Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

ANQ-Zufriedenheitsmessungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

Forschungsstudie zur wissenschaftlichen Testung des neuen ANQ-Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit

Abschlussbericht, Teil 1 und 2

Juni 2018 / Version 2.0

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Impressum

Titel	ANQ-Zufriedenheitsmessungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation: Forschungsstudie zur wissenschaftlichen Testung des neuen ANQ-Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit, Abschlussbericht Teil 1 und 2
Publikationsjahr	2018

Autorinnen und Autoren	Dipl.-Päd. (Rehab.) Stefanie Köhn, Charité – Universitätsmedizin Berlin Dipl.-Psych. Monika Oedekoven, Charité – Universitätsmedizin Berlin Dipl.-Psych. Sebastian Bernert, Charité – Universitätsmedizin Berlin Prof. Dr. Karla Spyra, Charité – Universitätsmedizin Berlin Unter Einbezug des Qualitätssauschusses Patientenzufriedenheit des ANQ: Dr. med. Pierre Chopard, Hôpitaux Universitaires, Genève Adriana Degiorgi, Ospedali Regionali di Lugano Andrea Dobrin Schippers, Psychiatrische Dienste Thurgau Michel Délitroz, Spitalzentrum Oberwallis, ab April 2017 Prof. Armin Gemperli, Schweiz. Paraplegiker -Forschung Nottwil u. Universität Luzern Dr. Francesca Giuliani, Universitätsspital Zürich Janick Gross Swiss Medical Network – Clinique Générale, Fribourg Stefan Kuhn, Luzerner Psychiatrie Dr. phil. Tima Plank, Kantonsspital Graubünden Klaus Schmitt, Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil Dr. med. Anastasia Theodoridou, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich Stephan Tobler, Kliniken Valens
Kontakt und Korrespondenzadressen	Prof. Dr. Karla Spyra; Dipl.-Päd. (Rehab.) Stefanie Köhn Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 10117 Berlin Tel: +49 30 450 517 156 / 125 E-Mail: karla.spyra@charite.de; stefanie.koehn@charite.de

Auftraggeber	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

vertreten durch

Frau Regula Heller, MNS, MPH, Leiterin Akutsomatik, ANQ
Geschäftsstelle ANQ
Weltpoststrasse 5
CH-3015 Bern
Tel.: 031 511 38 41
E- Mail: regula.heller@anq.ch
www.anq.ch

Copyright

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

Summary 6

1. Einleitung 9

1.1. Hintergrund und Zielsetzung des Projekts 9

1.2. Fragestellungen der Forschungsstudie 11

2. Konzeption und Durchführung der Forschungsstudie 13

2.1. Allgemeines Erhebungsdesign und methodisches Vorgehen 13

2.2. Studiendesign Pilotbefragung 14

2.2.1. Stichprobenkonzept Pilotbefragungen 15

2.2.2. Erhebung von Merkmalen für die Risikoadjustierung 17

2.3. Projektorganisation 19

2.3.1. Kooperation und Kommunikation 19

2.3.2. Zeitplan Forschungsstudie 21

3. Projektphase 1: Vorbereitungsphase („Prä-Pilot“) 24

3.1. Inhalte und Ablauf der Vorbereitungsphase Akutsomatik und Psychiatrie 24

3.2. Kognitive Interviews Akutsomatik und Psychiatrie 26

3.2.1. Zentrale Ergebnisse kognitive Interviews – Bereich Akutsomatik 28

3.2.2. Zentrale Ergebnisse kognitive Interviews – Bereich Psychiatrie 29

3.3. Finalisierung der Fragebögen für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie 30

3.4. Inhalte und Ablauf der Vorbereitungsphase Rehabilitation 32

3.5. Finalisierung der Fragebögen für die Pilotbefragung Rehabilitation 34

4. Projektphase 2: Quantitative Pilotbefragung 36

4.1. Organisation und Ablauf der Pilotbefragungen 36

4.2. Verwendete statistische Verfahren 37

4.3. Ergebnisse Pilotbefragung Akutsomatik 43

4.3.1. Datenbasis und Stichprobenmerkmale 43

4.3.2. Testtheoretische Kennwerte der verschiedenen Skalenformate 46

4.3.3. Dimensionsanalyse 52

4.3.4. Rasch-Modell-Analyse nach der probabilistischen Testtheorie 55

4.3.5. Differential Item Functioning (DIF) 59

4.3.6. Klinikunterschiede und Risikoadjustierungsmodell ... 60
4.4. Ergebnisse Pilotbefragung Psychiatrie ... 69
4.4.1. Datenbasis und Stichprobenmerkmale ... 69
4.4.2. Testtheoretische Kennwerte der verschiedenen Skalenformate ... 73
4.4.3. Dimensionsanalyse ... 79
4.4.4. Rasch-Modell-Analyse nach der probabilistischen Testtheorie ... 82
4.4.5. Differential Item Functioning (DIF) ... 86
4.4.6. Klinikunterschiede und Risikoadjustierungsmodell ... 86
4.5. Ergebnisse Pilotbefragung Rehabilitation ... 96
4.5.1. Datenbasis und Stichprobenmerkmale ... 96
4.5.2. Testtheoretische Kennwerte des getesteten Skalenformats ... 100
4.5.3. Dimensionsanalyse ... 105
4.5.4. Rasch-Modell-Analyse nach der probabilistischen Testtheorie ... 107
4.5.5. Differential Item Functioning (DIF) ... 109
4.5.6. Klinikunterschiede und Risikoadjustierungsmodell ... 109
5. Zusammenfassung und Empfehlungen ... 122
5.1. Zentrale Ergebnisse für die neue Patientenbefragung Akutsomatik ... 122
5.2. Zentrale Ergebnisse für die Patientenbefragung Psychiatrie ... 125
5.3. Zentrale Ergebnisse für die neue Patientenbefragung Rehabilitation ... 128
Literaturverzeichnis ... 132
Abbildungsverzeichnis ... 134
Tabellenverzeichnis ... 139
Anhang ... 140

Summary

Ausgangspunkt:

Die Durchführung von Patientenbefragungen ist verbindlicher Bestandteil des Nationalen Messplans. Aufgrund geringer Varianz in den Ergebnissen der Befragungen in der Akutsomatik und den Empfehlungen einer externen Evaluation wurde das Fragen-Set Patientenzufriedenheit vom ANQ gemeinsam mit der ANQ-Expertengruppe Patientenzufriedenheit überarbeitet.

Ziel:

Im Rahmen der Forschungsstudie sollte das neue Fragenset des ANQ-Erhebungsinstruments zur Messung der Patientenzufriedenheit hinsichtlich seiner statistischen Gütekriterien und Eignung für nationale Klinikvergleiche in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation geprüft werden. Zum anderen sollte ein geeignetes Skalenformat definiert werden, welches möglichst geringe Deckeneffekte und eine hohe Varianz der Patientenantworten in Bezug auf Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung aufweist. Weiterhin sollte ein neues Set von Adjustierungsvariablen für einen fairen Klinikvergleich getestet werden. Die Testverfahren sollten in allen drei Fachbereichen (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) durchgeführt werden.

Studiendesign:

In der 1. Phase des Projekts („Prä-Pilot") wurden kognitive Interviews mit Patienten zur Verständlichkeit und Gestaltung des primären Fragebogenentwurfs durchgeführt. Die Ergebnisse der Interviews wurden mit der ANQ-Expertengruppe diskutiert und hatten eine Anpassung des primären Entwurfs zur Folge. Der finale Fragebogenentwurf wurde übersetzt und sprachlich validiert und anschliessend in einer quantitativen Pilotbefragung in allen drei Amtssprachen (deutsch, französisch, italienisch) in Projektkliniken eingesetzt. In den Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie wurden in einem randomisierten Design die neuen Fragebogenvarianten in drei Skalenformaten getestet. Jede Projektklinik versendete die drei Fragebogenversionen in gleicher Anzahl an alle Patienten eines Entlassmonats. Die Forschungsstudie wurde in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie im gleichen Design durchgeführt. Zeitlich nachgeordnet wurde – aufbauend auf den Erfahrungen der Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie – der neue Fragebogen für den Fachbereich Rehabilitation überprüft, hier wurde nur ein Skalenformat getestet. Ebenfalls übermittelten die Projektkliniken zentrale Variablen der personenbezogenen BFS-Statistik für die Studienteilnehmer (Aufnahme- und Entlassdatum, Hauptdiagnose, Eintrittsart, Aufenthaltsort nach Entlassung und weitere). Weitere Merkmale wurden direkt auf dem Fragebogen erhoben (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, subjektiver Gesundheitszustand).

Zentrale Ergebnisse:

<u>Forschungsstudie Akutsomatik:</u> Auf der Basis von 15 durchgeführten kognitiven Interviews erfolgten kleine sprachliche Anpassungen des 1. Entwurfs des neuen Fragensets. Eine Frage wurde gestrichen, so dass der finale Entwurf des neuen Fragensets sechs Fragen umfasste.

In der Pilotbefragung Akutsomatik wurden 9.460 Fragebögen versendet, bei einer Rücklaufquote von 36,4% umfasst die Analysestichprobe insgesamt 3.440 Patienten. Die drei Skalenversionen sind in der Analysestichprobe wie geplant ca. jeweils zu einem Drittel vertreten. Die Analysen belegen die Eignung des neuen Kurz-Fragebogens für eine nationale Zufriedenheitsbefragung. Die verbale 5er-Skala liefert

hinsichtlich der Diskriminationsfähigkeit vergleichsweise die besten statistischen Ergebnisse. Als signifikante Confounder erwiesen sich sowohl in unifaktoriellen als auch multifaktoriellen Analysen das Alter, die Eintrittsart (Notfall vs. geplant), der Aufenthaltsort nach Austritt (zu Hause vs. anderer Ort) und der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung.

Forschungsstudie Psychiatrie: Auf der Basis von 13 durchgeführten kognitiven Interviews erfolgten auch hier kleine sprachliche Anpassungen des 1. Entwurfs des neuen Fragensets. Zwei Fragen wurden gestrichen und eine ergänzt, so dass der finale Entwurf des neuen Fragensets ebenfalls sechs Fragen umfasste.

In der Pilotbefragung Psychiatrie wurden 3.424 Fragebögen versendet, bei einer Rücklaufquote von 20,5% umfasst die Analysestichprobe insgesamt 703 Patienten. Die drei Skalenversionen sind in der Analysestichprobe wie geplant ca. jeweils zu einem Drittel vertreten. Damit ist die Basis für belastbare Aussagen zu den testtheoretischen Eigenschaften der drei Skalenformate vorhanden. Die Datenbasis ist jedoch für statistisch belastbare Ergebnisse zu Klinikvergleichen und potentiellen Confoundern als nicht ausreichend einzustufen. Die Analysen belegen die Eignung des neuen Kurz-Fragebogens für eine nationale Zufriedenheitsbefragung. Es ergeben sich für alle drei Skalenformate gute und im Vergleich zur Akutsomatik günstigere testtheoretische Kennwerte. Es kann jedoch keine klare Überlegenheit für eines der drei Skalenformate gezeigt werden. Die Analyseergebnisse zu den potentiellen Confoundern des Risikoadjustierungsmodells sind aufgrund der sehr geringen Datenbasis als Trends zu verstehen. Um die Befunde abzusichern, müssten sie an einer grösseren Stichprobe verifiziert werden.

Forschungsstudie Rehabilitation: Der auf der Basis einer Literaturrecherche und anschliessenden Expertendiskussion angepasste Fragebogenentwurf für die Rehabilitation wurde in kognitiven Interviews getestet. Anhand der Ergebnisse 37 durchgeführter kognitiver Interviews erfolgten auch hier kleine sprachliche Anpassungen des 1. Entwurfs des neuen Fragensets. Vier Fragen wurden gestrichen und ebenfalls vier ergänzt, so dass der finale Entwurf des neuen Fragensets für die Rehabilitation sieben Fragen umfasste.

Für die Pilotbefragung in der Rehabilitation wurden insgesamt 2.769 Fragebögen in der verbalen 5er-Skalierung versendet. Bei einer Rücklaufquote von 47,9% umfasst die Analysestichprobe insgesamt 1.326 Patienten. Insgesamt ist die erreichte Fallzahl in der Pilotbefragung Rehabilitation für die verwendete verbale 5er-Skala als sehr gut zu bewerten. Statistisch belastbare Aussagen zur Eignung des verwendeten Fragebogens sind ebenso möglich wie Aussagen zu Klinikvergleichen und zum Einfluss möglicher Confounder. Die Analysen belegen auch für den neuen Kurzfragebogen Patientenzufriedenheit Rehabilitation die Eignung für eine nationale Zufriedenheitsbefragung. Als signifikante Confounder erwiesen sich sowohl in unifaktoriellen als auch multifaktoriellen Analysen der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung und der Aufenthaltsort vor Eintritt. Das Alter besitzt einen Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit, verfehlt jedoch in den vorliegenden Daten knapp die statistische Signifikanz.

Empfehlungen:

- Akutsomatik: Das neue Fragenset Akutsomatik kann ohne weitere Überarbeitung in den drei Sprachversionen eingesetzt werden. Es sollte das verbale 5er-Skalenformat gewählt werden. Für die Klinikvergleiche wird die Bildung eines Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit empfohlen. Die Ergebnisse der Einzelitems können ebenfalls im Klinikvergleich berichtet werden.

Eine Risikoadjustierung wird für die Variablen Alter, Geschlecht, Interaktion Alter*Geschlecht, Aufenthaltsort nach Austritt und subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung empfohlen. Auf die Erhebung der Eintrittsart soll nach Entscheid des QA PatZu in der regulären Befragung verzichtet werden, da diese Adjustierungsvariable als einzige klinikseitig hätte erhoben werden müssen und der Erhebungsaufwand im Verhältnis zum Erkenntnisgewinn beim Klinikvergleich sehr gross wäre.

- Psychiatrie: Das neue Fragenset Psychiatrie kann ohne weitere Überarbeitung in den drei Sprachversionen eingesetzt werden. Es sollte auch hier das verbale 5er-Skalenformat gewählt werden da sich dieses einerseits in der Akutsomatik mit einer stabilen Datenlage als am besten geeignet zeigte und andererseits eine möglichst ähnliche Erhebung der Patientenzufriedenheit in den ANQ-Fachbereichen Anwendung finden soll. Dies betrifft auch das Skalenformat. Für die Klinikvergleiche wird die Bildung eines Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit empfohlen. Die Ergebnisse der Einzelitems können ebenfalls im Klinikvergleich berichtet werden. Variablen zur Risikoadjustierung sollten im Rahmen der 1. regulären Befragung nochmals überprüft werden. Hierbei sollen nur patientenseitig erhobene Merkmale geprüft werden (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, subjektiver Gesundheitszustand). Es wird ein Erhebungszeitraum von drei Monaten für die reguläre Befragung empfohlen.

- Rehabilitation: Das neue Fragenset Rehabilitation kann in den drei Sprachversionen in der verbalen 5er-Skalierung eingesetzt werden. Nach Entscheid des QA-PatZu wird eine Frage zum Thema Austrittsmanagement (Austritt – Information) gestrichen, da hier kaum ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn für die Klinikvergleiche der Patientenzufriedenheit besteht. Der finale Fragebogen umfasst nun 6 Items. Für die Klinikvergleiche wird die Bildung eines Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit empfohlen. Die Ergebnisse der Einzelitems können ebenfalls im Klinikvergleich berichtet werden. Eine Risikoadjustierung wird für die Variablen Alter, Geschlecht und subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung empfohlen. Auf die Erhebung der Variable Aufenthaltsort vor Eintritt für die Adjustierung soll - ebenfalls nach Entscheid des QA - zukünftig verzichtet werden. Der Erhebungszeitraum sollte mindestens zwei Monate umfassen.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Zielsetzung des Projekts

Ein Bestandteil der Qualitätsmessungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern (ANQ) ist die Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung mittels eines Fragebogens. Dabei sollen die Patientenzufriedenheitsmessungen einen schweizweiten Klinikvergleich ermöglichen.

Grundsätzlich ist die Messung der Patientenzufriedenheit als ein wesentlicher Indikator zur Beurteilung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen anzusehen (Gebhardt, Wolak, & Huber, 2013). Zwischen der Qualität der Versorgung und der Patientenzufriedenheit besteht ein enger Zusammenhang, der mindestens drei Dimensionen umfasst. Erstens ist die Patientenzufriedenheit ein Ziel der medizinischen Versorgung und Behandlung und wird so zur Qualitätskomponente. Sie ist ein möglicher Indikator für die Qualität des Versorgungsprozesses. Zweitens wird die Patientenzufriedenheit als Bestandteil der Gesundheit und der gesundheitsfördernden Wirkung angesehen. Patienten ziehen aus ihrer Erfahrung mit der Versorgung im Gesundheitswesen Konsequenzen für ihr eigenes Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme der Einrichtungen. Zufriedenheit kann somit das Verhalten lenken. Drittens ist die Patientenzufriedenheit ein Mittel der Qualitätssteigerung, da zufriedene Patienten eine verbesserte Compliance haben. Zusätzlich hat sich die Rolle des Patienten gewandelt. Der Patient hat veränderte Erwartungen an die Kliniken, fordert mehr Integration in medizinische Entscheidungsprozesse, verständliche Informationen und eine stärkere Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte (Ziesche, 2008). So stellt die Zufriedenheit mit der Klinikleistung neben der Verbesserung des Gesundheitszustands gemäss der WHO ein eigenständiges Behandlungsziel dar (Bleich, Özaltin, & Murray, 2009). Erhebungen zu Patientenerfahrungen und -zufriedenheit sind heute wichtige Datenquellen für die Darstellung der eigenen Qualität einer Organisation einerseits und andererseits für ein Monitoring und zur Steuerung der eigenen Leistungsprozesse im Sinne einer Orientierung an den Bedürfnissen und Erfahrungen der „Klienten".

Neben den wissenschaftlich-professionell entwickelten Befragungstools kommen in zahlreichen Kliniken auch selbst entwickelte Instrumente zum Einsatz, deren Messfähigkeit und Einsatzmethoden in vielen Fällen zumindest als unsicher zu bezeichnen sind. Demzufolge ist die Situation von einer deutlichen Heterogenität geprägt, da keine einheitlichen Befragungskonzepte vorliegen und somit Ergebnisse nicht vergleichbar sind (Theis, 2005; Ziesche, 2008).

Die Durchführung von Patientenbefragungen ist verbindlicher Bestandteil des Nationalen Messplans 2012-2015 bzw. für den Messplan ab 2016. Für die ANQ-Patientenbefragung wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der einige wesentliche Dimensionen der Patientenzufriedenheit beinhaltet. Der ANQ-Kurzfragebogen kann von den Spitälern wahlweise für separate Patientenbefragungen verwendet oder den bestehenden Befragungen mit Erhebungsinstrumenten, die für das interne Qualitätsmanagement eingesetzt werden, beigelegt werden.

Mit dem Instrument des Kurzfragebogens ist es möglich, die Patientenzufriedenheit mit relativ wenig (Zusatz-)Aufwand schweizweit einheitlich zu erheben. Durch die Erfassung relevanter Qualitätsdimensionen in knapper Form eignet sich der Fragebogen für einen nationalen Einsatz und kann somit zu einem Klinikvergleich herangezogen werden. Die in den Jahren 2012 bis 2015 in der Akutsomatik verwendete

Version des Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit des ANQ (ANQ-Kurzfragebogen Akut V.1.0, Anhang Abbildung 111) besteht aus fünf Kernfragen, die auf einer 11-stufigen endverbalisierten Antwortskala zu beantworten sind. Erfasst werden 4 Dimensionen der Patientenzufriedenheit: „Qualität der Behandlung", „Rückkehr", „Information/Kommunikation" und „Respekt und Würde". Die fünf Zufriedenheits-Items sind auf einer 11-stufigen Antwortskala zu beantworten.

Die Messungen der Patientenzufriedenheit durch den ANQ erfolgen in der Akutsomatik in der aktuellen Form seit 2011 In der Rehabilitation wird ein adaptierter Zufriedenheitsfragebogen seit 2013 eingesetzt. In der Psychiatrie wurden bislang keine Messungen der Patientenzufriedenheit durchgeführt. Die Einführung ist für 2017 geplant.

Die Resultate der bisherigen Patientenzufriedenheitsmessungen im Bereich der Akutsomatik mit dem ANQ-Kurzfragebogen Akut V1.0 und auch der Messungen im Bereich der Rehabilitation wiesen eine geringe Varianz zwischen den Spitälern auf. Die gemessene Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ist allgemein sehr hoch (ANQ & HCRI, 2016a, 2016b). Auf Basis der aufgrund der Deckeneffekte fehlenden Response-Variabilität ist ein aussagekräftiger Vergleich der Spitäler bisweilen nur bedingtmöglich. Das Auftreten von Deckeneffekten ist ein bekanntes Phänomen im Rahmen von Patientenzufriedenheitsbefragungen (Masino & Lam, 2014).

Die für die Auswertung der Daten des Jahres 2012 für die Risikoadjustierung genutzten Variablen (Alter, Geschlecht, Spitalkategorie, Versicherungsstatus, spitalbezogene Variablen der BFS-Statistik) zeigten keine Effekte, so dass in den Auswertungen ab 2013 auf eine Risikoadjustierung verzichtet wurde.

Die externe Evaluation des ANQ-Messplans (ANQ, 2014) benannte für den Qualitätsindikator Patientenzufriedenheit **drei wesentliche Entwicklungsaufgaben**:

- Prüfung des Einbezugs weiterer relevanter Zufriedenheitsdimensionen in das Fragenset
- Überprüfung geeigneter Skalenformate zur Verbesserung der Diskriminationsfähigkeit des Kurzfragebogens (11-stufige Skala, 7-stufige sowie eine verbale 5-stufige Antwortskala). Aufgrund der starken Deckeneffekte bei den bisherigen Befragungsergebnissen, bei denen eine 11-stufige endverbalisierte Antwortskala verwendet wird, soll das neue Fragebogen-Set auch in anderen Antwortformaten getestet werden. Der Einfluss des Skalenformats auf das Antwortverhalten ist bereits häufig in der Literatur diskutiert worden (Garratt, Helgeland, & Gulbrandsen, 2011; Moors, Kieruj, & Vermunt, 2014). So zeigte die Untersuchung von Garrat et al. (2011), dass eine verbale 5er-Skala, bei der jeder einzelne Punkt definiert ist, zu einer besseren Datenqualität beiträgt als eine 11-stufige endverbalisierte Antwortskala. Die bessere Datenqualität lässt sich anhand niedrigerer Mittelwerte und schwacher Deckeneffekte bestätigen.
- Weiterentwicklung des Modells zur Risikoadjustierung (Identifikation weiterer relevanter Variablen): Klärung der Frage, ob bestimmte Faktoren, die bisher noch nicht im Rahmen der ANQ-Zufriedenheitsbefragung geprüft wurden, die Patientenzufriedenheit unabhängig von der im Spital erfahrenen Behandlung beeinflussen und für einen fairen Klinikvergleich berücksichtigt werden müssen.

Auf Basis der Erkenntnisse der Evaluation hat der ANQ-Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit (kurz: QA-PatZu) im Auftrag des ANQ-Vorstandes den bestehenden Kurzfragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit weiterentwickelt. Es wurde ein neues Fragenset für den Kurzfragebogen bestehend aus sieben Fragen erarbeitet (PatZu_neu Entwurf 1.0, Anhang Abbildung 112).

Das neue Fragenset beinhaltet neben einer allgemeinen Frage zur Qualität der Behandlung und der Dimension „Information/Kommunikation" jetzt zusätzlich die Dimensionen „Medikation" und ‚Austrittsmanagement". Die Dimensionen „Rückkehr" und „Respekt und Würde" sind nicht mehr enthalten.

Die Dimension Medikation ist eng in Verbindung mit Information und wurde vom QA-PatZu als wichtige Dimension bewertet. Austrittsmanagement wurde im Hinblick auf die Einführung der Fallpauschalen SwissDRG ab 2012 aufgenommen. Die Optimierung des Austrittsprozesses ist in vielen Spitälern und Kliniken ein aktuelles Thema.

Der ANQ ist überzeugt, dass die Inhalte eines Patientenzufriedenheitsbogens in regelmässigen Abständen zu prüfen sind und die aktuellen Entwicklungen und Trends berücksichtigt werden sollen.

Ziel des ANQ ist es, das neue Fragen-Set fachübergreifend in den Bereichen Akutsomatik (ab 2016), Psychiatrie (ab 2017) und in der Rehabilitation (ab 2018) einzusetzen, wobei fachbereichsspezifische Anpassungen des Kurzfragebogens hinsichtlich des Inhalts und der Formulierung der Fragen möglichst gering sein sollen.

Vor dem Einsatz des neuen Instruments für die Patientenzufriedenheitsmessung sollte dieses im Rahmen einer Forschungsstudie zunächst in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie wissenschaftlich validiert und Testverfahren zur Überprüfung der Gütekriterien des neuen Fragebogenentwurfs durchgeführt werden. Die Ausschreibung zur Durchführung der Testverfahren wurde im Dezember 2014 lanciert. Sie wurde auf der Webseite des ANQ aufgeschaltet und rund 30 potenziellen Instituten elektronisch zugestellt. In einem ersten Evaluierungsschritt wurden durch die Geschäftsstelle zwei von sechs Bewerber zur Präsentation in die Sitzung des QA-PatZu vom 5. März 2015 eingeladen.

Im Anschluss hat der ANQ das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Durchführung der Testverfahren in der Akutsomatik , und Psychiatrie beauftragt. Auch mit der Durchführung der Testverfahren für die Rehabilitation wurde die Charité beauftragt.

1.2. Fragestellungen der Forschungsstudie

In der Forschungsstudie soll das neue Fragenset des ANQ-Kurzfragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit hinsichtlich seiner statistischen Gütekriterien und Eignung für nationale Klinikvergleiche geprüft werden. In der Studie werden verschiedene Testverfahren zur Beantwortung der genannten Fragestellungen zunächst für die Bereiche Akutsomatik und Psychiatrie durchgeführt.

Folgende Hauptfragestellungen wurden im Rahmen der Studie zur Testung des neuen ANQ-Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit untersucht:

1. Überprüfung des neuen Fragensets hinsichtlich der Eignung für einen nationalen Vergleich der Patientenzufriedenheit:
   - Sind die Fragen und ihre Formulierungen für den Zweck einer nationalen Patientenzufriedenheitsbefragung geeignet?
   - Wie ist die Akzeptanz des neuen Instruments seitens der Patienten (z.B. Rücklauf- und Missing-Quoten?)

- Bildet das Instrument das Konstrukt Patientenzufriedenheit mit den gewählten Dimensionen ab?
- Gibt es Unterschiede im Antwortverhalten, die auf sprachliche Unterschiede hinweisen?
- Lassen sich mit dem Instrument Klinikunterschiede in der Patientenzufriedenheit abbilden?

2. Definition des am besten geeigneten Skalenformates: Welches Skalenformat hat die höchste Diskriminationsfähigkeit?
   Eine zentrale Fragestellung ist die Definition des am besten geeigneten Skalenformats, um möglichst geringe Deckeneffekte und eine möglichst hohe Varianz der Patientenantworten hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung zu erreichen. Aus diesem Grund wird das Fragenset in drei verschiedenen Versionen im Rahmen der Forschungsstudie getestet:
   - 11-stufige Antwortskala mit zwei verbalen Ankerpunkten (wie bisher und als Referenz)
   - 7-stufige Antwortskala mit zwei verbalen Ankerpunkten
   - 5-stufige verbale Antwortskala (teils asymmetrische Skala)
3. Entwicklung und Prüfung eines geeigneten Modells zur Risikoadjustierung: Testung eines Sets von Adjustierungsvariablen für einen fairen Spitalvergleich
   - Welche zusätzlichen Adjustierungsvariablen kommen für nationale Patientenzufriedenheitsmessungen in Frage und wie sind diese Merkmale zu erheben?
   - Welche Adjustierungsvariablen erweisen sich in der Forschungsstudie als signifikant und sollten demnach künftig erhoben und ins Modell aufgenommen werden?

Die Fragestellungen 1 und 3 wurden zeitlich nachgeordnet auch für den Fachbereich Rehabilitation untersucht.

2. Konzeption und Durchführung der Forschungsstudie

2.1. Allgemeines Erhebungsdesign und methodisches Vorgehen

Aufgrund eines geringen zeitlichen Spielraums für die Durchführung der Forschungsstudie war es nicht möglich alle üblichen Phasen einer Fragebogenentwicklung (Itemdefinition, quantitativer Pre-Test, qualitativer Pre-Test, quantitative Erprobung) en Detail zu durchlaufen. Der Schwerpunkt der Studie zur Überprüfung der Gütekriterien des neuen Fragebogens für die Patientenzufriedenheitsbefragung lag deshalb auf der quantitativen Erprobung des bereits durch die ANQ-Expertengruppe QA-PatZu im Vorfeld der Forschungsstudie entwickelten neuen Kurzfragebogens zur Erhebung der Patientenzufriedenheit.

Der neue Fragebogen wurde in der Studie an Stichproben akutsomatischer und psychiatrischer Patienten sowie an einer Stichprobe von Rehabilitationspatienten geprüft. Vor dem Einsatz wurden bereichsspezifische Anpassungen der Instrumente vorgenommen. Die Studie umfasste in den Teilprojekten Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation jeweils zwei Phasen.

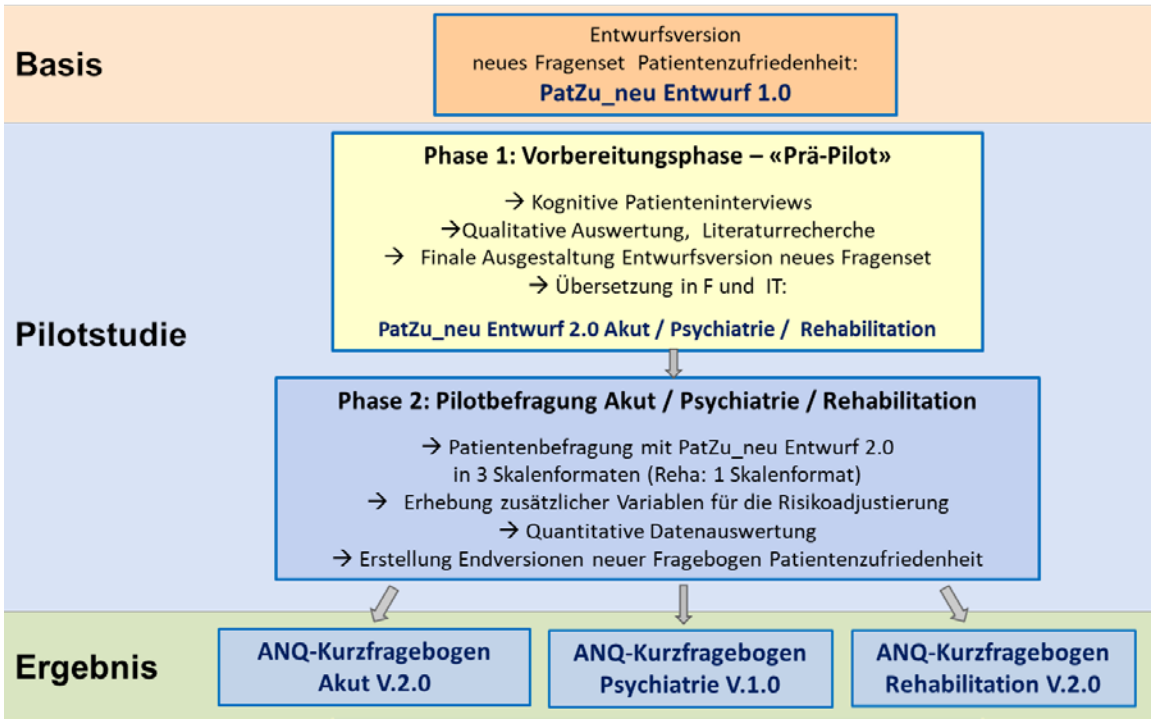


Abbildung 1: Projektablauf

Wie in Abbildung 1 dargestellt fand zunächst eine **Vorbereitungsphase („Prä-Pilot")** statt. In dieser Phase wurde der bereits vorliegende Fragebogenentwurf (PatZu_neu_Entwurf 1.0, Anhang Abbildung 112) auf der Basis von kognitiven Patienteninterviews sowie Expertendiskussionen für die Pilotbefragung angepasst. Es entstanden drei überarbeitete Versionen des neuen Fragebogenentwurfs (PatZu_neu

Version 2.0 Akut / Psychiatrie / Rehabilitation, vgl. Anhang Abbildung 113, Abbildung 114, sowie Abbildung 117, Abbildung 118 sowie Abbildung 119). Die Fragebogen wurden gemäss sozialwissenschaftlicher Standards ins Französische und Italienische übersetzt.

Die Bearbeitung der der Teilprojekte erfolgte nicht zeitgleich: Zunächst wurden die Teilprojekte Akutsomatik und Psychiatrie realisiert, zeitlich nachgeordnet erfolgte die Durchführung der Fragebogentestung in der Rehabilitation. Dies hatte zur Folge, dass das Teilprojekt bereits von den Ergebnissen der Akutsomatik und Akutsomatik «profitieren» konnte und teilweise ein etwas verändertes Vorgehen gewählt wurde, das im Folgenden beschrieben wird.

2.2. Studiendesign Pilotbefragung

Zur Testung des neuen Zufriedenheitsfragensets mit drei verschiedenen Antwortskalierungen wurde für die Pilotbefragungen in der Akutsomatik und Psychiatrie ein experimentelles Split-Ballot-Design gewählt (Saris, Satorra, & Coenders, 2004; Schuman & Presser, 1981). Charakteristisch an Split-Ballot-Verfahren zur Untersuchung von Instrumenteneffekten (hier Skalenversionen) ist die Unterteilung einer Stichprobe in zufällig ausgewählte gleich grosse Substichproben, denen unterschiedliche Fragebogenversionen zur Beantwortung vorgelegt werden.

Um ausschliessen zu können, dass Unterschiede im Antwortverhalten der Patienten bei der Verwendung der verschiedenen Skalenformate auf die im Spital erfahrene Behandlung zurückzuführen sind, sollen die Patienten in den Kliniken per Zufallsauswahl in drei Stichproben aufgeteilt werden, denen jeweils eine der drei Fragebogenvarianten zugeschickt wird.

Eine weitere Anforderung an das neu entwickelte Fragenset ist die Eignung für schweizweite Vergleiche in allen Landessprachen. Aus diesem Grund sollte das neue Fragenset in den drei Landessprachen (deutsch, französisch, italienisch) getestet werden (vgl. Abbildung 2).

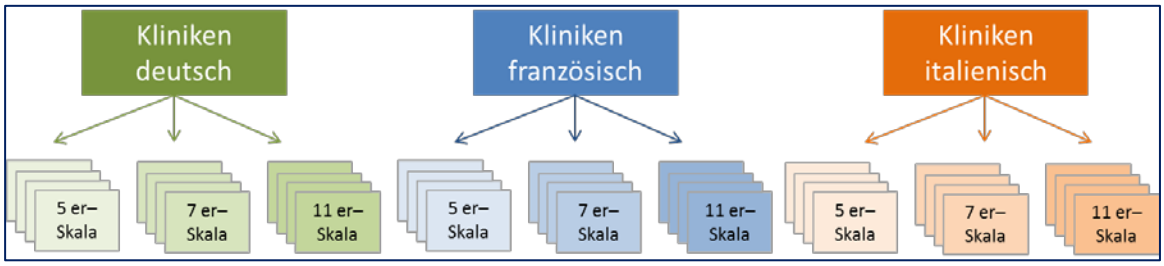


Abbildung 2: Studiendesign Pilotbefragung Akutsomatik und Psychiatrie

In der Pilotbefragung Rehabilitation wurde aufgrund der bereits vorliegenden Ergebnisse der Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie kein Split-Ballot-Design gewählt. In der Rehabilitation wurde in der Pilotbefragung lediglich der Fragebogen in der verbalen 5er-Skalierung eingesetzt. Diese Modifikation erfolgte vor allem mit dem Ziel ausreichende Fallzahlen für die Analysen potentieller Confounder und klinikvergleichende Analysen zu erreichen. In der Psychiatrie hatte sich bei dem eingesetzten Split-Ballot-Design gezeigt, dass aufgrund der je Klinik im Vergleich zur Akutsomatik niedrigen Behandlungszahlen/Monat nur sehr geringe Rückläufe je Klinik und Skala erreicht wurden. Die Aussagekraft bezüglich Confounderanalysen und klinikspezifischer Vergleiche war hier deutlich eingeschränkt. In der Rehabilitation konnten die Fallzahlen sehr genau abgeschätzt werden und ein Versand aller drei Skalenformate

hätte ähnlich niedrige Fallzahlen ergeben. Dadurch, dass sich in der Akutsomatik das verbale 5er-Skalenformat als Favorit erwies und die Ergebnisse der Psychiatrie dem nicht widersprachen wurde bereits vor Beginn der Pilotbefragung Rehabilitation entschieden, dass in den zukünftigen Routinebefragungen Akutsomatik und Psychiatrie der verbale 5er-Skalenformat eingesetzt wird. Ziel des ANQ ist eine möglichst einheitliche Form der Zufriedenheitsbefragung in den Fachbereichen. Aus diesen Gründen wurde entschieden, in der Pilotbefragung Rehabilitation lediglich das verbale 5er-Skalenformat zu einzusetzen. Die Sprachregionen wurden wiederum berücksichtigt (Abbildung 3).

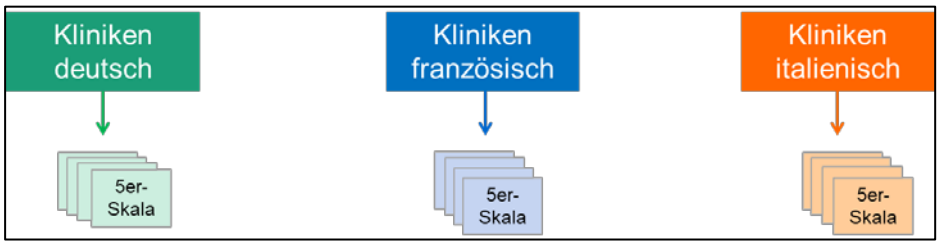


Abbildung 3: Studiendesign Pilotbefragung Rehabilitation

2.2.1. Stichprobenkonzept Pilotbefragungen

Für die Pilotbefragung wurde von der Charité ein Stichprobenkonzept erarbeitet. Bei der Ermittlung der erforderlichen Fallzahlen bzw. Anzahl der teilnehmenden Kliniken war zu berücksichtigen, dass anhand des empirisch gewonnenen Materials verschiedene Fragestellungen beantwortet werden sollen, für die verschiedene Stichprobengrössen bzw. -konstellationen benötigt werden. Dazu gehören:

- Aussagen bezüglich der Diskriminationsfähigkeit der drei Fragebogenvarianten (Skalenformate) müssen möglich sein. Die drei Fragebogenvarianten sollen jeweils an einer Klinikstichprobe in randomisierter Form in gleichen Anteilen eingesetzt werden. Es sollten je Fragebogenversion Rückläufe je Klinik von mindestens n=50 erreicht werden.
- die Aussagen zur Diskriminationsfähigkeit und Eignung des Instruments für eine nationale Zufriedenheitsbefragung müssen für alle drei Sprachversionen des Instruments möglich sein, das heisst es muss je Sprachregion eine ausreichende Anzahl an Fragebogenrückläufen je Fragebogenversion (Skalierung) für die Analysen vorliegen. Es sollten dabei je Sprachregion mehrere Kliniken einbezogen werden, damit nachgewiesen werden kann, dass eventuelle Unterschiede nicht zufällig entstehen (z. B. nur auf der Rückmeldung von Patienten aus einer Klinik beruhen).
- die Stichprobe muss Fälle aus ausreichend vielen Standorten umfassen, um signifikante Einrichtungsunterschiede in den Messergebnissen zur Patientenzufriedenheit nachweisen zu können und die Adjustierungsmodelle mit verschiedenen statistischen Verfahren (Regressionsmodelle, Hierarchische lineare Modelle) prüfen zu können (mindestens 12 - 15 Einrichtungen (Farin, 2005).

Um die vorgestellten Anforderungen an die Datenbasis mit der durchzuführenden Erhebung gewährleisten zu können, wurde für die Durchführung der Pilotbefragung in der **Akutsomatik** folgendes **Stichprobenkonzept** empfohlen (vgl. Abbildung 4):

Es sollten insgesamt 15 Projektkliniken aus dem Bereich der Akutsomatik ausgewählt werden, die im Rahmen der Pilotbefragung das neue Fragebogenset für die Zufriedenheitsmessung an alle Patienten

eines Entlassmonats versenden. Dabei soll jede Projektklinik alle drei Fragebogenvarianten (drei verschiedene Skalenformate) einsetzen. Um die verschiedenen Sprachregionen angemessen zu berücksichtigen, sollten je Sprachregion fünf Projektkliniken rekrutiert werden. Je Sprachregion wird so ein Fragebogenrücklauf von mindestens n=750 erreicht; ebenfalls wird für jede Fragebogenvariante (unterschiedliches Skalenformat) eine Fallzahl von mindestens n=750 erreicht. Insgesamt wird eine Gesamtstichprobe von mindestens n=2.250 im Rahmen der Forschungsstudie mit dem neuen Fragebogenset befragt (bezogen auf die eingegangenen Rückläufe). Der Gesamtrücklauf der Studie stünde damit in einem angemessenen Verhältnis zur üblichen Fallzahl der Nationalen Zufriedenheitsbefragung in der Akutsomatik (im Jahr 2012: n=34.042) (ANQ & HCRI, 2013).

Die erforderliche Klinikfallzahl für die Entwicklung des Adjustierungsmodells von mindestens 12 - 15 Kliniken ist beim empfohlenen Stichprobenkonzept ebenfalls gesichert.

