nach 2 bis 3 Tagen ab. Anders verhält sich der Verlauf bei der posttraumatischen Belastungsstörung, die meist innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt und von einem wiederholten Erleben des Traumas und einem andauernden Gefühl von Betäubtsein begleitet wird. Häufig führt dieses Erleben zu emotionalem Rückzug, Gefühlsabstumpfung und Vermeidung von Reizen. Von einer Anpassungsstörung wird dann gesprochen, wenn die Symptome innerhalb von einem Monat nach dem kritischen Ereignis auftreten und nicht länger als 6 Monate andauern. Die Leitsymptome umfassen dabei depressive Stimmungen, Angst, Besorgtheit und die Unfähigkeit, mit den alltäglichen Lebensaufgaben zurecht zu kommen. Bei Kindern treten häufig regressive Phänomene auf, wie Bettnässen, Babysprache oder Daumenlutschen.

F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Bei den dissoziativen Störungen handelt es sich nach Möller et al. (2009) um eine Gruppe von Störungsbildern, bei denen es zu körperlich anmutenden Ausfällen ohne somatische Ursache kommt. Die Betroffenen erleben dabei eine Entkoppelung von seelischen und körperlichen Vorgängen. Das ICD-10 (Dilling et al., 2010) unterteilt die dissoziativen Störungen in ver-

schiedene Subgruppen: Die dissoziative Amnesie ist durch einen Erinnerungsverlust geprägt, der sich meist auf ein traumatisches Ereignis bezieht. Bei der dissoziativen Fugue kommt es zur zielgerichteten Ortsveränderung ausserhalb des täglichen Aktionsradius bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Selbstversorgung. In allen Fällen liegt dabei eine dissoziative Amnesie vor. Kennzeichen eines dissoziativen Stupors sind Bewegungslosigkeit und fehlende Reaktion auf Reize, wobei auch hier keine Anzeichen einer körperlichen Ursache vorliegen. Eine weitere Form der dissoziativen Störungen sind Trance und Besessenheitszustände, bei denen ein vorübergehender Verlust der eigenen Identität und der Wahrnehmung der Umgebung vorliegt. Ferner gehören Störungen der Bewegung, der Sinnesempfindung und Krampfanfälle in die Kategorie der F44-Störungen. Nach psychoanalytischer Theorie wird für diese Störungsgruppe der Begriff der Konversion verwendet, bei dem ein seelischer Konflikt in körperliche Symptome umgewandelt wird (Möller et al., 2009).

F45 Somatoforme Störungen

Nach Möller et al. (2009) ist das Hauptmerkmal der somatoformen Störungen „ein anhaltendes oder wiederholtes Auftreten von körperlichen Symptomen, für die keine ausreichenden organischen Befunde nachweisbar sind, bei denen aber in der Pathogenese seelische Belastungssituationen und Konflikte eine wesentliche Rolle spielen“ (S. 257). In Verbindung mit diesen Symptomen besteht nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) eine permanente Forderung nach medizinischer Untersuchung, obgleich bisherige Untersuchungen keine somatische Diagnose hervorbrachten. Häufig wird diese Störungsbild von Merkmalen histrionischen Verhaltens begleitet. Grundsätzlich wird zwischen Somatisierungsstörung und hypochondrischer Störung unterschieden. Bei der Somatisierungsstörung sind multiple und häufig wechselnde Beschwerden charakteristisch, bei der hypochondrischen ist es die feste Überzeugung, an einer oder mehreren fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden.

F48 Andere neurotische Störungen

Zu den anderen neurotischen Störungen zählt das ICD-10 (Dilling et al., 2010) die Neurasthenie und das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom. Möller et al. (2009) beschreiben die Neurasthenie als Zustand übersteigerter Müdigkeit und Erschöpfung. Damit einher können Konzentrationsstörungen, muskuläre Schwäche, Muskelschmerzen und andere körperliche Missempfindungen gehen. In der Therapie wird der Schwerpunkt auf die Lokalisierung und Vermeidung von Stressoren und die Aktivierung von neuen Bewältigungsmechanismen gelegt. Depersonalisations- und Derealisationsstörungen werden nach ICD-10 (Dilling et al., 2010) von den Betroffenen als eine qualitative Veränderung von Körper, Umgebung oder geistiger Aktivität erlebt, wobei sich die eigenen Erfahrungen und Gefühle als losgelöst, fern oder verloren anfühlen. Oftmals gehen diese Empfindungen mit depressiven, phobischen oder zwanghaften Erkrankungen einher.

Weitere

Eine dritte, wenn auch kleinere Gruppe bildeten im Jahr 2010 Patientinnen und Patienten, die aufgrund affektiver Störungen in Behandlung kamen. Die KJPD St. Gallen stellten 71 Diagnosen aus dieser Störungskategorie (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen). Darunter fallen vor allem manische, depressive und bipolare Störungsbilder (Dilling et al., 2010). Weiter wurden tiefgreifende Entwicklungsstörungen, organische einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, Intelligenzminderungen, psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen und umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen behandelt. Bei sechs Kindern resp. Jugendlichen, die den KJPD St. Gallen im Jahr 2010 neu zugewiesen wurden, konnte keine psychiatrische Störung festgestellt werden (Jahresbericht 2010, KJPD St. Gallen).

Anhang E - Korrelationen

Tab. 15: Korrelationen der Elemente des Leistungsspektrums

	Leistungs- spektrum generell	Qualität der Diagnosen	Qualität der Therapie	Qualität der Gutachten	Fachspezifische Fortbil- dungen	Berichtswesen / fachli- cher Aus- tausch	Informatio- nen zum An- gebot
Leistungsspektrum generell	1	.653**	.731**	.515**	.329**	.672**	.515**
Qualität der Diagnosen		1	.672**	.506**	.456**	.547**	.480**
Qualität der Therapie			1	.432**	.299*	.681**	.477**
Qualität der Gutachten				1	.352*	.444**	.490**
Fachspezifische Fort- bildungen					1	.488**	.538**
Berichtswesen / fachli- cher Austausch						1	.575**
Informationen zum Angebot							1

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Tab. 16: Korrelationen der Elemente der Zusammenarbeit

	Zusammen- arbeit gen.	Fachlicher Austausch	Regelmässig- keit des Aus- tauschs	Absprachen zur medika- mentösen Behandlung	Miteinbezug bei Entschei- dungen	Qualität des Austrittsbe- richts	Schnelligkeit des Aus- trittsberichts	Informatio- nen über Änderungen
Zusammenarbeit generell	1	.787**	.728**	.617**	.750**	.290**	.385**	.368**
Fachlicher Austausch		1	.803**	.706**	.715**	.354**	.366**	.385**
Regelmässigkeit des Austauschs			1	.777**	.761*	.328**	.442**	.376**
Absprachen zur me- dikamentösen Be- handlung				1	.738**	.426**	.320**	.481**
Miteinbezug bei Ent- scheidungen					1	.436**	.474**	.469**
Qualität des Aus- trittsberichts						1	.659**	.177
Schnelligkeit des Austrittsberichts							1	.408**
Informationen über Änderungen								1