		Kliniken														
		deutsch n=750					französisch n=750					italienisch n=750				
Antwortskala	**GESAMT-N**	Kl 1 n=	Kl 2 n=	Kl 3 n=	Kl 4 n=	Kl 5 n=	Kl 6 n=	Kl 7 n=	Kl 8 n=	Kl 9 n=	Kl 10 n=	Kl 11 n=	Kl 12 n=	Kl 13 n=	Kl 14 n=	Kl 15 n=
5-stufige Verbalskala	**n=750**	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
7-stufige Skala	**n=750**	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
11-stufige Skala	**n=750**	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	N=2250	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150

Abbildung 4: Geplantes Stichprobenkonzept Pilotbefragung – Bereich Akutsomatik

Aufgrund der Tatsache, dass die Nationale Zufriedenheitsbefragung im Bereich der **Psychiatrie** noch nicht durchgeführt wurde und keine publizierten Ergebnisse hinsichtlich der Anzahl sich beteiligender Kliniken respektive Rücklaufzahlen vorliegen, wurde vor Beginn des Projekts **kein konkretes Stichprobendesign** vorgeschlagen.

Folgende Bedingungen sollte die Stichprobe Psychiatrie jedoch erfüllen:

- Ausreichende Anzahl von Patienten zum Versand aller drei Fragebogenvarianten je Klinik mit ausreichendem Rücklauf je Variante/Klinik (erforderlich für die Bewertung der Diskriminationsfähigkeit der drei Skalenformate für das Klientel der Psychiatrie)
- Mindestens 10 - 12 teilnehmende Kliniken (erforderlich für Klinikvergleiche und die Entwicklung des psychiatriespezifischen Adjustierungsmodells)

Um die Realisierung der Forschungsstudie in der Psychiatrie – mit erwartungsgemäss geringeren Fallzahlen als bei den Akutspitälern – zu gewährleisten, sind bei der Konzeptualisierung des Stichprobenkonzepts Psychiatrie folgende Fragen zu diskutieren:

- Mindestfallzahl erwarteter Rückläufe je Fragebogenvariante/je Klinik reduzieren, z. B. n=30 - 40 je Fragebogenvariante/je Klinik
- Erhebungszeitraum von einem Monat auf zwei Monate ausweiten, um erforderliche Fallzahlen je Klinik zu gewährleisten

- Berücksichtigung aller drei Sprachregionen im gleichen Umfang. Es wird hier davon ausgegangen, dass die Ergebnisse zu eventuell feststellbaren Unterschieden der gemessenen Patientenzufriedenheit je Sprachregion aus der Erhebung der Akutsomatik auf den Bereich der Psychiatrie übertragbar sind und nicht alle drei Sprachregionen im gleichen Umfang in der Klinik-Stichprobe Psychiatrie vertreten sein müssen.

Das Stichprobenkonzept für die Psychiatrie wurde schliesslich im Rahmen des Projekts gemeinsam mit dem ANQ entwickelt. Die Befragung wurde auf zwei Entlassmonate ausgeweitet und geringere Rücklaufzahlen wurden akzeptiert.

Wie bereits erwähnt, erfolgte die Pilotbefragung Rehabilitation zeitlich nachgeordnet, so dass die Erkenntnisse der beiden zuvor durchgeführten Pilotbefragungen für die Planung des Stichprobenkonzepts Rehabilitation genutzt werden konnten. Ebenfalls lagen aufgrund der bereits in der Routine durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen Rehabilitation Rücklaufzahlen vor, die eine realistische Einschätzung der zu erwartenden Rückläufe für die Pilotbefragung ermöglichten.

Das Stichprobenkonzept Rehabilitation wurde schliesslich gemeinsam mit dem QA-PatZu in seiner Sitzung am 16.11.2016 festgelegt:

- Einsatz des verbalen 5er-Skalenformats für alle Studienteilnehmer, kein Split-Ballot-Design mit Testung mehrerer Skalenformate
- Erhebung über 2 Entlassmonate
- Einbezug der 3 Sprachregionen

2.2.2. Erhebung von Merkmalen für die Risikoadjustierung

Der Vergleich der Patientenzufriedenheit soll dazu dienen, die Versorgungsqualität in unterschiedlichen Kliniken zu erfassen, die auf die Behandlung innerhalb der Klinik zurückgeführt werden kann. Um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten muss daher sichergestellt sein, dass das zu untersuchende Merkmal (Patientenzufriedenheit) sich nicht aufgrund der unterschiedlichen Patientenkollektive (Altersstruktur, Schwere der Erkrankungen etc.) oder anderer Eigenschaften der Kliniken voneinander unterscheidet. Die gemessene Patientenzufriedenheit soll einen fairen Vergleich zwischen unterschiedlichen Kliniken ermöglichen.

In der Regel werden Adjustierungen an den Daten vorgenommen, um den Einfluss unterschiedlicher Ko-Variablen auf das zu untersuchende Merkmal für alle Kliniken konstant zu halten. Insbesondere werden Variablen genutzt, die die Unterschiede in den Patientenkollektiven (Case-mix) beschreiben, wie z.B.: Alter, Geschlecht, Erkrankungsart oder -schwere. Zudem können auch Eigenschaften der Kliniken: Art der Klinik, Bettenzahl etc. auf die Zufriedenheit der behandelten Patienten wirken. Um den Einfluss dieser Variablen unter Kontrolle zu halten, werden sie dann in den jeweiligen Analysen, hier Klinikvergleiche der Patientenzufriedenheit mit berücksichtigt.

Eine Fragestellung des Projekts bestand in der Entwicklung und Prüfung eines geeigneten Modells zur Risikoadjustierung. Es sollte ein Set von Adjustierungsvariablen hinsichtlich ihrer Relevanz für einen fairen Spitalvergleich getestet werden.

Bisher wurden folgende personenbezogene Variablen zur (Risiko-) Adjustierung der Patientenzufriedenheit genutzt:

- Alter
- Geschlecht
- Versicherungsstatus (allgemein vs. halbprivat/privat)

Obgleich diese Variablen für die Auswertung der Daten zur Zufriedenheit Akutsomatik im Jahr 2012 keine Effekte gezeigt haben, wurden sie für dieses Projekt wieder berücksichtigt, um sie in die Analyse der Adjustierungsvariablen (Fragestellung 3) einbeziehen zu können.

Zusätzlich sollten folgende Variablen auf ihren Einfluss auf die Patientenzufriedenheit geprüft werden. Hierbei ist zu beachten, dass fünf dieser zusätzlichen Variablen für alle drei Fachbereiche getestet wurden. Weitere mögliche Einflussgrössen wurden spezifisch für einzelne Fachbereiche definiert und überprüft:

- Verweildauer
- Eintrittsart: geplant vs. notfallmässig
- Hauptdiagnose, als möglicher Indikator für die Erkrankungsschwere
- Time-Lag-Effekt: Einfluss der Zeitspanne zwischen Entlassung aus dem Spital und Erhalt des Fragebogens
- Subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung

- Aufenthaltsort nach Austritt *(nur in der Akutsomatik und Rehabilitation berücksichtigt)*
- Eintrittsart 2: freiwillig vs. Auflage (*nur in der Psychiatrie berücksichtigt)*
- Aufenthalt vor Eintritt *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*
- Reha-Art / Reha-Bereich *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*
- Einverständnis mit ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*

Dieses Set von möglichen Einflussvariablen auf die Patientenzufriedenheit wurde auf der Basis wissenschaftlicher Vorbefunde zu relevanten Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit gemeinsam mit dem ANQ und der Expertengruppe QA-PatZu für die drei Fachbereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation definiert. Bei der Auswahl der zusätzlich für die Risikoadjustierung zu erhebenden Variablen sollte berücksichtigt werden, dass diese möglichst aus den Routinedaten der Kliniken (hier: BFS-Statistik, Bundesamt für Statistik, 2012) entnommen werden sollten, um den Fragebogen möglichst kurz und einfach zu gestalten, um so die Antwortbereitschaft der angeschriebenen Patienten zu erhöhen.

Lediglich die Angabe zum aktuellen subjektiven Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung wurde auf dem Fragebogenformular aufgeführt, da sie nur vom Patienten selbst beantwortet werden kann. Dieses Merkmal erwies sich in zahlreichen Studien zu Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit als signifikant (Covinsky et al., 1998; Young, Meterko, & Desai, 2000) und sollte deshalb unbedingt im Rahmen der Pilotbefragung überprüft werden. Die Frage entspricht dem 1. Item des SF-36 - Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998).

In Abbildung 5 ist ersichtlich, aus welchen Quellen die Variablen zur Überprüfung und Definition eines geeigneten Adjustierungsmodells im Rahmen der Pilotbefragungen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation erhoben wurden.

Untersuchte Merkmale	**Quelle**		
	BFS-Statistik	**Fragebogen (Selbstauskunft)**	**Klinik**
Alter	✓	✓	
Geschlecht	✓	✓	
Hauptdiagnose	✓		
Aufenthaltsdauer	✓		
Versichertenstatus	✓	✓	
Eintrittsart: geplant vs. Notfall	✓		
Subj. Gesundheitszustand		✓	
Time-Lag-Effekt: Zeit zwischen Austritt und Versand	✓		✓
Eintrittsart 2: freiwillig vs. Auflage (nur in der Psychiatrie berücksichtigt)	✓		
Eintrittsort *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*	✓		
Austrittsort *(nur in Akutsomatik u. Rehabilitation berücksichtigt)*	✓		
Reha-Art / Reha-Bereich *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*			✓
Beurteilung der Arbeitsfähigkeit *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*		✓	

Abbildung 5: Variablenset zur Überprüfung und Definition eines geeigneten Adjustierungsmodells

2.3. Projektorganisation

2.3.1. Kooperation und Kommunikation

Die Durchführung des Projekts erfolgte in enger Abstimmung zwischen den Projektverantwortlichen auf Seiten des ANQ und der Charité. Alle Projektschritte wurden gemeinsam geplant und Veränderungen im geplanten Projektablauf im gegenseitigen Austausch vorgenommen.

Der ANQ übernahm die zentrale Koordination der Projektarbeiten der verschiedenen am Projekt beteiligten Akteure und stellte den Informationsaustausch zwischen den Beteiligten her (vgl. Anhang, Tabelle 17). Der ANQ übernahm auch die Rekrutierung der Projektkliniken, die die kognitiven Interviews sowie die Pilotbefragungen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation in ihren Häusern realisierten.

Für die Pilotbefragung Akutsomatik nahmen 13 Spitäler an der Studie teil:

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- CHVR - Hôpital de Martigny
- CHVR - Hôpital de Sierre
- CHVR - Hôpital de Sion
- CHVR - Hôpitaux de Saint-Maurice
- Clinica Santa Chiara
- Inselspital Bern
- Solothurner Spitäler AG - Bürgerspital Solothurn
- Solothurner Spitäler AG - Kantonsspital Olten
- Spital Bülach
- L´ospedale multisito EOC
- Spital Muri
- Universitätsspital Basel

Die Pilotbefragung Psychiatrie war durch die Projektbeteiligung von 14 psychiatrischen Kliniken möglich:

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)
- Clinica Santa Croce
- Clinica Viarnetto
- Hôpitaux Universitaires Genève (HUG)
- Klinik Schützen
- Luzerner Psychiatrie (LUPS)
- Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
- Ospedale Malcantonese
- Privatklinik Meiringen
- Psychiatrie Baselland
- Psychiatrische Dienste Thurgau (STGAG)
- Sanatorium Kilchberg
- St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd

Die Pilotbefragung Rehabilitation wurde in 16 Rehabilitationskliniken /-abteilungen realisiert:

- Clinica di riabilitazione EOC - Faido
- Clinica di riabilitazione EOC - Novaggio
- Clinica Hildebrand
- Clinique Le Noirmont
- HUG - Bellerive
- HUG - Loëx
- Klinik Barmelweid

- Klinik Gais
- Klinik Oberwaid
- Kliniken Valens - Rheinburg Klinik
- Kliniken Valens - Rehazentrum Valens
- Kliniken Valens - Rehazentrum Walenstadtberg
- RehaClinic - Zollikerberg
- Reha Rheinfelden
- Rehaklinik Zihlschlacht
- Spital Thurgau – St. Katharinental

Die Projektarbeiten zur Vorbereitung der Pilotbefragung erfolgten mit Beginn des Projekts gemeinsam mit zwei externen Befragungsinstituten (hcri AG ist für die deutschsprachige und Mecon measure & consult GmbH für die französisch- und italienischsprachige Schweiz). Diese Institute fungieren auch in der regulären ANQ-Patientenbefragung als zentrale Befragungsinstitute und verfügen über das notwendige Know-How zur Datenerhebung und Datenaufbereitung der Zufriedenheitsdaten sowie über Kenntnisse zu vorhandenen Strukturen und Ansprechpartnern in den Kliniken. Aus diesem Grund sollte die Durchführung der Pilotbefragung von diesen beiden Instituten gemeinsam mit den Projektkliniken realisiert werden. Das konkrete Vorgehen bei der Durchführung der Pilotbefragung (Versand der Fragebögen, Bereitstellung weiterer patientenbezogener Daten) wurde zwischen der Charité und den Befragungsinstituten abgestimmt. Die Datenaufbereitung der Rückläufe wurde ebenfalls von den beiden externen Befragungsinstituten übernommen, die quantitative Datenanalyse wurde von der Charité durchgeführt.

Ebenfalls eng eingebunden in den Projektablauf waren die Mitglieder der ANQ-Expertengruppe QA-PatZu. Insbesondere in der ersten Projektphase waren die Experten in den Prozess der Finalisierung der Fragebogenentwürfe durch mehrere Rückkopplungsschleifen einbezogen. Im späteren Projektverlauf erfolgten gemeinsame Sitzungen mit Ergebnispräsentationen und der Diskussion der Ergebnisse.

Die erforderlichen Übersetzungsarbeiten der deutschen Fragebogenentwürfe ins Französische und Italienische für den Einsatz in den Pilotbefragungen wurden für die Akutsomatik und Psychiatrie vom Institut universitaire de médicine sociale et préventive (ESOPE) und für die Pilotbefragung Rehabilitation von der Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR) durchgeführt. Für die Testverfahren in der Rehabilitation wurde die Durchführung der kognitiven Interviews ebenfalls von der HETS-FR übernommen, in der Akutsomatik und Psychiatrie wurden sie von der Charité realisiert.

2.3.2. Zeitplan Forschungsstudie

Der vorgesehene Arbeits- und Zeitplan der Forschungsstudie für die Akutsomatik und Psychiatrie startete zunächst zeitgleich im Mai 2015. Während der 1. Projektphase stellte sich heraus, dass der Fragebogen PatZu_neu Entwurf 1.0 für die Akutsomatik modifiziert werden muss und dieser Entwurf für die Psychiatrie nicht geeignet ist. Bedingt durch die Modifizierungen und einen aufwändigen Übersetzungsprozess resultierte ein versetzter Arbeits- und Zeitplan der Studie zwischen Akutsomatik und Psychiatrie. Auch erfolgten versetzte Arbeitspakete bei der Pilotbefragung Akutsomatik - deutsch und der Pilotbefragung Akutsomatik - italienisch und französisch (vgl. Abbildung 6). Die Arbeiten für die Durchführung

der Testverfahren in der Rehabilitation erfolgten zeitlich versetzt. Begonnen wurde hier erst im Februar 2016. Zu diesem Zeitpunkt lagen die finalen Fragebogenversionen für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie bereits vor.

Zu folgenden Terminen wurden relevante Meilensteine erreicht:

- März 2016 - QA- Sitzung: Vorläufige Ergebnispräsentation der Forschungsstudie, Akutsomatik, Deutschschweiz
- Juli 2016 - QA-Sitzung: Finale Ergebnispräsentation der Forschungsstudie, Akutsomatik, drei Sprachregionen
- September 2016 - QA-Sitzung: Diskussion Entwurf Abschlussbericht - Akutsomatik
- November 2016 - QA-Sitzung: Ergebnispräsentation der Forschungsstudie - Psychiatrie
- Juni 2017 - QA-Sitzung: Verabschiedung Abschlussbericht, Teil 1 (Akutsomatik, Psychiatrie)
- September 2017: Veröffentlichung Schlussbericht Teil 1 auf ANQ-Homepage
- Januar 2018: Ergebnispräsentation Pilotbefragung Rehabilitation
- Juni 2018: Verabschiedung und Veröffentlichung Schlussbericht Teil 1 und 2 (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation)

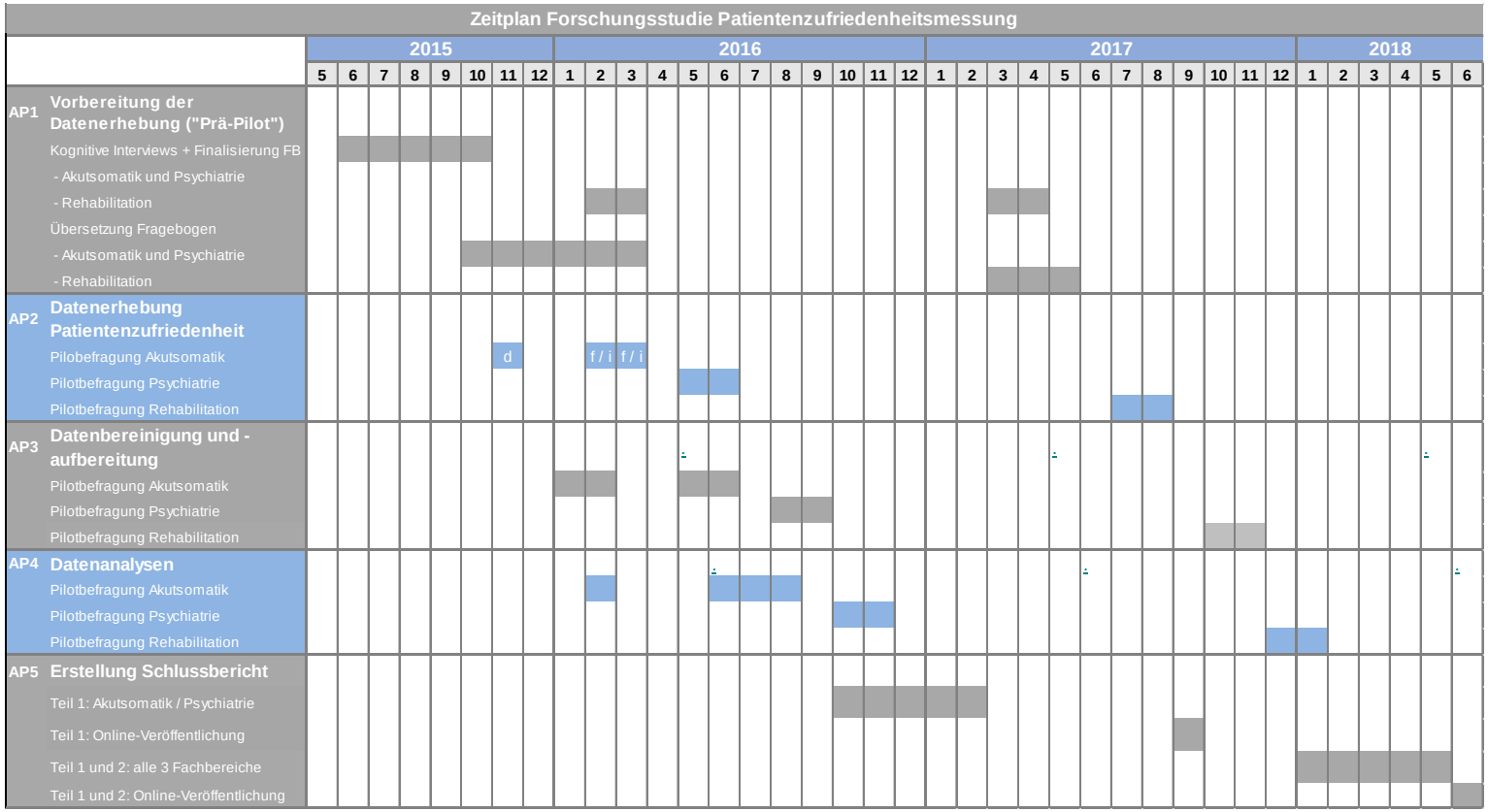


Abbildung 6: Arbeits- und Zeitplan Forschungsstudie Patientenzufriedenheitsmessung

3. Projektphase 1: Vorbereitungsphase („Prä-Pilot“)

3.1. Inhalte und Ablauf der Vorbereitungsphase Akutsomatik und Psychiatrie

Die Vorbereitungsphase - „Prä-Pilot“ diente der definitiven Ausgestaltung des neuen Fragebogens Patientenzufriedenheit, der dann für die Pilotbefragungen in der Akutsomatik und Psychiatrie verwendet wurde. Einen Überblick über diesen Entwicklungsprozess gibt Abbildung 7.

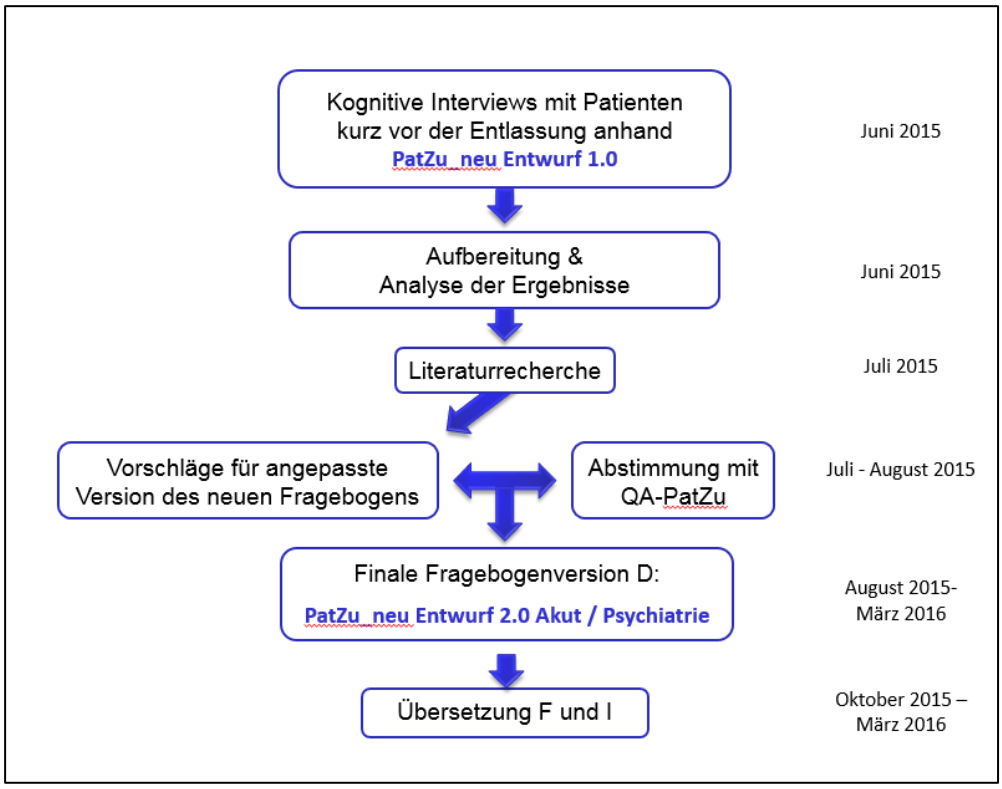


Abbildung 7: Prozessablauf Finalisierung des Fragebogens für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie

Auch wenn auf eine ausführliche qualitative Vorstudie bei der Entwicklung des Fragebogens verzichtet wurde, sollte der Adressatenkreis des Befragungsinstruments bei der endgültigen Formulierung der Zufriedenheits-Items sowie der Gestaltung des Fragebogens einbezogen werden. Der erste Entwurf des neuen Fragensets beinhaltete sieben Fragen mit denen vier unterschiedliche Zufriedenheits-Dimensionen abgefragt werden (PatZu_neu_Entwurf 1.0, Abbildung 8, Anhang Abbildung 112). Erfasst werden die Dimension „Qualität der Behandlung“ (Frage 1), die Dimension „Information/Kommunikation“ (Fragen 2 und 3), die Dimension „Medikation/Medikamentensicherheit“ (Fragen 4 und 5) sowie die Dimension „Austrittsmanagement“ (Fragen 5 und 6).

ANQ-Fragebogen Patientenzufriedenheit – Entwurf 1	
PatZu_neu Version 1.0	
Dimensionen	**Fragen**
Behandlungsqualität	1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
Information / Kommunikation	2. Hatten Sie die Möglichkeit, die für Sie wichtigen Fragen zu stellen? 3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
Medikation / Medikamentensicher-heit	4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? 5. Ist bei Ihnen ein Fehler bei der Verabreichung der Medikamente passiert?
Austrittsmanagement	6. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? 7. Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt Ihrer Entlassung?

Abbildung 8: Neues Fragenset Entwurf Version 1.0

In kognitiven Interviews mit Patienten wurde der vorliegende deutsche Fragebogenentwurf auf seine Verständlichkeit, Eindeutigkeit der Fragen und Antwortmöglichkeiten sowie die Lesbarkeit und optische Gestaltung hin überprüft. Das kognitive Interview ist ein Verfahren mit dem man Erhebungsinstrumente entwickeln und überprüfen und somit problematische Fragestellungen identifizieren kann (Pohontsch, 2015).

Es wurden sowohl in der Akutsomatik als auch in der Psychiatrie kognitive Interviews mit Patienten kurz vor ihrer Entlassung geführt (vgl. 3.2. Die Ergebnisse der kognitiven Interviews wurden zunächst im Charité-Team analysiert und besprochen.

Für die Anpassung der Version für die Psychiatrie wurde zudem eine Literaturrecherche zu häufig genutzten Fragebögen zur Erfassung von Patientenzufriedenheit und relevanten Qualitätsdimensionen in der psychiatrischen Versorgung durchgeführt. Im Anschluss daran wurden der ANQ-Expertengruppe QA-PatZu die Ergebnisse präsentiert und bei Bedarf Vorschläge für eine Änderung einzelner Fragestellungen unterbreitet.

Das Feedback des QA-PatZu wurde im Anpassungsprozess berücksichtigt und floss in die finale Formulierung der Zufriedenheitsitems und in die Gestaltung des Fragebogens in der deutschsprachigen Version ein. Die finalen Entwurfsversionen des neuen Kurzfragebogens (PatZu_neu Version 2.0 Akut / Psychiatrie, vgl. Abbildung 10 und Anhang Abbildung 113, Abbildung 114 und Abbildung 117) wurden nachfolgend im Rahmen kurzer Interviews mit weiteren 12 Patienten besprochen und geprüft, ob die nun angepassten Versionen von den Patienten verstanden werden oder ob es noch weiteren Anpassungsbedarf hinsichtlich der Frageformulierung gibt.

Dies war nicht der Fall, so dass dann in einem letzten Schritt der Fragebogen in seiner finalen Form gemäss sozialwissenschaftlicher Standards ins Französische und Italienische übersetzt und sprachlich validiert werden konnte. Hierfür wurde das Institut universitaire de médicine sociale et préventive (ESOPE) vom ANQ beauftragt (siehe auch den Abschlussbericht zur Übersetzung der Fragebogenversion PatZu_neu Version 2.0 Akut (Cathieni, 2016).

3.2. Kognitive Interviews Akutsomatik und Psychiatrie

In einer qualitativen Vorstudie wurde der primäre Fragebogenentwurf (PatZu_neu Entwurf 1.0, vgl. Abbildung 8, Anhang Abbildung 112) in semi-strukturierten Interviews mit Patienten erprobt und getestet. Hierbei sollte der Fragebogen hinsichtlich seiner Verständlichkeit und der Eindeutigkeit der Fragen und Antwortmöglichkeiten sowie hinsichtlich seiner Lesbarkeit und optischen Gestaltung geprüft werden. Als kognitive Interviewmethoden wurden das laute Denken (engl. „Thinking-Aloud"), die Nachfragetechnik (engl. „Probing") sowie das Paraphrasieren (engl. „Paraphrasing") eingesetzt (Prüfer & Rexroth, 2005). Die Nachfragetechnik (engl. „Probing") ist eine der zentralen kognitiven Techniken. Hierbei soll mittels zusätzlicher Fragen an die Interviewpartner das Verständnis einer Frage oder einzelner Elemente dieser erfasst werden. Beim Paraphrasieren (engl. „Paraphrasing") bekommen die Interviewpartner die Aufgabe, die zu überprüfende Frage mit eigenen Worten wiederzugeben. Mit dieser Technik kann überprüft werden, wie die interviewten Personen die zu testende Frage interpretieren. Mittels der Technik des lauten Denkens (engl. „Thinking-Aloud") werden die Interviewpartner dazu aufgefordert ihre Gedanken bei der Beantwortung der Frage laut auszusprechen (Prüfer & Rexroth, 2005). Die Gespräche wurden mithilfe eines Aufnahmegerätes festgehalten, mit dem Programm f4 transkribiert, zusammengefasst und anschliessend ausgewertet.

Die kognitiven Interviews wurden im Juni 2015 in drei akutsomatischen und zwei psychiatrischen Spitälern durchgeführt. Die teilnehmenden Patienten wurden von den Spitälern selbst rekrutiert; mit der Absicht, Patienten aus verschiedenen Fachabteilungen und unterschiedlichen Alters zu erreichen. Vor der Befragung durch die Mitarbeiter der Charité erhielten die ausgewählten Patienten von den jeweiligen Kliniken ein Informationsschreiben, indem sie über das Vorhaben aufgeklärt wurden. Eingeschlossen wurden Patienten, die sich bereit erklärten am Gespräch teilzunehmen, indem sie eine beigefügte Einverständniserklärung unterzeichneten. Ferner wurden lediglich Patienten in die Prä-Pilotierung eingeschlossen, deren Entlassungszeitpunkt in der Woche der Interviewphase geplant war.

Die Interviews wurden von den Mitarbeitern der Charité je nach Wunsch des Patienten entweder direkt am Krankenbett oder in einem separaten Raum der jeweiligen Abteilung durchgeführt. Die Gesprächsdauer umfasste 20 bis 45 Minuten.

Das Interview war dreigeteilt und beinhaltete zunächst einen allgemeinen Teil mit Fragen zur Person in anonymer Form. Daraufhin wurde der aktuell vorliegende deutsche Fragebogenentwurf (PatZu_neu Entwurf 1.0 mit der verbalen 5er-Skalierung) in semi-strukturierten Interviews mit den Patienten besprochen. Die einzelnen Fragen des Fragebogenentwurfs inklusive der Formulierungen der Antwortkategorien wurden im Einzelnen durchgegangen. Dabei wurden die verschiedenen o.g. kognitiven Interviewtechniken eingesetzt. Auf dem Fragebogen, der als Grundlage der kognitiven Interviews diente, war bereits eine Frage zum aktuellen Gesundheitszustand aufgeführt. Diese Frage sollte als Merkmal für die Überprüfung des Risikoadjustierungsmodells mit in der Pilotbefragung erfasst werden (vgl. Kapitel 2.2.2). Auch diese Frage wurde in den kognitiven Interviews besprochen. Um die Beurteilung verschiedener Skalenformate zu erfragen, wurde den Patienten zum Ende des Interviews auch eine Fragebogenversion mit der endverbalisierten 11-stufigen Antwortskala vorgelegt. Ziel des direkten Vergleichs der Skalen war es, zu betrachten, welche Skala für die Befragten als vorteilhafter bewertet wird (angenehmer empfunden, leichter zu beantworten). Zuletzt wurde den Patienten die Möglichkeit angeboten, frei Fragen zu stellen bzw. weitere Hinweise zu geben.

Die Stichprobengrösse der kognitiven Interviews zur Fragebogenversion PatZu_neu Entwurf 1.0 liegt bei insgesamt n=26. Dabei wurden akutsomatische (n=15) und psychiatrische Patienten (n=11) befragt (Tabelle 1). Die Verteilung der einzelnen akutsomatischen Abteilungen ist Abbildung 9 zu entnehmen.

	Gesamt	Akutsomatik	Psychiatrie
n (%)	26	15 (57.7%)	11 (42.3%)
Geschlecht männlich	12	5	7
weiblich	14	10	4
Alter	M= 54.24 (SD=13.84) 32-85 Jahre	M=58.5 (SD=15.31) 32-85 Jahre	M=48.81 (SD=9.87) 33-67 Jahre

Tabelle 1: Teilnehmer kognitive Interviews

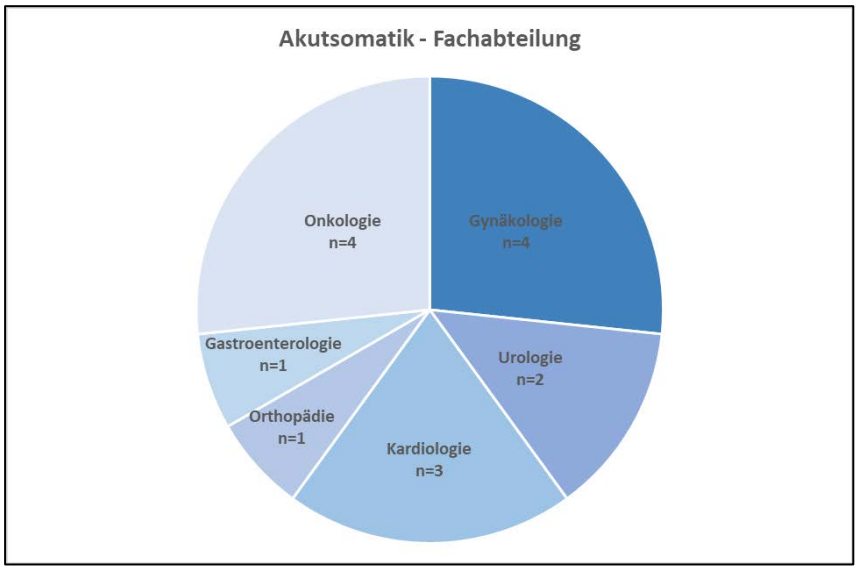


Abbildung 9: Vertretene Fachabteilungen kognitive Interviews Akutsomatik

3.2.1. Zentrale Ergebnisse kognitive Interviews – Bereich Akutsomatik

Frage	Beurteilung der Frage durch Patienten	Beurteilung Antwortkategorien durch Patienten
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	Für die Patienten umfasst die Qualität der Behandlung in erster Linie zwei Dimensionen: a) die Qualität der Behandlung durch den Arzt und b) die Qualität der Behandlung durch die Pflegekräfte.	Die Patienten bewerten es problematisch, dass es a) keine neutrale Antwortmöglichkeit gibt, da die gegebene mittlere Antwortmöglichkeit „Gut", positiv ist und b) die Antwortmöglichkeiten „Ausgezeichnet" und „Sehr gut" kaum voneinander zu unterscheiden sind. Die Abstufung wurde als zu fein empfunden.
Hatten Sie die Möglichkeit, die für Sie wichtigen Fragen zu stellen?	Wichtige Fragen sind für Patienten solche, die die medizinische Behandlung beinhalten, (bezüglich Diagnose, Behandlung, Operation und OP-Dauer, Narkose) sowie mögliche Komplikationen und Risiken. Die Mehrheit der Befragten störte sich am Wording „wichtig". Ein solches Wording impliziere, dass es „unwichtige" Fragen gäbe.	Kein Einwand
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	Unter einer „verständlichen Antwort" wird eine Antwort verstanden, die frei von medizinischen Fachbegriffen ist bzw. mögliche Fachbegriffe werden für den Patienten „laienhaft" erklärt oder umschrieben.	Kein Einwand
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	Die Patienten assoziieren mit „Zweck der Medikamente" folgende Begriffe: Grund der Einnahme, Wirkung, Nebenwirkungen und teilweise auch die Wechselwirkungen der Medikamente.	Kein Einwand
Ist Ihnen ein Fehler bei der Verabreichung der Medikamente passiert?	Bei dieser Frage ist für die Patienten nicht zu verstehen, welcher Akteur einen Fehler begangen haben soll (Arzt, Pflegepersonal oder der Patient selbst). Ferner betrachteten die Patienten es als nicht möglich, eine solche Frage zu beantworten, da sie hierfür keine medizinischen Kenntnisse besitzen. Eine Antwort wäre hier höchstens spekulativ. (Bsp.: Dieser Fall tritt ein, wenn unerwartete Nebenwirkungen aufgetreten sind bzw. keine Besserung des Gesundheitszustandes erfolgt). Folgendes wird als ein „Fehler" in Betracht gezogen: Ein Fehler kann beinhalten: (a) falsches Medikament, (b) falsche Dosierung, (c) keine Gabe, obwohl durch Arzt angeordnet, (d) Gabe eines Medikamentes, welches nicht benötigt wird oder angeordnet wurde (e) Medikament, das aufgrund einer falschen Diagnose verabreicht wurde (f) Einnahme wurde vergessen (Patient) und g) Verwechslungsfehler mit einem anderen Patienten.	Bezüglich der Antwortskalierung äusserten die Patienten, dass diese Frage nur mit „Ja" oder „Nein" zu beantworten sei (Entweder es ist ein Fehler passiert oder nicht). Als Ausweichantwort könnte, nach Meinung der Patienten, „Mit grosser Wahrscheinlichkeit" oder „Vielleicht" dienen, wenn man einen Fehler vermutet.
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	Was unter der „Organisation des Spitalaustritts" zu verstehen ist, wurde von den Patienten unterschiedlich gedeutet bzw. differenziert weit gefasst. So wurde darunter eine rechtzeitige Mitteilung über die bevorstehende Entlassung verstanden, aber auch die Aushändigung von Dokumenten (Arztbrief, Abschlussbericht), Informationen zur Medikation und zum Verhalten nach dem Spitalaustritt bis hin zur Begleitung zum Ausgang.	Die Patienten bewerten es problematisch, dass es a) keine neutrale Antwortmöglichkeit gibt, da die gegebene mittlere Antwortmöglichkeit „Gut", positiv ist und b) die Antwortmöglichkeiten „Ausgezeichnet" und „Sehr gut" kaum voneinander zu unterscheiden sind. Die Abstufung wurde als zu fein empfunden.
Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt Ihrer Entlassung?	Die Beurteilung des Zeitpunktes der Entlassung wurde von den Patienten unterschiedlich interpretiert. Genannt wurden u.a. die tatsächliche Tages- und Uhrzeit sowie der „richtige" Zeitpunkt, ab dem der Patient wieder gesundheitlich hergestellt und fit ist und ohne weitere medizinische Betreuung auskommt. Eine Beurteilung seitens der Patienten könne höchstens subjektiv erfolgen, da sich der Patient zwar gesund fühlen kann; Befunde bzw. Blutwerte aber noch kritisch sein könnten. Daher sollte laut Meinung der Patienten der Zeitpunkt vom Arzt entschieden werden. Auch dieser könne nur den Zeitpunkt der Entlassung beurteilen. Ein Patient könne lediglich darüber informieren, wie er die Dauer des Spitalaufenthalts empfunden habe und somit auch ob der Entlassungszeitpunkt als angemessen empfunden wurde.	Kein Einwand

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	Für die Patienten umfasst der Gesundheitszustand zwei Dimensionen: a) körperlich und b) seelisch/psychisch.	Die Patienten empfehlen zwei Fragekategorien zu verwenden. Zu einem sollte der physische, zum anderen der psychische Gesundheitszustand bewertet werden können.

3.2.2. Zentrale Ergebnisse kognitive Interviews – Bereich Psychiatrie

Frage	**Beurteilung der Frage durch Patienten**	**Beurteilung Antwortkategorien durch Patienten**
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	Für die Patienten umfasst die Qualität der Behandlung jene durch das therapeutische Personal und Pflegefachpersonal. Nach der Meinung der Befragten spielen hierbei die Ärzte eine untergeordnete Rolle. In der Psychiatrie lag für die Patienten die Qualität der Behandlung auch in der zwischenmenschlichen Interaktion mit dem Personal, wie z.B. dem Vertrauen und der Empathie des Personals. Ferner wird die Definition von „Qualität" durch die in der Psychiatrie gängigen Therapieformen und vielfältigen Angebote geprägt. Die beschriebenen Interaktionen bestünden häufiger mit Therapeuten und Pflegefachpersonal als mit Ärzten.	Die Patienten bewerten es problematisch, dass es a) keine neutrale Antwortmöglichkeit gibt, da die gegebene mittlere Antwortmöglichkeit „Gut", positiv ist und b) die Antwortmöglichkeiten „Ausgezeichnet" und „Sehr gut" kaum voneinander zu unterscheiden sind. Die Abstufung wurde als zu fein empfunden.
Hatten Sie die Möglichkeit, die für Sie wichtigen Fragen zu stellen?	Neben medizinischen Fragen sind wichtige Fragen jene, die sich aus den Therapien ergeben und alles, was den Patienten „beschäftigt". Wichtige Fragen beziehen sich auch auf die weitere Unterbringung und die Lebensgestaltung nach einer Entlassung. Die Befragten störten sich am Wording „wichtig". Ein solches Wording impliziere, dass es „unwichtige" Fragen gäbe.	Kein Einwand
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	Unter einer „verständlichen Antwort" wird eine Antwort verstanden, die frei von medizinischen Fachbegriffen ist bzw. mögliche Fachbegriffe für den Patienten „laienhaft" erläutert bzw. umschreibt. Verständliche Antworten führen zu einer „Aufklärung" und somit zur Zufriedenheit des Patienten.	Kein Einwand
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	Die Patienten assoziieren mit „Zweck der Medikamente" folgende Begriffe: Grund der Einnahme, Wirkung, Nebenwirkungen und teilweise auch die Wechselwirkungen der Medikamente. Für chronisch kranke Patienten (lange Krankengeschichte bzw. immer wiederkehrende Erkrankung und/oder Aufenthaltsdauer), bei denen eine Dauermedikation zu vermerken war, war das Item nicht verständlich bzw. nicht zu beantworten. Chronisch Kranken wird eine bestehende Medikation nicht erläutert; es findet lediglich eine Aufklärung hinsichtlich des Zwecks der Medikamente statt, die man während des Klinikaufenthalts erhalten hat.	Kein Einwand
Ist Ihnen ein Fehler bei der Verabreichung der Medikamente passiert?	Es ist nicht zu beantworten, welcher Akteur einen Fehler begangen haben soll (Arzt, Pflegepersonal oder der Patient selbst. Ferner betrachteten die Patienten es als nicht möglich, eine solche Frage zu beantworten, da sie hierfür keine medizinischen Kenntnisse besitzen. Eine Antwort wäre hier höchstens spekulativ. (Bsp.: Dieser Fall tritt ein, wenn unerwartete Nebenwirkungen aufgetreten sind bzw. keine Besserung des Gesundheitszustandes erfolgt). Folgendes wird als ein „Fehler" in Betracht gezogen: Ein Fehler kann beinhalten: (a) falsches Medikament, (b) falsche Dosierung, (c) keine Gabe, obwohl durch Arzt angeordnet, (d) Gabe eines Medikamentes, welches nicht benötigt wird oder angeordnet wurde (e) Medikament, das Aufgrund einer falschen Diagnose verabreicht wurde (f) Einnahme wurde vergessen (Patient) und g) Verwechslungsfehler mit einem anderen Patienten. Insgesamt wird in der Psychiatrie die Eigenverantwortung hinsichtlich der Medikamenteneinnahme hervorgehoben. Somit	Bezüglich der Antwortskalierung äusserten die Patienten, dass diese Frage nur mit „Ja" oder „Nein" zu beantworten sei (Entweder es ist ein Fehler passiert oder nicht). Als Ausweichantwort könnte nach Meinung der Patienten „Mit grosser Wahrscheinlichkeit" oder „Vielleicht" dienen, wenn man einen Fehler vermutet.

	könne sich die Frage nicht auf die Klinik oder das Personal beziehen, sondern eher auf den Patienten selbst.	
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	Was unter der „Organisation des Spitalaustritts" zu verstehen ist, wurde weit gefasst: frühzeitige Organisation der weiteren Versorgung/Versorgungsumstände, Sicherstellung der Integration am Arbeitsplatz und Wohnperspektiven, Vermittlung von Sicherheit und einer positiven Zukunftsperspektive, Klärung der weiteren Abläufe und sanfte Übergänge in ein Leben nach der Therapie. Primär gehe es in der Psychiatrie um eine gute Vorbereitung des Austrittes und dass dabei die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden.	Die Patienten bewerten es problematisch, dass es a) keine neutrale Antwortmöglichkeit gibt, da die gegebene mittlere Antwortmöglichkeit „Gut", positiv ist und b) die Antwortmöglichkeiten „Ausgezeichnet" und „Sehr gut" kaum voneinander zu unterscheiden sind. Die Abstufung wurde als zu fein empfunden.
Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt Ihrer Entlassung?	Nach Aussage der Patienten ist der Zeitraum einer psychiatrischen Therapie in der Schweiz auf drei Monate vorab bestimmt. Auch kam das Argument auf, dass die Beurteilung subjektiv erfolgt. Für einige Patienten sei der Zeitpunkt immer zu früh, unabhängig vom Gesundheitszustand. Viele Patienten blicken der Entlassung mit Sorgen und Ängsten entgegen.	Kein Einwand
Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	Für die Patienten umfasst der Gesundheitszustand zwei Dimensionen: a) körperlich und b) seelisch/psychisch. Die Befragten empfanden es als sehr schwierig diese Frage ohne diese Differenzierung zu beantworten.	Die Patienten empfehlen zwei Fragekategorien zu verwenden. Zu einem sollte der physische, zum anderen der psychische Gesundheitszustand bewertet werden können.

3.3. Finalisierung der Fragebögen für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie

Die finalen Fragebogenentwürfe, die als Erhebungsinstrumente in den Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie eingesetzt wurden, wurden auf der Basis der Ergebnisse der kognitiven Interviews und Literaturrecherchen in einem mehrstufigen Konsentierungsprozess mit den Experten des QA-PatZu erstellt. In beiden Fragebogenversionen sind die Dimensionen „Behandlungsqualität", „Information/Kommunikation", „Medikation" und „Austrittsmanagement" erhalten geblieben. Die Sub-Dimension „Medikationssicherheit" wurde sowohl für die Akutsomatik als auch für die Psychiatrie gestrichen.

Für die Psychiatrie wurde hingegen eine weitere bedeutsame Dimension, „Partizipation Therapieplanung", inkludiert. Bei den kognitiven Interviews mit den psychiatrischen Patienten stellte sich heraus, dass die Einbindung der Patienten in die Therapieplanung während des Klinikaufenthalts und das Eingehen auf deren Bedürfnisse im Behandlungsverlauf eine wichtige Rolle spielen. Dies bestätigte sich auch in einer Literaturrecherche und in Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit, die in der psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden (Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – ZÜPAZ; Münsterlinger Patientenfragebogen – MÜPF; Fragebogen zur Patientenzufriedenheit - POC-18).

Bei einigen Fragen, die erhalten blieben, wurden indikationsspezifische Veränderungen vorgenommen:

Item 1 - Behandlungsqualität: Die Frage zur Qualität der Behandlung wurde im Vergleich zur ursprünglichen Fragebogenversion gekürzt und ein spezifizierender Hinweis bezüglich der behandelnden Personen in Klammern aufgeführt. Dabei unterscheiden sich die Inhalte der Akutsomatik und Psychiatrieversion minimal. Diese Spezifizierung erleichtert es den Patienten, die Frage zu verstehen und zu beantworten.

Item 2 und 3 - Information/Kommunikation: In gleicher Weise, sowohl für die Akutsomatik als auch für die Psychiatrie, wurde die Frage zur Möglichkeit, Fragen zu stellen, minimal gekürzt und der Satzbau geändert, da dies für die Patienten wesentlich verständlicher ist als zuvor.

Das dritte Item zur verständlichen Beantwortung der gestellten Fragen wurde für die Akutsomatik und die Psychiatrie unverändert übernommen.

Item 4 – Medikation - Aufklärung: Für die Akutsomatik ergaben sich bezüglich des vierten Items zur Aufklärung der Medikationseinnahme keine Veränderungen. Für die Psychiatrie wurde das Item modifiziert, indem man detaillierter die Inhalte der Medikamentenaufklärung ausgeführt hat. Ferner bezieht sich hier der Erhalt der Medikamente auf den Klinikaufenthalt (vgl. Akutsomatik: Medikamenteneinnahme für zu Hause).

Item 5 - Fehler bei Verabreichung der Medikamente: Das Item der ursprünglichen Version wurde in den finalen Fragebogen für die Akutsomatik und die Psychiatrie nicht übernommen. Das Item war nicht verständlich und wurde ebenfalls von vielen Patienten als nicht beurteilbar eingeschätzt.

Für die Psychiatrie wurde hingegen ein neues Item hinzugefügt, welches die Dimension *„Partizipation Therapieplanung"* erfassen soll.

Item 6 und 7 - Austrittsmanagement: Die Frage zur Organisation des Spitallaustritts wurde für die Akutsomatik unverändert übernommen. Für die Psychiatrie wurde das Item minimal modifiziert.

Da sich die letzte Frage zur Beurteilung des Zeitpunktes der Entlassung in den kognitiven Interviews als problematisch erwiesen hat, wurde diese für die neue Fragebogenversion Akutsomatik geändert. Es wird nun nach dem Empfinden der Dauer des Spitalaufenthaltes gefragt. In der Fragebogenversion Psychiatrie wurde die Frage gestrichen.

Zusatzfrage – Subjektiver Gesundheitszustand: Diese Frage wurde in beiden Fragebögen unverändert übernommen.

Ebenfalls wurden die verbalen Kategorien der 5er-Skala unverändert beibehalten. Im Endergebnis lagen zum Ende der 1. Projektphase zwei finale Fragebogenentwürfe für den Einsatz in den Pilotbefragungen vor. Der Fragebogenentwurf PatZu_neu Version 2.0 Akut umfasst sechs Items, die vier Dimensionen der Patientenzufriedenheit erfassen. Die Version für die Psychiatrie (PatZu_neu Version 2.0 Psychiatrie) erfasst nun fünf Dimensionen ebenfalls mittels sechs Items (vgl. Abbildung 10).

Beide Fragebögen wurden jeweils in den drei verschiedenen Skalenformaten (verbale 5er-Skala, endverbalisierte 7er- und 11er-Skala) gelayoutet. Beispiele der Versionen in der verbalen 5er-Skala und der 7er-Skala jeweils für die Akutsomatik und Psychiatrie sind im Anhang beigefügt (Abbildung 113 bis Abbildung 117). Darüber hinaus ist im Anhang eine Gegenüberstellung des alten und neuen Patientenzufriedenheitsfragebogens für die Akutsomatik zu finden. Hier ist auf einen Blick erkennbar, welche Dimensionen und Fragen beibehalten bzw. geändert wurden (Anhang, Abbildung 116).

ANQ-Fragebogen Patientenzufriedenheit Entwurf 2 – Versionen für die Pilotbefragungen -			
PatZu_neu Version 2.0 **Akut**		PatZu_neu Version 2.0 **Psychiatrie**	
Dimensionen	Fragen	Fragen	Dimensionen
Behandlungsqualität	1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	**Behandlungsqualität**
Information / Kommunikation	2. Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? 3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	2. Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? 3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	**Information / Kommunikation**
Medikation	4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4. Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	**Medikation**
		5. Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	**Partizipation Therapieplanung**
Austrittsmanagement	5. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? 6. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?	6. Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	**Austrittsmanagement**

Abbildung 10: Neues Fragenset - Endversionen für Pilotbefragungen Akut und Psychiatrie

3.4. Inhalte und Ablauf der Vorbereitungsphase Rehabilitation

Auch für die Pilotbefragung Rehabilitation wurde der Originalentwurf des neuen Fragebogens (PatZu_neu_Entwurf 1.0, Abbildung 8, Anhang Abbildung 112).) zunächst für die Rehabilitation angepasst. Der Ablauf dieses Anpassungsprozesses wird in Abbildung 11 veranschaulicht. Aufgrund der Erfahrungen aus den Vorbereitungsphasen in der Akutsomatik und Psychiatrie, die deutlich machten, dass der Originalentwurf für die Pilotbefragungen noch fachspezifisch angepasst werden musste, wurde für die Rehabilitation entschieden, zunächst eine theorie- und expertenbasierte Anpassung der Items vorzunehmen.

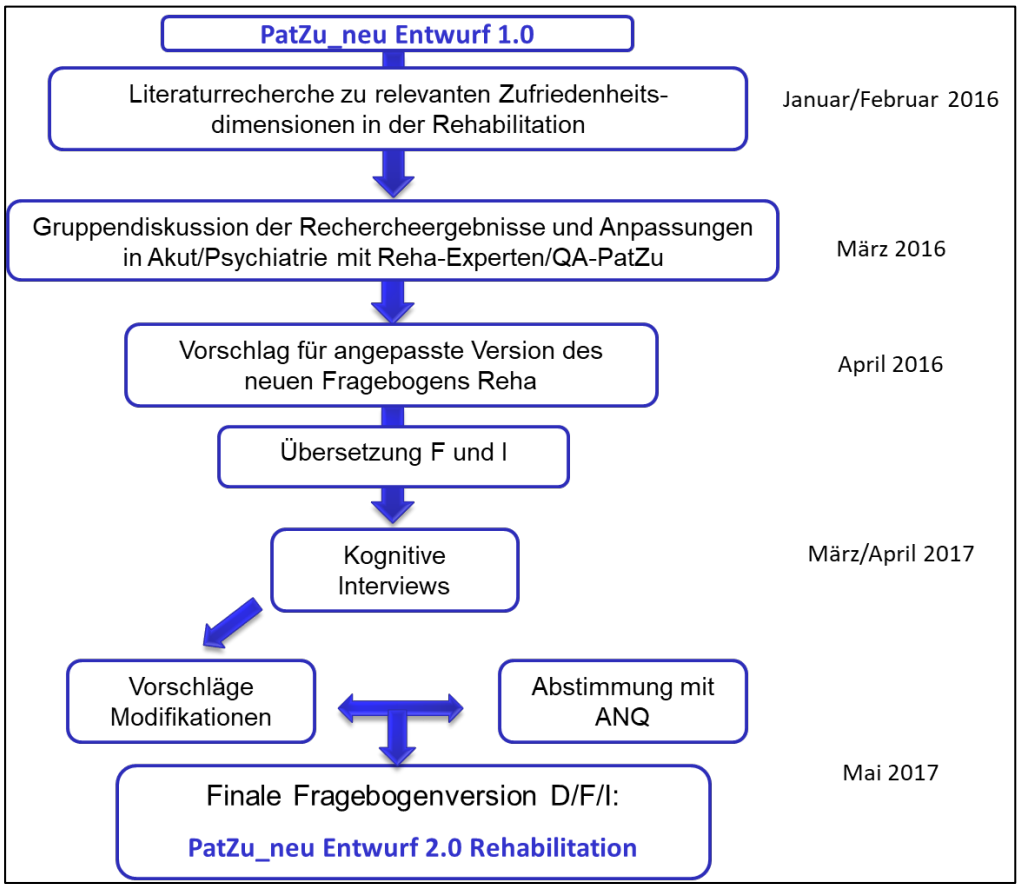


Abbildung 11: Prozessablauf Finalisierung des Fragebogens für die Pilotbefragung Rehabilitation

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurde nach relevanten Dimensionen der Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation sowie vorhandenen und häufig genutzten (Lang-)Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit nach einer Reha-Behandlung gesucht.

Die Ergebnisse der Recherche wurden in einer Expertengruppe aus Mitgliedern des QA PatZu sowie QA Rehabilitation diskutiert. Es resultierte ein überarbeiteter Entwurf für den Einsatz in der Rehabilitation. Dieser wurde dann von der Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR) nach wissenschaftlichen Standards übersetzt und anschliessend in kognitiven Interviews mit 37 Rehabilitanden in allen drei Sprachregionen qualitativ getestet. Die Ergebnisse der Interviews führten zu sprachlichen Anpassungen und Präzisierungen der Fragen in allen drei Sprachen. Die Durchführung, methodische Vorgehensweise und Ergebnisse des Übersetzungsprozesses sowie der sprachlichen Validierung mittels kognitiver Interviews für die Reha-Befragung wurden in einem separaten Abschlussbericht seitens HETS-FR dargestellt (Heeb, Haab, & Scozzari, 2017). Die Abstimmung der finalen Fragebogenversion erfolgte gemeinsam mit der den Mitarbeitern der ANQ-Geschäftsstelle und den Mitgliedern des QA-PatZu. Im Endergebnis der Vorbereitungsphase lag der Fragebogen für den Einsatz in der Pilotbefragung Rehabilitation vor (Abbildung 119).

3.5. Finalisierung der Fragebögen für die Pilotbefragung Rehabilitation

Der finale Fragebogenentwurf für die Rehabilitation – als Ergebnis aus theorie- und expertenbasierter Anpassung und kognitivem Pretest - enthält ebenso wie die Versionen der Akutsomatik und Psychiatrie die Dimensionen „Behandlungsqualität", „Information/Kommunikation" und „Austrittsmanagement". Die Dimension „Medikation" wurde komplett gestrichen, da diese Dimension für die Rehabilitation als weniger bedeutsam eingeschätzt wurde.

Als weitere Dimensionen wurden in den Rehabilitationsfragebogen die Dimensionen „Partizipation" und „Therapeutisches Angebot" aufgenommen. Im Folgenden wird die indikationsspezifische Ausgestaltung der Dimensionen für die Rehabilitation beschrieben.

Behandlungsqualität – Item 1: Die Frage zur Qualität der Behandlung wurde im Vergleich zur ursprünglichen Fragebogenversion gekürzt und ein spezifizierender Hinweis bezüglich der behandelnden Personen in Klammern aufgeführt. Dabei unterscheidet sich der Inhalt im Vergleich zur Akutsomatik- und Psychiatrieversion minimal.

Information / Kommunikation – Item 2 und 4: Die Frage zur Möglichkeit Fragen zu stellen wurde gestrichen, dafür wurde eine neue Frage eingefügt, die erfasst, ob der Patient zu Reha-Beginn über Ziele und Ablauf der Rehabilitation informiert wurde. Diese Ergänzung sollte dazu dienen, den Aspekt 'Information' explizit zu berücksichtigen. Die Frage 4 zur Verständlichkeit von Antworten bleibt unverändert erhalten.

Partizipation – Item 3: Dieses Item wurde im Rahmen der ersten theorie- und expertenbasierten Anpassung formuliert um einem der handlungsleitenden Prinzipien der Rehabilitation Rechnung zu tragen. Im Rahmen der kognitiven Interviews wurde die Präzisierung des zeitlichen Aspekts ('während des Reha-Aufenthaltes') erarbeitet.

Therapeutisches Angebot – Item 5: Ebenfalls eine neue Dimension, die mit einem Item spezifisch für Rehabilitation in den Fragebogen eingefügt wurde, stellt die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Angebot als «Kerngeschäft» der Rehabilitation dar. Der Begriff 'Therapien' wird in einer Klammer näher spezifiziert.

Austrittsmanagement - Item 6 und 7: Das Austrittsmanagement wird in zwei Items erfasst, die sowohl organisatorische Aspekt als auch Empfehlungen / Information für die Zeit nach der Rehabilitation beinhalten. Ebenfalls wurde der Aspekt „Angehörige" im Zusammenhang mit dem Austrittsmanagement eingeschlossen. Im Rahmen der kognitiven Interviews erfuhren die ursprünglichen Itemformulierungen sprachliche Anpassungen.

Die verbalen Kategorien der 5er-Skala wurden unverändert beibehalten und auch für die neuen Items entsprechend übernommen.

Im Endergebnis umfasst der Fragebogenentwurf PatZu_neu Version 2.0 Rehabilitation sieben Items, die fünf Dimensionen der Patientenzufriedenheit erfassen (Abbildung 119). Abbildung 12 stellt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Fragebogenentwurfe für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Rehabilitation dar.

Im Anhang ist eine Gegenüberstellung des alten und neuen Patientenzufriedenheitsfragebogens für die Rehabilitation zu finden. Hier ist auf einen Blick erkennbar, welche Dimensionen und Fragen beibehalten bzw. geändert wurden (Abbildung 121).

ANQ-Fragebogen Patientenzufriedenheit Entwurf 2 – Versionen für die Pilotbefragungen -			
PatZu_neu Version 2.0 **Akut**		PatZu_neu Version 2.0 **Rehabilitation**	
Dimensionen	Fragen	Fragen	Dimensionen
Behandlungsqualität	1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?	**Behandlungsqualität**
Information / Kommunikation	2. Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen? 3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	2. Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthaltes verständlich über Ziele und Ablauf Ihrer Rehabilitation informiert? 4. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	**Information / Kommunikation**
Medikation	4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?		
		3. Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?	**Partizipation**
		5. Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?	**Therapeutisches Angebot**
Austrittsmanagement	5. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? 6. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?	6. Wie war die Information für Sie und Ihre Angehörigen über alles Wichtige für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Herausforderungen, Medikamente usw.)? 7. Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?	**Austrittsmanagement**

Abbildung 12: Neues Fragenset - Endversion für Pilotbefragung Rehabilitation im Vergleich mit Akutsomatik

4. Projektphase 2: Quantitative Pilotbefragung

4.1. Organisation und Ablauf der Pilotbefragungen

Im Rahmen einer Pilotbefragung wurden die in der Pilotphase (vgl. Kapitel 3) finalisierten Entwurfsversionen des neuen Kurzfragebogens für die Zufriedenheitsbefragung an Stichproben akutsomatischer und psychiatrischer Patienten sowie bei Patienten nach einer stationären Rehabilitation eingesetzt.

Die Befragung der Patienten in den Projektkliniken mit dem neuen Kurzfragebogen wurde entsprechend der durch den ANQ definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die regulär durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen gestaltet (ANQ, 2014b). Im Rahmen der Pilotbefragung Akutsomatik wurden in der Deutschschweiz alle entlassenen Patienten der Projektkliniken des Monats Oktober 2015 befragt. Um die anvisierten Fallzahlen zu erreichen, wurden in den französisch- und italienischsprachigen Projektkliniken die Patienten aus zwei Entlassmonaten befragt (Januar und Februar 2016). Der Versand erfolgte gleichzeitig für alle Patienten eines Entlassmonats zu einem definierten Zeitpunkt (Mitte November 2016 deutschsprachige Projektkliniken; Mitte Februar und Mitte März 2016 französisch- und italienischsprachige Projektkliniken). Die Zeitspanne zwischen Entlassung und Befragung umfasste somit 2 bis 6 Wochen.

In der Psychiatrie erfolgte die Befragung der Patienten ebenfalls aus zwei Entlassmonaten (April und Mai 2016) um die erforderlichen Fallzahlen je Klinik erreichen zu können. Entsprechend gab es hier auch zwei Befragungswellen: der Versand erfolgte im Mai und Juni 2016. Von jeder Projektklinik wurden für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie alle drei Fragebogenvarianten (verbale 5-stufige Skala, endverbalisierte 7-stufige und endverbalisierte 11-stufige Antwortskala) in gleicher Anzahl an die entlassenen Patienten versendet, wobei die Zuweisung der jeweiligen Fragebogenvariante pro Patient zufällig erfolgte (randomisiertes Design), vgl. hierzu Studiendesign Kapitel 2.2.

Die Befragungen in der Rehabilitation erstreckten sich ebenfalls über zwei Entlassmonate (Juni und Juli 2017). Analog zur Akutsomatik und Psychiatrie gab es auch bei dieser Befragung zwei Befragungswellen: die Fragebogen wurden im Juli und August 2017 versendet. Aufgrund des modifizierten Studiendesigns für die Rehabilitation (vgl. Kapitel 2.2) wurde an alle potenziellen Studienteilnehmer der Fragebogen in der verbalen 5er-Skalierung versendet.

Zusätzlich zu den Fragebogendaten wurden von den Projektkliniken ausgewählte personenbezogene Daten der BFS-Statistik für die Studienteilnehmer pseudonymisiert zur Verfügung gestellt (vgl. hierzu Kapitel 2.2.2: Merkmale für die Risikoadjustierung). Um die Angaben der Studienteilnehmer auf dem Fragebogen und die BFS-Daten für die Auswertung verknüpfen zu können, wurden die Fragebögen mit einer Forschungsnummer (sog. Setnummer) versehen.

Die konkrete Organisation der Befragung (Vorbereitung der Fragebögen, Versehen der Fragebögen mit der Forschungsnummer etc.) und die Aufbereitung der Befragungsdaten wurden durch die beiden externen Messinstitute hcri AG und Mecon measure & consult GmbH übernommen, die auch die regulären Nationalen Zufriedenheitsbefragungen gemeinsam mit den Spitälern durchführen. Die Versendung der Fragebögen erfolgte durch die Projektkliniken selbst oder wurde von den zentralen Messinstituten übernommen. Dem Fragebogen war ein Informationsschreiben beigefügt, das darauf hinwies, dass es sich

bei der Befragung um eine Studie handelt und die Teilnahme freiwillig ist. Ebenfalls enthielt das Informationsschreiben Angaben zum Umgang mit den Forschungsdaten und der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Empfänger der Fragebogenrückläufe waren die externen Messinstitute. Hier wurden die Daten auch aufbereitet (Vorgehen analog der etablierten Abläufe). Die aufbereiteten Daten werden von den externen Messinstituten in elektronischer Form an die Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Auswertung übermittelt. Die mit der Forschungsnummer versehenen BFS-Daten der Studienteilnehmer wurden direkt von den Projektkliniken an die Charité übermittelt.

4.2. Verwendete statistische Verfahren

Im Rahmen der quantitativen Datenanalyse der Pilotbefragungen wurden verschiedene statistische Verfahren genutzt. Dabei liefern die einzelnen statistischen Verfahren zum Teil Ergebnisse zu einer oder zwei der im Rahmen des Projekts zu klärenden Fragestellungen, vgl. Kapitel 1.2.

Zunächst erfolgte im Rahmen von Item- und Gesamtmesswert-Analysen die **Überprüfung der testtheoretischen Gütekriterien** des neuen Fragensets mit Methoden der klassischen Testtheorie. Die Itemanalyse ermittelt die Eignung einzelner Items im Hinblick auf die Zielsetzung der Befragung. Dabei ist es das Ziel, die Qualität einer Skala durch Überprüfung der Items zu testen und gegebenenfalls zu verbessern. Die Itemanalyse ist ein zentrales Instrument für die Testkonstruktion und Testbewertung. Die in der Itemanalyse geprüften Aspekte stehen im Zusammenhang mit der Akzeptanz des Verfahrens, der Reliabilität und der Diskriminations- und Differenzierbarkeit des Gesamtmesswertes (als Testgütekriterium).

Die Analysen zu den testtheoretischen Kennwerten wurden sowohl für die Einzelitems als auch für einen Gesamtmesswert Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score Patientenzufriedenheit, gebildet aus den Einzelitems, s.u.) durchgeführt. Der Gesamtmesswert der Zufriedenheit sollte über den gesamten Bereich der Merkmalsausprägung möglichst gut differenzieren.

Decken- und Bodeneffekte oder Bereiche mit sehr hoher Messwertdichte deuten auf Schwächen in der Diskriminationsfähigkeit zwischen Befragten mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung hin. Aufgrund der multifaktoriellen Bedingtheit von Zufriedenheit (z.B. innere Massstäbe, Erwartungen, Erfahrungen, Einstellungen, aber auch äussere Einflussfaktoren) ist von einer angenäherten Normalverteilung der Merkmalsausprägungen auszugehen. Die Verteilung der Messwerte wird daher auch auf Abweichungen von einer annähernden Normalverteilung hin begutachtet.

Folgende Kennwerte sind bedeutsam und wurden berechnet:

- Lagemasse (Mittelwert, Median)
- Streuungsmasse (Standardabweichung, Spannweite)
- Verteilungsmasse (Schiefe, Kurtosis)
- Missing-Quoten
- Deckeneffekt

Weiterhin wurden mittels Reliabilitätsanalysen die Trennschärfe der Einzelitems sowie die interne Konsistenz der Gesamtskala Patientenzufriedenheit bestimmt.

Unter der Trennschärfe eines Items versteht man in der klassischen Testtheorie die Korrelation des Items mit dem Gesamtergebnis eines Tests, sie wird deshalb auch als Item-Total-Korrelation bezeichnet. Die Trennschärfe soll eine Einschätzung ermöglichen, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung trennt. Trennschärfe-Werte im Bereich von 0.4 bis 0.7 gelten als »gute« Trennschärfen (Moosbrugger & Kelava, 2008).

Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) einer Skala bezeichnet das Ausmass, in dem die Fragen einer Skala miteinander in Beziehung stehen. Üblicherweise sollten nur Skalen verwendet werden, wenn ein -Wert von 0,65 oder mehr erreicht wird.

Um die Ergebnisse der Itemanalysen direkt miteinander vergleichen zu können, wurden die Einzelwerte der drei Skalen linear auf Werte zwischen 0 – 100 transformiert (vgl. Tabelle 2).

Skala	Formel	Ursprüngliche Werte			Transformierte Werte
Verbale 5er Skala	$\frac{x-1}{5-1} \times 100$	1: Schlecht	Nie	Nein, gar nicht	0
		2: Weniger gut	Selten	Eher nicht	25
		3: Gut	Manchmal	Teilweise	50
		4: Sehr gut	Meistens	Überwiegend	75
		5: Ausgezeichnet	Immer	Ja, vollumfänglich	100
7er Skala	$\frac{x-1}{7-1} \times 100$	1: Schlecht	Nie	Nein, gar nicht	0
		2			16.66
		3			33.33
		4			50
		5			66.66
		6			83.33
		7: Ausgezeichnet	Immer	Ja, vollumfänglich	100
11er Skala	$\frac{(x+1)-1}{11-1} \times 100$	0: Schlecht	Nie	Nein, gar nicht	0
		1			10
		2			20
		3			30
		4			40
		5			50
		6			60
		7			70
		8			80
		9			90
		10: Ausgezeichnet	Immer	Ja, vollumfänglich	100

Tabelle 2: Skalentransformation auf Wertebereich zwischen 0 - 100

Weiterhin wurde ein Gesamtmesswert, der Gesamt-Score Patientenzufriedenheit als Summenwert über 5 Items (Psychiatrie: 6 Items; Rehabilitation: 7 Items) gebildet. Für die verbale 5er-Skala ergab sich somit ein Range des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit von 5 – 25 (Psychiatrie: 6 – 30, Rehabilitation 7-35), für die 7er-Skala ein Range von 5 - 35 (Psychiatrie: 6 - 42) und für die 11er-Skala von 0 – 50 (Psychiatrie: 0 – 60). Analog zum Vorgehen bei der Einzelitemanalyse wurde auch der Gesamt-Score auf Werte zwischen 0 – 100 transformiert.

Die genannten Analysen zu den testtheoretischen Gütekriterien geben Auskunft zur Fragestellung 1 (Eignung des neuen Fragensets für eine nationale Zufriedenheitsbefragung) und Fragestellung 2 (Ermittlung des Skalenformats mit der besten Diskriminationsfähigkeit).

Ebenfalls um die Eignung der Fragen und Formulierungen für den Zweck einer nationalen Patientenzufriedenheit zu überprüfen (Fragestellung 1), wurde die Konstruktvalidität der unterschiedlichen Variablen (Items) in einer **Dimensionsanalyse** für alle drei Skalenformate überprüft. Hierzu wurden für alle drei Fragebogenversionen mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft, wie gut die empirischen Daten zum theoretischen Modell passen. Die Spezifikation des Modells ergibt sich aus der

Konstruktion des Fragebogens mit den latenten vier Dimensionen (Generelle Zufriedenheit; Information/Kommunikation; Medikation und Austrittsmanagement) und den zu den Dimensionen zugehörigen Items. Überprüft wird, wie gut die aufgrund des Modells und der geschätzten Modellparameter (Ladungen der Faktoren auf den Items) rekonstruierte Ausgangsmatrix mit der tatsächlichen Ausgangsmatrix übereinstimmt. Bei der konfirmatorischen Faktorenanalyse ist die Faktorenstruktur vorgegeben. Spezifiziert und getestet wurden ein 4-Faktormodell und ein einfaktorielles Modell mit dem Generalfaktor „Patientenzufriedenheit". Die Anpassungsgüte des Modells wird über verschiedene Fit-Masse bewertet. Genutzt werden der Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA], bei diesem deuten Werte zwischen 0.05 und 0.08 auf eine gute, Werte ≥0.1 auf eine schlechtere Modellanpassung hin. Weiterhin werden der Comparative Fit Index [CFI] und der Normed Fit Index [NFI] berichtet. Diese Kennwerte sollten im Optimalfall Werte von 1.0 aufweisen, für einen guten Modellfit sollte der CFI ≥.97 und der NFI ≥.95 betragen (Hu & Bentler, 1999).

Ebenfalls zur Beurteilung der Güte des Fragebogens als Gesamtkonstrukt (Fragestellung 1) wurde eine **Rasch-Modell-Analyse** durchgeführt. Hierbei wird getestet, ob die Items eines Fragebogens die Annahmen des probabilistischen Rasch-Testmodells erfüllen.

Wie bei der klassischen Testtheorie handelt es sich bei der probabilistischen Testtheorie (Item-Response-Theory) und dem gängigen angewandten Rasch-Modell um ein mathematisch-psychologisches Modell. Der Vorteil des Rasch-Modells besteht darin, dass kein deterministischer Zusammenhang zwischen dem Testverhalten einer Person und deren Personenparameter (zugrundeliegende Fähigkeit der Probanden) bestehen muss. Angenommen wird die Existenz eines latenten Merkmalkontinuums (hier: Patientenzufriedenheit) auf dem sich die Personen in Bezug auf ihre Merkmalsausprägung (Zufriedenheit) und die Item-Antwortkategorien in Bezug auf ihre Schwellenparameter zwischen den Item-Antwortkategorien anordnen lassen. Schließlich kann das Vorgehen des Verfahrens so zusammengefasst werden, dass basierend auf den Modellanahmen Personen und Itemparameter geschätzt werden. Geprüft wird Item- und Testweise, ob das beobachtete Antwortverhalten der Probanden über die Annahme eines latenten Merkmalkontinuums „Patientenzufriedenheit" bzw. den individuell geschätzten Personenparametern und den Itemparameterschätzungen zufriedenstellend erklärt werden kann.

Die Modellannahmen des Rasch-Modells haben eine Reihe von Konsequenzen, die das Rasch-Modell in pragmatischer, statistischer und wissenschaftstheoretischer Hinsicht auszeichnen. Die wichtigste ist die der sog. Spezifischen Objektivität: Sofern ein Set von Items die Annahmen des Rasch-Modells erfüllt, kann der Personenparameter auch durch eine Teilauswahl der Items – ggf. sogar ein einziges Item geschätzt werden. Nach den Annahmen des Rasch-Modells ermöglicht der Personenparameter eine intervallskalierte Messung des latenten Merkmals (hier: Patientenzufriedenheit).

Der Itemfit, d.h. wie gut können die beobachteten Item-Antwortmuster der einzelnen Items durch das Modell erklärt werden, wird über den sog. Q-Index geprüft. Im Ergebnis zeigt sich, ob ein Item weniger oder stärker diskriminiert als nach dem Modell zu erwarten ist. Die Q-Wert sollte unter .30 liegen (Rost, 2004). Der p-Wert indiziert, ob eine überzufällige statistisch signifikant stärkere oder schwächere Diskrimination als erwartet besteht. Ebenfalls werden weitere Kennwerte der Anpassungsgüte des Gesamtmodells berichtet.

Interpretation der Ergebnisse des Rasch-Modells und Nutzbarkeit von ordinalen Skalen als intervallskalierte Information:

Werden Item-Antwortkategorien mit ganzzahligen Werten kodiert, dann können die resultierenden Itemwerte nicht per se als intervallskalierte Informationen interpretiert werden, da die Annahme gleicher Differenzen zwischen den Item-Antwortkategorien nicht getroffen werden kann. Sofern ein Set von Items die Annahmen des Rasch-Modells erfüllt, ermöglicht der aus der Rasch-Modell-Analyse resultierende Personenparameter eine intervallskalierte Messung des latenten Merkmals (hier Patientenzufriedenheit) (Bond & Fox, 2015). Da die Items drei verschiedenen Skalenversionen angehören (inkl. verbale 5er-Skala), hier jedoch die Annahmen des probabilistischen Rasch-Modells erfüllen, können unter Bezugnahme auf die Annahmen dieses Modells sowie dem sogenannten Computer-adaptiven Testen den Item-Antwortkategorien Zahlenwerte zugeordnet werden, die eine intervallskalierte Messung erlauben.

Kern des Rasch-Modells ist die Annahme latenter Merkmalskontinua, auf denen sich Befragte (oder Objekte) hinsichtlich ihrer Merkmalsausprägung („Personenparameter") sowie die Item-Antwortkategorien sich hinsichtlich der Position von zwischen den Kategorien liegenden „Schwellenparametern" lokalisieren lassen. Die Wahrscheinlichkeit eine Antwortkategorie zu wählen, wird mittels einer mathematischen Funktion des Abstandes zwischen Schwellen- und Personenparametern auf dem latenten Merkmalskontinuum modelliert. Das latente Merkmalskontinuum wird dabei als intervallskaliert angenommen (Bond & Fox, 2015).

Sofern die Items in den einzelnen Banken die Annahmen eines geeigneten testtheoretischen Modells der Item-Response-Theorie (probabilistische Testtheorie) erfüllen, sind sie für die Verwendung in einem statischen Fragebogen, aber auch in einem computer-adaptiven Testverfahren geeignet. Beim sogenannten Computer-adaptiven Testen imitiert der Computer-adaptive Testalgorithmus im Sinne einer künstlichen Intelligenz das Verhalten eines erfahrenen Diagnostikers. Dieser wird in der Regel eine Eingangsfrage (erstes Item) stellen und dann aufgrund der Antwort auf diese Fragen weitere Fragen anschließen (weitere Items), die möglichst gut auf die Merkmalsausprägung des Betroffenen passen. Dementsprechend beginnt der Computer-adaptive Testalgorithmus mit der Präsentation eines Eingangsitems. Der Befragte kann eine Antwortkategorie wählen. Aufgrund der Wahl einer der angebotenen Antwortkategorien schätzt der Algorithmus bereits jetzt die Merkmalsausprägung unter Berücksichtigung der vorliegenden Informationen zu den Item-Antwort-Parametern auf dem latenten Merkmalskontinuum. Bereits diese Schätzung aufgrund eines Items stellt eine intervallskalierte Schätzung der Merkmalsausprägung dar (Embretson & Reise, 2000; Van der Linden & Glas, 2000; Van der Linden & Hambleton, 1997).

Mit einem weiteren statistischen Verfahren wurde überprüft, ob sich bei einzelnen Items des Fragebogensets gruppenabhängiges Antwortverhalten zeigt - das sog. **Differential Item Functioning (DIF)**. Gruppenabhängigkeit bzw. Differential Item Functioning entsteht, wenn Menschen aus verschiedenen Gruppen (meistens Geschlecht, Altersgruppe oder Ethnie) eine unterschiedliche Wahrscheinlichkeit aufweisen, gewisse Antworten auf einzelne Items zu geben, die sich nicht aus Unterschieden im zu erklärenden Merkmal (Patientenzufriedenheit) ergibt. Insofern liefern die Analysen zum DIF ebenfalls Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung 1 (Eignung der Fragen und Formulierungen für den Zweck einer nationalen Patientenzufriedenheit).

Analysen zum DIF dienen dem Nachweis, dass alle vorgegebenen Items über verschiedene soziodemografische und ethnische Eigenschaften/Gruppen gleich verstanden werden bzw. gleich funktionieren

(also unabhängig von der jeweiligen Gruppenzugehörigkeit). Folglich ist es legitim, wenn Gruppenunterscheide bestehen, jedoch nur solche, die sich aus dem Gesamtmerkmal erklären lassen (konditionale Gleichheit). Ziel ist es, dass nach statistischen Kontrollen für die zu messende Eigenschaft keine Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit bei der Wahl einer Item-Antwortkategorie auftreten. Letztendlich sollten beobachtbare Unterschiede in der Item-Antwortwahrscheinlichkeit lediglich durch Gruppenunterschiede in der Ausprägung des zu messenden Merkmals (hier: Gesamtzufriedenheit) hervorgerufen werden (vgl. Abbildung 13).

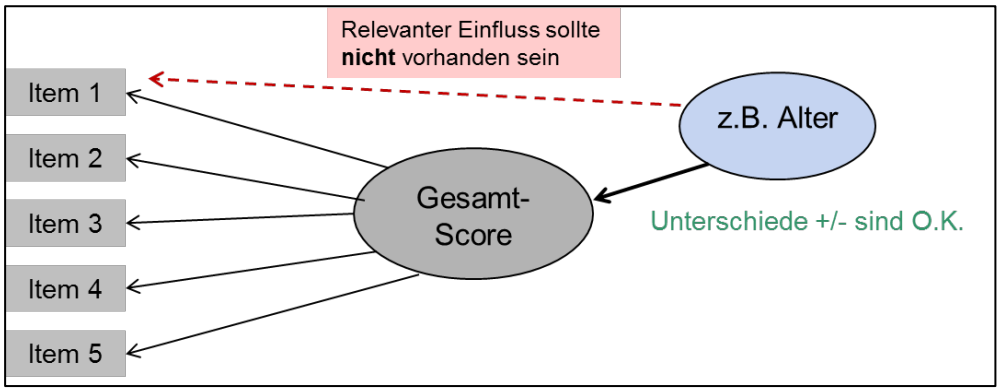


Abbildung 13: Annahmen des Differential Item Functioning (DIF)

Um auf DIF zu testen wurde dem Ansatz von Zumbo (1999) gefolgt und eine ordinal logistische Regression verwendet. Für jedes Item als abhängige Variable wird dabei ein 2-stufiges ordinales logistisches Regressionsmodell spezifiziert. In einem ersten Schritt wird der Summenwert (aus allen Items als Proxy für die zu messende Merkmalsausprägung) als Prädiktor in das Modell aufgenommen. Das errechnete Pseudo-R-Quadrat wird mit dem Pseudo-R-Quadrat verglichen, das sich ergibt, wenn zusätzlich die Zugehörigkeit zu verschiedenen Sprachgruppen bzw. Alters- und Geschlechtsgruppen (Geschlecht * 20Jahresgruppe) als weitere Prädiktoren in das Modell aufgenommen werden. Die Differenz in den Pseudo-R-Quadraten gibt die Effektstärke des DIF an. Differenzwerte des Pseudo-R^2 zwischen $.13 \leq \Delta R^2 \leq .26$ gelten als Schwellenwerte für ein moderates DIF (Bruno D. Zumbo, 1999; B. D. Zumbo & Thomas, 1997).

Überprüft wurde das DIF für die Merkmale Alter, Geschlecht und Sprache. Die Analysen erfolgten getrennt für die 5 Items in allen drei Skalenformaten.

In Ergänzung zu den Itemanalysen wurde untersucht, inwiefern die einzelnen Skalen signifikante Klinikunterschiede abbilden und somit zwischen den einzelnen Kliniken differenzieren können. Somit bieten diese Analysen zur **Eignung der verschiedenen Skalenformate zum Nachweis von Klinikunterschieden** wichtige Ergebnisse zur Fragestellung 2 (Ermittlung des Skalenformats mit der besten Diskriminationsfähigkeit). In einem ersten Schritt wurden die Rohwerte (ohne Adjustierung) der Mittelwerte der einzelnen Kliniken im Gesamt-Score verglichen. Ebenfalls wurde ermittelt, inwieweit sich die mittleren Werte je Klinik in den 5 Items voneinander signifikant unterscheiden. Mittels **Varianz- und Kovarianzanalysen** wurde geprüft, ob die Mittelwerte der Patientenzufriedenheit statistisch signifikant zwi-

schen den Spitälern variieren. Geprüft wurde mit welcher Skalierungsversion die stärkste Variation zwischen den Spitälern nachgewiesen werden kann. Die Varianzanalyse testet den Einfluss einer einzelnen nominalskalierten Variable (z.B. Klinik) auf eine intervallskalierte Variable (Messwerte Einzelitems bzw. Messwert Gesamt-Score Patientenzufriedenheit), indem sie die Mittelwerte der abhängigen Variable innerhalb der durch die Kategorien der unabhängigen Variable definierten Gruppen vergleicht.