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

Tab. 17: Korrelationen der Elemente der Aufnahmepraxis

Korrelationen (Aufnahmepraxis)						
	Aufnahmepraxis generell	Aufnahmepraxis bei Notfällen	Aufnahmepraxis bei ambulanter D./Th.	Wartezeiten	Flexibilität bei Terminvergaben	Erreichbarkeit der Fachperson
Aufnahmepraxis generell	1	.636**	.710**	.633**	.666**	.695**
Aufnahmepraxis bei Notfällen		1	.485**	.644**	.626**	.568**
Aufnahmepraxis bei ambulanter D./Th.			1	.554**	.615**	.566**
Wartezeiten				1	.700**	.437**
Flexibilität bei Terminvergaben					1	.658**
Erreichbarkeit der Fachperson Austausch						1

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

Anhang F - Gegenüberstellung

Für eine detailliertere Auswertung wurden zusätzlich die folgenden Berechnungen angestellt. Diese beinhalten die Beantwortungen der Fragen 7, 8, 9, 13 und 17 und eine Zusammenfassung der einzelnen Regionalstellen sowie des zentralen Ambulatoriums mit der Zweigstelle für Jugendliche und deren Gegenüberstellung. Auf eine Beschreibung und Interpretation der Kennzahlen wurde bei der deskriptiven Darstellung verzichtet. Anschliessend folgt zusätzlich zur Beschreibung der Durchschnittswerte und prozentualen Häufigkeiten die Analyse der Weiterempfehlungstendenz mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests.

Übersicht

1. Gesamte Stichprobe

1.1 Wahl der Institution

1.2 Wahl der KJPD St. Gallen

1.3 Fachkompetenz, Organisation und Vernetzung der KJPD St. Gallen

1.4 Zuweisung zur Niederlassung

2. Gegenüberstellung

2.1 Leistungsspektrum

2.2 Zusammenarbeit

2.3 Aufnahmepraxis

3. Weiterempfehlung (gesamte Stichprobe)

3.1 Leistungsspektrum / Weiterempfehlung

3.2 Zusammenarbeit / Weiterempfehlung

3.3 Aufnahmepraxis / Weiterempfehlung

4. Berechnungsgrundlagen Chi-Quadrat

1. Gesamte Stichprobe

1.1 Wahl der Institution

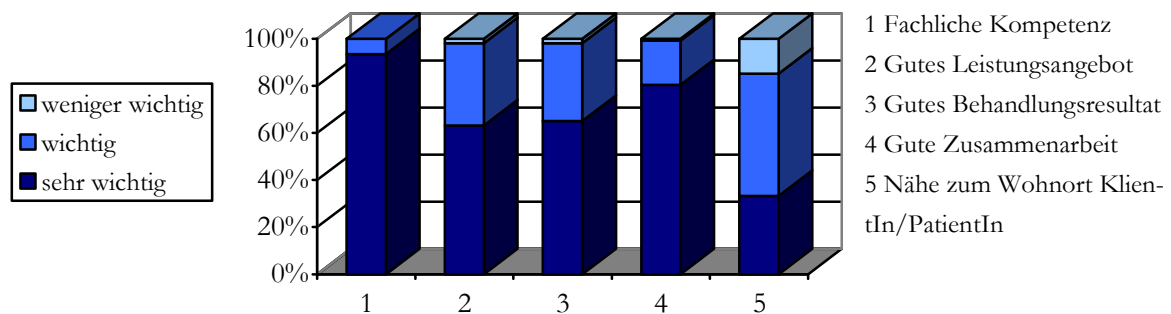
Frage 7: Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Kriterien bei der Wahl einer Institution, der Sie PatientInnen/KlientInnen zuweisen?

Skala: 1=unwichtig, 2=wichtig, 3=sehr wichtig

Durchschnittliche Wichtigkeit (n=103-108)

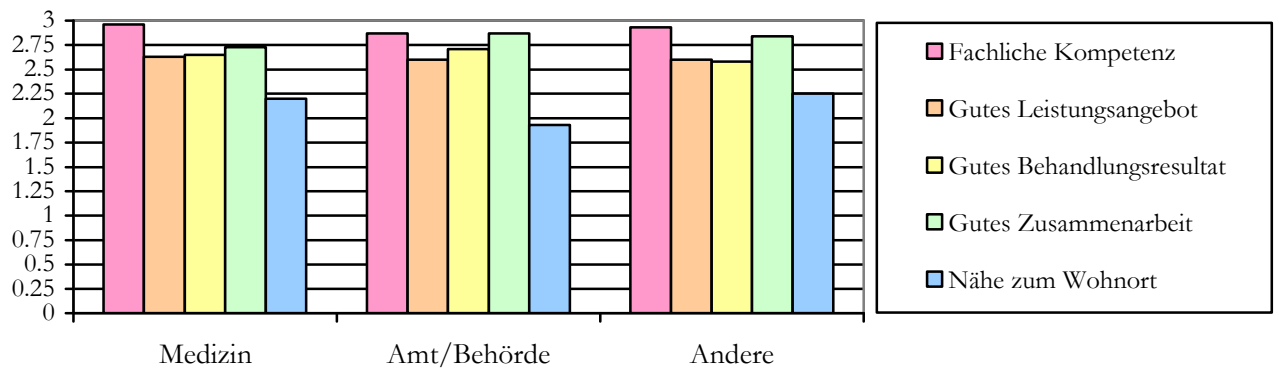
Kriterium	Durchschnittliche Wichtigkeit	Minimum	Maximum
Fachliche Kompetenz	2.94	2.00	3.00
Gutes Leistungsangebot	2.61	1.00	3.00
Gutes Behandlungsergebnis	2.63	1.00	3.00
Gute Zusammenarbeit	2.79	1.00	3.00
Nähe zum Wohnort PatientIn/KlientIn	2.19	1.00	3.00

Verteilung der Wichtigkeit in Prozenten (n=103-108)



	Fachliche Kompetenz (n=108)	Gutes Leistungsangebot (n=106)	Gutes Behandlungsergebnis (n=103)	Gute Zusammenarbeit (n=107)	Nähe zum Wohnort (n=108)
Sehr wichtig	93.5%	63.2%	65.1%	80.4%	33.3%
Wichtig	6.5%	34.9%	33.0%	18.7%	51.9%
Weniger wichtig	0.0%	1.9%	1.9%	0.9%	14.8%

Durchschnittliche Wichtigkeit nach Fachbereichen (Medizin n=48-49, Amt/Behörde n=14-15, Andere n=42-44)

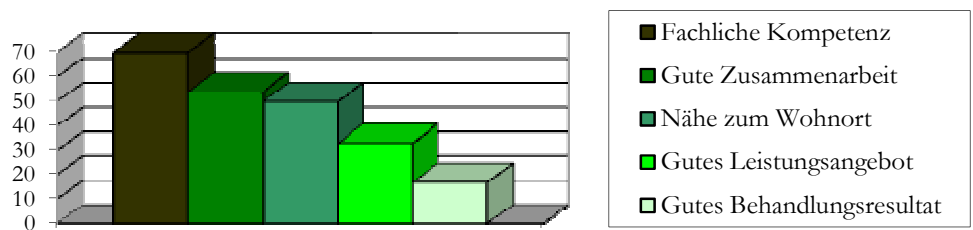


	Fachliche Kompetenz	Gutes Leistungsangebot	Gutes Behandlungsergebnis	Gute Zusammenarbeit	Nähe zum Wohnort
Medizin	2.96	2.63	2.65	2.73	2.20
Amt/Beh.	2.87	2.60	2.71	2.87	1.93
Andere	2.93	2.60	2.58	2.84	2.25

1.2 Wahl der KJPD St. Gallen

Frage 8: Was schätzen Sie an den KJPD St. Gallen besonders?