Diese Analysen wurden sowohl für den Gesamt-Score Patientenzufriedenheit als auch für die 5 Einzelitems in den drei Skalierungsversionen durchgeführt. Eine Masszahl für die erklärte Varianz (Anteil der Varianz zwischen den Spitälern an der Gesamtvarianz), d.h. ein Hinweis auf die Stärke des Effekts bei einer Varianzanalyse, ist Eta-Quadrat ($\eta 2$). Das Eta-Quadrat gibt den Anteil der Varianz (Unterschiede) zwischen den Patienten an, der durch die Gruppierungsvariable (z.B. Spitäler) erklärt werden kann; 0 = 0 Prozent bis 1 = 100 Prozent. Nach Cohen (1988) können Eta-Quadrate von .01 als kleiner Effekt, .06 als mittlerer und .14 als grosser Effekt klassifiziert werden.

Zur **Testung eines Sets von Adjustierungsvariablen** für einen fairen Spitalvergleich (Fragestellung 3) wurden ebenfalls Varianz- und Kovarianzanalysen durchgeführt.

Zunächst wurden die potentiellen Confounder in unifaktoriellen Varianzanalysen hinsichtlich ihres Zusammenhangs zur Patientenzufriedenheit getestet. Folgende Variablen wurden in den Analysen berücksichtigt:

- Alter (gruppiert in 20 Altersgruppen)
- Geschlecht
- Versicherungsstatus (allgemein vs. halbprivat/privat)
- Verweildauer
- Eintrittsart: notfallmässig vs. geplant)
- Hauptdiagnose als möglicher Indikator für die Erkrankungsschwere (gruppiert nach ICD-10-Hauptkapitel)
- Time-Lag-Effekt: Einfluss der Zeitspanne zwischen Entlassung aus dem Spital und Erhalt des Fragebogens
- Subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung

- Aufenthaltsort nach Austritt *(nur in der Akutsomatik und Rehabilitation berücksichtigt)*
- Eintrittsart 2: freiwillig vs. Auflage (*nur in der Psychiatrie berücksichtigt)*
- Aufenthalt vor Eintritt *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*
- Reha-Art / Reha-Bereich *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*
- Einverständnis mit ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit *(nur in der Rehabilitation berücksichtigt)*

Im Anschluss erfolgte für die Analysen im Bereich der Akutsomatik sowie der Rehabilitation die Aufnahme der Variablen, für die in den unifaktoriellen Analysen ein Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit ermittelt wurde, in ein multifaktorielles Modell.

4.3. Ergebnisse Pilotbefragung Akutsomatik

4.3.1. Datenbasis und Stichprobenmerkmale

Die Pilotbefragung Akutsomatik wurde in Kooperation mit 13 Projektkliniken durchgeführt. Für die Deutschschweiz nahmen 6 Projektkliniken teil. Für die Romandie wirkten 5 Projektkliniken mit und für das Tessin waren 2 Projektkliniken beteiligt.

Insgesamt wurden 9.460 Fragebögen an die potentiellen Studienteilnehmer versendet. 3.440 Fragebögen wurden beantwortet zurückgesendet, dies entspricht einer Rücklaufquote von 36,4% (vgl. Tabelle 3). Die im Stichprobenkonzept vorgesehene Mindestfallzahl von 2.250 ausgefüllten Fragebögen (vgl. Abschnitt 2.2.1). wurde somit deutlich übertroffen. Die vorgesehene Fallzahl je Sprachregion (n=750) wurde lediglich vom Tessin unterschritten (n=490). Dies ist der Tatsache geschuldet, dass hier nur zwei Projektkliniken rekrutiert wurden.

	Kliniken	Anzahl verschickt	Anzahl beantwortet	Rücklauf-quote	Anzahl beantwortet Gesamt
deutsch	11	650	246	37,8%	2.072
	12	596	259	43,5%	
	13	737	271	36,8%	
	14	952	327	34,3%	
	15	2.708	813	30,0%	
	16	443	156	35,2%	
französisch	21	663	300	45,2%	878
	23	1050	356	33,9%	
	24	367	128	34,9%	
	25	257	81	31,5%	
	26	45	13	28,9%	
italienisch	31	777	370	47,6%	490
	35	277	120	43,3%	
	Gesamt	9.460	3.440	36,4%	3.440

Tabelle 3:Pilotbefragung Akutsomatik - Fallzahlen nach Sprachregion

Der Rücklauf der drei Fragebogenvarianten ist nahezu gleich (vgl. Abbildung 14). Zum Ende der Erhebung lagen 1.184 Fragebögen der verbalen 5er-Skala und 1.181 Fragebögen der 7er-Skala ausgefüllt vor. Die Anzahl der für die Analysen vorliegenden Fragebögen der 11er-Skala ist mit n=1.075 etwas geringer. Die geplante Mindestfallzahl von n=750 pro Skala wurde in der Pilotbefragung Akutsomatik somit für alle drei Skalenformate erreicht.

Die Skalenverteilung der Rückläufe pro Klinik ist in Abbildung 15 dargestellt. Die Fallzahlen lagen für die meisten Projektkliniken bei einem Fragebogenrücklauf von mehr als 50 je Skala. Lediglich eine Klinik erreichte sehr geringe Fallzahlen (Klinik-ID 26). Diese Klinik wurde deshalb bei den Analysen zu nachweisbaren Klinikunterschieden nicht berücksichtigt.

Insgesamt ist die erreichte Fallzahl als gut zu bewerten. Die drei Skalenformate sowie die drei Sprachregionen sind ausreichend repräsentiert um statistisch belastbare Aussagen treffen zu können.

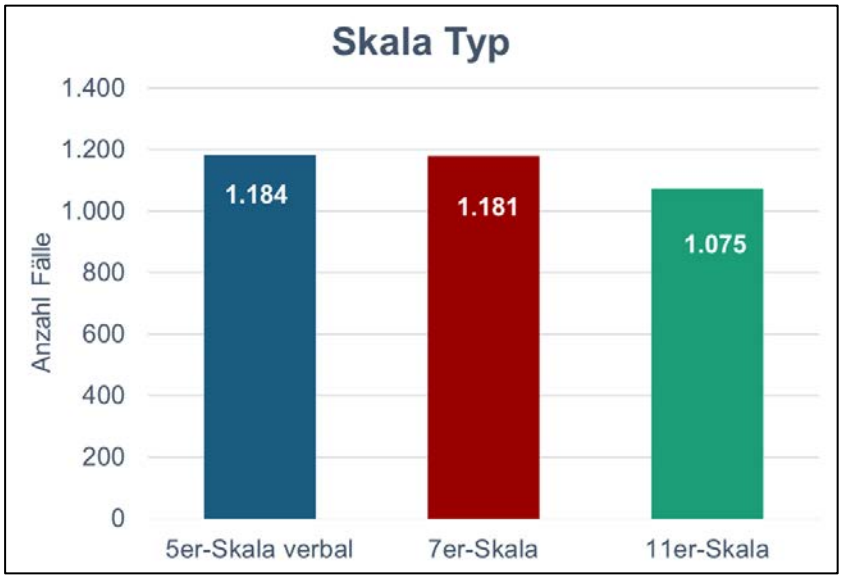


Abbildung 14: Pilotbefragung Akutsomatik - Fallzahlen je Skalentyp

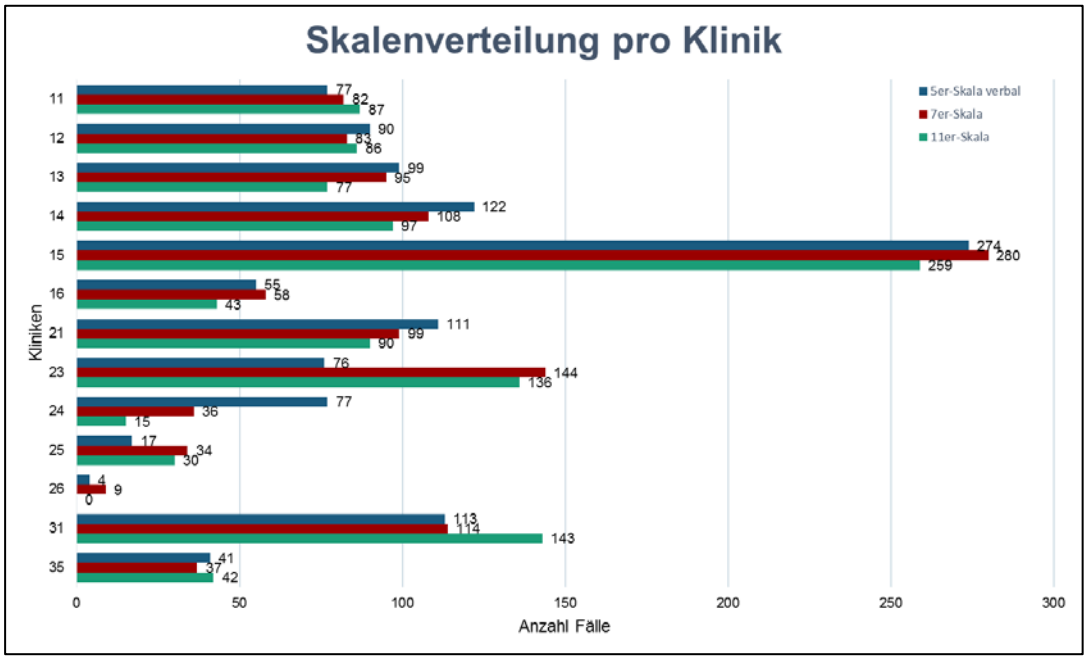


Abbildung 15: Pilotbefragung Akutsomatik - Klinikspezifische Fallzahlen je Skala

In Tabelle 4 werden zentrale Merkmale der Stichprobe dargestellt. Es nahmen etwas mehr Frauen als Männer an der Befragung teil (Frauen: 53.1% vs. Männer: 46.9%). Das mittlere Alter der Teilnehmer beläuft sich auf 61.4 Jahren. Die Befragten verweilten im Durchschnitt 5.7 Tage im Akutspital. Die Mehrzahl wurde nach dem Aufenthalt nach Hause (80.9%) entlassen. Insgesamt waren 71.1% der Befragten allgemein versichert und der Rest war privat bzw. halbprivat versichert (25.9%). Im Durchschnitt vergingen 33 Tage zwischen der Entlassung und dem Versand der Fragebögen.

Zur Stichprobenbeschreibung und für die Analysen zu potentiellen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit wurden die Hauptdiagnosen zum Austritt entsprechend den Hauptkapiteln der ICD-10-GM gruppiert (DIMDI, 2015). Die Verteilung der Diagnosegruppen ist in Abbildung 16 aufgeführt. Krankheiten des Kreislaufsystems bildeten mit 15,4% die häufigste Diagnosegruppe. Weitere 13,1% bzw. 13,0% der Patienten wurden wegen einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems bzw. nach einer Verletzung, Vergiftung oder anderen somatischen Trauma behandelt. Weitere häufige Diagnosegruppen stellen Neubildungen (10,1%), Krankenhausaufenthalte aufgrund von Schwangerschaft und Geburt (9,3%) sowie Erkrankungen des Verdauungssystems (9,1%) dar. Die restlichen 30,0% verteilten sich auf weitere zwölf Hauptdiagnosegruppen.

Stichprobe Pilotstudie Akutsomatik N=3.440	
Geschlecht	Männer: 46,9%; Frauen: 53,1%
Alter	MW: 61,4 Jahre (SD: 18,8)
Aufenthaltsdauer	MW: 5,74 Tage (SD: 6,2)
Versichertenstatus	allgemein: 74,1%; privat/halbprivat: 25,9%
Eintrittsart	Notfall: 51,6%, geplant: 48,4%
Aufenthalt nach Austritt	Zu Hause: 80,9%; anderer Ort: 19,1%
Zeit zwischen Entlassung und Versand (Time-Lag)	MW: 33,1 Tage (SD: 9,6)

Tabelle 4: Pilotbefragung Akutsomatik - Stichprobenmerkmale

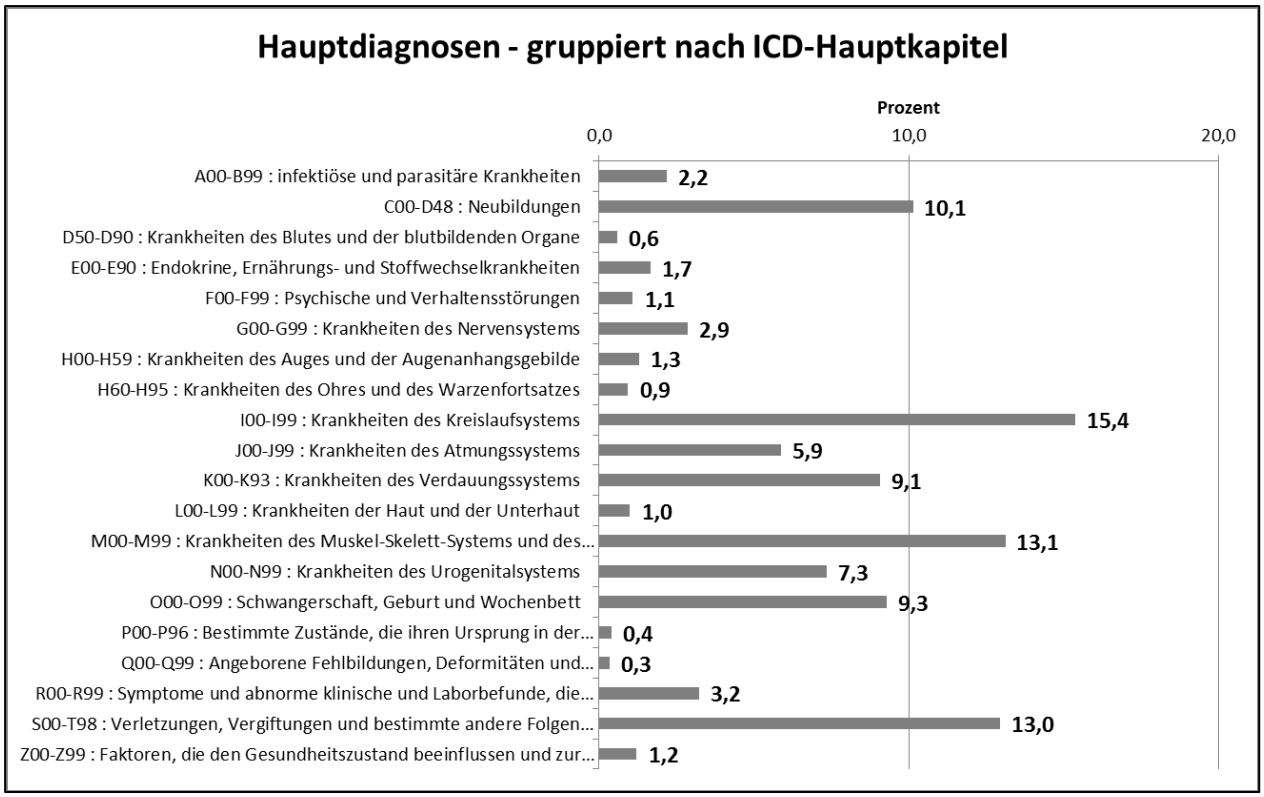


Abbildung 16: Pilotbefragung Akutsomatik - Hauptdiagnosen gruppiert nach ICD-10 Hauptkapiteln

4.3.2. Testtheoretische Kennwerte der verschiedenen Skalenformate

Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden die Werte der drei Skalen auf eine Skala von 0-100 transformiert. Zunächst erfolgte eine Analyse der testtheoretischen Kennwerte für die einzelnen 5 Items des neuen Zufriedenheitsfragebogens Akutsomatik.

Die Ergebnisse der Itemanalyse sind in Abbildung 17 bis Abbildung 21 grafisch veranschaulicht. In Tabelle 5 sind die verschiedenen Kennwerte der Itemanalyse für alle Items und Skalenformate aufgeführt.

Insgesamt zeigen sich eher hohe *Mittelwerte*. Bei den Items 3 und 4 zeigen alle drei Skalen nahezu identische Mittelwerte, die bei circa 85 liegen. Bei den Items 1, 2 und 5 erreicht die verbale 5-er Skala deutlich niedrigere Mittelwerte (5er: 74.8; 7er: 85.8; 11er: 87) und Item 5 (5er: 69.9; 7er: 80.8; 11er: 83.5).

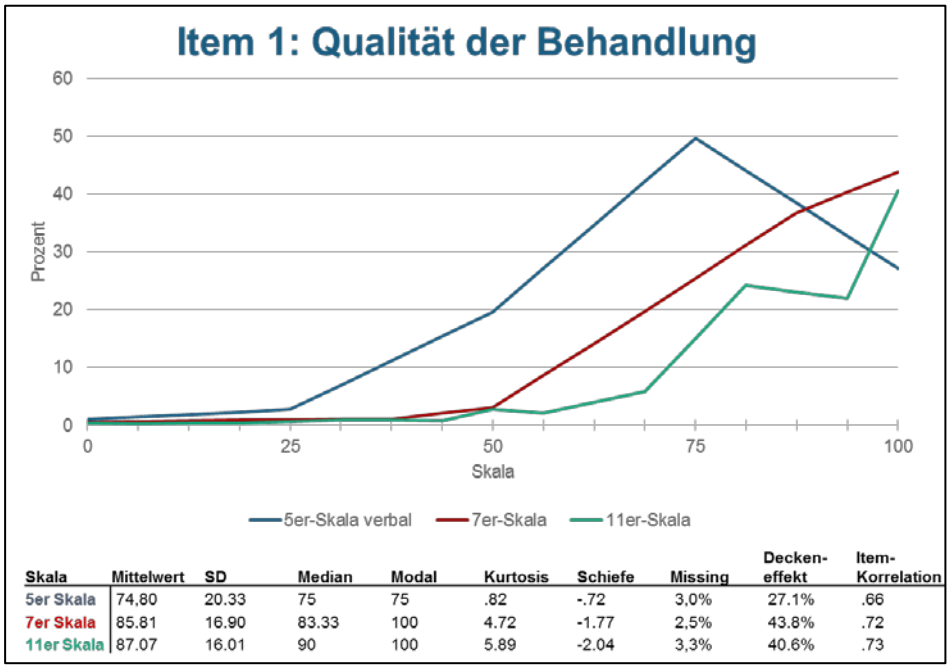
Bei der Betrachtung von *Schiefe* und *Kurtosis* weisen die drei Skalen für alle Items eine linksschiefe und im Vergleich zur Normalverteilung eine spitzere Verteilung auf. Dabei ergeben sich bei der verbalen 5er-Skala die besten Werte. Hier ist die Verteilung näher an der Normalverteilung, dies insbesondere bei den Items 1, 2 und 5.

Der *Deckeneffekt*-Range reicht von 23.5% bis 61.3%. Unabhängig der Skalierung weisen Item 2 (53.2% bis 54.9%) und Item 4 (52% bis 61.3%) den höchsten Deckeneffekt auf. Der niedrigste Deckeneffekt ist bei Item 1 (27.1% bis 40.6%) und Item 5 (23.5% bis 42.4%) vorzufinden; hier hat die verbale 5er-Skala den geringsten Deckeneffekt. Für Item 3 und 4 zeigt sich hingegen ein höherer Deckeneffekt bei der verbalen 5er-Skala als bei der 7er- und 11er-Skala.

Über die gesamten Daten ist eine geringe *Missing-Quote* von 2.5% bis 9% zu vermerken. Die höchste Missing-Quote konnte bei Item 4 festgestellt werden (5er: 6.4 %; 7er: 9%; 11er: 8.8%). Die verbale 5er-Skala weist im Vergleich zu den anderen Skalen bei allen Items leicht niedrigere Missing-Quoten auf.

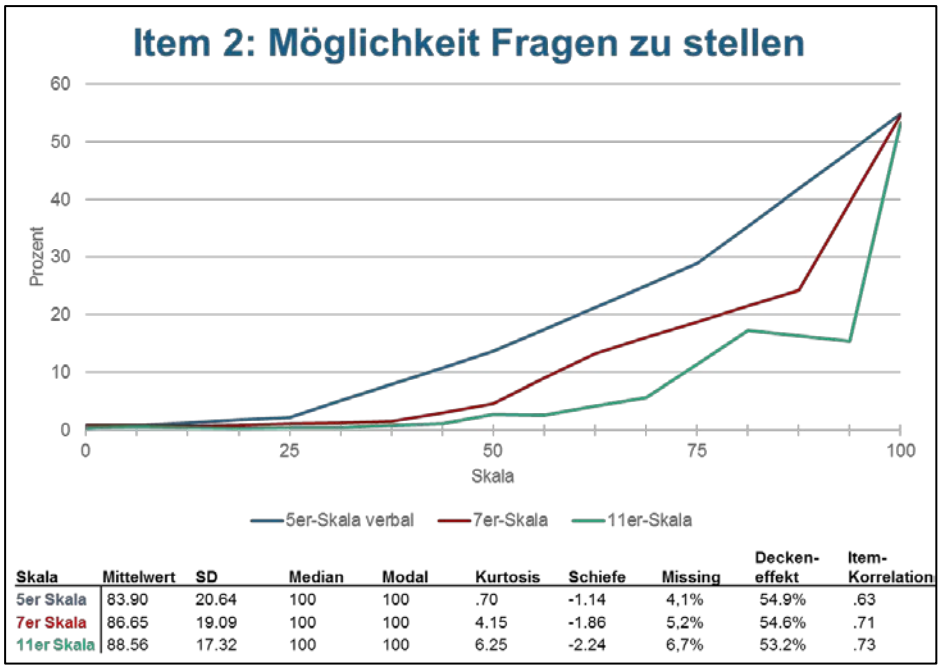
Bei den Trennschärfen erreichen die Items der drei Skalen Item-Total-Korrelationen von .51 bis .66 (verbale 5er-Skala), .63 bis .78 (7er-Skala) und .63 bis .75 (11er-Skala). Die Ergebnisse deuten für alle drei Skalenformate auf eine gute Repräsentation des Gesamtwertes und eine gute Differenzierungsmöglichkeit zwischen Befragten mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung hin.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Itemanalyse daraufhin, dass die verbale 5er-Skala am besten zwischen Befragten mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung differenziert. Dies zeigt sich insbesondere bei den Items 1 und 5 sowie bei Item 2. Die vergleichsweise niedrigeren Missing-Quoten bei der 5er-Skala sprechen für eine gute Verständlichkeit der verbalen Skala und eine hohe Akzeptanz der Itemformulierungen und Antwortausprägungen bei den Befragten.



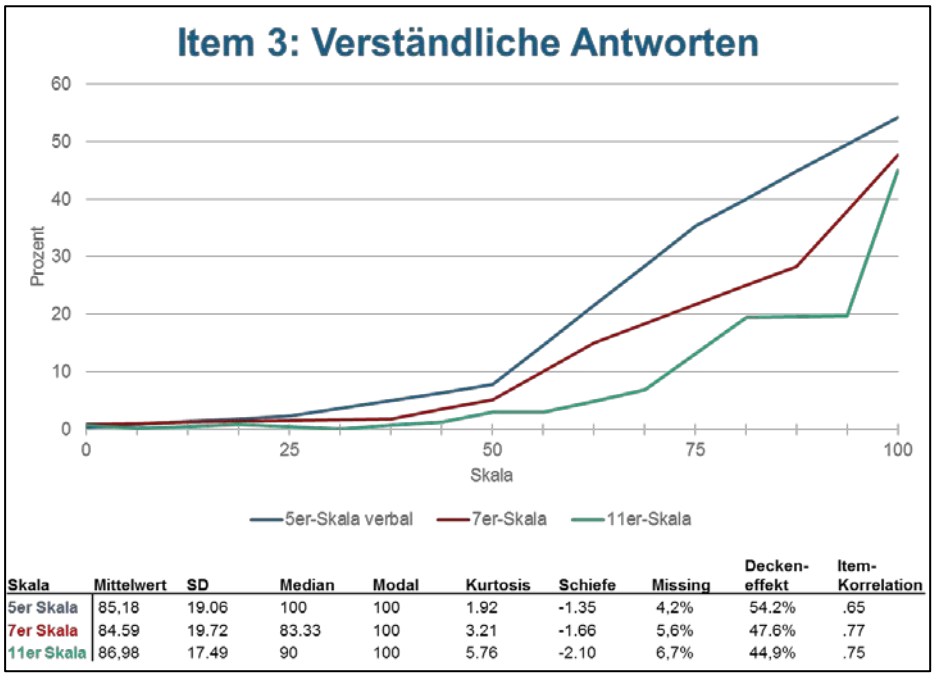
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	74,80	20.33	75	75	.82	-.72	3,0%	27.1%	.66
7er Skala	85.81	16.90	83.33	100	4.72	-1.77	2,5%	43.8%	.72
11er Skala	87.07	16.01	90	100	5.89	-2.04	3,3%	40.6%	.73

Abbildung 17: Pilotbefragung Akutsomatik – Itemanalyse - Item 1: Qualität der Behandlung



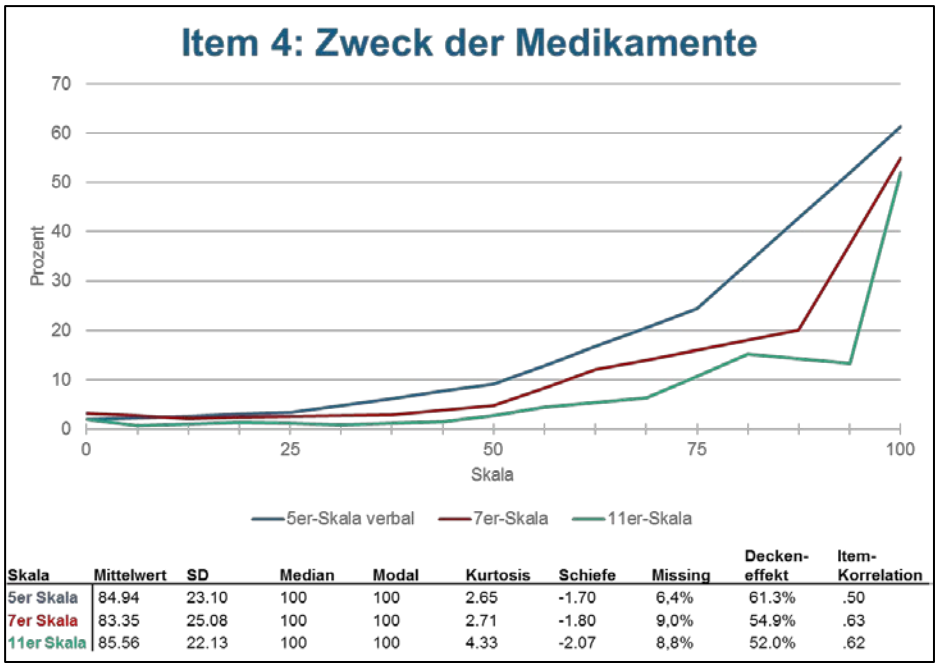
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	83.90	20.64	100	100	.70	-1.14	4,1%	54.9%	.63
7er Skala	86.65	19.09	100	100	4.15	-1.86	5,2%	54.6%	.71
11er Skala	88.56	17.32	100	100	6.25	-2.24	6,7%	53.2%	.73

Abbildung 18: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalys - Item 2: Fragen stellen



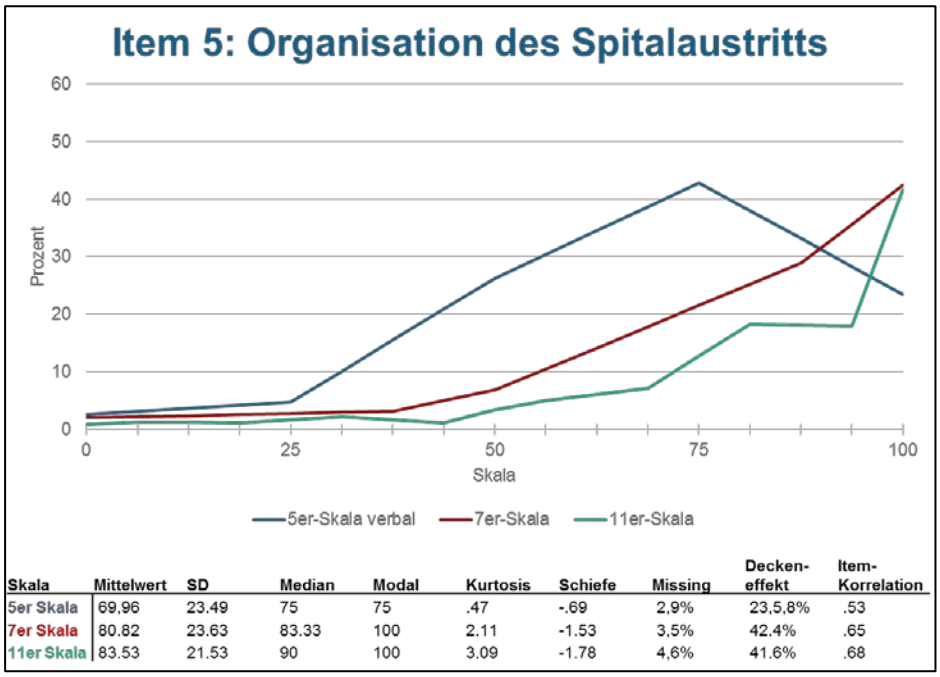
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	85,18	19.06	100	100	1.92	-1.35	4,2%	54.2%	.65
7er Skala	84.59	19.72	83.33	100	3.21	-1.66	5,6%	47.6%	.77
11er Skala	86,98	17.49	90	100	5.76	-2.10	6,7%	44,9%	.75

Abbildung 19: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse - Item 3: Antworten bekommen



Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	84.94	23.10	100	100	2.65	-1.70	6,4%	61.3%	.50
7er Skala	83.35	25.08	100	100	2.71	-1.80	9,0%	54.9%	.63
11er Skala	85.56	22.13	100	100	4.33	-2.07	8,8%	52.0%	.62

Abbildung 20: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse - Item 4: Zweck der Medikamente



Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	69,96	23.49	75	75	.47	-.69	2,9%	23,5,8%	.53
7er Skala	80.82	23.63	83.33	100	2.11	-1.53	3,5%	42.4%	.65
11er Skala	83.53	21.53	90	100	3.09	-1.78	4,6%	41.6%	.68

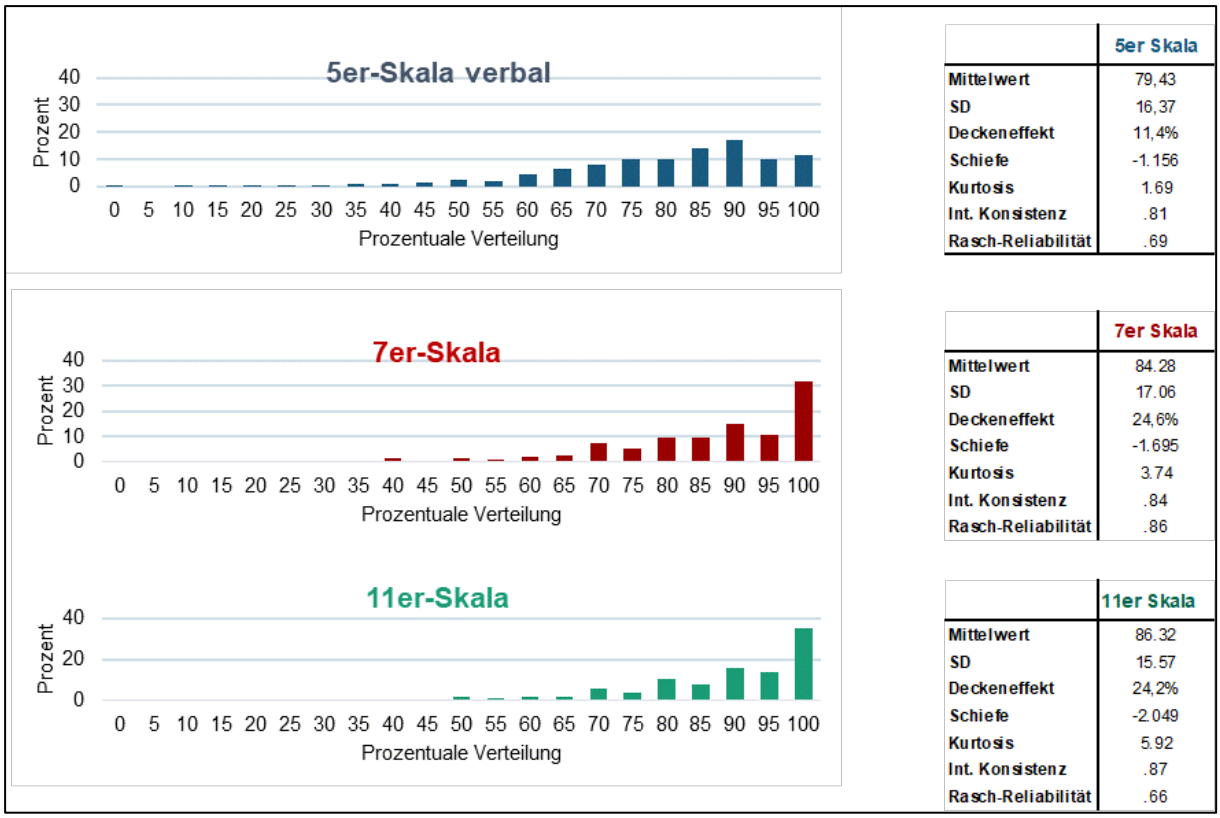
Abbildung 21: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse - Item 5: Austrittsmanagement

	Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
Item 1 Qualität d. Behandlung	5er Skala	74,80	20.33	75	75	.82	-.72	3,0%	27.1%	.66
	7er Skala	85.81	16.90	83.33	100	4.72	-1.77	2,5%	43.8%	.72
	11er Skala	87.07	16.01	90	100	5.89	-2.04	3,3%	40.6%	.73
Item 2 Fragen stellen	5er Skala	83.90	20.64	100	100	.700	-1.14	4,1%	54.9%	.63
	7er Skala	86.65	19.09	100	100	4.15	-1.86	5,2%	54.6%	.71
	11er Skala	88.56	17.32	100	100	6.25	-2.24	6,7%	53.2%	.73
Item 3 Antworten bekommen	5er Skala	85,18	19.06	100	100	1.92	-1.35	4,2%	54.2%	.65
	7er Skala	84.59	19.72	83.33	100	3.21	-1.66	5,6%	47.6%	.77
	11er Skala	86,98	17.49	90	100	5.76	-2.10	6,7%	44,9%	.75
Item 4 Medikamente	5er Skala	84.94	23.10	100	100	2.65	-1.70	6,4%	61.3%	.50
	7er Skala	83.35	25.08	100	100	2.71	-1.80	9,0%	54.9%	.63
	11er Skala	85.56	22.13	100	100	4.33	-2.07	8,8%	52.0%	.62
Item 5 Austritt	5er Skala	69,96	23.49	75	75	.47	-.69	2,9%	23,5,8%	.53
	7er Skala	80.82	23.63	83.33	100	2.11	-1.53	3,5%	42.4%	.65
	11er Skala	83.53	21.53	90	100	3.09	-1.78	4,6%	41.6%	.68

Tabelle 5: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse Item 1 bis 5: Gesamtübersicht der Ergebnisse

In einem zweiten Schritt wurde über die ersten 5 Items der Zufriedenheit ein Gesamt-Score Patientenzufriedenheit gebildet, der für die drei Skalen ebenfalls auf Werte zwischen 0-100 transformiert wurde (vgl. Kapitel 4.2). Die Ergebnisse der testtheoretischen Analysen des Gesamt-Scores sind in Abbildung 22 dargestellt.

Den geringsten Deckeneffekt im Gesamt-Score Patientenzufriedenheit weist die verbale 5er-Skala auf (5er: 11.4%, 7er: 24.6%, 11er: 24.4%). Ebenso ist der Mittelwert bei der verbalen 5er-Skala am niedrigsten (5er: 79.4%, 7er: 84.2%, 11er: 86.3%). Die Gesamt-Score-Ergebnisse der drei Skalen weisen eine linksschiefe Verteilung auf, die bei der verbalen 5er-Skala am geringsten ausgeprägt ist (Schiefe: 5er: -1.15; 7er: -1.69, 11er: -2.04). Schlussfolgernd kann der Gesamt-Score der verbalen 5er-Skala über den gesamten Bereich der Merkmalsausprägung Patientenzufriedenheit am besten differenzieren. Weiterhin belegen die Kennwerte zur internen Konsistenz (Item-Korrelation) für alle drei Skalen, dass die 5 Items das Konstrukt „Patientenzufriedenheit" mit hoher Konsistenz messen. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der grafischen Darstellung der Verteilung des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit wider. Die günstigste Verteilung des Summenwertes mit dem geringsten Deckeneffekt ist für die verbale 5er Skala erkennbar.



	5er Skala
Mittelwert	79,43
SD	16,37
Deckeneffekt	11,4%
Schiefe	-1.156
Kurtosis	1.69
Int. Konsistenz	.81
Rasch-Reliabilität	.69

	7er Skala
Mittelwert	84.28
SD	17.06
Deckeneffekt	24,6%
Schiefe	-1.695
Kurtosis	3.74
Int. Konsistenz	.84
Rasch-Reliabilität	.86

	11er Skala
Mittelwert	86.32
SD	15.57
Deckeneffekt	24,2%
Schiefe	-2.049
Kurtosis	5.92
Int. Konsistenz	.87
Rasch-Reliabilität	.66

Abbildung 22: Pilotbefragung Akutsomatik - Ergebnisse Gesamt-Score Patientenzufriedenheit

Insgesamt weisen die Ergebnisse der testtheoretischen Überprüfung für die verbale 5er-Skala die günstigste Verteilung mit den geringsten Deckeneffekten auf und ermöglichen so eine gute Diskriminationsfähigkeit über den gesamten Bereich der Merkmalsausprägung. Dies betrifft sowohl den Gesamt-Score Patientenzufriedenheit als auch die Einzelitems (hier insbesondere die Items 1, 2 und 5) des neuen Fragebogensets.

4.3.3. Dimensionsanalyse

Ein weiterer Bestandteil der Forschungsstudie war es zu überprüfen, inwieweit die vorgegebenen Items bzw. der vorliegende Fragebogen auch tatsächlich das Konstrukt „Patientenzufriedenheit" erfassen bzw. messen. Mittels einer konfirmatorischen Dimensionsanalyse wurde das Modell der Patientenzufriedenheit mit seinen vorgegebenen Faktoren überprüft. Für den Fragebogen Akutsomatik existieren vier relevante Faktoren, die durch fünf Items abgefragt werden (vgl. Abbildung 23).

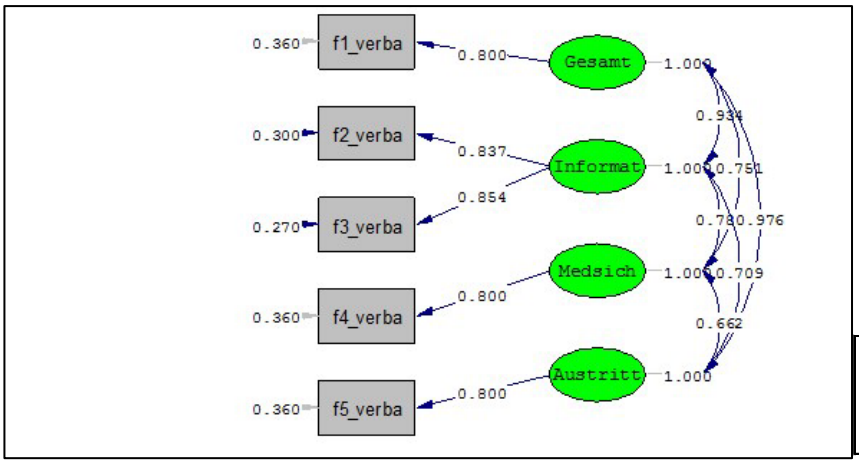
Item	Variable	Faktor/Dimension	
Item 1	Behandlungsqualität	**Behandlungs-qualität**	Patientenzufriedenheit
Item 2	Fragen stellen	**Information / Kommunikation**	
Item 3	Antworten erhalten		
Item 4	Medikation	**Medikation**	
Item 5	Austrittsmanagement	**Austrittsmanage-ment**	

Abbildung 23: Pilotbefragung Akutsomatik - Dimensionsanalyse

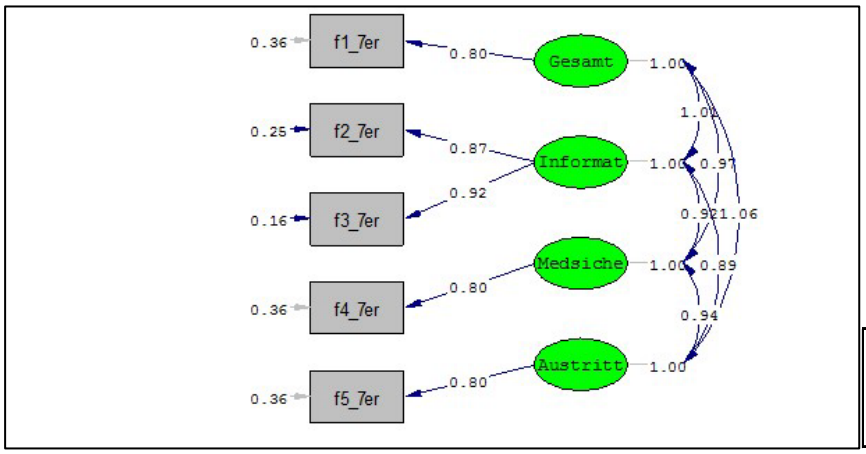
Das spezifizierte 4-Faktorenmodell (Faktoren Behandlungsqualität, Information & Kommunikation, Medikation und Austrittsmanagement) weist dabei über alle drei Skalierungsversionen eine gute Datenanapassung auf. Der Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] ist bei allen drei Skalen <.06, der Comparative Fit Index [CFI] >.99 und der Normative Fit Index ([NFI] >.98, was bedeutet, dass die beobachteten Korrelationen zwischen den Itemwerten über das spezifizierte Modell erklärt werden können. Die 7er- und die 11er-Skala zeigen etwas bessere Anpassungswerte (vgl. Abbildung 24).

Auch im einfaktoriellen Modell (Generalfaktormodell) weisen alle drei Skalen gute Anpassungswerte auf (Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] ist bei zwei der drei Skalen <.07, der Comparative Fit Index [CFI] bei allen drei Skalen >.98 und der Normative Fit Index ([NFI] ebenfalls bei allen drei Skalen >.98), wobei wiederum die 7er- und 11er-Skala leicht bessere Anpassungswerte erreichen (vgl. Abbildung 25). Die Unterschiede in den Kennwerten sind jedoch nur marginal.