Anzahl Nennungen (n=17-70)



Fachliche Kompetenz n=70; Gute Zusammenarbeit n=54; Nähe zum Wohnort n=50; Gutes Leistungsangebot n=33; gutes Behandlungsergebnis n=17 (zusätzliche Nennungen: je einmal die klare Rollenverteilung, die zeitliche Verfügbarkeit, gute Tipps und die tiefen Kosten)

1.3 Fachkompetenz, Organisation und Vernetzung der KJPD St. Gallen

Frage 9, 13, und 17: Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz, die Organisation und die interdisziplinäre Vernetzung der KJPD St. Gallen?

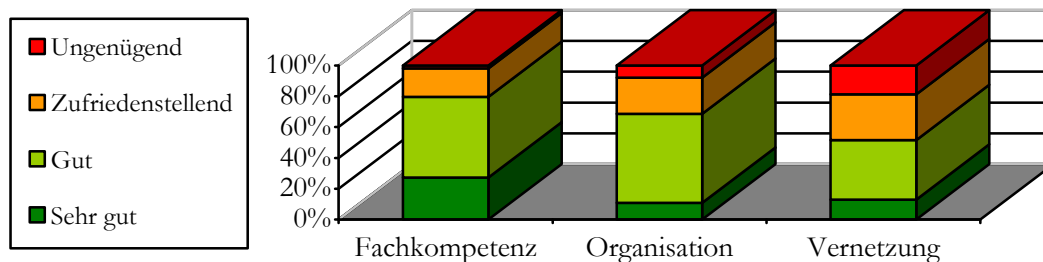
Skala: 1=ungenügend, 2=zufriedenstellend, 3=gut, 4=sehr gut

Durchschnittliche Zufriedenheit (n=101-103)

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit	Minimum	Maximum
Fachkompetenz	3.05	1.00	4.00
Organisation	2.72	1.00	4.00
Vernetzung	2.46	1.00	4.00

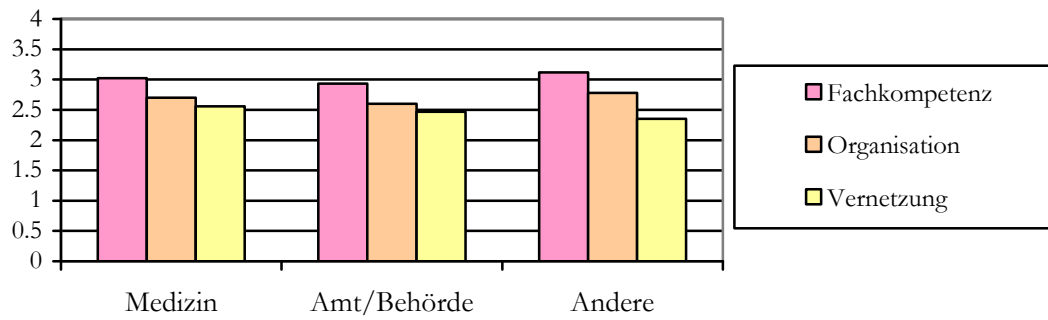
Wünsche und Verbesserungen: Verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation, flexiblere Terminvergabe und kürzere Wartezeiten, bessere Erreichbarkeit (vor allem bei Notfällen) und mehr Kontinuität in der Behandlung. Zusammenarbeit und Kompetenz häufig vom jeweiligen Mitarbeitenden abhängig.

Verteilung der Zufriedenheit in Prozenten (n=101-103)



	Fachkompetenz (n=103)	Organisation (n=102)	Vernetzung (n=101)
Ungenügend	1.9%	7.8%	18.8%
Zufriedenstellend	18.4%	23.5%	29.7%
Gut	52.4%	57.8%	38.6%
Sehr gut	27.2%	10.8%	12.9%

Durchschnittswerte der Fachbereiche (Medizin n=43-74, Amt/Behörde n=14-15, Andere n=41-43)

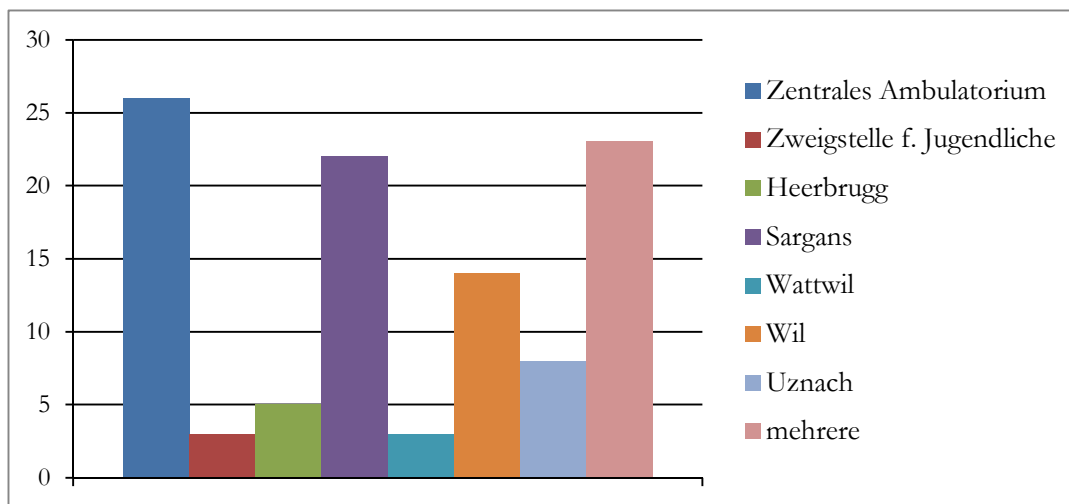


	Fachkompetenz	Organisation	Vernetzung
Medizin	3.02	2.70	2.56
Amt / Behörde	2.93	2.60	2.47
Andere	3.12	2.78	2.35

1.4 Zuweisung zur Niederlassung

Frage 4: Welcher Stelle weisen Sie hauptsächlich PatientInnen/KlientInnen zu?

Anzahl Nennungen (n=104)



Zentrales Ambulatorium n=26; Zweigstelle für Jugendliche n=3; Heerbrugg n=5; Sargans n=22; Wattwil n=3; Wil n=14; Uznach n=8; mehrere n=23

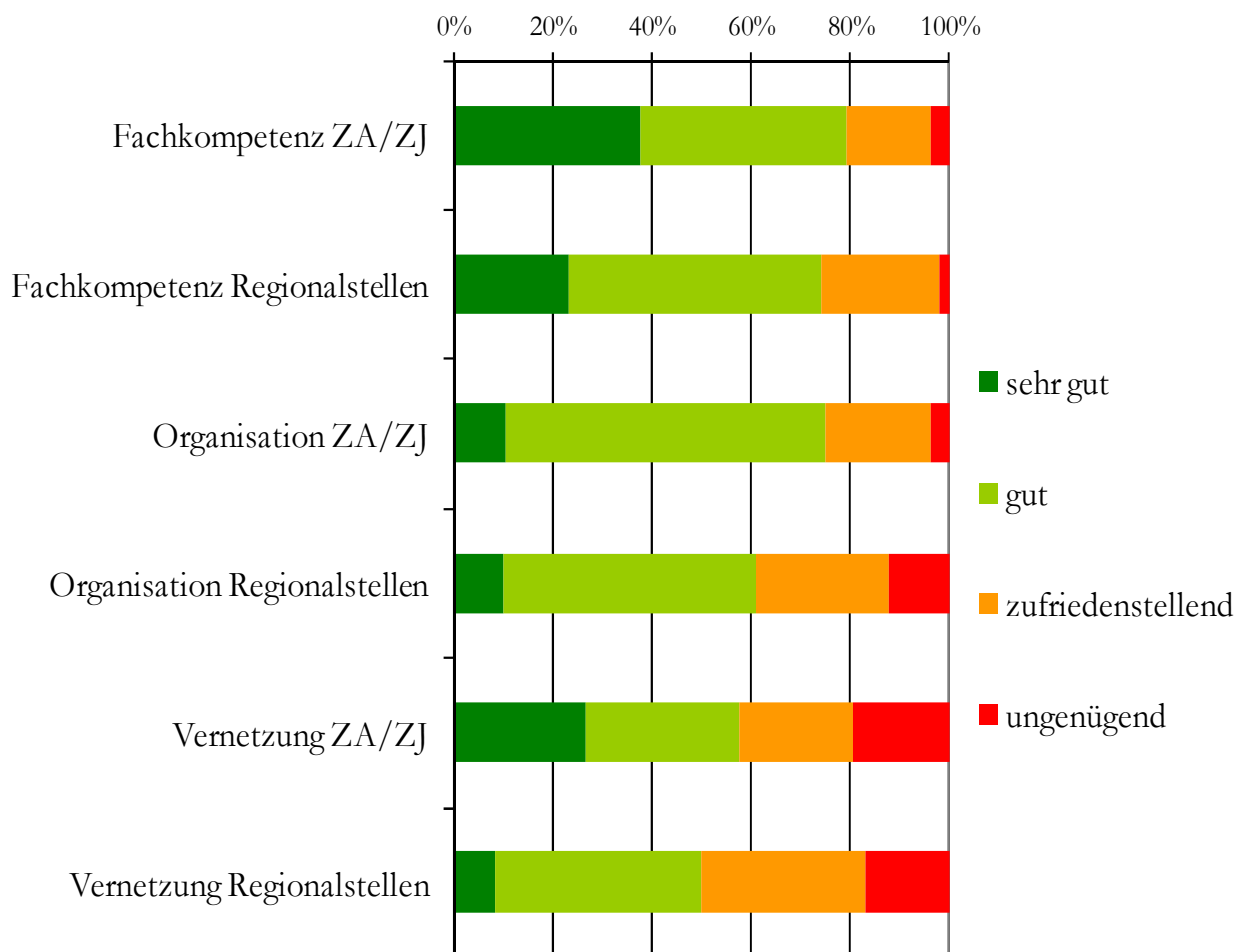
2. Gegenüberstellung

Im Folgenden werden die Werte des Zentralen Ambulatoriums (ZA) und die der Zweigstelle für Jugendliche (ZJ) zusammengefasst und den Ergebnissen der zusammengefassten Regionalstellen gegenüber gestellt.

Durchschnittliche Zufriedenheit mit Fachkompetenz, Organisation und Vernetzung

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit (ZA und ZJ)	Durchschnittliche Zufriedenheit (Regionalstellen)
Fachkompetenz	3.14 (n=29)	2.96 (n=51)
Organisation	2.82 (n=28)	2.59 (n=49)
Vernetzung	2.65 (n=26)	2.42 (n=48)