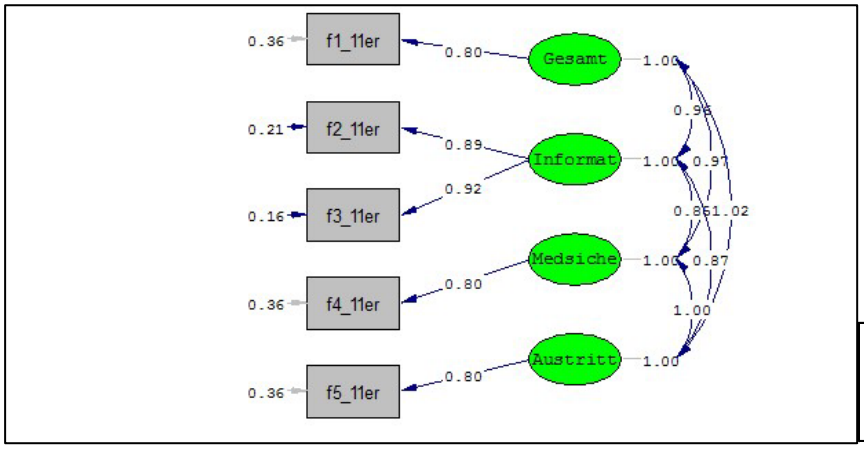
Insgesamt zeigen die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen, dass alle drei Skalenformate eine sehr gute bis gute Datenanpassung aufweisen (Dimensionen und Generalfaktor). Die definierten Faktoren bilden somit das Modell „Patientenzufriedenheit" gut ab.



RMSEA	.016
CFI	.992
NFI	.984

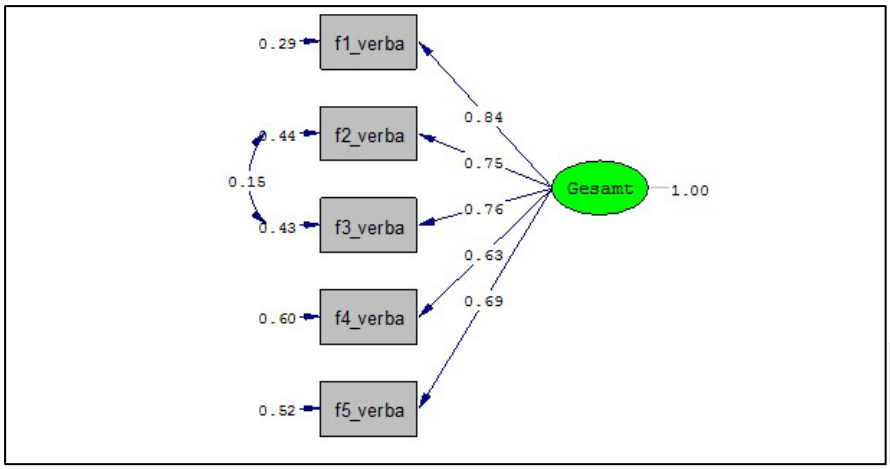


RMSEA	.000
CFI	.999
NFI	.994

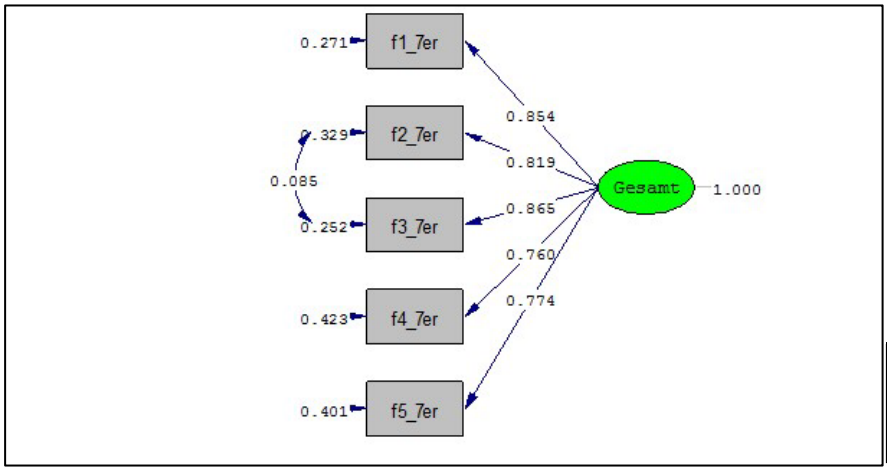


RMSEA	.038
CFI	.993
NFI	.988

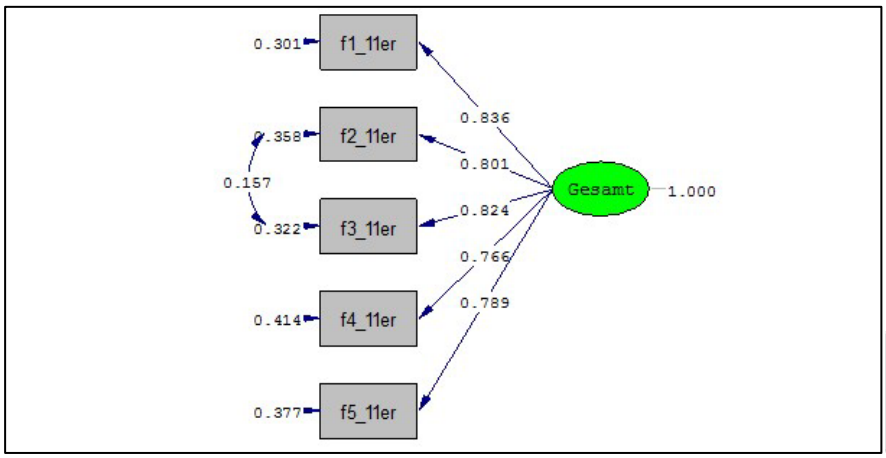
Abbildung 24: Pilotbefragung Akutsomatik - Dimensionsanalyse 4-Faktorenmodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)



RMSEA	.117
CFI	.982
NFI	.981



RMSEA	.061
CFI	.997
NFI	.996



RMSEA	.064
CFI	.996
NFI	.995

Abbildung 25: Pilotbefragung Akutsomatik - Dimensionsanalyse Generalfaktormodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

4.3.4. Rasch-Modell-Analyse nach der probabilistischen Testtheorie

Alle drei Skalenversionen erfüllen die strengen Annahmen des Rasch-Modells. Die geschätzten Personenparameter stellen eine eineindeutige und monotone Transformation der sich aus den Itemwerten ergebenden Gesamtsummenwerte dar. Die untenstehenden Abbildungen zeigen dabei, dass über den grössten Teil aller möglichen Summenwerte bzw. den mittleren Teil die Rasch-Personenparameter eine fast lineare Transformation der Summenwerte darstellen (vgl. Abbildung 26).

Die Items aller drei Skalierungsversionen weisen nach dem Q-Index eine gute Datenanpassung auf, erkennbar daran, dass die p-Werte auf keine signifikante Abweichung der vom Modell geschätzten Antwortmuster der Probanden hinweisen (vgl. Abbildung 27). Die Fit-Indizes der Einzelitems sprechen somit für eine gute Eignung zur Erfassung des Merkmalkontinuums „Patientenzufriedenheit.

Die Kennwerte der Anpassungsgüte des Gesamtmodells weisen ebenfalls daraufhin, dass die Annahmen des Rasch-Modells für alle drei Skalenversionen bestätigt werden. Die verbale 5er-Skala erreicht gute Gesamtanpassungswerte, hier mit einer statistisch signifikanten Abweichung in lediglich einem von vier Testwerten (vgl. Abbildung 28).

Zusammenfassend können somit sowohl der Summenwert oder jegliche lineare Transformation desselben als auch die Itemwerte (nach entsprechender monotoner Transformation) aller drei hier verwendeten Skalenformate (verbale 5er Skala, 7er Skala, 11er Skala) als intervallskaliertes Mass der Patientenzufriedenheit verwendet werden (vgl. hierzu auch Kapitel 4.2).

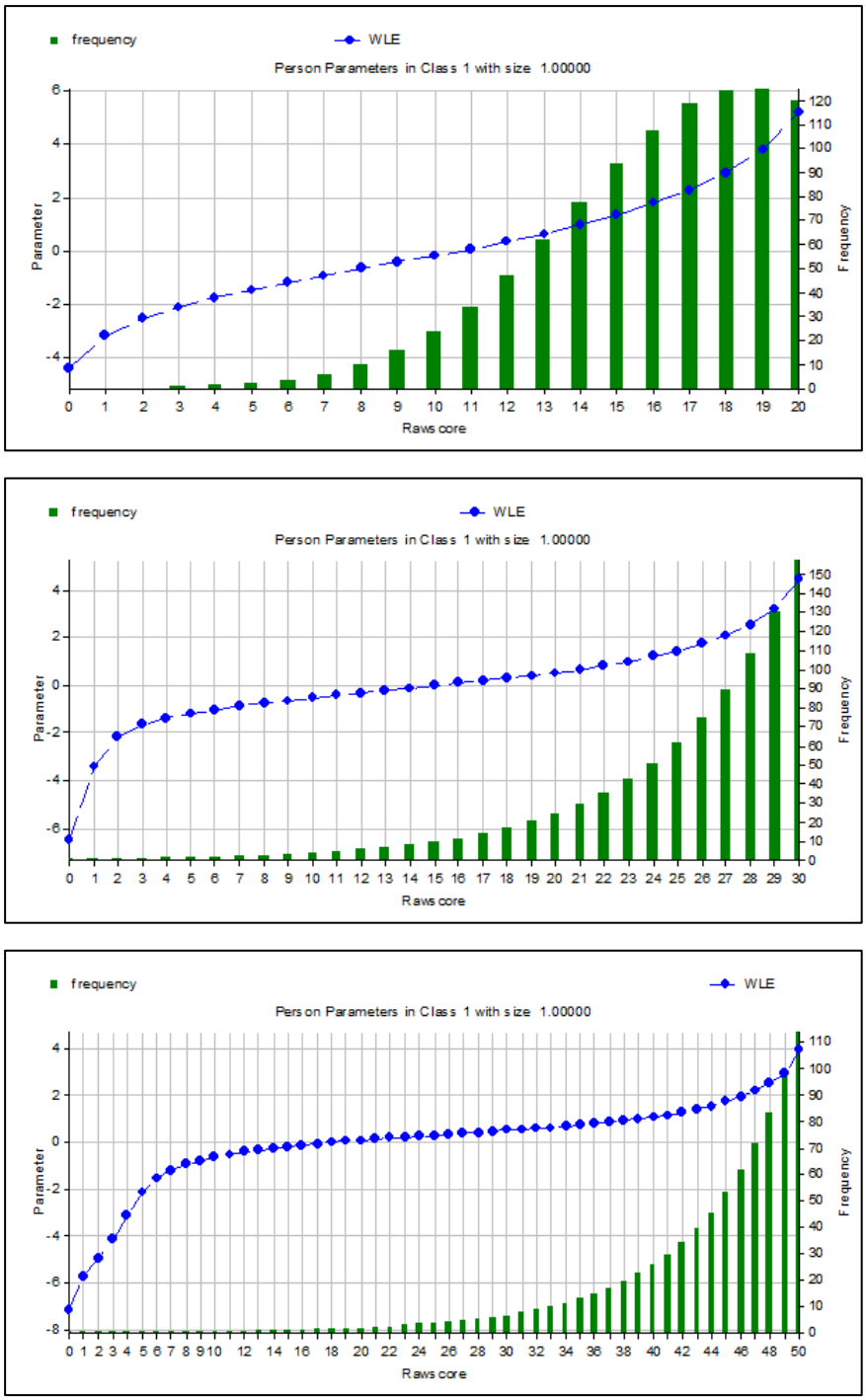


Abbildung 26: Pilotbefragung Akutsomatik - Rasch-Modell-Analyse: Ergebnisse Modellanpassung - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_VERBA	0.0650	-0.4927	0.68889	-....!Q...+
F2_VERBA	0.0732	-0.2923	0.61498	-....!Q...+
F3_VERBA	0.0764	-0.3902	0.65182	-....!Q...+
F4_VERBA	0.1047	0.5742	0.28293	-.Q..!....+
F5_VERBA	0.0989	0.6132	0.26988	-.Q..!....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_7ER	0.0614	-0.1876	0.57439	-....Q....+
F2_7ER	0.0559	-0.1539	0.56116	-....Q....+
F3_7ER	0.0459	-0.3012	0.61836	-....!Q...+
F4_7ER	0.0609	0.3300	0.37071	-..Q.!....+
F5_7ER	0.0663	0.3138	0.37685	-..Q.!....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_11ER	0.0609	-0.1012	0.54029	-....Q....+
F2_11ER	0.0515	-0.1543	0.56130	-....Q....+
F3_11ER	0.0487	-0.2098	0.58308	-....Q....+
F4_11ER	0.0581	0.2398	0.40526	-...Q!....+
F5_11ER	0.0615	0.2250	0.41099	-...Q!....+

Abbildung 27: Pilotbefragung Akutsomatik - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Einzelitems - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

```
Power Divergence GoF statistics:

                                emp. value     chi-square p-value

  Cressie Read            :         3159.92    p=  0.2350
  Pearson Chisquare       :        16481.65    p=  0.0000

 ===================================================================

  Likelihood ratio        :          955.13    p=  1.0000
  Freeman-Tukey  Chi^2    :         1106.86    p=  1.0000

  Degrees of freedom      :            3103
```

```
Power Divergence GoF statistics:

                               emp. value     chi-square p-value

  Cressie Read            :        29298.95    p=  0.0000
  Pearson Chisquare       :       982052.59    p=  0.0000

 ===================================================================

  Likelihood ratio        :         1930.58    p=  1.0000
  Freeman-Tukey  Chi^2    :         1920.39    p=  1.0000

  Degrees of freedom      :           16775
```

```
Power Divergence GoF statistics:

                              emp. value     chi-square p-value

  Cressie Read            :     34802353.78    p=  0.0000
  Pearson Chisquare       :  61417243525.42    p=  0.0000

 ===================================================================

  Likelihood ratio        :         3073.97    p=  1.0000
  Freeman-Tukey  Chi^2    :         2678.69    p=  1.0000

  Degrees of freedom      :          160999
```

Abbildung 28: Pilotbefragung Akutsomatik - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Gesamtmodell - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

4.3.5. Differential Item Functioning (DIF)

Nach der Untersuchung der Personenmerkmale (Alter, Geschlecht und Sprache) hinsichtlich des Differential Item Functioning (DIF) für diese Merkmalsgruppen resultiert, dass die Grenzwerte für das Vorliegen von DIF in allen drei Skalenversionen nicht erreicht werden. Die in Tabelle 6 vorgestellten DIF-Grenzwerte (Differenz, berechnet aus den Pseudo-R-Quadraten von 2 gerechneten Modelle, einmal mit, einmal ohne die untersuchten Personenmerkmale, vgl. Kapitel 4.2.) liegen zwischen .000< ΔR^2 <.014 und somit weitaus unter den vorgegebenen kritischen Grössen nach Zumbo (vgl. Kapitel 4.2). Somit ist anzunehmen, dass keine systematischen Unterschiede in den Zufriedenheitsbewertungen durch Alters-, Geschlechts, sowie Sprachgruppen bestehen, die sich nicht aus dem gemessenen Merkmalskontinuum "Patientenzufriedenheit" erklären lassen.

5er Skala, verbal						
ITEMS	**Modell mit Score, Sprache Pseudo-R^2**	**Modell mit Score Pseudo-R^2**	**DIF Sprache ΔR^2**	**Modell mit Score, Alter und Geschlecht Pseudo-R^2**	**Modell mit Score Pseudo-R^2**	**DIF Alter und Geschlecht ΔR^2**
1. Qualität der Behandlung	0,613	0,603	**0,010**	0,600	0,599	**0,001**
2. Fragen stellen	0,564	0,547	**0,014**	0,551	0,549	**0,002**
3. Verständliche Antworten	0,556	0,547	**0,009**	0,542	0,540	**0,002**
4. Zweck der Medikamente	0,437	0,431	**0,007**	0,431	0,427	**0,004**
5 .Austrittsmanagement	0,523	0,518	**0,005**	0,532	0,524	**0,008**
7er Skala						
1. Qualität der Behandlung	0,593	0,592	**0,001**	0,599	0,592	**0,007**
2. Fragen stellen	0,596	0,596	**0,000**	0,600	0,599	**0,001**
3. Verständliche Antworten	0,673	0,670	**0,003**	0,671	0,670	**0,001**
4. Zweck der Medikamente	0,580	0,574	**0,006**	0,577	0,573	**0,004**
5 .Austrittsmanagement	0,593	0,592	**0,000**	0,607	0,594	**0,013**
11er Skala						
1. Qualität der Behandlung	0,598	0,597	**0,001**	0,597	0,594	**0,003**
2. Fragen stellen	0,609	0,609	**0,000**	0,607	0,607	**0,000**
3. Verständliche Antworten	0,647	0,646	**0,001**	0,649	0,645	**0,004**
4. Zweck der Medikamente	0,547	0,546	**0,002**	0,555	0,547	**0,008**
5 .Austrittsmanagement	0,594	0,593	**0,000**	0,604	0,594	**0,010**

Tabelle 6: Pilotbefragung Akutsomatik - DIF über Sprachversion und Altersgruppe mit Geschlechtsgruppe in den 3 Skalenformaten – Pseudo R2 nach Cox & Snell

4.3.6. Klinikunterschiede und Risikoadjustierungsmodell

Zunächst wurde untersucht, inwieweit sich signifikante Klinikunterschiede in der Ausprägung des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit mit den drei verschiedenen Skalenformaten abbilden lassen. In die Analysen zu nachweisbaren Klinikunterschieden wurden Daten von 12 der 13 Projektkliniken eingeschlossen. Eine Klinik wurde aufgrund sehr geringer Fallzahlen ausgeschlossen.

In Abbildung 29 bis Abbildung 31 wird ersichtlich, dass sich die klinikspezifischen Ergebnisse des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit zum Teil deutlich voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigen, dass die verbale 5er-Version am besten zwischen den Kliniken differenziert und signifikante Klinikunterschiede bei der Patientenzufriedenheit ermittelt (p=.007; η^2=.028). Auch die 7er-Skala differenziert signifikant zwischen den Kliniken (p=.026; η^2=.025). Die 11er-Skala kann keinen statistisch bedeutsamen Unterschied zwischen den Spitälern abbilden (p=.349; η^2=.015).

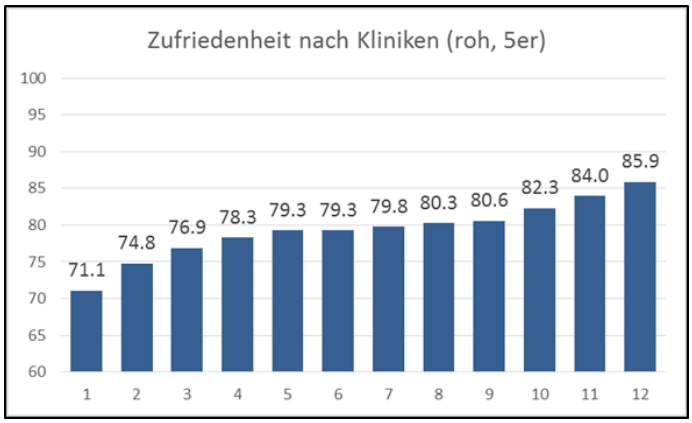


Abbildung 29: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er-Skala Rohwerte

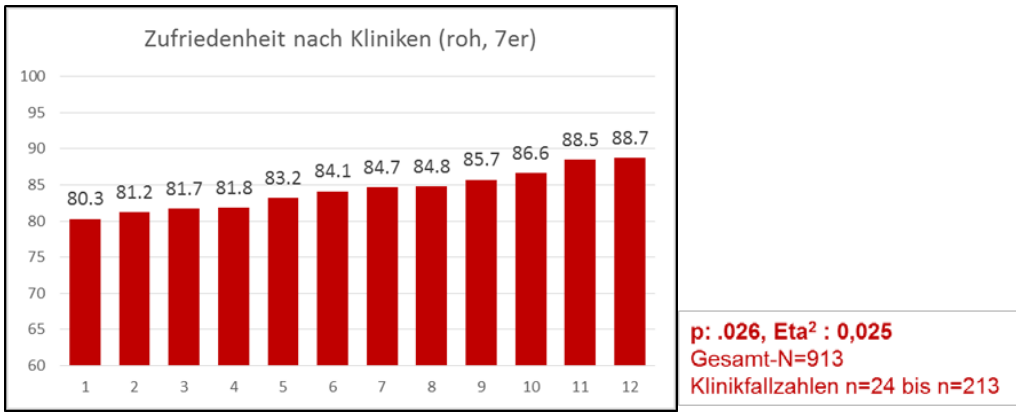


Abbildung 30: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: roh, 7er-Skala Rohwerte

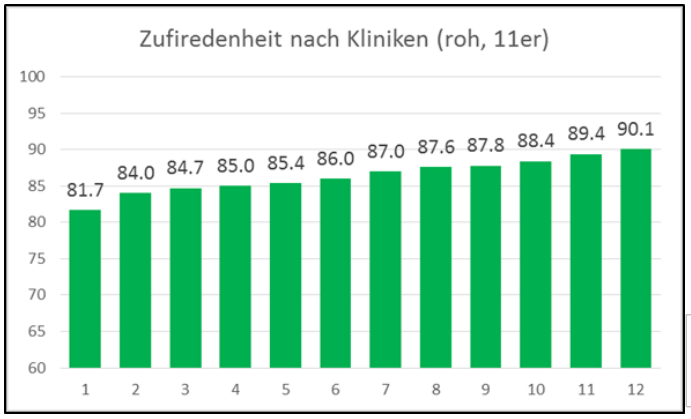


Abbildung 31: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken, Rohwerte: 11er-Skala, Rohwerte

Auch mit den Mittelwerten der Einzelitems lassen sich signifikante Klinikunterschiede abbilden (vgl. Tabelle 7). Dies gilt jedoch ebenfalls nicht für alle drei Skalenformate in gleichem Masse.

Bei den Items 1, 2 sowie 3 und 5 zeigen sich signifikante Klinikunterschiede und die grössten Effektstärken beim Einsatz der verbalen 5er-Skala. Bei Item 4 liegen die Ergebnisse der Kliniken zu nah beieinander um die Unterschiede statistisch signifikant nachzuweisen.

Mit der 7er-Skala können bei den Items 2, 3 und 5 statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Kliniken nachgewiesen werden, allerdings sind die Effektstärken geringer als bei der 5er-Skala.

Die 11er-Skala kann in allen Items keine bedeutsamen Differenzen zwischen den Kliniken abbilden.

Item	5er Skala verbal		7er Skala		11er Skala	
	p-Wert	Eta²	p-Wert	Eta²	p-Wert	Eta²
1. Qualität der Behandlung	**0,002**	**0,026**	0,057	0,018	0,105	0,016
2. Möglichkeit Fragen zu stellen	**0,000**	**0,061**	0,003	0,027	0,112	0,017
3. Verständliche Antworten	**0,000**	**0,047**	0,004	0,027	0,086	0,018
4. Zweck der Medikamente	**0,254**	**0,014**	0,150	0,017	0,536	0,011
5. Organisation Austritt	**0,020**	**0,021**	**0,020**	**0,021**	0,513	0,010

Tabelle 7: Pilotbefragung Akutsomatik - Klinikunterschiede Einzelitems – Rohwerte

Für die Entwicklung und Prüfung eines geeigneten Modells zur Risikoadjustierung wurde ein Set von Adjustierungsvariablen hinsichtlich ihrer Relevanz für einen fairen Spitalvergleich getestet. Es wurden folgende neun Merkmale hinsichtlich ihrer Relevanz für die Patientenzufriedenheit untersucht:

- Alter
- Geschlecht
- Eintrittsart: geplant vs. notfallmässig
- Aufenthaltsort nach Austritt
- Hauptdiagnose, als möglicher Indikator für die Erkrankungsschwere
- Versicherungsstatus (allgemein vs. halbprivat/privat)
- Verweildauer
- Time-Lag-Effekt: Einfluss der Zeitspanne zwischen Entlassung aus dem Spital und Erhalt des Fragebogens
- Subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung

Bei den unifaktoriellen Analysen zu signifikanten Confoundern der Patientenzufriedenheit zeigten sich folgende Ergebnisse:

Das mittlere **Alter** der Patienten beträgt 61,0 Jahre. Wie in Abbildung 32 ersichtlich wird, unterscheidet sich das mittlere Alter der Patienten in den beteiligten Projektkliniken stark; dieser Unterschied ist signifikant (p.000). Alle drei Fragebogenversionen bilden signifikante Altersunterschiede in der Patientenzufriedenheit ab (Abbildung 33).

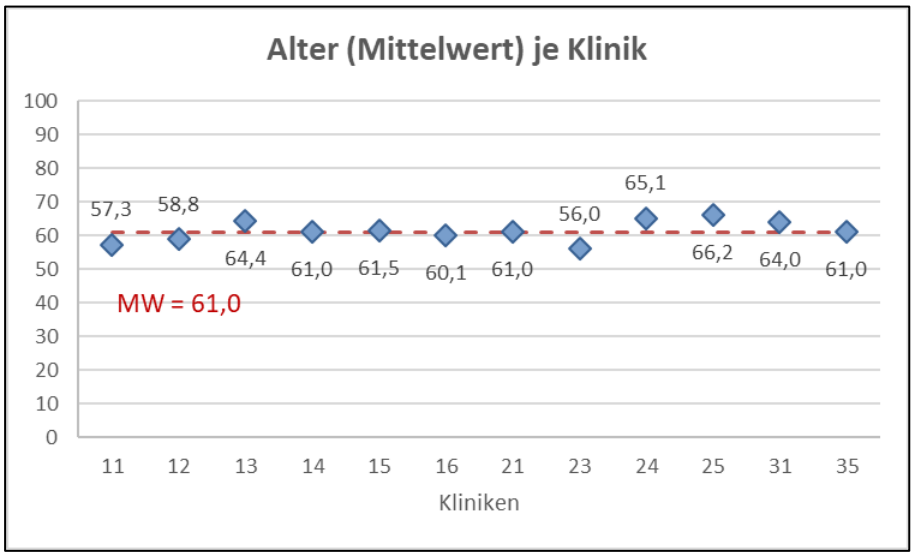
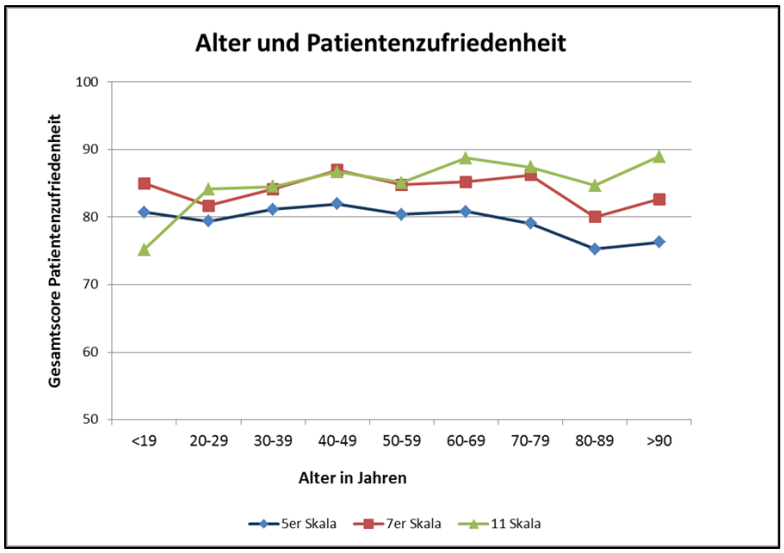


Abbildung 32: Pilotbefragung Akutsomatik - Alter (Mittelwert) je Klinik



5er-Skala: p= .000, Eta² = .016
7er-Skala: p= .000, Eta² =.013
11er-Skala: p= .000; Eta² =.020

Abbildung 33: Pilotbefragung Akutsomatik - Alter und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

53,1% der akutsomatischen Patienten sind Frauen. Es zeigen sich in allen drei Skalenversionen keine **geschlecht**sspezifischen Unterschiede in der Patientenzufriedenheit (Abbildung 34).

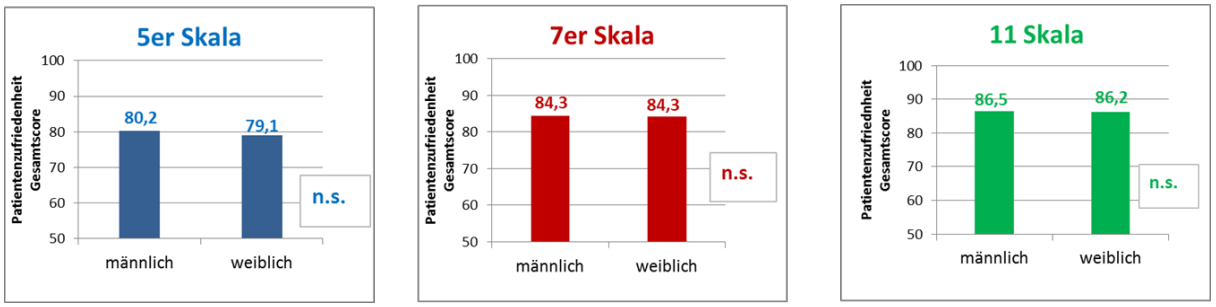


Abbildung 34: Pilotbefragung Akutsomatik - Patientenzufriedenheit nach Geschlecht und Antwortskala (Gesamt-Score)

Für die **Eintrittsart** können jedoch bedeutsame Effekte auf die Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden: Patienten, die als Notfall in einem Akutspital aufgenommen werden (51,6% der Befragten), zeigen nach ihrem Aufenthalt eine geringere Patientenzufriedenheit als Patienten, die geplant in ein Spital kommen. In Bezug auf die Eintrittsart (Notfall vs. geplant) kann ein signifikanter Effekt auf die Patientenzufriedenheit jedoch nur durch die verbale 5er-Skala nachgewiesen werden (p=.000). Die 7er-Skala und die 11er-Skala können dagegen (knapp) keine bedeutsamen Unterschiede abbilden (7er: p=.057, 11er: p=.140) (vgl. Abbildung 35).

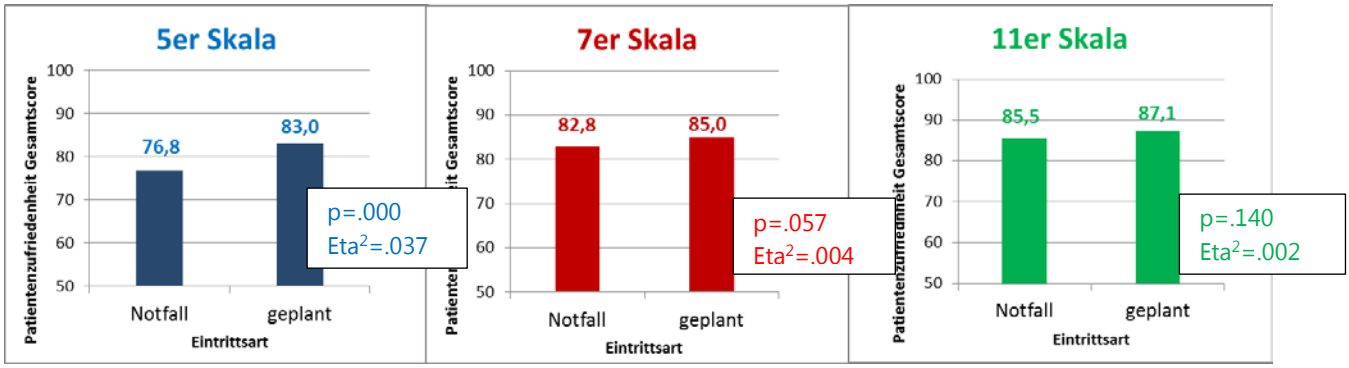


Abbildung 35: Pilotbefragung Akutsomatik - Eintrittsart und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Bei der Angabe zum **Aufenthaltsort nach dem Austritt** aus dem Akutspital ergab sich folgende Verteilung: 80.9% (n=2.614) der befragten Patienten wurden aus dem Spital direkt nach Hause entlassen. Die restlichen 19.1% (n=618) der Patienten wurden in andere Einrichtungen, wie z.B. Rehabilitationskliniken, andere Akutspitäler, Pflegeheime. verlegt (vgl. Abbildung 36). Um den Einfluss des Aufenthaltsortes nach dem Austritt auf die Patientenzufriedenheit zu ermitteln, wurden die Antworten dichotomisiert in Zuhause vs. anderer Ort.

Die Analysen zeigen, dass Patienten, die nach Hause entlassen werden, über höhere Zufriedenheitswerte berichten. Der Effekt kann durch die verbale 5er-Skala und die 11er- Skala nachgewiesen werden. Jedoch diskriminiert die verbale 5er-Skala (p=.000) bedeutsamer zwischen den Austrittsorten als die 11er-Skala (p=.012) (vgl. Abbildung 37).

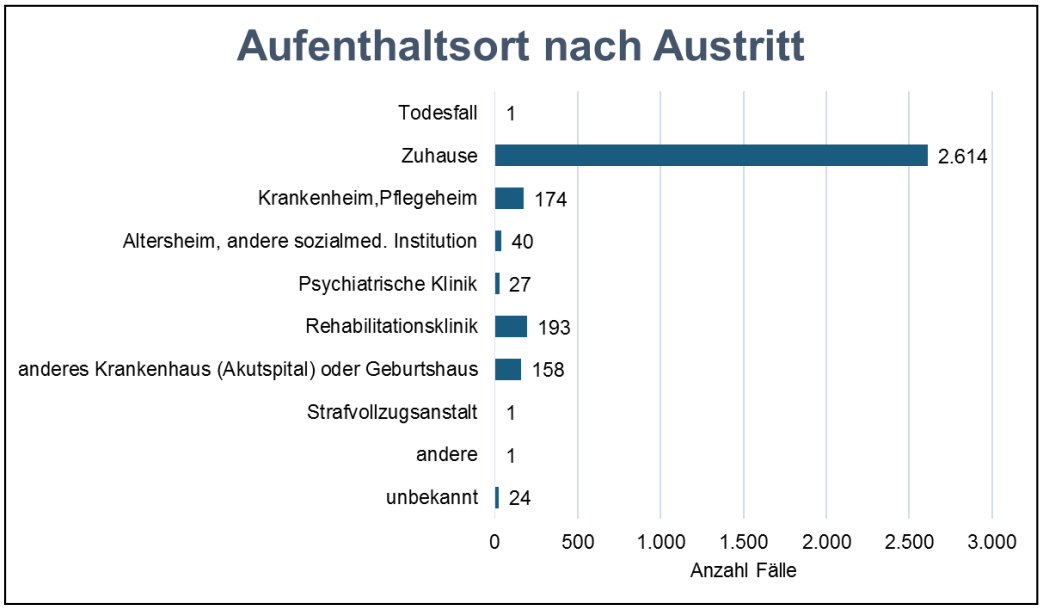


Abbildung 36: Pilotbefragung Akutsomatik - Aufenthaltsort nach Austritt aus dem Spital

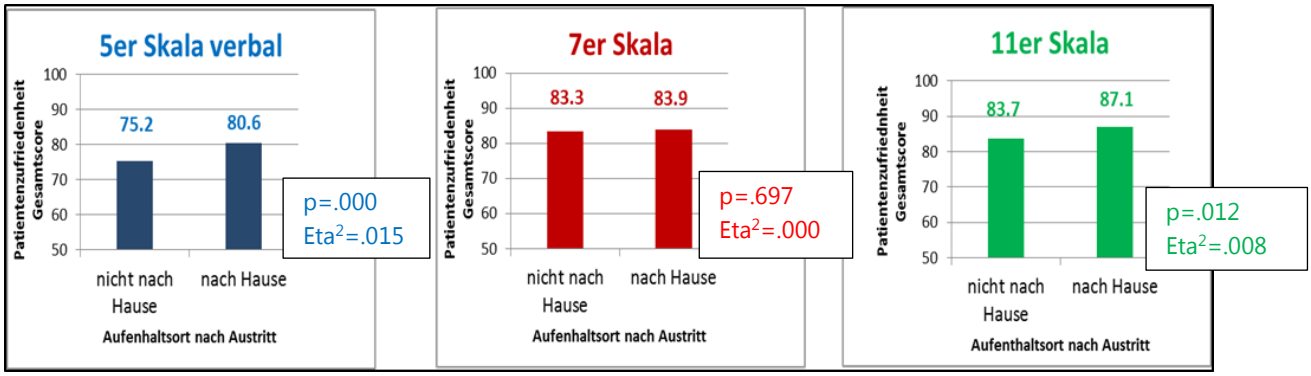


Abbildung 37: Pilotbefragung Akutsomatik - Aufenthaltsort nach Austritt und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Auch für den **subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand** zum Zeitpunkt der Befragung zeigt sich ein signifikanter Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Der durchschnittliche Wert des subjektiven Gesundheitszustandes der Gesamtstichprobe lag bei 3.22 (SD=.87). Es zeigen sich signifikante Klinikunterschiede (p=.000) im subjektiven Gesundheitszustand der Patienten (vgl. Abbildung 38). Wie in Abbildung 39 ersichtlich ist, besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und der Patientenzufriedenheit: Je besser die subjektive Gesundheit eingeschätzt wird, desto höher sind die Zufriedenheitswerte. Alle drei Fragebogenvarianten bilden signifikante Unterschiede der Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit vom subjektiven Gesundheitszustand ab (5er: p=.000, 7er: p=.000, 11er: p=.000). Die verbale 5er-Skala kann am besten zwischen Gruppen mit unterschiedlicher Gesundheitseinschätzung unterscheiden. Die Effektstärke liegt bei der 5er-Skala nur knapp unter einem „großen Effekt" (5er: η^2=.118, 7er: η^2=.057, 11er: η^2=.093).

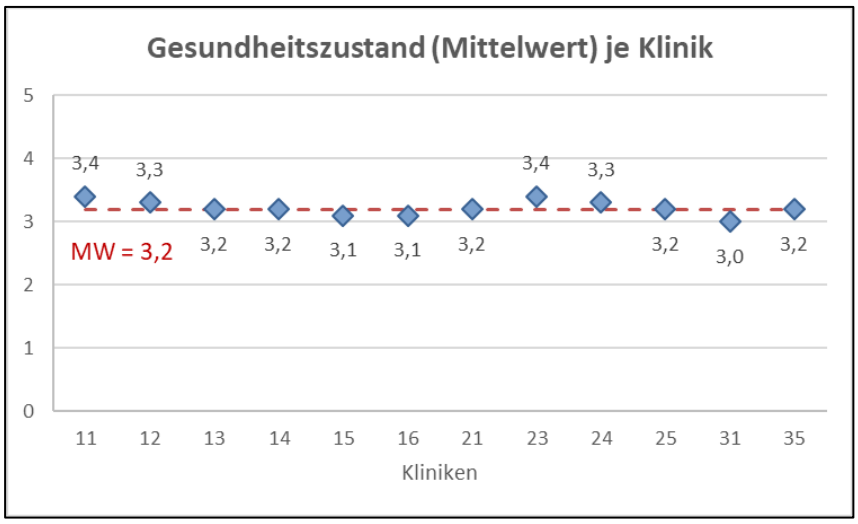


Abbildung 38: Pilotbefragung Akutsomatik - Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert) je Klinik

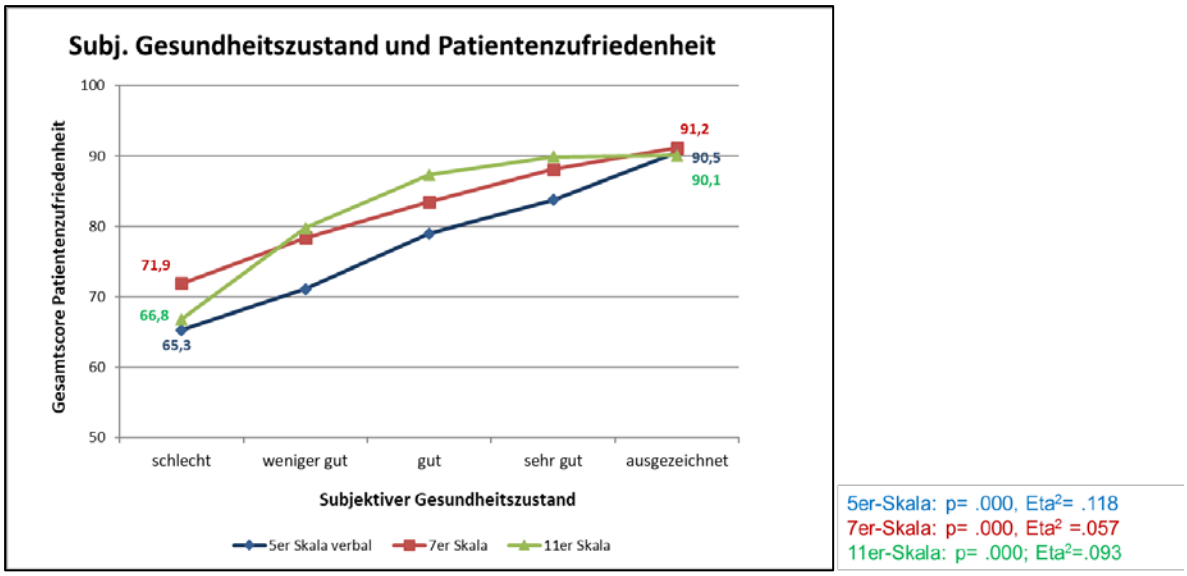


Abbildung 39: Pilotbefragung Akutsomatik - Subjektiver Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit

Die weiteren geprüften Merkmale **Hauptdiagnose**, gruppiert nach den ICD-10-Kapiteln, **Verweildauer** in Tagen, **Versicherungsstatus** (allgemein vs. halbprivat/privat) sowie **Zeitpunkt der Befragung** (Time-Lag-Effekt zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) sind nicht oder nur marginal mit der gemessenen Patientenzufriedenheit assoziiert. Es konnten für diese Merkmale mit allen drei Skalen **keine statistisch bedeutsamen Effekte** nachgewiesen werden.

Diese Variablen wurden aus diesem Grund nicht in das abschliessend berechnete multifaktorielle Gesamtmodell zur Risikoadjustierung aufgenommen.

Berücksichtigt wurden hier Geschlecht, Alter, Interaktion von Geschlecht und Alter, Subjektiver Gesundheitszustand, Eintrittsart und Aufenthaltsort nach Austritt.

In Tabelle 8 sind die Ergebnisse der multifaktoriellen Analysen zum Einfluss der Confounder für die drei Skalen aufgeführt. Der subjektive Gesundheitszustand weist in allen drei Skalen auch bei Kontrolle der übrigen Variablen einen signifikanten Einfluss auf, ebenfalls das Alter. Bei der 5er-Skala bleiben auch der Einfluss von Eintrittsart und Aufenthaltsort nach Austritt signifikant. Das multifaktorielle Modell zeigt auch, dass bei statistischer Kontrolle relevanter Confounder nur noch die 5er-Skala zwischen den Kliniken signifikant unterscheiden kann (5er: $p=.027$; $\eta^2=.027$, 7er: $p=.061$; $\eta^2=.025$, 11er: $p=.693$; $\eta^2=.011$).

Insgesamt zeigt sich auch, dass die Effekte der verschiedenen Confounder bis auf den subjektiven Gesundheitszustand sehr klein sind und nur einen geringen Beitrag zur aufgeklärten Varianz der Patientenzufriedenheit leisten.

Confounder	5er Skala verbal		7er Skala		11er Skala	
	p-Wert	Eta²	p-Wert	Eta²	p-Wert	Eta²
Geschlecht	0,249	0,002	0,609	0,000	0,501	0,001
Alter	**0,033**	**0,011**	**0,003**	**0,018**	**0,003**	**0,018**
Geschlecht * Alter	0,548	0,003	0,355	0,004	0,355	0,004
Subjektiver Gesundheitszustand	**0,000**	**0,103**	**0,000**	**0,078**	**0,000**	**0,078**
Eintrittsart	**0,000**	**0,016**	0,797	0,000	0,331	0,001
Aufenthalt nach Austritt	0,083	0,004	0,948	0,000	0,948	0,000
Klinik	**0,027**	**0,027**	0,061	0,025	0,693	0,011

Tabelle 8: Pilotbefragung Akutsomatik - Risikoadjustierung - Ergebnisse Gesamtmodell

In Abbildung 40 bis Abbildung 42 werden die Klinikunterschiede in der Patientenzufriedenheit abgebildet, wenn in einer Kovarianzanalyse für Alter, Geschlecht (inkl. Interaktion), Austrittsort, Eintrittsart und subjektive Gesundheitseinschätzung adjustiert wird. Wie eben beschrieben, zeigt bei Adjustierung nur die verbale 5er-Skala signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken.

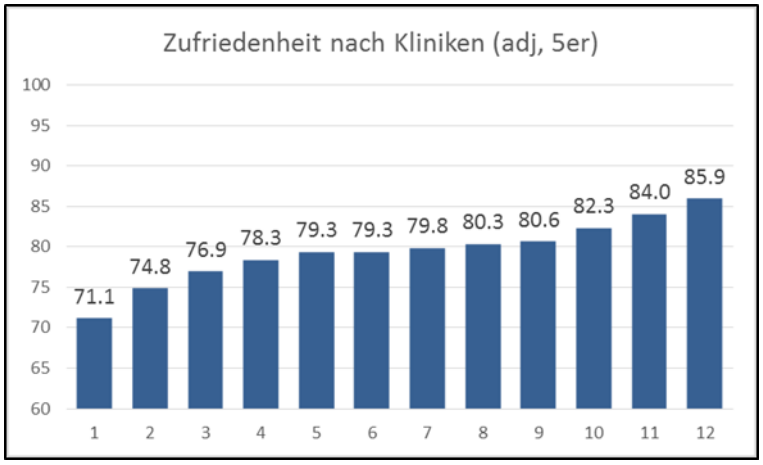


Abbildung 40: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er-Skala, adjustiert

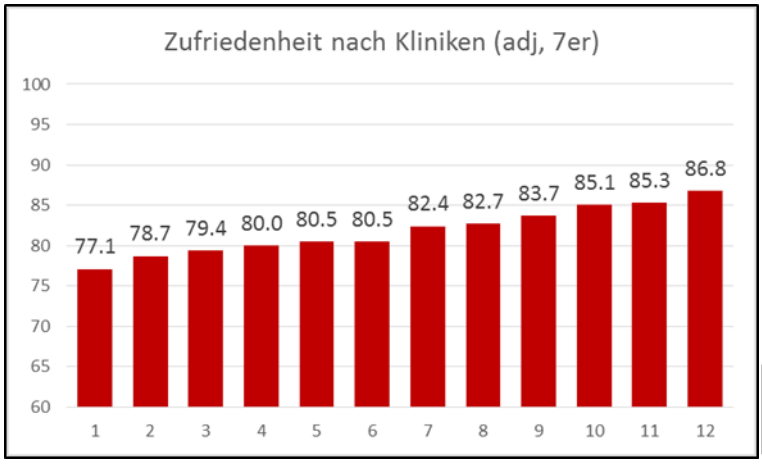


Abbildung 41: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: 7er-Skala, adjustiert

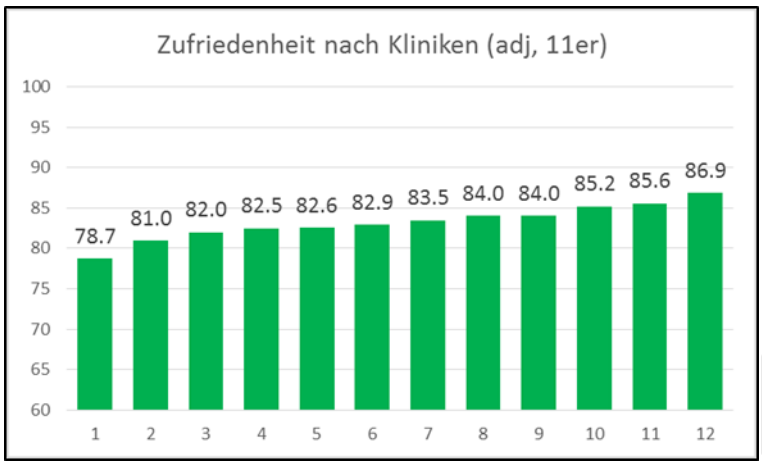


Abbildung 42: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: 11er-Skala, adjustiert

4.4. Ergebnisse Pilotbefragung Psychiatrie

4.4.1. Datenbasis und Stichprobenmerkmale

Die Pilotbefragung Psychiatrie wurde in Kooperation mit 14 Projektkliniken durchgeführt. Für die Deutschschweiz nahmen sieben Projektkliniken teil. Für die Romandie wirkten drei, für das Tessin vier Projektkliniken mit. Eine der vier Tessiner Kliniken versandte aufgrund sehr kleiner Patientenzahlen nur sehr wenige Fragebögen, hier wurde kein Rücklauf verzeichnet. Deshalb werden in den folgenden Ausführen lediglich die Ergebnisse von 13 Kliniken dargestellt.

Insgesamt wurden an die potentiellen Studienteilnehmer 3.424 Fragebögen versendet. 703 Fragebögen wurden beantwortet zurückgesendet, dies entspricht einer Rücklaufquote von 20,5% (vgl. Tabelle 9). Damit ist die Datenbasis für die Durchführung der statistischen Testverfahren in der Psychiatrie-Stichprobe deutlich kleiner als für die Akutsomatik. Hier lagen für die Auswertung insgesamt 3.440 ausgefüllte Fragebogen vor.

	Kliniken	Anzahl verschickt	Anzahl beantwortet	Rücklauf-quote	Anzahl beantwortet Gesamt
deutsch	42	381	78	20,4%	444
	43	110	54	49,1%	
	44	342	66	19,3%	
	45	296	66	22,3%	
	46	346	81	23,4%	
	47	300	83	27,7%	
	48	240	16	6,7%	
französisch	51	250	48	19,2%	202
	52	600	66	11,0%	
	53	500	88	17,6%	
italienisch	62	260	24	9,2%	57
	63	200	26	13,0%	
	64	50	7	14,0%	
	Gesamt	**3.424**	**703**	**20,5%**	**703**

Tabelle 9: Pilotbefragung Psychiatrie - Fallzahlen nach Sprachregion

Betrachtet man die Fallzahlen der Psychiatriestichprobe hinsichtlich der Verteilung auf die drei Sprachregionen, wird deutlich, dass das Tessin mit einer Fallzahl von n=57 nur sehr gering vertreten ist. Ferner liegen aus den Tessiner Kliniken keine Fragebögen der verbalen 5er-Skala vor, insofern konnte diese Skala nur für die französische und deutsche Sprachregion ausgewertet werden (vgl. Abbildung 43).

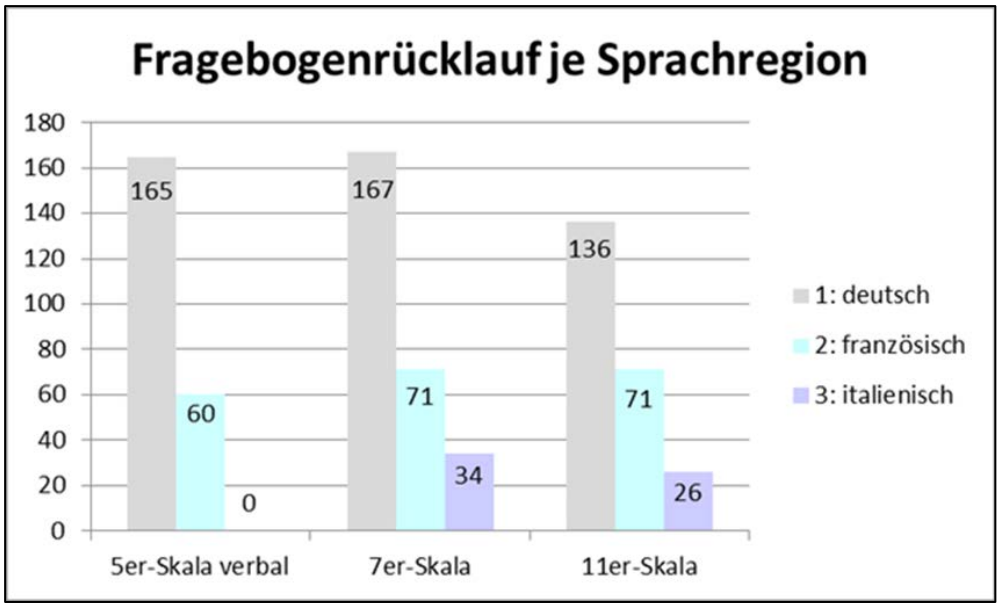


Abbildung 43: Pilotbefragung Psychiatrie - Fragebogenrücklauf je Sprachregion

Der Rücklauf der drei Fragebogenvarianten unterscheidet sich gering voneinander (5er-Skala (n=225); 7er-Skala (n=272); der 11er-Skala (n=233) (vgl. Abbildung 44). Damit liegen die Stichprobengrössen je Skalenformat zwar weit unter den entsprechenden Stichproben in der Akutsomatik (vgl. Kapitel 4.3.1). Für die Analysen zur Eignung der drei verschiedenen Skalenformate liegt aber auch in der Psychiatrie-stichprobe eine ausreichende Datenbasis vor.

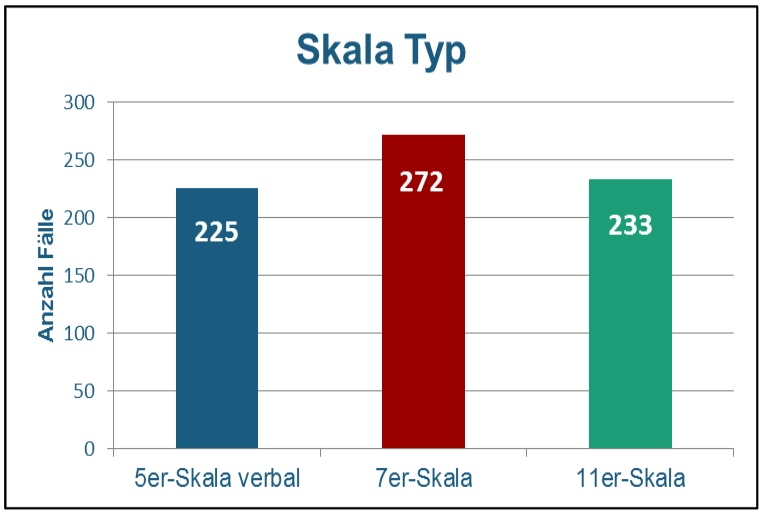


Abbildung 44: Pilotbefragung Psychiatrie - Fallzahlen je Skalentyp

Die Skalenverteilung der Rückläufe pro Klinik ist in Abbildung 45 dargestellt. Die Fallzahlen lagen für alle Projektkliniken bei einem Fragebogenrücklauf von deutlich unter 30 je Skala. Damit ist die Datenbasis für aussagekräftige Klinikvergleiche in der Psychiatriestichprobe nicht gegeben.

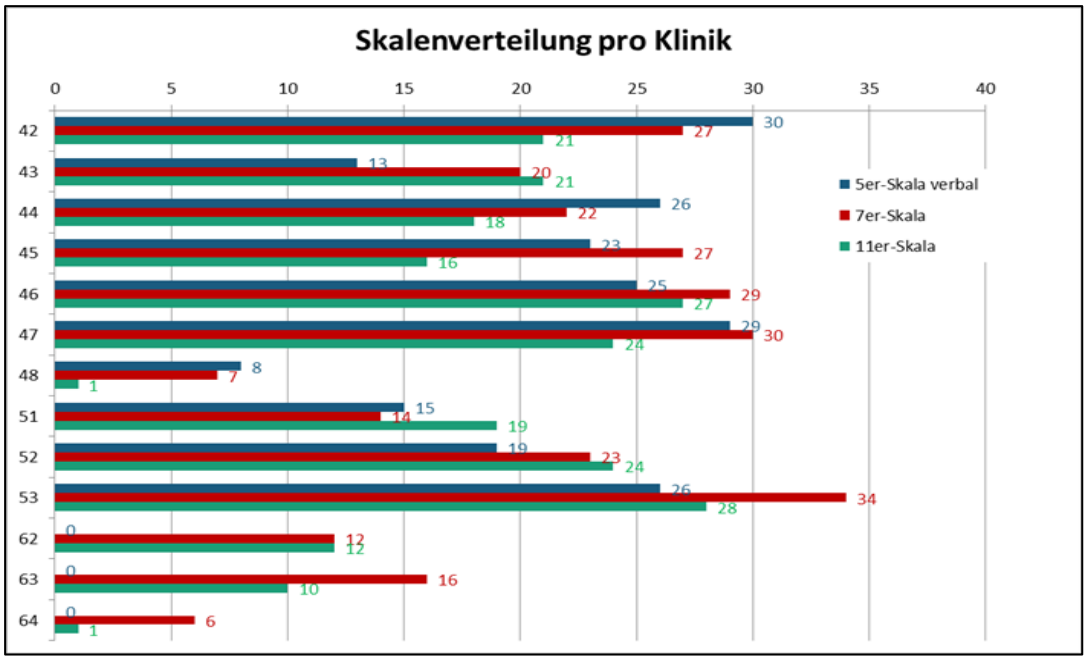


Abbildung 45: Pilotbefragung Psychiatrie - Klinikspezifische Fallzahlen je Skala

Insgesamt ist die erreichte Fallzahl der Pilotbefragung Psychiatrie als ausreichend für die Analysen der drei Skalenformate zu bewerten. Aussagen hinsichtlich der Eignung für die drei Sprachregionen sind aufgrund der geringen Rückläufe – insbesondere aus dem Tessin – nur sehr eingeschränkt möglich. Auch die Ergebnisse zu Klinikvergleichen und zum Einfluss bestimmter Confounder auf die Patientenzufriedenheit sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Datenbasis in Abhängigkeit von der Ausprägung der Merkmale und der damit verbundenen teilweise sehr geringen Zellenbesetzung je Merkmal als nicht ausreichend zu bewerten ist, um statistisch belastbare Aussagen treffen zu können.

In Tabelle 10 werden zentrale Merkmale der Gesamtstichprobe dargestellt. Insgesamt nahmen mehr Frauen als Männer an der Befragung teil (Frauen: 57,8% vs. Männer: 42,2%). Der Mittelwert des Alters beträgt 50,3 Jahren. Im Durchschnitt verbrachten die Patienten 40,7 Tage in der Psychiatrie. 77,1% der Patienten traten geplant in die Psychiatrie ein, bei 22,9% der Patienten ist der Eintritt als Notfall zu vermerken. Die Mehrzahl der Personen, die in die Psychiatrie kamen, blieben auch freiwillig in dieser (85,9%). 14,1% der Patienten wurden fürsorgerisch in der Psychiatrie untergebracht, bei 85,9% lag ein freiwilliger Eintritt vor. Insgesamt waren 74,1% der Befragten allgemein versichert, die übrigen Patienten waren privat bzw. halbprivat versichert (25,9%). Im Durchschnitt vergingen 24 Tage zwischen der Entlassung und dem Versand des Zufriedenheitsfragebogens.

Zur Stichprobenbeschreibung und für die Analysen zu potentiellen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit wurden die Hauptdiagnosen zum Austritt entsprechend den Unterkapiteln des Kapitel F - Psychische und Verhaltensstörungen der ICD-10-GM gruppiert (DIMDI, 2015). Die Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen ist in Abbildung 46 aufgeführt. Affektive Störungen bildeten mit 46,3% die häufigste Diagnosegruppe. Weitere 15,2% der Patienten wurden wegen einer Abhängigkeitserkrankung behandelt. Weitere häufige Diagnosegruppen stellen schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen (13,3%) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (12,8%) dar. Die restlichen 12,4% verteilten sich auf weitere drei Diagnosegruppen.

Stichprobe Pilotbefragung Psychiatrie N=703	
Geschlecht	Männer: 42,2%; Frauen: 57,8%
Alter	MW: 50,3 Jahre (SD: 16,3)
Aufenthaltsdauer	MW: 40,4 Tage (SD:37,2)
Versichertenstatus	allgemein: 74,1%; privat/halbprivat: 25,9%
Eintrittsart 1	geplant: 77,1%; als Notfall: 22,9%
Eintrittsart 2	freiwillig: 85,9% ; fürsorg. Unterbringung: 14,1%
Zeit zwischen Entlassung und Versand (Time-Lag)	MW: 23,8 Tage (SD:12,1)

Tabelle 10: Pilotbefragung Psychiatrie – Stichprobenmerkmale

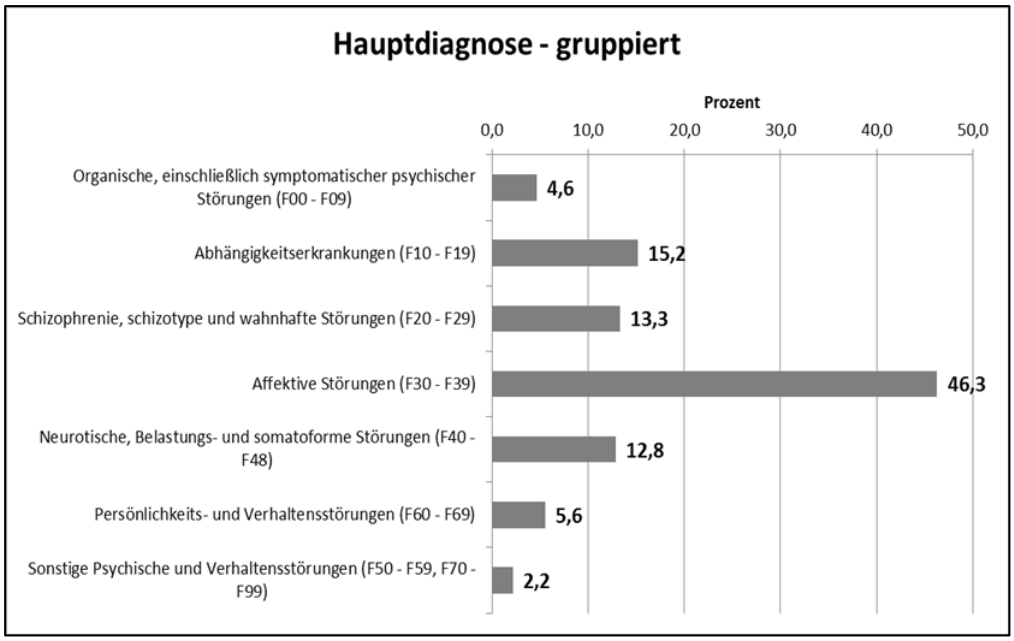


Abbildung 46: Pilotbefragung Psychiatrie - Hauptdiagnosen gruppiert

4.4.2. Testtheoretische Kennwerte der verschiedenen Skalenformate

Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen, wurden die Werte der drei Skalen auf eine Skala von 0-100 transformiert. Zunächst erfolgte eine Analyse der testtheoretischen Kennwerte für die einzelnen 6 Items des neuen Zufriedenheitsfragebogens Psychiatrie.

Die Ergebnisse der Itmeanalyse sind in Abbildung 47 bis Abbildung 52 veranschaulicht. In Tabelle 11 sind verschiedene Kennwerte der Itemanalyse für alle Items und Skalenformate zusammenfassend aufgeführt.

Insgesamt zeigen sich bei allen Items mittlere bis hohe *Mittelwerte,* die sich zwischen den drei Skalen nicht wesentlich unterscheiden. Die höchsten Mittelwerte finden sich bei den Items 2 und 3, sie liegen bei circa 80. Die Mittelwerte der übrigen 4 Items liegen bei 70-75. Im Vergleich zur Stichprobe der Akutsomatik liegen die Mittelwerte generell niedriger.

Bei der Betrachtung von *Schiefe und Kurtosis* weisen die drei Skalen für alle Items eine linksschiefe Verteilung auf. Die Items 1 bis 3 zeigen zudem eine im Vergleich zur Normalverteilung spitzere Verteilung, bei Item 5 und 6 gilt dies nicht für alle drei Skalenformate, Item 4 weist in allen drei Skalen im Vergleich zur Normalverteilung eine etwas flachere Verteilung auf. Insgesamt zeigen im Vergleich zu den Ergebnissen in der Pilotbefragung Akutsomatik günstigere Verteilungskennwerte, die näher in Richtung Normalverteilung tendieren.

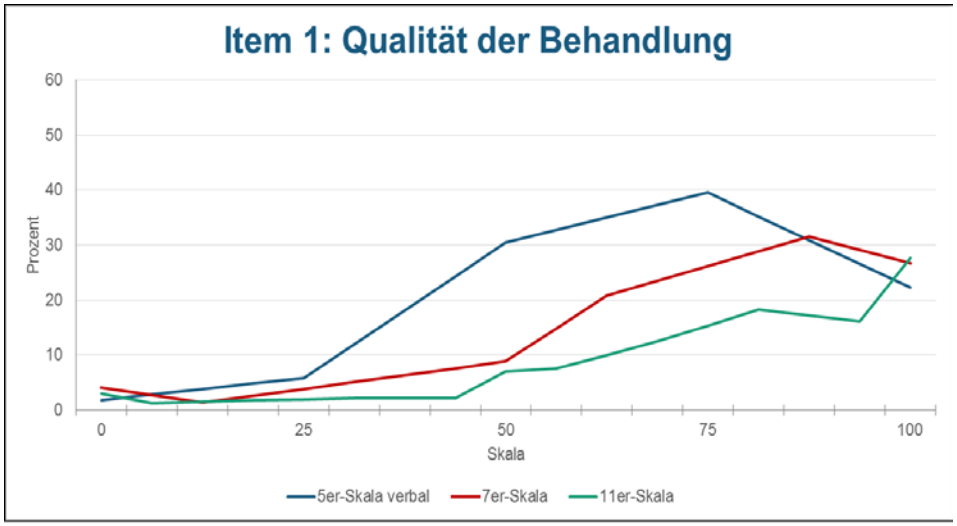
Der *Deckeneffekt*-Range reicht von 22.3% bis 53.1%. Für alle drei Skalenformate weist Item 2 (46.4% bis 53.1%) den höchsten Deckeneffekt auf. Die niedrigsten Deckeneffekte sind bei Item 1 (22.3% bis 27.7%) und Item 4 (34.1% bis 36.4%) vorzufinden. Bis auf Item 5 liegen die Deckeneffekte für alle drei Skalen jeweils sehr eng beieinander. Bei diesem Item zeigt sich ein höherer Deckeneffekt bei der verbalen 5er-Skala (48.8% vs. 35.9% und 33.5%). Bei der Betrachtung der Deckeneffekte der Psychiatriestichprobe im

Vergleich zur Akutsomatikstichprobe zeigt sich, dass auch dieser Kennwert in der Psychiatriestichprobe insgesamt geringer stark ausgeprägt ist.

Über die gesamten Daten ist eine sehr geringe *Missing-Quote* von 1.1% bis 4.7% zu vermerken. Die 11er-Skala weist im Vergleich zu den anderen Skalen bei fast allen Items leicht höhere Missing-Quoten auf.

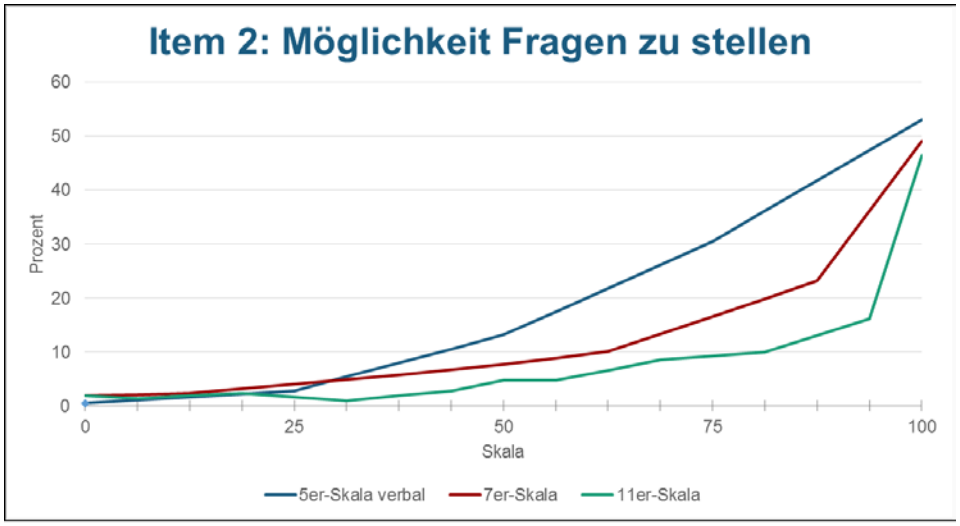
Bei den *Trennschärfen* erreichen die Items der drei Skalen Item-Total-Korrelationen von .64 bis .81 (verbale 5er-Skala), .66 bis .80 (7er-Skala) und .71 bis .84 (11er-Skala). Die Ergebnisse deuten für alle drei Skalenformate auf eine gute Repräsentation des Gesamtwertes und eine gute Differenzierungsmöglichkeit zwischen Befragten mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung hin.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Itemanalyse für alle drei Skalenformate gute und im Vergleich zur Akutsomatik günstigere testtheoretische Kennwerte auf. Generell wird in der Pilotbefragung Psychiatrie das Antwortspektrum der Zufriedenheitsfragen stärker ausgeschöpft. Es zeigen sich mittlere bis hohe Mittelwerte und für eine Patientenzufriedenheitsbefragung vergleichsweise geringe Deckeneffekte. Niedrige Missing-Quoten sprechen für eine gute Verständlichkeit und eine hohe Akzeptanz der Itemformulierungen bei den Befragten. In den Itemanalysen der Daten der Pilotbefragung Psychiatrie zeigt sich keine Überlegenheit für eines der drei Skalenformate.



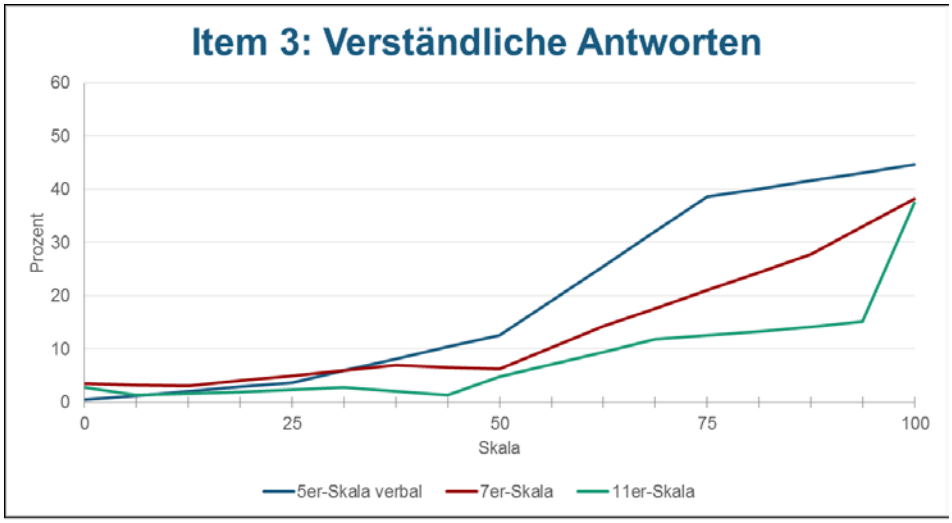
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	68,6	23,3	75,0	75,0	,024	-,466	2,2%	22,3%	,733
7er Skala	73,8	25,5	83,3	83,3	1,082	-1,192	1,1%	26,8%	,759
11er Skala	75,7	25,3	80,0	100,0	1,298	-1,295	3,9%	27,7%	,828

Abbildung 47: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse – Item 1: Qualität der Behandlung



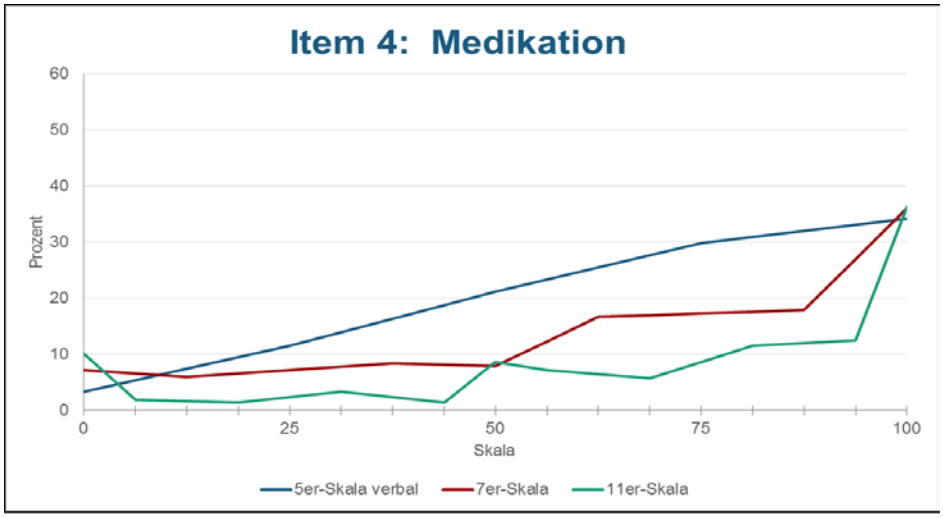
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	83,2	21,1	100,0	100,0	,880	-1,160	5,3%	53,1%	,675
7er Skala	81,2	25,1	83,3	100	1,332	-1,430	4,8%	49,0%	,696
11er Skala	82,1	24,8	90,0	100	2,059	-1,626	9,4%	46,4%	,847

Abbildung 48: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse – Item 2: Fragen stellen



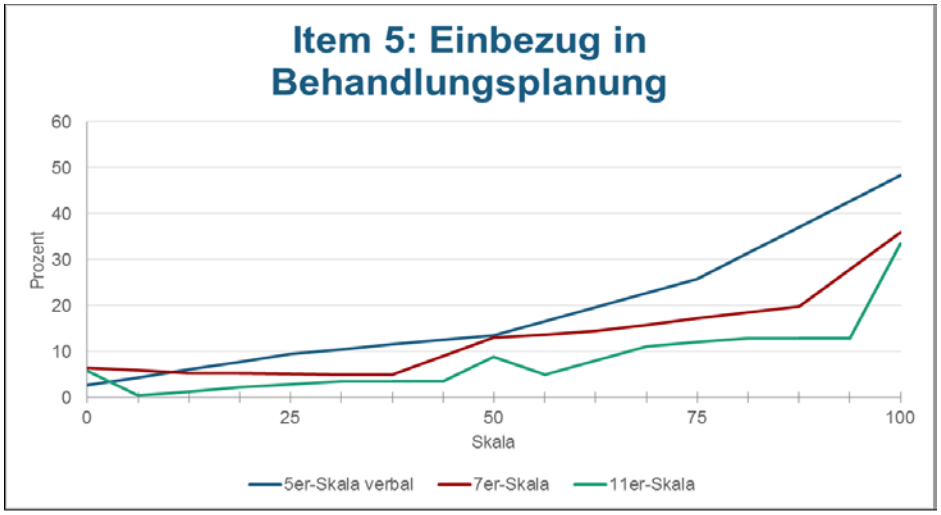
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	80,8	21,1	75	100	,785	-1,029	4,4%	44,7%	,773
7er Skala	76,8	27,0	83,3	100	,866	-1,275	4,8%	38,2%	,802
11er Skala	78,6	25,7	90	100	1,509	-1,427	9,4%	37,4%	,871

Abbildung 49: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse – Item 3: Antworten bekommen



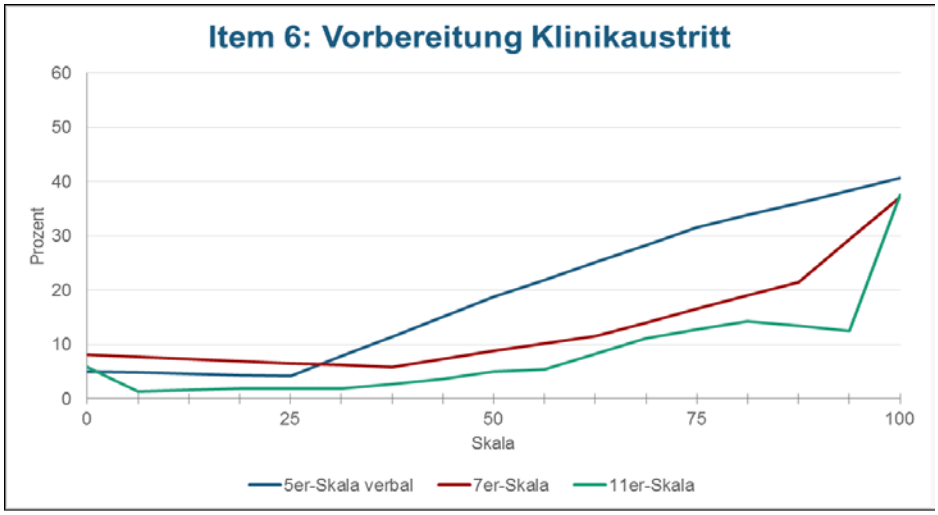
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	70,0	28,3	75	100	-,487	-,643	7,6%	34,1%	,637
7er Skala	69,8	32,0	83,3	100	-,456	-,851	7,4%	36,1%	,659
11er Skala	71,4	33,1	80	100	-,139	-1,046	10,3%	36,4%	,721

Abbildung 50: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse - Item 4: Medikation



Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	76,9	27,9	75	100	,117	-1,045	1,8%	48,8%	,805
7er Skala	71,1	30,8	83,33	100	-,181	-,927	3,7%	35,9%	,746
11er Skala	73,7	29,0	80,0	100	,374	-1,113	3,9%	33,5%	,788

Abbildung 51: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse - Item 5: Einbezug in Behandlungsplanung



Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	74,7	27,6	75	100	,622	-1,071	2,7%	40,6%	,651
7er Skala	70,2	33,0	83.33	100	-,469	-,909	4,0%	37,2%	,745
11er Skala	76,1	28,8	80,0	100	,957	-1,342	3,9%	37,5%	,713

Abbildung 52: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse - Item 6: Austrittsmanagement

Item 1 Qualität d. Behandlung

Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	68,6	23,3	75,0	75,0	,024	-,466	2,2%	22,3%	,733
7er Skala	73,8	25,5	83,3	83,3	1,082	-1,192	1,1%	26,8%	,759
11er Skala	75,7	25,3	80,0	100,0	1,298	-1,295	3,9%	27,7%	,828

Item 2 Fragen stellen

Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	83,2	21,1	100,0	100,0	,880	-1,160	1,8%	53,1%	,675
7er Skala	81,2	25,1	83,3	100	1,332	-1,430	2,2%	49,0%	,696
11er Skala	82,1	24,8	90,0	100	2,059	-1,626	4,7%	46,4%	,847

Item 3 Antworten bekommen

Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	80,8	21,1	75	100	,785	-1,029	2,2%	44,7%	,773
7er Skala	76,8	27,0	83,3	100	,866	-1,275	1,8%	38,2%	,802
11er Skala	78,6	25,7	90	100	1,509	-1,427	3,9%	37,4%	,871

Item 4 Medikamente

Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	70,0	28,3	75	100	-,487	-,643	2,2%	34,1%	,637
7er Skala	69,8	32,0	83,3	100	-,456	-,851	2,2%	36,1%	,659
11er Skala	71,4	33,1	80	100	-,139	-1,046	3,9%	36,4%	,721

Item 5 Behandlungs-planung

Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	76,9	27,9	75	100	,117	-1,045	1,8%	48,8%	,805
7er Skala	71,1	30,8	83.33	100	-,181	-,927	3,7%	35,9%	,746
11er Skala	73,7	29,0	80,0	100	,374	-1,113	3,9%	33,5%	,788

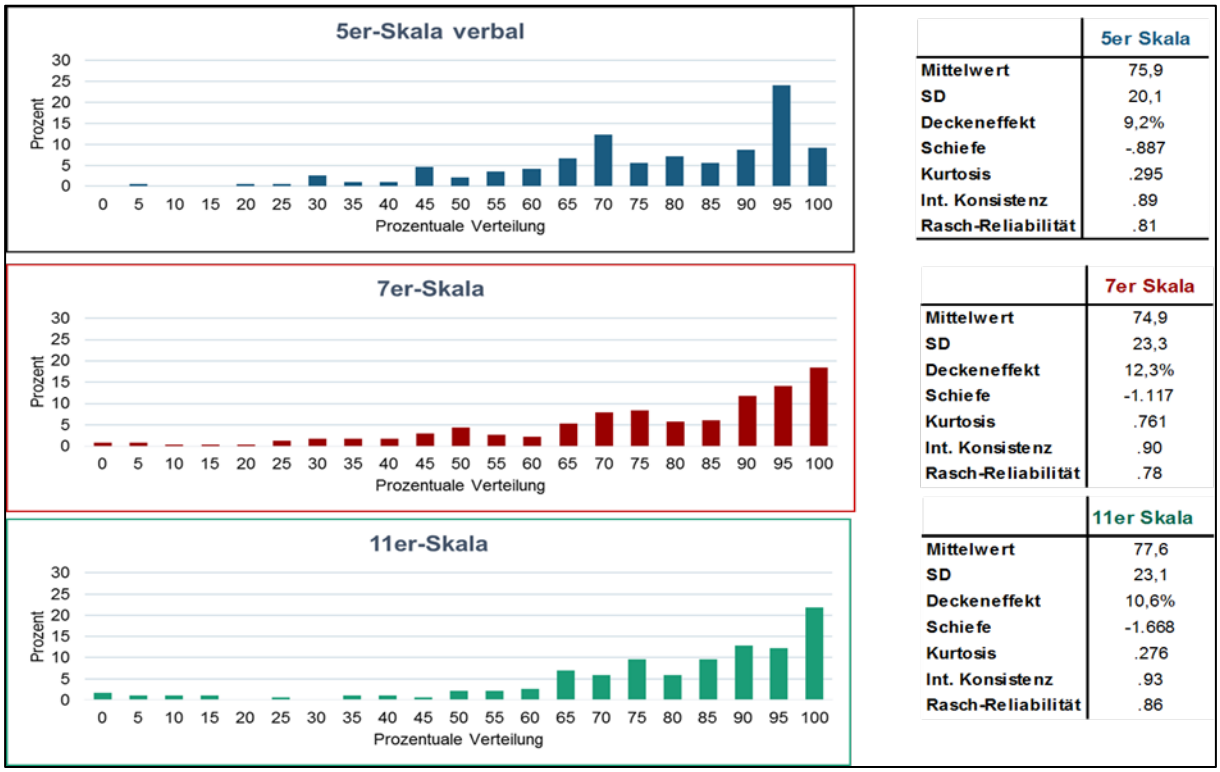
Item 6 Austritt

Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	74,7	27,6	75	100	,622	-1,071	2,7%	40,6%	,651
7er Skala	70,2	33,0	83.33	100	-,469	-,909	4,0%	37,2%	,745
11er Skala	76,1	28,8	80,0	100	,957	-1,342	3,9%	37,5%	,713

Tabelle 11: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse 1 bis 6: Gesamtübersicht der Ergebnisse

In einem weiteren Verfahren wurde über die ersten sechs Items der Zufriedenheit ein Gesamt-Score Patientenzufriedenheit gebildet, der für die drei Skalen ebenfalls auf Werte zwischen 0-100 transformiert wurde (vgl. Kapitel 4.2). Die Ergebnisse der testtheoretischen Analysen des Gesamt-Scores sind in Abbildung 53 dargestellt.