Verteilung der Zufriedenheit in Prozenten

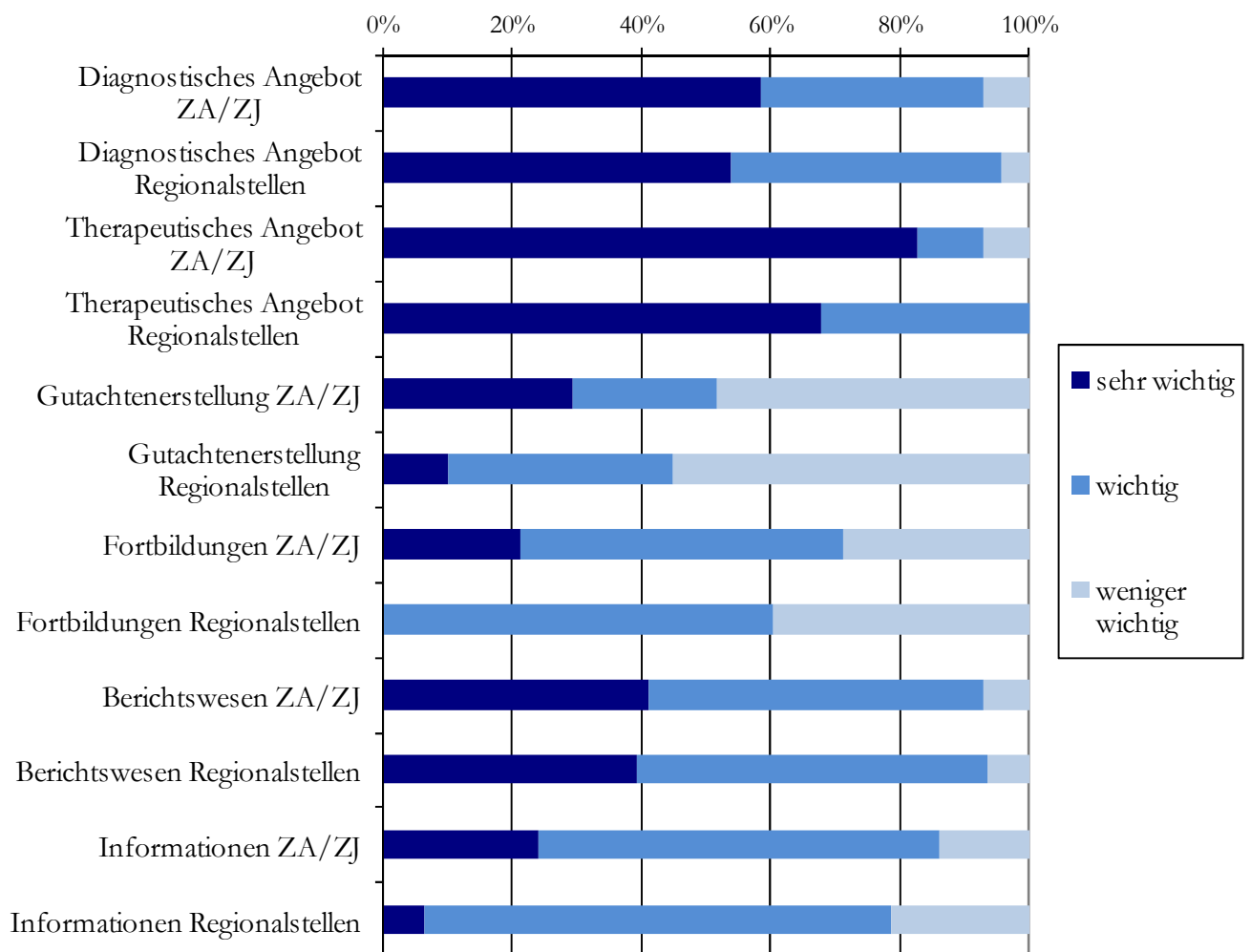


2.1 Leistungsspektrum

Durchschnittliche Wichtigkeit

Kriterium	Durchschnittliche Wichtigkeit (ZA und ZJ)	Durchschnittliche Wichtigkeit (Regionalstellen)
Diagnostisches Angebot	2.52 (n=29)	2.50 (n=50)
Therapeutisches Angebot	2.76 (n=29)	2.68 (n=50)
Gutachtenerstellung	1.81 (n=27)	1.55 (n=49)
Fachspezifische Fortbildungen	1.93 (n=28)	1.60 (n=48)
Berichtswesen / fachlicher Austausch	2.34 (n=29)	2.33 (n=48)
Informationen zum Angebot	2.10 (n=29)	1.85 (n=47)

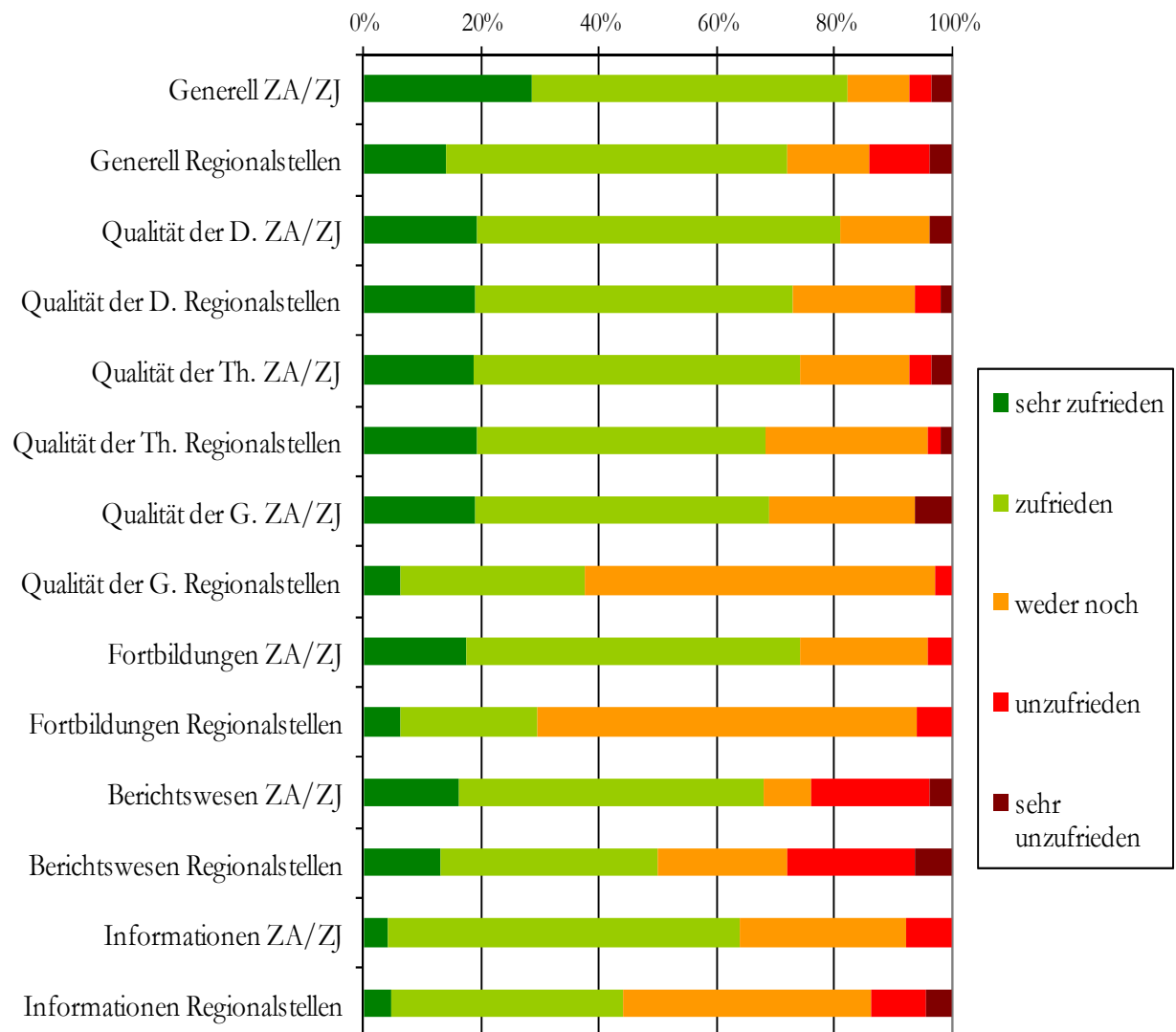
Verteilung der Wichtigkeit in Prozenten



Durchschnittliche Zufriedenheit

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit (ZA und ZJ)	Durchschnittliche Zufriedenheit (Regionalstellen)
Generelle Zufriedenheit	4.00 (n=28)	3.68 (n=50)
Qualität der Diagnosen	3.92 (n=26)	3.83 (n=48)
Qualität der Therapie	3.81 (n=27)	3.81 (n=47)
Qualität der Gutachten	3.75 (n=16)	3.41 (n=32)
Fachspezifische Fortbildungen	3.87 (n=23)	3.36 (n=36)
Berichtswesen / fachlicher Austausch	3.56 (n=25)	3.28 (n=46)
Informationen zum Angebot	3.60 (n=25)	3.30 (n=43)

Verteilung der Zufriedenheit in Prozenten

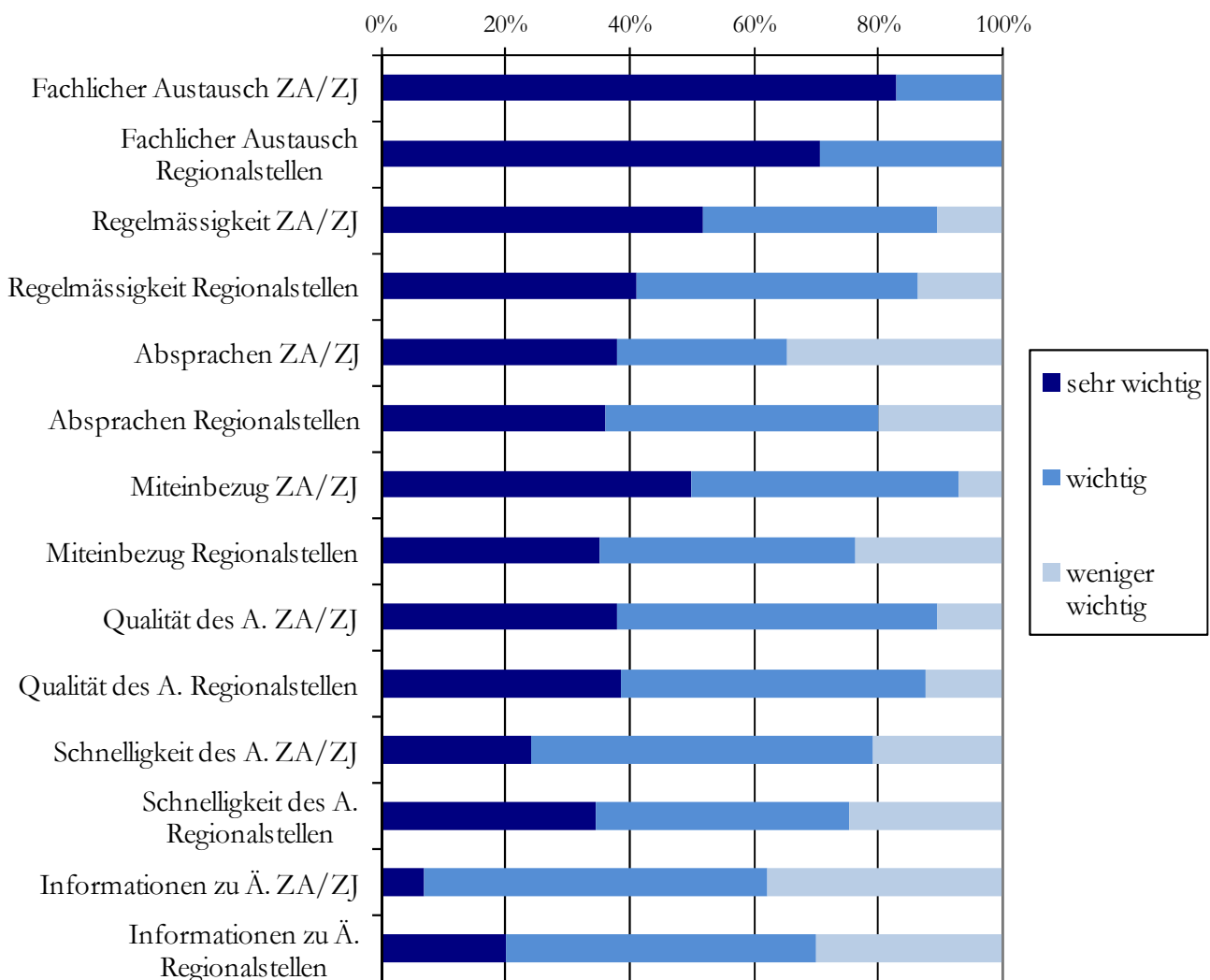


2.2 Zusammenarbeit

Durchschnittliche Wichtigkeit

Kriterium	Durchschnittliche Wichtigkeit (ZA und ZJ)	Durchschnittliche Wichtigkeit (Regionalstellen)
Fachlicher Austausch	2.83 (n=29)	2.71 (n=51)
Regelmässigkeit des Austauschs	2.41 (n=29)	2.27 (n=51)
Absprachen zur medikamentösen Beh.	2.03 (n=29)	2.16 (n=50)
Miteinbezug bei Entscheidungen	2.43 (n=28)	2.12 (n=51)
Qualität des Austrittsberichts	2.28 (n=29)	2.27 (n=49)
Schnelligkeit des Austrittsberichts	2.03 (n=29)	2.10 (n=49)
Informationen zu Änderungen im Betrieb	1.69 (n=29)	1.90 (n=50)