Zusammenfassend zeigt sich auch hier, dass der Gesamt-Score Patientenzufriedenheit in allen drei Skalenformaten in ähnlicher Weise über den Wertebereich der Merkmalsausprägung Patientenzufriedenheit differenziert. Die Mittelwerte der drei Skalen rangieren zwischen 74.9 und 77.6. Die Deckeneffekte liegen zwischen 9,2% und 12,3%. Die Ergebnisse des Gesamt-Score der drei Skalen sind leicht linksschief verteilt, wobei dies bei der verbalen 5er-Skala am geringsten ausgeprägt ist (Schiefe: 5er: -.89; 7er: -1.22, 11er: -1.67). Des Weiteren belegen die Kennwerte zur internen Konsistenz (Item-Korrelation) und zur Rasch-Reliabilität, dass die sechs Items das Konstrukt „Patientenzufriedenheit" in allen drei Skalenformaten mit hoher Konsistenz messen.



	5er Skala
Mittelwert	75,9
SD	20,1
Deckeneffekt	9,2%
Schiefe	-.887
Kurtosis	.295
Int. Konsistenz	.89
Rasch-Reliabilität	.81

	7er Skala
Mittelwert	74,9
SD	23,3
Deckeneffekt	12,3%
Schiefe	-1.117
Kurtosis	.761
Int. Konsistenz	.90
Rasch-Reliabilität	.78

	11er Skala
Mittelwert	77,6
SD	23,1
Deckeneffekt	10,6%
Schiefe	-1.668
Kurtosis	.276
Int. Konsistenz	.93
Rasch-Reliabilität	.86

Abbildung 53: Pilotbefragung Psychiatrie - Ergebnisse Gesamt-Score Patientenzufriedenheit

Insgesamt ergeben die testtheoretischen Analysen der Pilotbefragung Psychiatrie für alle drei Skalenformate vergleichbare Ergebnisse. Dies gilt sowohl für die Einzelitems als auch den Gesamt-Score. Alle drei Skalen differenzieren bei nahezu allen Items stärker als in der Akutsomatik über den Wertebereich der Merkmalsausprägungen. Allerdings kann aufgrund der Analyseergebnisse der Psychiatrie keines der drei Skalenformate hinsichtlich der Differenzierungsfähigkeit als „besser geeignet" definiert werden.

4.4.3. Dimensionsanalyse

Ein weiteres Vorhaben der Forschungsstudie war es zu analysieren, inwieweit die vorgegebenen Items bzw. der vorliegende Fragebogen auch tatsächlich das Konstrukt „Patientenzufriedenheit" erfassen bzw. messen. Mittels einer konfirmatorischen Dimensionsanalyse wurde das Modell der Patientenzufriedenheit mit seinen vorgegebenen Faktoren überprüft. Für den Fragebogen Psychiatrie existieren fünf relevante Faktoren, die durch 6 Items abgefragt werden (vgl. Abbildung 54).

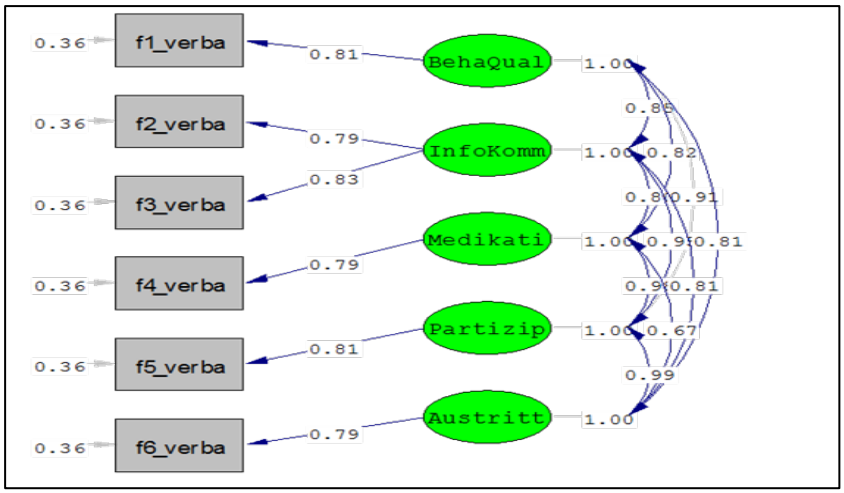
Item	Variable	Faktor/Dimension	
Item 1	Behandlungsqualität	**Behandlungsqualität**	**Patientenzufriedenheit**
Item 2	Fragen stellen	**Information & Kommunikation**	
Item 3	Antworten bekommen		
Item 4	Medikation	**Medikation**	
Item 5	Einbezug in Therapieplanung	**Partizipation Therapieplanung**	
Item 6	Austrittsmanagement	**Austrittsmanagement**	

Abbildung 54: Pilotbefragung Psychiatrie - Dimensionsanalyse

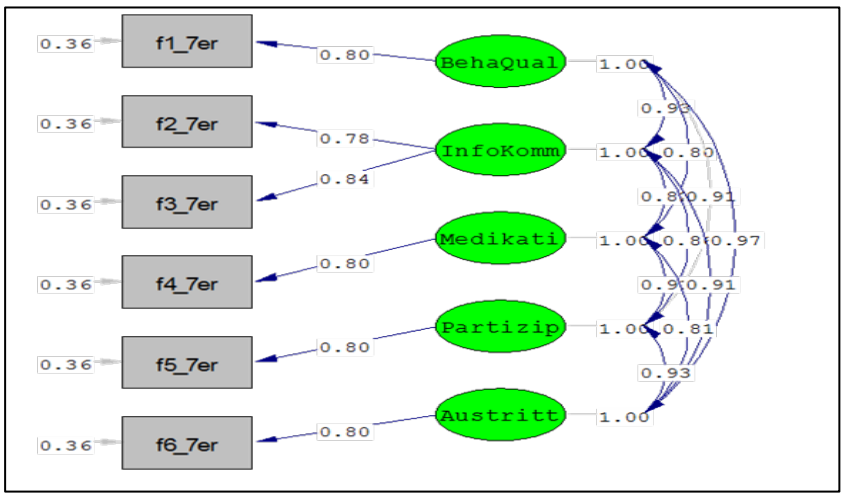
Das spezifizierte 5-Faktorenmodell (Faktoren Behandlungsqualität, Information & Kommunikation, Medikation, Partizipation Therapieplanung und Austrittsmanagement) weist über alle drei Skalierungsversionen eine gute Datenanapassung auf. Der Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] ist bei allen zwei der drei Skalen <.1.0, der Comparative Fit Index [CFI] bei allen drei Skalen >.98 und der Normative Fit Index ([NFI] >.97, was bedeutet, dass die beobachteten Korrelationen zwischen den Itemwerten über das spezifizierte Modell erklärt werden können. Die 7er-Skala zeigt etwas bessere Anpassungswerte als die beiden anderen Skalen (vgl. Abbildung 55).

Auch im einfaktoriellen Modell (Generalfaktormodell) weisen alle drei Skalen gute Anpassungswerte auf (Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] ist bei zwei der drei Skalen <.08, der Comparative Fit Index [CFI] bei allen drei Skalen >.98 und der Normative Fit Index ([NFI] ebenfalls bei allen drei Skalen >.98) wobei wiederum die 7er Skala leicht bessere Anpassungswerte erreicht (vgl. Abbildung 56). Die Unterschiede in den Kennwerten sind jedoch nur marginal.

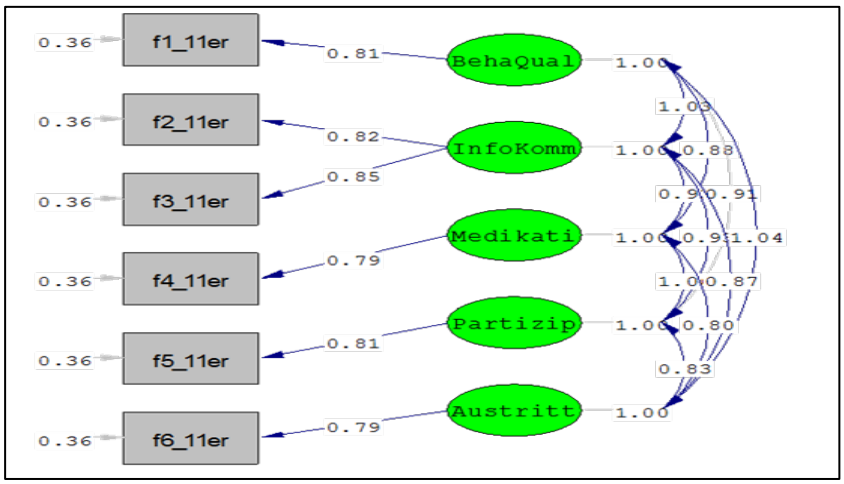
Insgesamt zeigen die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen, dass alle drei Skalenformate eine gute Datenanpassung aufweisen (Dimensionen und Generalfaktor). Die definierten Faktoren bilden somit das Modell „Patientenzufriedenheit" gut ab.



RMSEA	.093
CFI	.987
NFI	.981

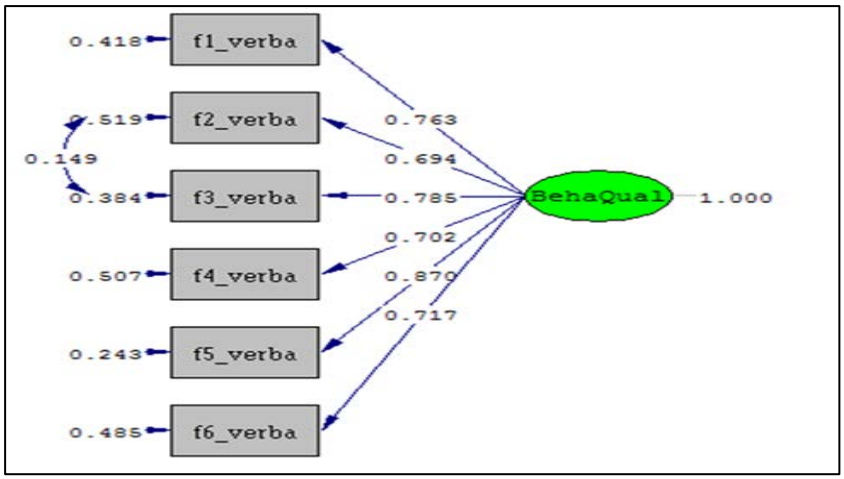


RMSEA	.067
CFI	.993
NFI	.988

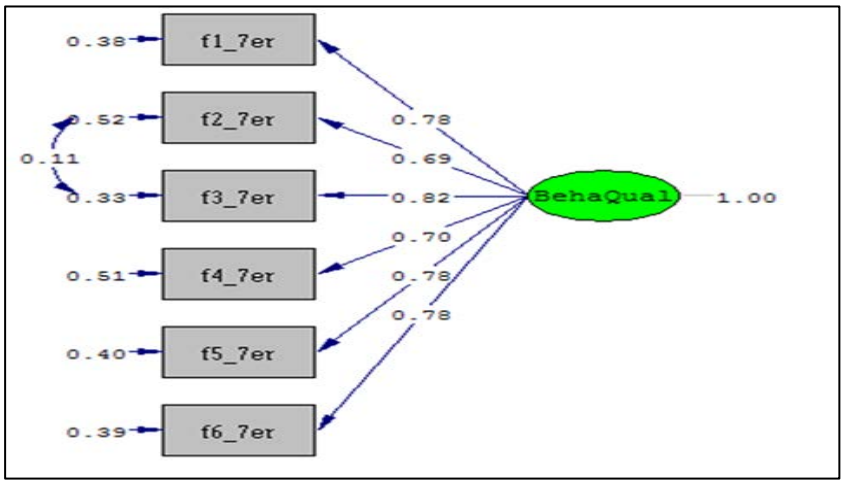


RMSEA	.106
CFI	.982
NFI	.977

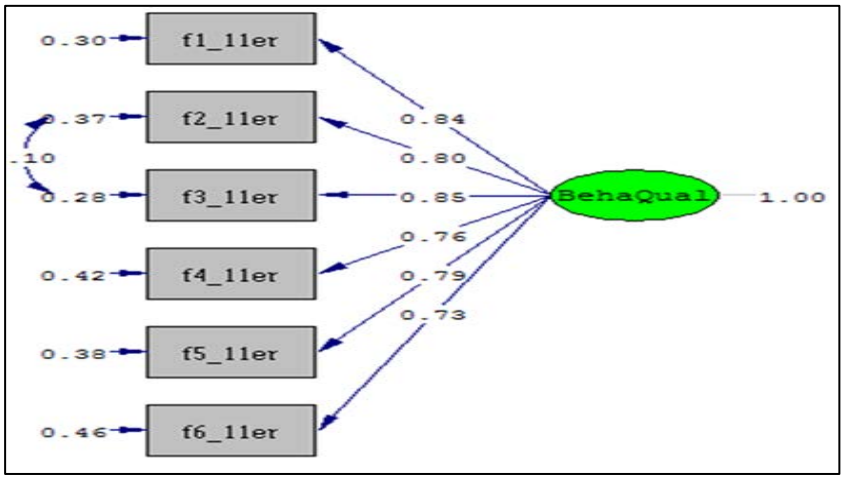
Abbildung 55: Pilotbefragung Psychiatrie - Dimensionsanalyse 5-Faktorenmodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)



RMSEA	.071
CFI	.992
NFI	.984



RMSEA	.000
CFI	1.000
NFI	.994



RMSEA	.103
CFI	.979
NFI	.986

Abbildung 56: Pilotbefragung Psychiatrie - Dimensionsanalyse Generalfaktormodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

4.4.4. Rasch-Modell-Analyse nach der probabilistischen Testtheorie

In den Rasch-Modell-Analysen der Stichprobe der Pilotbefragung Psychiatrie zeigen die drei Skalenversionen Stichprobe Psychiatrie gute Testwerte. Alle drei Skalenversionen erfüllen die strengen Annahmen des Rasch-Modells. Die geschätzten Personenparameter stellen eine eineindeutige und monotone Transformation der sich aus den Itemwerten ergebenden Gesamtsummenwerte dar. Die untenstehenden Abbildungen zeigen dabei, dass über den grössten Teil aller möglichen Summenwerte bzw. den mittleren Teil die Rasch-Personenparameter eine fast lineare Transformation der Summenwerte darstellen. Über das Modell und seine Annahmen kann das beobachtete Antwortverhalten erklärt werden (vgl. Abbildung 57).

Die Items aller drei Skalierungsversionen weisen im Q-Index eine gute Datenanpassung auf, erkennbar daran, dass die p-Werte auf keine signifikante Abweichung der vom Modell geschätzten Antwortmuster der Probanden hinweisen (vgl. Abbildung 58). Die Fit-Indizes der Einzelitems sprechen somit für eine gute Eignung zur Erfassung des Merkmalkontinuums „Patientenzufriedenheit" und dies bei allen drei Skalenvarianten und diskriminieren nicht überzufällig geringer oder stärker als erwartet.

Die Kennwerte der Anpassungsgüte des Gesamtmodells weisen ebenfalls daraufhin, dass die Annahmen des Rasch-Modells für alle drei Skalenversionen bestätigt werden. Die verbale 5er- und die 11er-Skala erreichen in den Rasch-Modell-Analysen leicht bessere Gesamtanpassungswerte (vgl. Abbildung 59). Schlussendlich erlangen alle drei Skalen gute Gesamtanpassungswerte und erfüllen die Annahme des Rasch-Modells. Die Unterschiede in den Ergebnissen der drei Skalen sind auch bei der Rasch-Modellierung gering und nicht bedeutsam.

Zusammenfassend können somit in der Stichprobe der Pilotbefragung Psychiatrie sowohl der Summenwert oder jegliche lineare Transformation desselben als auch die Itemwerte (nach entsprechender monotoner Transformation) aller drei Skalenformate als intervallskaliertes Mass der Patientenzufriedenheit verwendet werden (vgl. Kapitel 4.2).

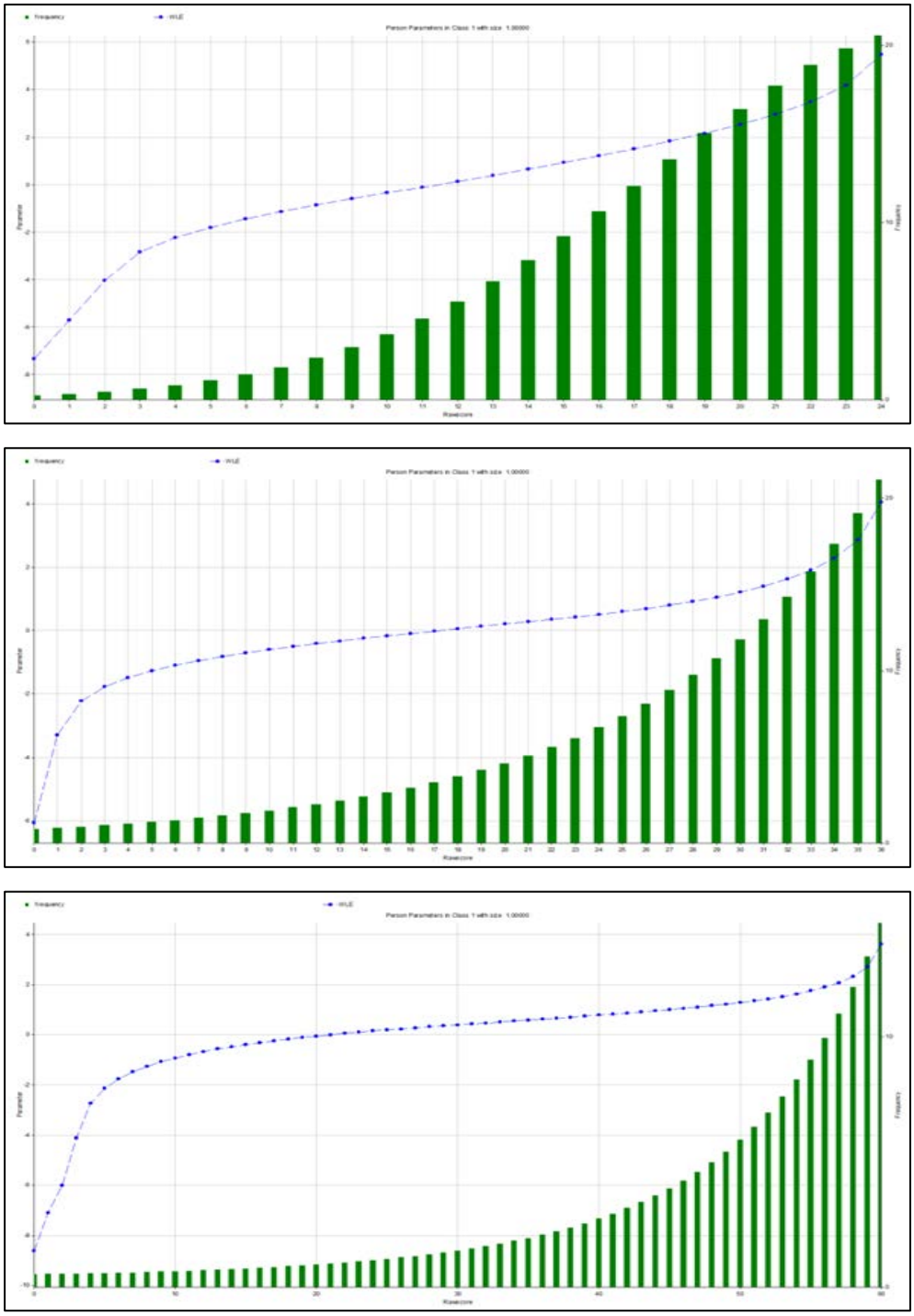


Abbildung 57: Pilotbefragung Psychiatrie - Rasch-Modell-Analyse: Ergebnisse Modellanpassung - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_VERBA	0.0670	-0.0733	0.52922	-....Q....+
F2_VERBA	0.0844	-0.0183	0.50728	-....Q....+
F3_VERBA	0.0608	-0.3648	0.64239	-....!Q...+
F4_VERBA	0.0907	0.4771	0.31666	-..Q.!....+
F5_VERBA	0.0367	-0.4206	0.66298	-....!Q...+
F6_VERBA	0.0882	0.4050	0.34275	-..Q.!....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_7ER	0.0605	-0.0526	0.52096	-....Q....+
F2_7ER	0.0654	-0.0417	0.51661	-....Q....+
F3_7ER	0.0381	-0.3503	0.63693	-....!Q...+
F4_7ER	0.0657	0.3585	0.35999	-..Q.!....+
F5_7ER	0.0518	0.0159	0.49365	-...Q!....+
F6_7ER	0.0485	0.0713	0.47158	-...Q!....+

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_11ER	0.0404	-0.0332	0.51324	-....Q....+
F2_11ER	0.0292	-0.2009	0.57963	-....Q....+
F3_11ER	0.0265	-0.3491	0.63649	-....!Q...+
F4_11ER	0.0405	0.3057	0.37993	-..Q.!....+
F5_11ER	0.0407	0.0654	0.47394	-...Q!....+
F6_11ER	0.0511	0.2122	0.41596	-...Q!....+

Abbildung 58: Pilotbefragung Psychiatrie - Ergebnisse Rasch-Modell: 11er-Skala: FIT-Indizes Einzelitems - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

```
Power Divergence GoF statistics:

                                emp. value     chi-square p-value

  Cressie Read            :         5138.10    p=  1.0000
  Pearson Chisquare       :        49328.12    p=  0.0000

=====================================================================

  Likelihood ratio        :          659.61    p=  1.0000
  Freeman-Tukey  Chi^2    :          659.61    p=  1.0000

  Degrees of freedom      :           15599
```

```
Power Divergence GoF statistics:

                                emp. value     chi-square p-value

  Cressie Read            :      1152287.15    p=  0.0000
  Pearson Chisquare       :    485126317.75    p=  0.0000

=====================================================================

  Likelihood ratio        :         1506.43    p=  1.0000
  Freeman-Tukey  Chi^2    :         1111.21    p=  1.0000

  Degrees of freedom      :          117611
```

```
Power Divergence GoF statistics:

                                emp. value     chi-square p-value

  Cressie Read            :       222736.26    p=  1.0000
  Pearson Chisquare       :     17607751.90    p=  0.0000

=====================================================================

  Likelihood ratio        :         1853.68    p=  1.0000
  Freeman-Tukey  Chi^2    :         1116.67    p=  1.0000

  Degrees of freedom      :         1771499
```

Abbildung 59: Pilotbefragung Psychiatrie - Ergebnisse Rasch-Modell: 11er-Skala: FIT-Indizes Gesamtmodell - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten)

4.4.5. Differential Item Functioning (DIF)

Aufgrund der geringen Fallzahlen in der Stichprobe Psychiatrie und der damit verbundenen geringen Aussagefähigkeit der Ergebnisse wurde auf die Analyse der Personenmerkmale (Alter, Geschlecht und Sprache) hinsichtlich eines Differential Item Functioning (DIF) mit den Daten aus der Pilotbefragung Psychiatrie verzichtet.

4.4.6. Klinikunterschiede und Risikoadjustierungsmodell

In einem ersten Schritt wurde untersucht, inwieweit sich bedeutsame Klinikunterschiede in der Ausprägung des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit mit den drei verschiedenen Skalenformaten abbilden lassen. Aufgrund nicht vorliegender Daten für die verbale 5er-Skala der drei Kliniken des Tessins konnten diese in den Analysen der 5er-Skala zu nachweisbaren Klinikunterschieden nicht berücksichtigt werden.

In Abbildung 60 bis Abbildung 62 wird deutlich, dass sich die klinikspezifischen Ergebnisse des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit zum Teil sehr stark voneinander unterscheiden. Die Klinikunterschiede in der mittleren Ausprägung werden in den Analysen der 7er-Skala sogar statistisch signifikant (p=.013; η^2=.112), die beiden anderen Skalen sind knapp nicht statistisch signifikant (5er-Skala: p=.111; η^2=.077, 11er-Skala: p=.070; η^2=.110). Allerdings sind die Ergebnisse nur als Tendenzen zu verstehen, da die Fallzahlen je Klinikstichprobe sehr klein sind (Minimum n=1, Maximum n=27). Es ist anzunehmen, dass die Klinikunterschiede bei grösseren Stichproben eher geringer ausfallen werden, trotzdem ist es wahrscheinlich, dass in allen drei Skalenformaten signifikante Unterschiede in den mittleren Rohwerten der Patientenzufriedenheit zwischen verschiedenen psychiatrischen Kliniken abgebildet werden können. Eine Aussage dazu, welche der drei Skalen hier am besten zwischen den Kliniken diskriminiert, ist anhand der vorliegenden Daten aus der Pilotbefragung Psychiatrie aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

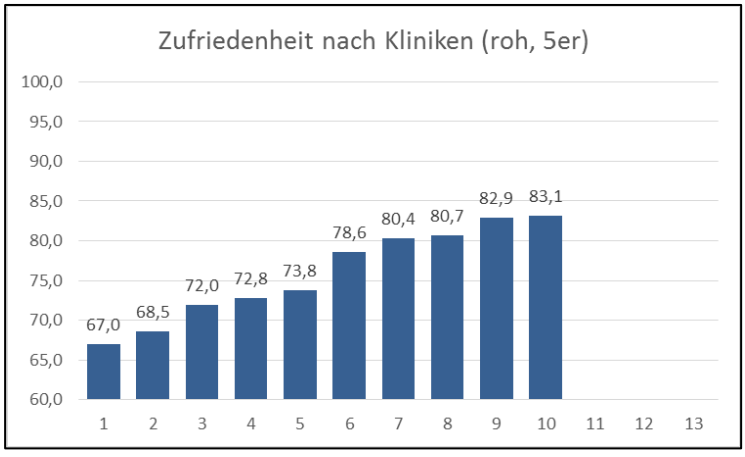


Abbildung 60: Pilotbefragung Psychiatrie - Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er -Skala Rohwerte

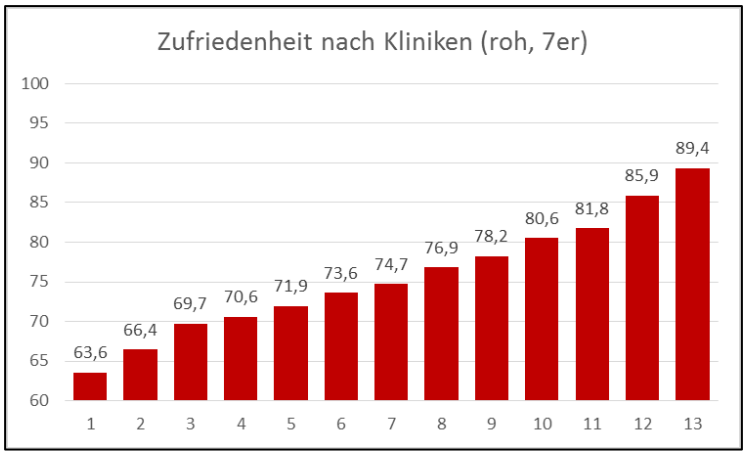


Abbildung 61: Pilotbefragung Psychiatrie - Zufriedenheit nach Kliniken: roh, 7er-Skala Rohwerte

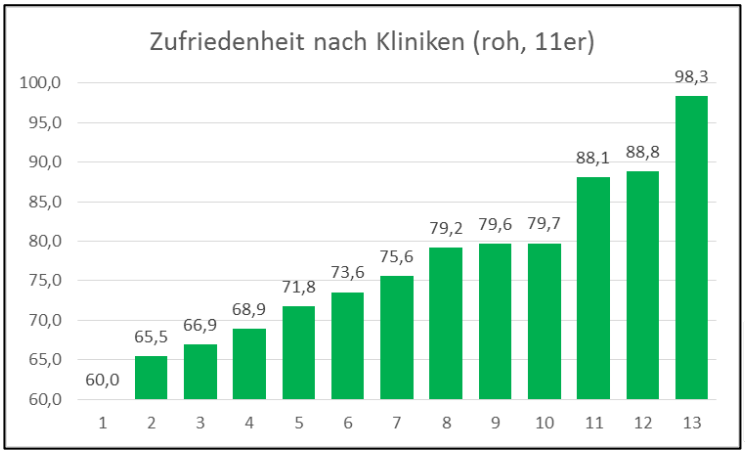
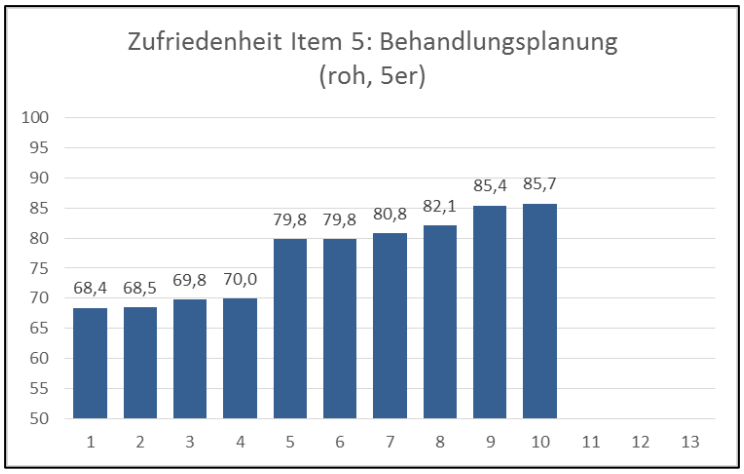


Abbildung 62: Pilotbefragung Psychiatrie - Zufriedenheit nach Kliniken: 11er-Skala, Rohwerte

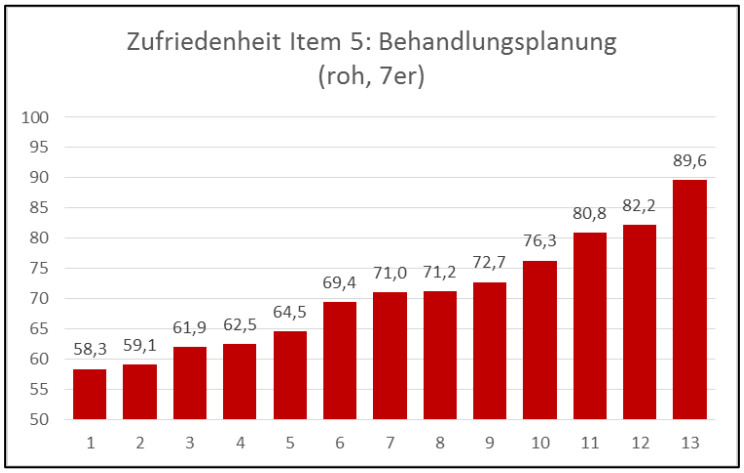
Auch die Analyse der Klinikmittelwerte der Einzelitems zeigt deutliche Klinikunterschiede, jedoch lassen sich diese auch hier aufgrund der teilweise sehr geringen Fallzahlen nicht in allen Skalen statistisch absichern.

In Abbildung 63 bis Abbildung 65 werden exemplarisch die klinikspezifischen Ergebnisse für das Item 5 - Einbezug in die Behandlungsplanung dargestellt. Es wird ersichtlich, dass sich die mittleren Zufriedenheitswerte der Kliniken in Bezug auf den Einbezug in die Behandlungsplanung teilweise stark voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse der Varianzanalysen sind vor dem Hintergrund der geringen statistischen Power wiederum nur als Trends zu verstehen. Auch hier ist anhand der Ergebnisse kein statistisch belastbarer Vorteil für eines der drei Skalenformate hinsichtlich der Diskriminationsfähigkeit zwischen den psychiatrischen Spitälern zu belegen.



p: .171, Eta² : .061
Gesamt-N=210
Klinikfallzahlen: n=7 bis n=28

Abbildung 63: Pilotbefragung Psychiatrie - Mittelwerte Item 5 – Behandlungsplanung: 5er Skala



p: .029, Eta² : .088
Gesamt-N=257
Klinikfallzahlen: n=6 bis n=31

Abbildung 64: Pilotbefragung Psychiatrie - Mittelwerte Item 5 - Behandlungsplanung: 7er Skala

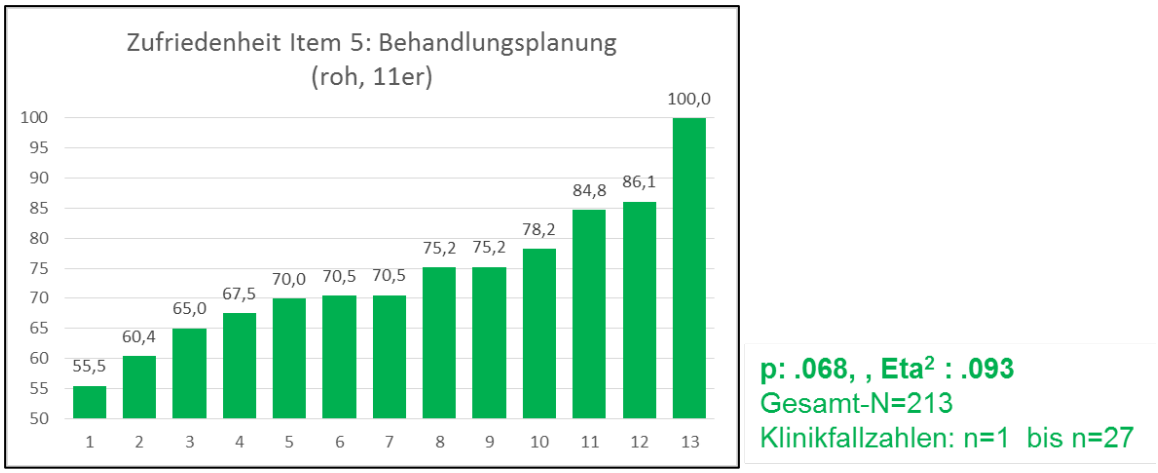


Abbildung 65: Pilotbefragung Psychiatrie - Mittelwerte Item 5 - Behandlungsplanung: 11er Skala

Für die Entwicklung und Prüfung eines geeigneten Modells zur Risikoadjustierung wurde ein Set von Adjustierungsvariablen hinsichtlich ihrer Relevanz für einen fairen Klinikvergleich getestet. Es wurden folgende neun Merkmale hinsichtlich ihrer Relevanz für die Patientenzufriedenheit untersucht:

- Alter
- Geschlecht
- Eintrittsart: geplant vs. notfallmässig
- Eintrittsart 2: freiwillig vs. Auflage
- Hauptdiagnose, als möglicher Indikator für die Erkrankungsschwere
- Verweildauer
- Versicherungsstatus (allgemein vs. halbprivat/privat)
- Time-Lag-Effekt: Einfluss der Zeitspanne zwischen Entlassung aus der Klinik und Erhalt des Fragebogens
- Subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung

Bei den unifaktoriellen Analysen zu signifikanten Confoundern der Patientenzufriedenheit zeigten sich folgende Ergebnisse:

Das mittlere **Alter** der Patienten beträgt 50,3 Jahre. Wie in Abbildung 66 ersichtlich wird, unterscheidet sich das mittlere Alter der Patienten in den beteiligten Projektkliniken gering voneinander; es ergibt sich allerdings kein signifikanter Unterschied im mittleren Alter zwischen den psychiatrischen Kliniken (p=.464) (Abbildung 67).

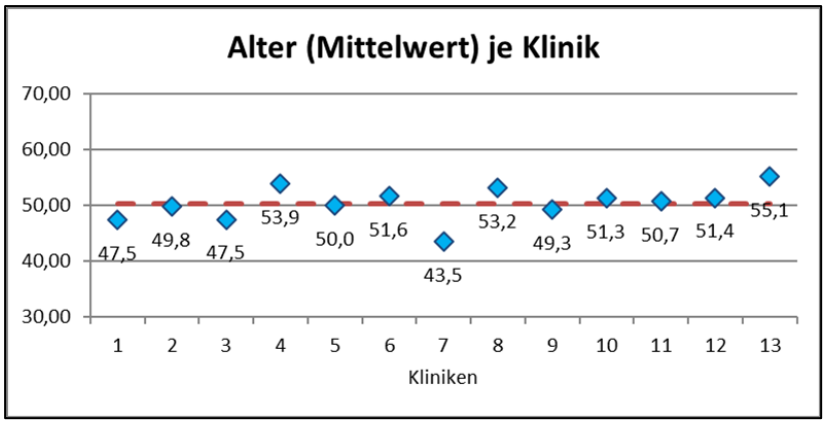
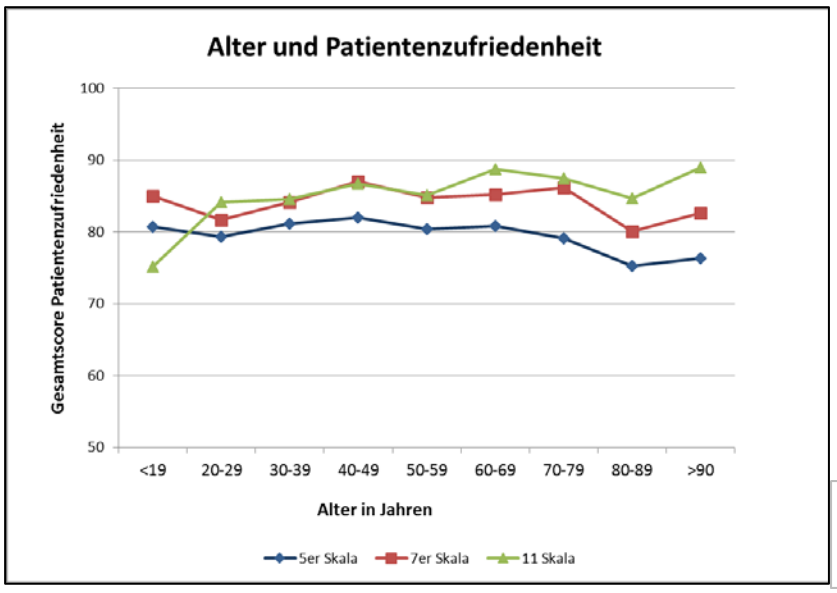


Abbildung 66: Pilotbefragung Psychiatrie - Alter (Mittelwert) je Klinik



5er Skala: p=.257 ; Eta²=.023
7er Skala: p=.119 ; Eta²=.028
11er Skala: p=.582 ; Eta²=.012

Abbildung 67: Pilotbefragung Psychiatrie - Alter und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

57,8% der psychiatrischen Patienten sind Frauen. Es zeigen sich in allen drei Skalenversionen keine **geschlecht**sspezifischen Unterschiede in der Patientenzufriedenheit (Abbildung 68).

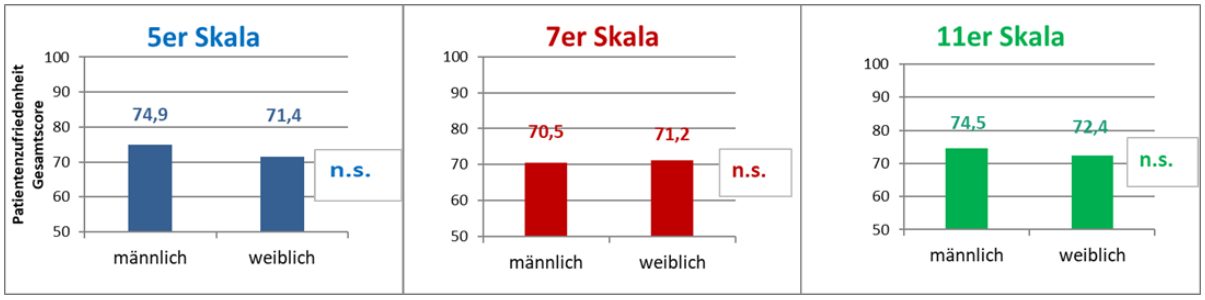


Abbildung 68: Pilotbefragung Psychiatrie - Patientenzufriedenheit nach Geschlecht und Antwortskala (Gesamt-Score)

Für die **Eintrittsart 1** (notfallmässig vs. geplant) kann ebenfalls mit grosser Sicherheit kein bedeutsamer Effekt auf die Patientenzufriedenheit angenommen werden. Patienten, die als Notfall in einer psychiatrischen Klinik aufgenommen werden (22,9% der Befragten), zeigen nach ihrem Aufenthalt ähnlich hohe Zufriedenheitswerte wie Patienten, die geplant in eine Klinik kommen (Abbildung 69).

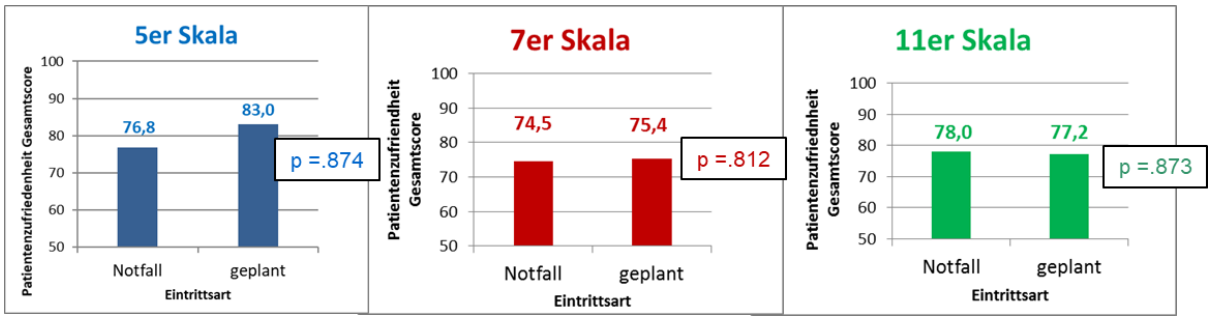


Abbildung 69: Pilotbefragung Psychiatrie - Eintrittsart 1 und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Für die **Eintrittsart 2** (freiwillig vs. Auflage) werden hingegen Effekte auf die Patientenzufriedenheit erkennbar: Patienten, die fürsorgerisch in der Psychiatrie untergebracht werden (13,2%) zeigen nach ihrem Aufenthalt eine geringere Patientenzufriedenheit als Patienten, die freiwillig eintreten. In Bezug auf die Eintrittsart 2 kann in allen drei Skalen ein (knapp) signifikanter Effekt auf die Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden (vgl. Abbildung 70).