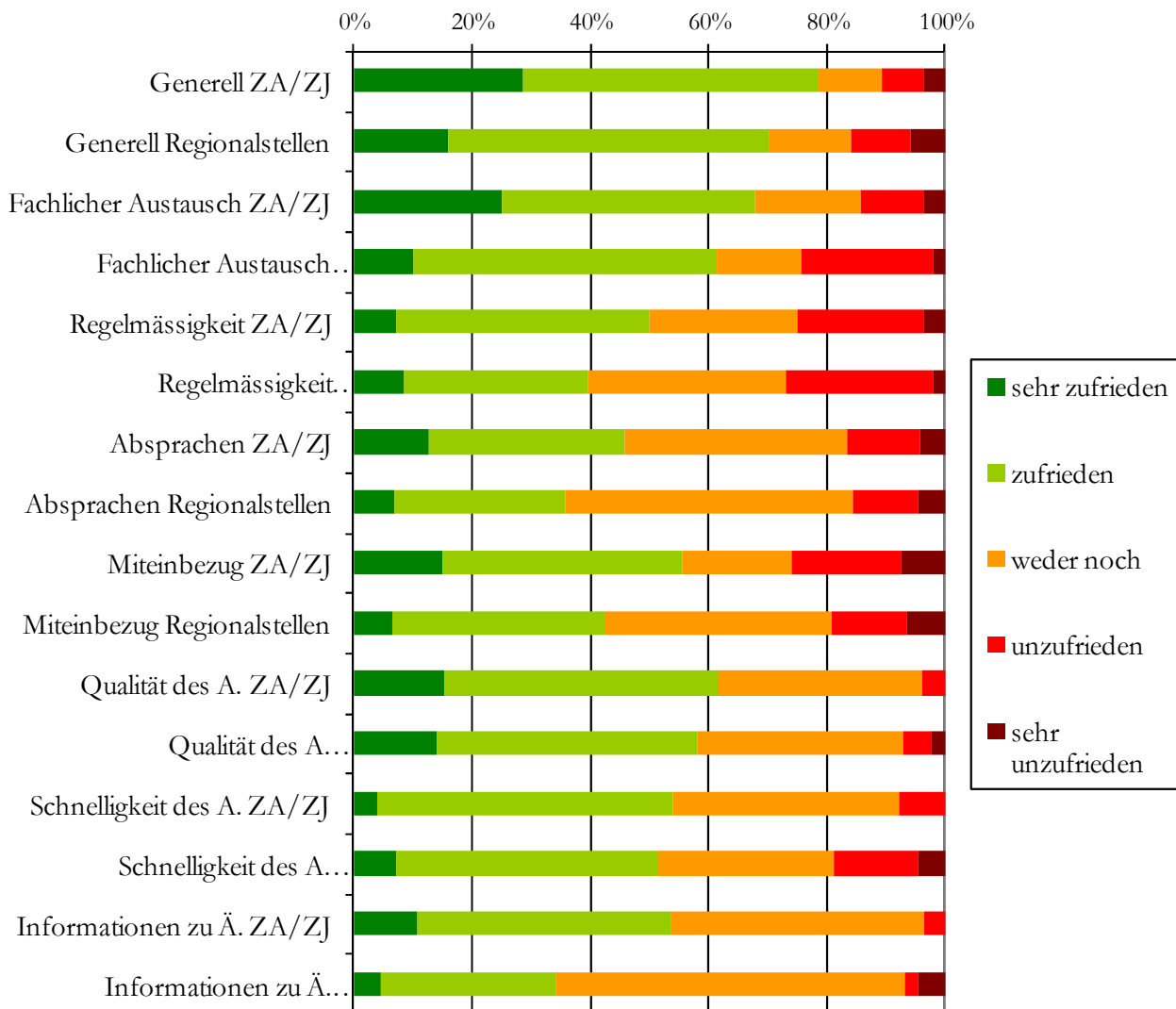
Verteilung der Wichtigkeit in Prozenten



Durchschnittliche Zufriedenheit

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit (ZA und ZJ)	Durchschnittliche Zufriedenheit (Regionalstellen)
Generelle Zufriedenheit	3.93 (n=28)	3.64 (n=50)
Fachlicher Austausch	3.75 (n=28)	3.45 (n=49)
Regelmässigkeit des Austauschs	3.29 (n=28)	3.19 (n=48)
Absprachen zur medikamentösen Beh.	3.38 (n=24)	3.22 (n=45)
Miteinbezug bei Entscheidungen	3.37 (n=27)	3.23 (n=47)
Qualität des Austrittsberichts	3.73 (n=26)	3.63 (n=43)
Schnelligkeit des Austrittsberichts	3.50 (n=26)	3.35 (n=43)
Informationen über Änderungen im Betrieb	3.61 (n=28)	3.27 (n=44)

Verteilung der Zufriedenheit in Prozenten

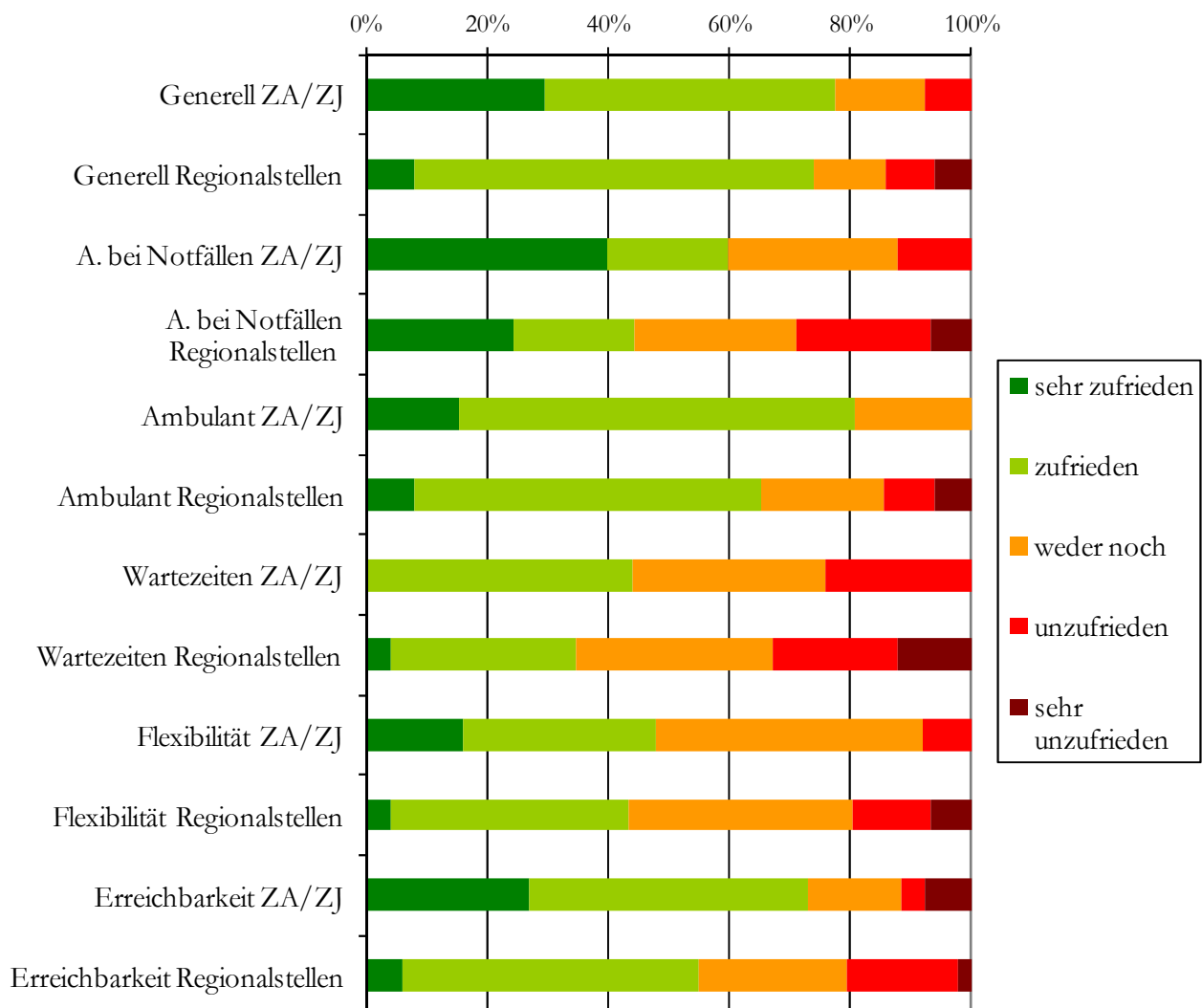


2.3 Aufnahmepraxis

Durchschnittliche Zufriedenheit

Kriterium	Durchschnittliche Zufriedenheit (ZA und ZJ)	Durchschnittliche Zufriedenheit (Regionalstellen)
Generelle Zufriedenheit	4.00 (n=27)	3.62 (n=50)
Aufnahmepraxis bei Notfällen	3.89 (n=25)	3.33 (n=45)
Aufnahmepraxis bei ambulanter D./Th.	3.96 (n=26)	3.53 (n=49)
Wartezeiten	3.20 (n=25)	2.94 (n=49)
Flexibilität bei Terminvergaben	3.56 (n=25)	3.22 (n=46)
Erreichbarkeit der Fachperson	3.81 (n=26)	3.39 (n=49)

Verteilung der Zufriedenheit in Prozenten



3. Weiterempfehlung (gesamte Stichprobe)

Für die Bestimmung der Faktoren für die Gesamtzufriedenheit der Zuweisenden mit den KJPD St. Gallen wurde die Antwort auf die Frage „Würden Sie die KJPD St. Gallen weiterempfehlen“ (AV) als Indikator herangezogen. Als unabhängige Variablen wurden die folgenden überprüft: Generelle Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum, generelle Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis und generelle Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Als statistisches Instrument kam der Chi-Quadrat-Test zur Anwendung. Die Befragten, die keine Antwort auf die Frage nach der Weiterempfehlung gegeben haben (n=13), begründeten dies einerseits mit mangelnder Erfahrung mit den KJPD St. Gallen und andererseits mit einer gewissen Abhängigkeit von der jeweiligen Therapeutin resp. vom jeweiligen Therapeuten. Insgesamt würden 84 (85.7%; n=98) Zuweisende die KJPD St. Gallen weiterempfehlen, 14 (14.3%; n=98) Zuweisende nicht.