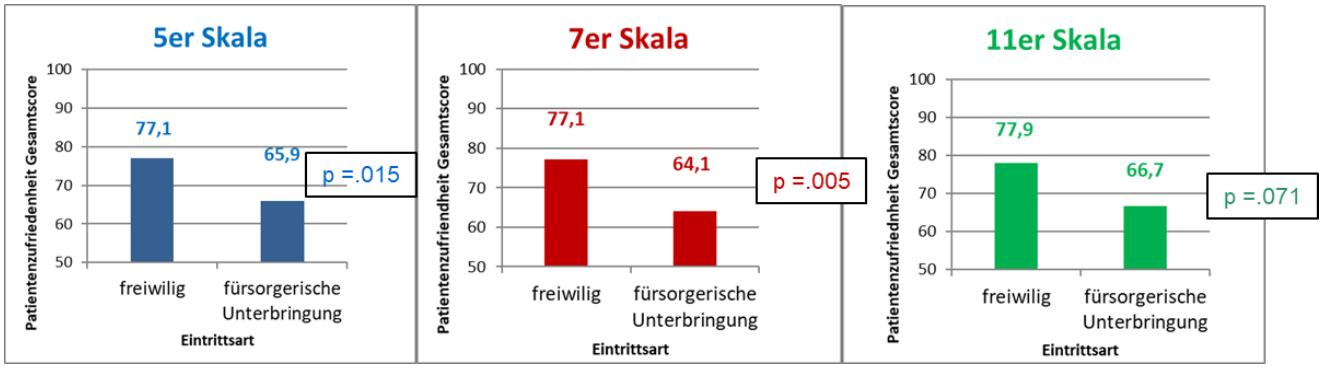


Abbildung 70: Pilotbefragung Psychiatrie - Eintrittsart 2 und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Auch für den **subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand** zum Zeitpunkt der Befragung zeigt sich ein Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Der durchschnittliche Wert des subjektiven Gesundheitszustandes der Gesamtstichprobe lag bei 2.9 (SD=0.9), allerdings differiert der subjektive Gesundheitszustand im Mittel nicht bedeutsam zwischen den Kliniken (p=.092). Wie in Abbildung 72 ersichtlich ist, besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit in den mittleren Ausprägungsbereichen und der Patientenzufriedenheit: Je besser die subjektive Gesundheit eingeschätzt wird, desto zufriedener sind die Patienten. An den Endpunkten der Skala des subjektiven Gesundheitszustands ist der Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit – anders als in der Akutsomatik – nicht eindeutig. Die breite Streuung der Ergebnisse ist jedoch mit den nur sehr kleinen Fallzahlen an den Endpolen der Skala zum subjektiven Gesundheitszustand zu erklären. Alle drei Fragebogenvarianten bilden signifikante Unterschiede der Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit vom subjektiven Gesundheitszustand ab (5er: p=.002, 7er: p=.000, 11er: p=.000).

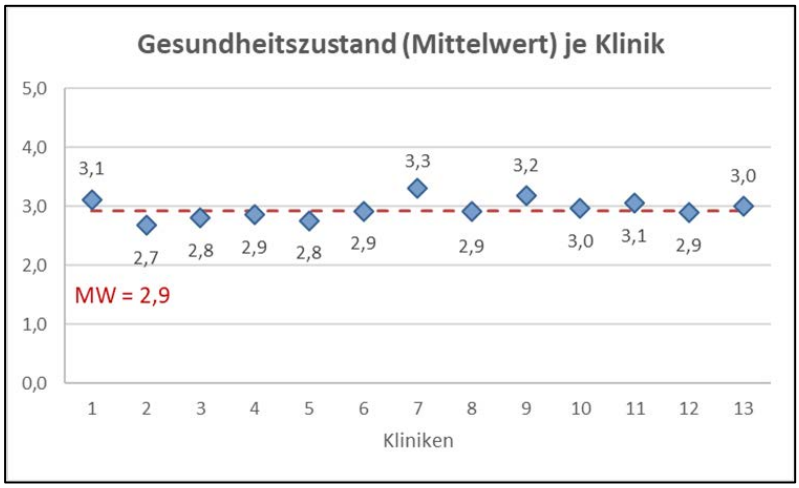
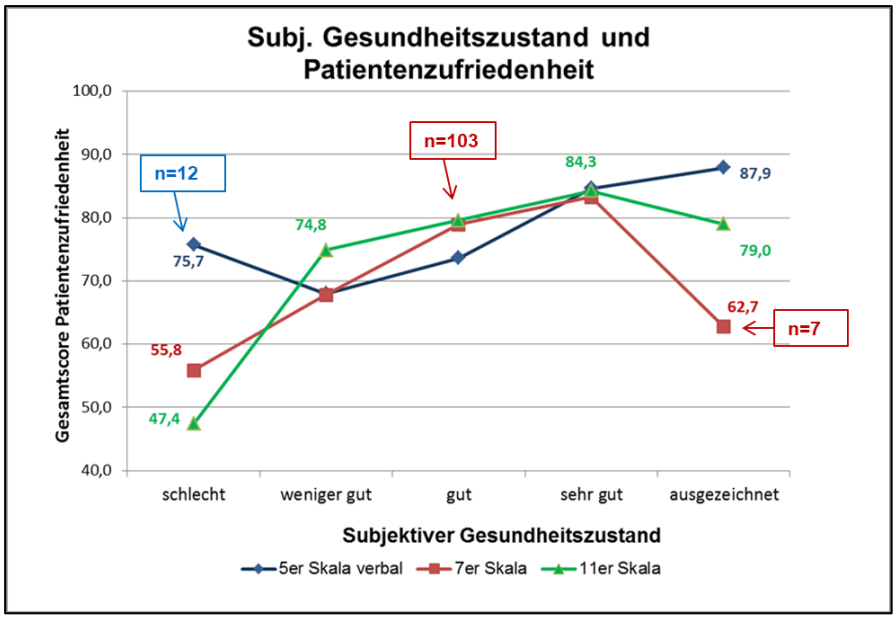


Abbildung 71: Pilotbefragung Psychiatrie - Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert) je Klinik



5er Skala: p= .002, Eta² .089
7er Skala: p= .000, Eta² .128
11er Skala: p= .000; Eta² .115

Abbildung 72: Pilotbefragung Psychiatrie - Subjektiver Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit

Für die sieben verschiedenen psychiatrischen **Hauptdiagnosegruppen** (vgl. Kapitel 4.4.1 und Abbildung 46) konnte mit den Daten der Pilotbefragung Psychiatrie in den drei Skalen kein systematischer Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden. Allerdings wird in Abbildung 73 deutlich, dass sich in einzelnen Diagnosegruppen nur sehr wenige Patienten finden. Aussagekräftige Ergebnisse sind hier nicht gegeben. Es ist allerdings zu vermuten, dass die Diagnosegruppe auch bei grösseren Fallzahlen keinen systematischen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat.

Diagnosegruppe	verbale 5er-Skala			7er-Skala			11er-Skala		
	Fallzahl	MW	SD	Fallzahl	MW	SD	Fallzahl	MW	SD
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 - F09)	4	54,2	18,9	10	57,5	23,6	11	80,8	21,1
Abhängigkeitserkrankungen (F10 - F19)	28	77,8	18,7	30	73,9	19,8	23	78,4	23,0
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20 - F29)	23	71,6	19,2	22	76,5	25,1	24	78,2	21,1
Affektive Störungen (F30 - F39)	85	77,6	19,8	104	77,2	22,4	74	78,6	22,2
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 - F48)	20	76,0	19,4	26	76,6	26,3	18	70,4	26,2
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 - F69)	7	79,2	18,2	7	76,2	25,6	13	74,9	24,8
Sonstige Psychische und Verhaltensstörungen (F50 - F59, F70 - F99)	5	78,3	28,0	5	66,7	22,5	2	96,7	4,7

Abbildung 73: Pilotbefragung Psychiatrie – Hauptdiagnosegruppe und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Die Analysen zum Einfluss der **Aufenthaltsdauer** auf die Patientenzufriedenheit ergeben ebenfalls keine statistisch belastbaren Ergebnisse und müssten gegebenenfalls an einer grösseren Stichprobe geprüft werden. Die mittlere Wert Aufenthaltsdauer lag in der Gesamtstichprobe bei 40,4 Tagen (SD=37.2). Es zeigt sich eine statistisch signifikante Varianz (p=.000) in der mittleren Aufenthaltsdauer in den Studienkliniken (Abbildung 74). Wie in Abbildung 75 und Abbildung 76 ersichtlich wird, deuten die Ergebnisse auf einen Zusammenhang der 7er und 11er Skala zwischen der Aufenthaltsdauer und der Patientenzufriedenheit hin: Patienten mit mittlerer Aufenthaltsdauer berichten tendenziell höherer Zufriedenheitswerte. Die Ergebnisse der verbalen 5er Skala bestätigen diesen Trend allerdings nicht. Auch diese Unterschiede sind eher gering und aufgrund der geringen Fallzahlen je Subgruppe (Abbildung 76) in dieser Stichprobe nicht valide abzusichern.

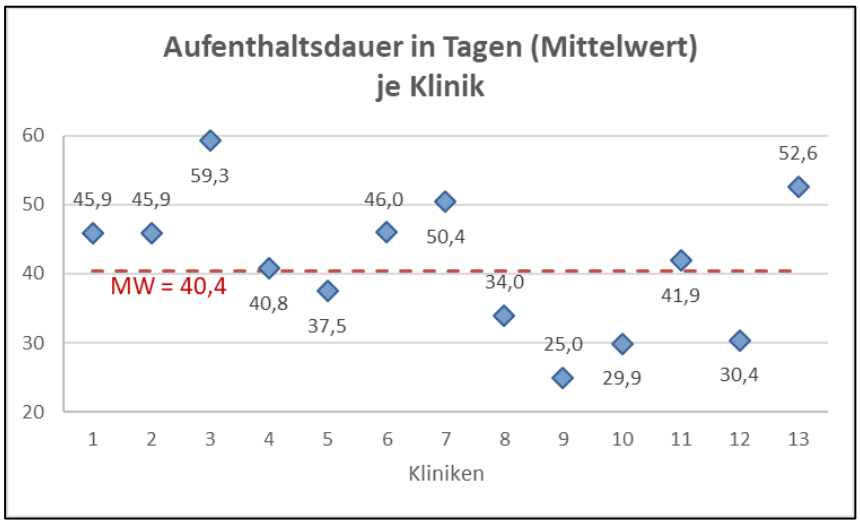


Abbildung 74: Pilotbefragung Psychiatrie – Aufenthaltsdauer in Tagen (Mittelwert) je Klinik

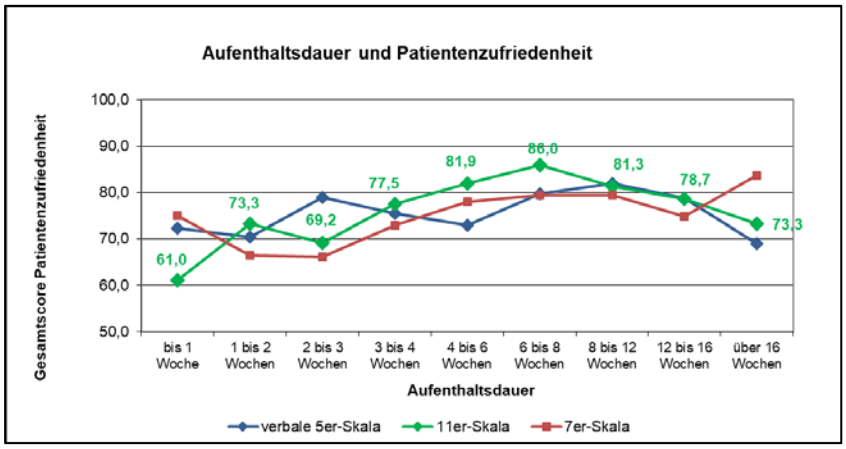


Abbildung 75: Pilotbefragung Psychiatrie - Aufenthaltsdauer und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Aufenthaltsdauer	verbale 5er-Skala			7er-Skala			11er-Skala		
	Fallzahl	MW	SD	Fallzahl	MW	SD	Fallzahl	MW	SD
bis 1 Woche	29	72,3	22,2	16	75,0	25,1	21	61,0	28,4
1 bis 2 Wochen	20	70,4	22,3	26	66,5	25,4	20	73,3	20,8
2 bis 3 Wochen	21	79,0	17,6	25	66,1	28,3	15	69,2	28,7
3 bis 4 Wochen	19	75,4	22,1	28	72,9	25,3	24	77,5	30,5
4 bis 6 Wochen	24	72,9	20,4	44	78,0	20,0	32	81,9	16,5
6 bis 8 Wochen	25	79,8	16,0	35	79,4	20,9	29	86,0	11,9
8 bis 12 Wochen	27	81,9	18,4	27	79,5	20,7	24	81,3	17,1
12 bis 16 Wochen	12	78,8	16,3	15	74,8	20,5	5	78,7	25,6
über 16 Wochen	9	69,0	23,9	6	83,8	21,0	9	73,3	30,4

Abbildung 76: Pilotbefragung Psychiatrie – Aufenthaltsdauer und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Die weiteren geprüften Merkmale **Versicherungsstatus** (allgemein vs. halbprivat/privat) und **Zeitpunkt der Befragung** (Time-Lag-Effekt zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) sind - wie auch in der Pilotbefragung Akutsomatik - nicht oder nur marginal mit der gemessenen Patientenzufriedenheit assoziiert. Es waren für diese Merkmale mit allen drei Skalen **keine bedeutsamen Effekte** erkennbar.

Aufgrund der Tatsache, dass die Analyseergebnisse zu den potentiellen Confoundern des Risikoadjustierungsmodells aufgrund der sehr geringen Datenbasis per se unsicher bzw. als Trends zu verstehen sind, wurde auf die Berechnung eines multifaktoriellen Gesamtmodells verzichtet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für die Merkmale Alter, Geschlecht, Eintrittsart 1 (notfallmässig vs. geplant), psychiatrische Diagnosegruppe, Versicherungsstatus und der Zeitpunkt der Befragung (zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) kein Effekt auf die Patientenzufriedenheit in der Stichprobe der Psychiatrie nachgewiesen werden konnte. Ein Einfluss auf die Patientenzufriedenheit konnte für den subjektiven Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung auch für die Psychiatrie bestätigt werden. Auch für die Eintrittsart 2 (freiwillig vs. Auflage) wurde ein Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit festgestellt. Fraglich ist der Einfluss der Verweildauer auf die Patientenzufriedenheit, hier sind die Ergebnisse nicht einheitlich bzw. ist hier aufgrund der geringen Fallzahlen und der Vielzahl an Merkmalskategorien keine eindeutige Aussage zu treffen.

4.5. Ergebnisse Pilotbefragung Rehabilitation

4.5.1. Datenbasis und Stichprobenmerkmale

Die Pilotbefragung Rehabilitation wurde in Kooperation mit 16 Projektkliniken realisiert. Für die Deutschschweiz nahmen 10 Projektkliniken teil. Für die Romandie und das Tessin wirkten je 3 Projektkliniken mit.

Insgesamt wurden 2.769 Fragebögen an die potentiellen Studienteilnehmer versendet. 1.326 Fragebögen wurden beantwortet zurückgesendet, dies entspricht einer Rücklaufquote von 47,9% (vgl. Tabelle 12). Aufgrund der Tatsache, dass in der Pilotbefragung Rehabilitation nur das verbale 5er-Skalenformat eingesetzt wurde und somit alle erhaltenen Fragebögen für dieses Skalenformat ausgewertet werden, ist die Datenbasis für diese Skala mit n=1.326 als sehr gut zu bezeichnen. Sie übertrifft sogar die Fallzahl aus der Pilotbefragung Akutsomatik für die verbale 5er-Skala (Akutsomatik n=1.184). Betrachtet man die Fallzahlen je Sprachregion erreichen auch die Romandie und das Tessin mit n=184 bzw. n=185 akzeptable Fallzahlen.

Sprachregion	Kliniken	Anzahl verschickt	Anzahl beantwortet	Rücklauf-quote	Anzahl beantwortet je Sprachregion gesamt
deutsch	01	143	81	56,6%	957
	02	324	149	46,0%	
	03	150	80	53,3%	
	04	53	21	39,6%	
	05	75	38	50,7%	
	06	340	175	51,5%	
	07	154	81	52,6%	
	08	148	84	56,8%	
	09	332	155	46,7%	
	10	201	93	46,3%	
französisch	11	80	20	25,0%	184
	12	94	22	23,4%	
	13	252	142	56,3%	
italienisch	14	170	77	45,3%	185
	15	190	80	42,1%	
	16	63	28	44,4%	
	Gesamt	**2.769**	**1.326**	**47,9%**	**1.326**

Tabelle 12: Pilotbefragung Rehabilitation - Fallzahlen je Sprachregion

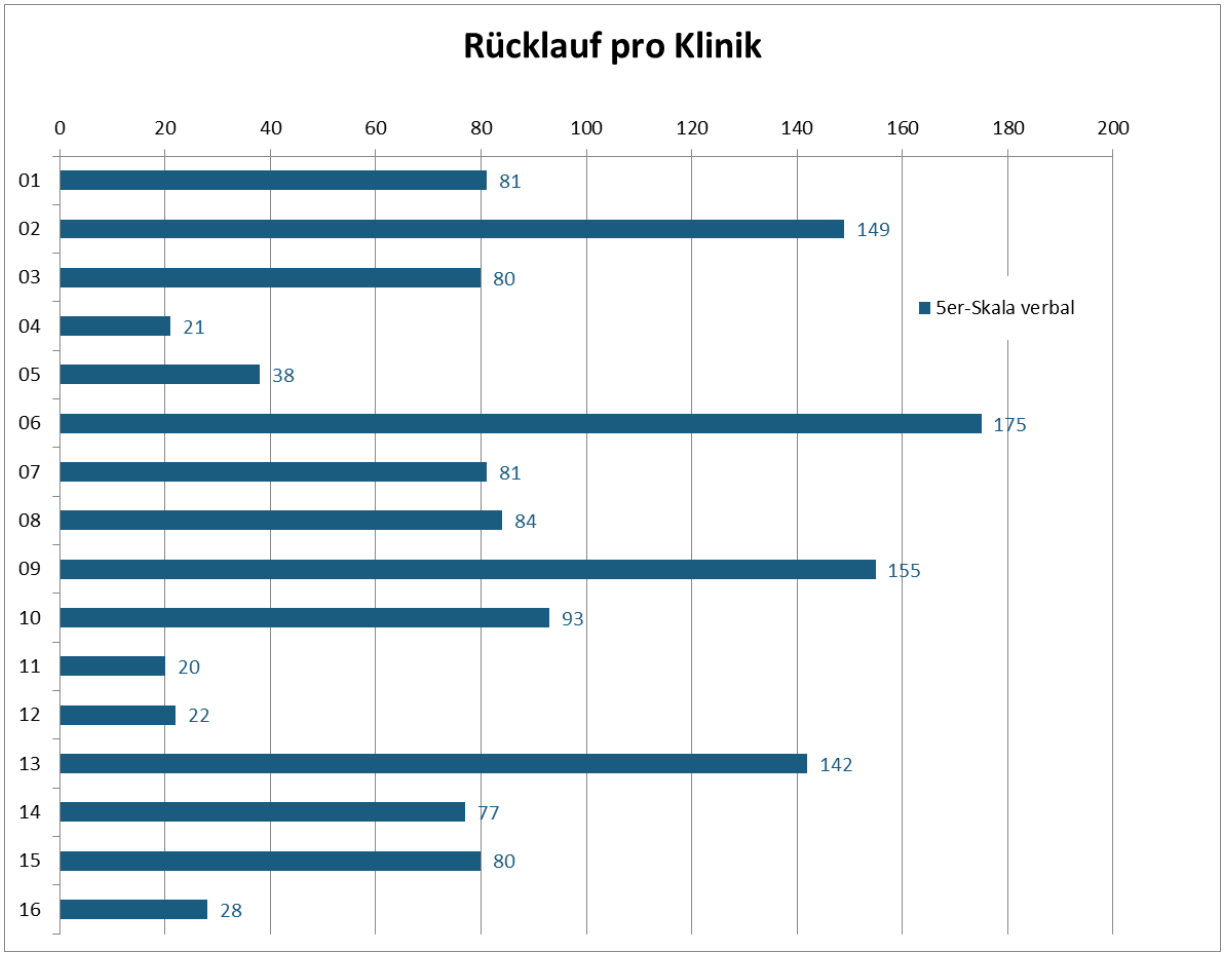


Abbildung 77: Pilotbefragung Rehabilitation - Klinikspezifische Fallzahlen

Die Fragebogen-Rückläufe pro Klinik sind in Abbildung 77 dargestellt. Die Fallzahlen lagen für die meisten Projektkliniken bei einem Rücklauf von deutlich mehr als 30 ausgefüllten Fragebogen. Lediglich 4 Kliniken erreichten kleinere Fallzahlen (zwischen 20 -30). Diese Kliniken sind auf die 3 Sprachregionen verteilt.

Insgesamt ist die erreichte Fallzahl in der Pilotbefragung Rehabilitation für die verwendete verbale 5-er Skala als sehr gut zu bewerten. Statistisch belastbare Aussagen zur Eignung des verwendeten Fragebogens sind ebenso möglich wie Aussagen zu Klinikvergleichen und zum Einfluss möglicher Confounder.

In Tabelle 13 werden zentrale Merkmale der Gesamtstichprobe Rehabilitation dargestellt. Es nahmen etwas mehr Männer als Frauen an der Befragung teil (Männer. 51,1% vs. Frauen 48,9%). Das mittlere Alter lag bei 69 Jahren. Im Durschnitt dauerte die Rehabilitation 26,2 Tage. Knapp 72% der Befragten waren allgemein versichert, die übrigen Patienten halbprivat bzw. privat (28,1%). In 98,7% der Fälle erfolgte der Eintritt in die Rehabilitation geplant, nur bei 1,3% wurden eine notfallmässige Aufnahme angegeben. Mehr als drei Viertel der Patienten wurden aus einem Akutspital in die Rehabilitation verlegt (76,4%). Die übrigen Patienten kamen entweder von zu Hause (21,4%) oder einem anderen Ort (2,3%). Nach der Rehabilitation wurden 94,0% der Patienten nach Hause entlassen, die übrigen 6% wurden an einen anderen Ort (z.B. Pflegeheim, Akutspital etc.) verlegt. Im Durchschnitt vergingen 29 Tage zwischen der Entlassung und dem Versand des Zufriedenheitsfragebogens.

Stichprobe Pilotbefragung Rehabilitation N=1.326	
Geschlecht	Männer: 51,1%; Frauen: 48,9%
Alter	MW: 69,0 Jahre (SD: 13,3)
Aufenthaltsdauer	MW: 26,2 Tage (SD:18,6)
Versichertenstatus	allgemein: 71,9%; privat/halbprivat: 28,1%
Eintrittsart	geplant: 98,7%; als Notfall: 1,3%
Aufenthalt vor Eintritt	Von zu Hause 21,4%, aus Akutspital 76,4%, anderer Ort 2,3%
Aufenthalt nach Austritt	nach Hause 94,0%, nicht nach Hause 6,0%,
Zeit zwischen Entlassung und Versand (Time-Lag)	MW: 29,0 Tage (SD:8,8)

Tabelle 13: Pilotbefragung Rehabilitation- Stichprobenmerkmale

Zur Stichprobenbeschreibung und für die Analysen zu potentiellen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit wurden die Hauptdiagnosen zum Austritt entsprechend den Hauptkapiteln der ICD-10-GM gruppiert (DIMDI, 2015). Die Verteilung der Diagnosegruppen ist in Abbildung 78 aufgeführt. Krankheiten des Kreislaufsystems bildeten mit 29,0% die häufigste Diagnosegruppe. Weitere 24,8% der Patienten wurden wegen einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems behandelt. Ebenfalls häufig sind Rehabilitationsbehandlungen aufgrund einer Erkrankung des Nervensystems (13,3%) sowie aufgrund von traumatischen Erkrankungen wie Verletzungen und Vergiftungen (12,8%). Weitere relevante Diagnosegruppen stellen Neubildungen (5,5%), Psychische und Verhaltensstörungen (4,5%) sowie Erkrankungen des Atmungssystems (4,8%) dar. Die restlichen 5,3% verteilten sich auf weitere acht Hauptdiagnosegruppen.

Für die Rehabilitanden wurde von den Kliniken auch angegeben, zu welcher Reha-Art/-Indikation bzw. zu welchem Reha-Bereich - gemäss DefReha© Version 1.01 (H+ Die Spitäler der Schweiz, 2015) - die Patienten zugeordnet werden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 79 dargestellt. Gut ein Drittel der Patienten erhielt eine muskuloskelettale Rehabilitation, ein Viertel eine neurologische und ein Sechstel eine kardiologische Rehabilitation. Die übrigen Reha-Arten bzw. -Bereiche (pulmonale, geriatrische, internistische, onkologische und psychosomatische Reha) sind deutlich geringer vertreten.

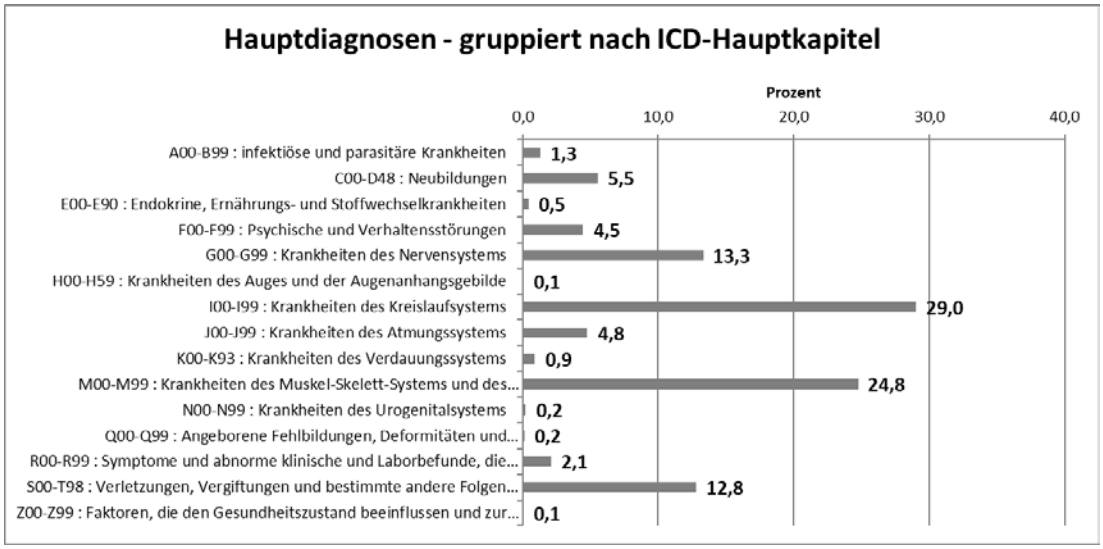


Abbildung 78: Pilotbefragung Rehabilitation - Hauptdiagnosen gruppiert nach ICD-10 Hauptkapiteln

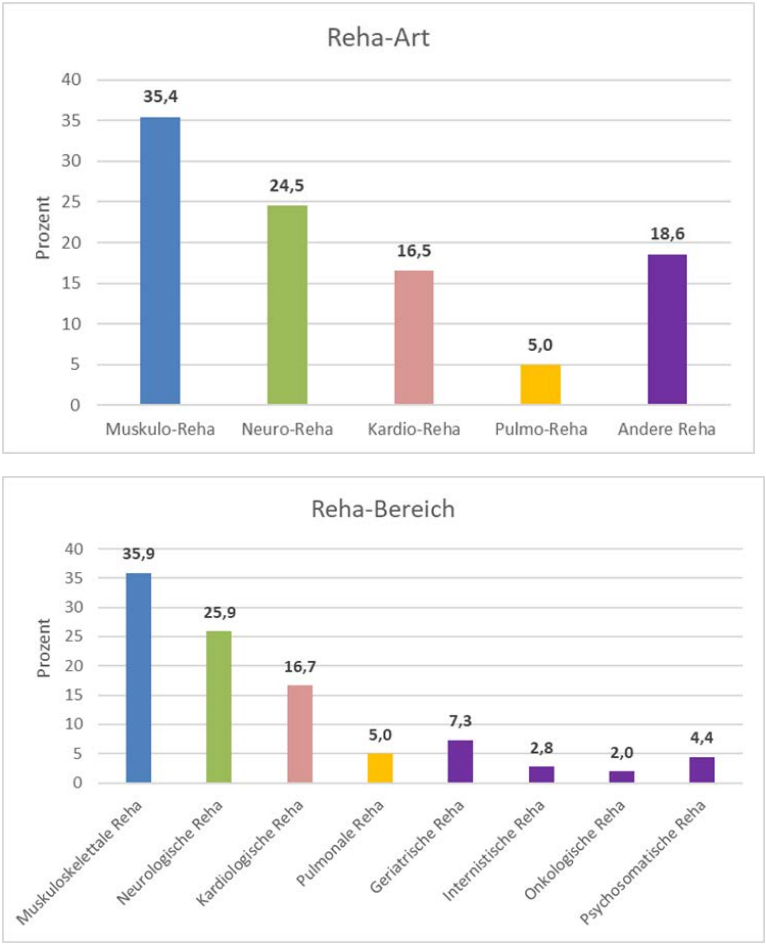


Abbildung 79: Pilotbefragung Rehabilitation – Verteilung von Reha-Art (oben) und Reha-Bereich (unten)

4.5.2. Testtheoretische Kennwerte des getesteten Skalenformats

Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Pilotbefragung Rehabilitation mit den Ergebnissen der Akutsomatik und Psychiatrie wurden auch die Werte der in der Rehabilitation verwendeten verbalen 5er-Skala auf eine Skala von 0-100 transformiert. Zunächst erfolgte eine Analyse der testtheoretischen Kennwerte für die einzelnen 7 Items des neuen Zufriedenheitsfragebogens Rehabilitation.

Die Ergebnisse der Itemanalyse sind in Abbildung 80 bis Abbildung 86 grafisch veranschaulicht. In Tabelle 14 sind die verschiedenen Kennwerte der Itemanalyse zusammengefasst für alle Items aufgeführt.

Insgesamt zeigen sich bei allen Items mittlere bis hohe *Mittelwerte.* Die höchsten Mittelwerte finden sich bei den Items 3 und 4, sie liegen bei gut 85. Bei den Items 2 und 5 liegen die Mittelwerte etwas niedriger (81,7 und 82,9). Der Mittelwert für das Item 1 liegt mit 76,2 im Mittelfeld. Die geringsten Zufriedenheitswerte im Mittel erreichen die Items 6 und 7 mit 68,4 bzw. 68,3.

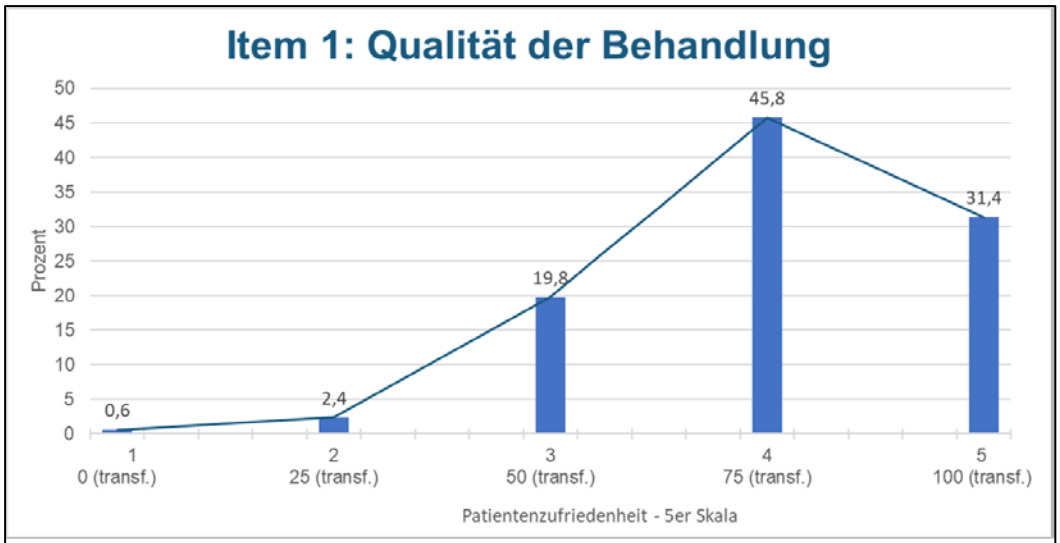
Bei der Betrachtung von *Schiefe und Kurtosis* weisen alle Items eine linksschiefe Verteilung und im Vergleich zur Normalverteilung eine spitzere Verteilung auf. Dies betrifft jedoch nicht alle Items in gleichem Masse: Items 1, 6 und 7 weisen günstigere Verteilungskennwerte auf, die näher in Richtung Normalverteilung tendieren.

Der *Deckeneffekt*-Range variiert stark über die Items und reicht von 20,3% bis 60,0%. Das Item 4 erreicht den höchsten Deckeneffekt (60,0%). Die Deckeneffekte für die Items 2, 3 und 5 liegen ebenfalls im hohen Bereich (47,8% bis 49,8%). Das Item 1 zeigt einen geringen Deckeneffekt, der allerdings mit 31,4% geringfügig höher liegt, als in den Messungen dieses Items in der Akutsomatik und Psychiatrie. Die Items 6 und 7 weisen die geringsten Deckeneffekte auf (20,3% und 23,5%).

Über alle Items sind geringe *Missing-Quoten* von 1,7% bis 7,8% zu vermerken. Die höchsten Missing-Quoten wurden bei Item 4 (4,1%) und Item 6 (7,8%) festgestellt.

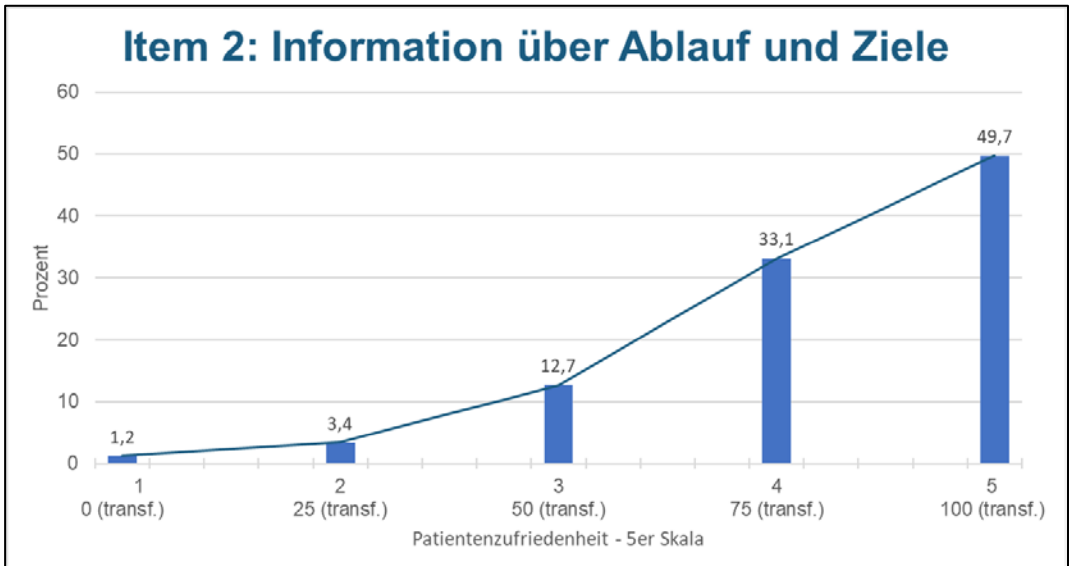
Bei den *Trennschärfen* erreichen die Items korrigierte Item-Total-Korrelationen von .60 bis .75. Die Ergebnisse deuten auf eine gute Repräsentation des Gesamtwertes und eine gute Differenzierungsmöglichkeit zwischen Befragten mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung hin.

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Itemanalyse darauf hin, dass die verbale 5er-Skala in der Rehabilitation gut zwischen Befragten mit unterschiedlicher Zufriedenheit differenziert. Bei einzelnen Antworten wird das Antwortspektrum stärker ausgeschöpft als bei anderen, hier zeigen sich niedrigere Mittelwerte, niedrigere Deckeneffekte und insgesamt eine stärkere Differenzierung der Antworten. Dies betrifft insbesondere die Items 1, 6 und 7. Die vergleichsweise niedrigen Missing-Quoten sprechen für eine gute Verständlichkeit der verbalen 5er-Skala und eine hohe Akzeptanz der Itemformulierungen und Antwortausprägungen bei den Befragten. Die Ergebnisse für die Items der Dimension «Austrittsmanagement» (Item 6: Information zum Austritt, Item 7: Organisation Austritt) sind sehr ähnlich, gegebenenfalls könnte diese Dimension nur mit einem der beiden Items erfasst werden ohne nennenswerten Erkenntnisverlust.



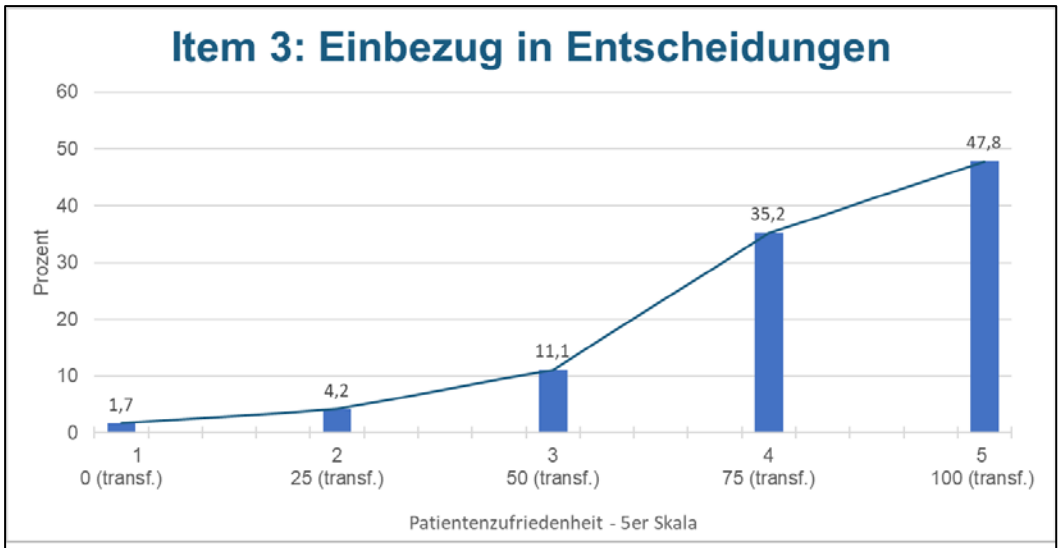
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	76,24	20,34	75	75	0.34	-0.64	3,0%	31,4	0,708

Abbildung 80: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse - Item 1: Qualität der Behandlung



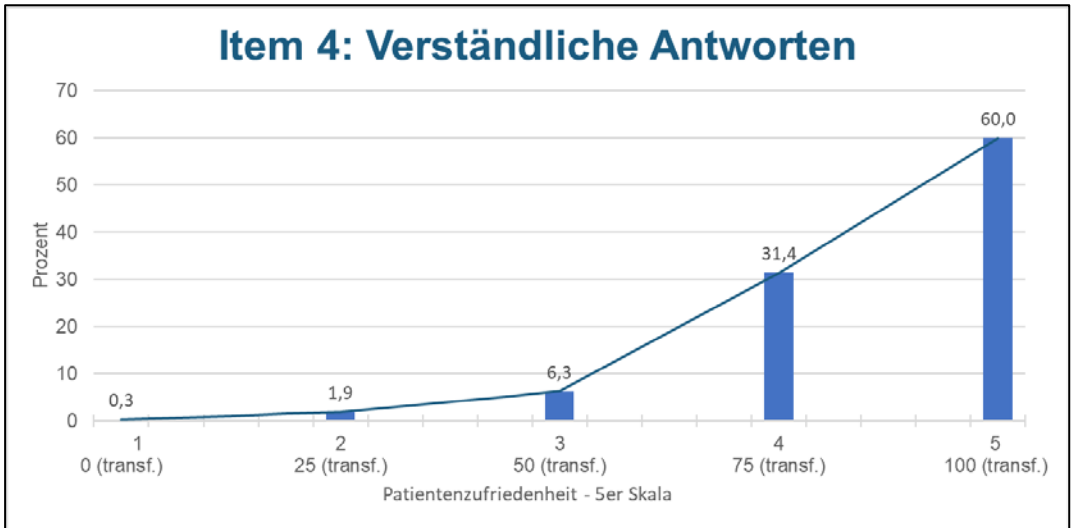
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	81,70	22,26	75	100	1.30	-1.24	2,3%	49,7	0.66

Abbildung 81: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 2: Information



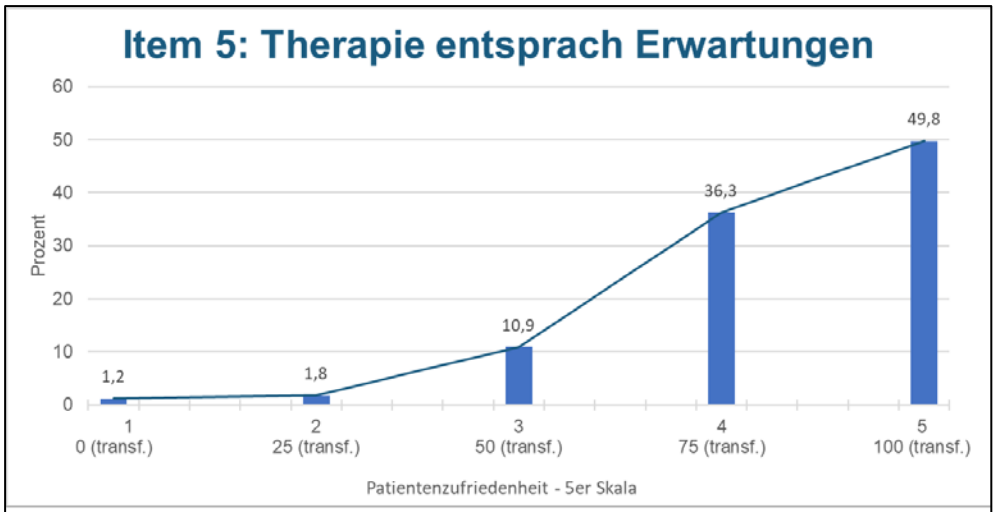
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	85,18	23,16	75	100	1.55	-1.31	3,2%	47,8%	0.68

Abbildung 82: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 3: Partizipation