3.1 Leistungsspektrum / Weiterempfehlung

Häufigkeiten Leistungsspektrum / Weiterempfehlung

			Wie zufrieden sind Sie mit dem Leistungsspektrum der KJPD St. Gallen?					Gesamt
			sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden	
Würden Sie die KJPD St. Gallen weiterempfehlen?	ja	Anzahl	0	0	10	52	19	81
		%	.0%	.0%	10.5%	54.7%	20.0%	85.3%
	nein	Anzahl	4	7	3	0	0	14
		%	4.2%	7.4%	3.2%	.0%	.0%	14.7%
Gesamt		Anzahl	4	7	13	52	19	95
		%	4.2%	7.4%	13.7%	54.7%	20.0%	100.0%

Die Tabelle zeigt, dass insgesamt 85.3% der Antwortenden (n=95) die KJPD St. Gallen weiterempfehlen würden und 14.7% nicht. Die Zuweisenden, die sehr unzufrieden (4.2%) oder unzufrieden (7.4%) mit dem Leistungsspektrum waren, würden die KJPD St. Gallen nicht weiterempfehlen. Diejenigen, die mit der Dimension zufrieden (54.7%) oder sehr zufrieden (20.0%) waren, zeigten sich auch allgemein mit den KJPD zufrieden. Die Antwortoption „weder noch“ wurde sowohl von Antwortenden, die die KJPD weiterempfehlen (10.5%) als auch von denen, die dies nicht tun würden (3.2%) gewählt.

Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests

Zwischen den Variablen „Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum“ und „Weiterempfehlung“ besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p=0.000$). Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner als 5 aufwiesen, wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Der Kontingenzkoeffizient und damit die Effektstärke ist mit $C=0.67$ gross.

3.2 Zusammenarbeit / Weiterempfehlung

Häufigkeiten Zusammenarbeit / Weiterempfehlung

			Wie zufrieden sind Sie generell mit der Zusammenarbeit?					Gesamt
			sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden	
Würden Sie die KJPD St. Gallen weiterempfehlen?	ja	Anzahl	1	2	11	46	23	83
		%	1.0%	2.1%	11.3%	47.4%	23.7%	85.6%
Gallen weiterempfehlen?	nein	Anzahl	3	6	5	0	0	14
		%	3.1%	6.2%	5.2%	.0%	.0%	14.4%
Gesamt		Anzahl	4	8	16	46	23	97
		%	4.1%	8.2%	16.5%	47.4%	23.7%	100.0%

Die Tabelle zeigt, dass insgesamt 85.6% der Antwortenden (n=97) die KJPD St. Gallen weiterempfehlen würden, 14.4% nicht. Einige Befragte, die sehr unzufrieden (3.1%) oder unzufrieden (6.2%) mit der Zusammenarbeit mit den KJPD St. Gallen waren, würden die Institution nicht weiterempfehlen. Diejenigen, die sehr zufrieden (23.7%) und zufrieden (47.4%) mit der Dimension waren, empfahlen die KJPD in jedem Fall weiter. Unter den Befragten gab es ebenfalls Personen, die zwar sehr unzufrieden oder unzufrieden mit der Zusammenarbeit waren, die KJPD St. Gallen aber dennoch weiterempfehlen würden (3.1% und 6.2%). Die Antwortoption „weder noch“ wurde sowohl von Antwortenden, die die KJPD weiterempfehlen würden (11.3%), als auch von denen, die dies nicht tun würden (5.2%), gewählt.

Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests

Zwischen den Variablen „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit“ und „Weiterempfehlung“ besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p=0.000$). Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner als 5 aufwiesen, wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Der Kontingenzkoeffizient und damit die Effektstärke ist mit $C=0.59$ gross.

3.3 Aufnahmepraxis / Weiterempfehlung

Häufigkeiten Aufnahmepraxis / Weiterempfehlung

			Wie zufrieden sind Sie generell mit der Aufnahmepraxis?					Gesamt
			sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden	
Würden Sie die KJPD St. Gallen weiterempfehlen?	ja	Anzahl	1	4	7	52	17	81
		%	1.1%	4.2%	7.4%	54.7%	17.9%	85.3%
	nein	Anzahl	2	3	6	3	0	14
		%	2.1%	3.2%	6.3%	3.2%	.0%	14.7%
Gesamt		Anzahl	3	7	13	55	17	95
		%	3.2%	7.4%	13.7%	57.9%	17.9%	100.0%

Aus der Tabelle geht hervor, dass insgesamt 85.3% (n=95) der Antwortenden die KJPD St. Gallen weiterempfehlen würden und 14.7% nicht. Von den Antwortenden, welche die Institution weiterempfehlen würden, waren 17.9% mit der Aufnahmepraxis sehr zufrieden, 54.7% zufrieden, 7.4% trafen keine Entscheidung, 4.2% waren unzufrieden und 1 antwortende Person (1.1%) war sehr unzufrieden. Von den Teilnehmenden, die die KJPD nicht weiterempfehlen würden, zeigten sich 2.1% sehr unzufrieden, 3.2% unzufrieden, 6.3% antworteten mit „weder noch“ und 3.2% waren zufrieden.

Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests

Zwischen den Variablen „Zufriedenheit mit der Aufnahmepraxis“ und „Weiterempfehlung“ besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p=0.000$). Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner als 5 aufwiesen, wurde der exakte Test nach Fisher durchgeführt. Der Kontingenzkoeffizient und damit die Effektstärke ist mit $C=0.48$ gross.

4. Berechnungen Chi-Quadrat

Chi-Quadrat-Test (Leistungsspektrum/Weiterempfehlung)

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	76.634 ^a	4	.000	.000		
Likelihood-Quotient	65.397	4	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	56.507			.000		
Zusammenhang linear-mit-linear	58.230 ^b	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	81					

a. 5 Zellen (50.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist .59. b. Die standardisierte Statistik ist -7.631.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominal- maß	Phi	.898	.000	.000
	Cramer-V	.898	.000	.000
	Kontingenzkoeffizient	.668	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle		95		

Chi-Quadrat-Test (Zusammenarbeit/Weiterempfehlung)

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	50.947 ^a	4	.000	.000		
Likelihood-Quotient	46.702	4	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	41.925			.000		
Zusammenhang linear-mit-linear	41.266 ^b	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	97					

a. 5 Zellen (50.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist .58. b. Die standardisierte Statistik ist -6.424.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominal- maß	Phi	.725	.000	.000
	Cramer-V	.725	.000	.000
	Kontingenzkoeffizient	.587	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle		97		

Chi-Quadrat-Test (Aufnahmepraxis/Weiterempfehlung)

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	27.765 ^a	4	.000	.000		
Likelihood-Quotient	24.832	4	.000	.000		
Exakter Test nach Fisher	23.609			.000		
Zusammenhang linear-mit-linear	22.406 ^b	1	.000	.000	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle	95					

a. 5 Zellen (50.0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist .44. b. Die standardisierte Statistik ist -4.734.

Symmetrische Maße

		Wert	Näherungsweise Signifikanz	Exakte Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominal- maß	Phi	.541	.000	.000
	Cramer-V	.541	.000	.000
	Kontingenzkoeffizient	.476	.000	.000
Anzahl der gültigen Fälle		95		

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: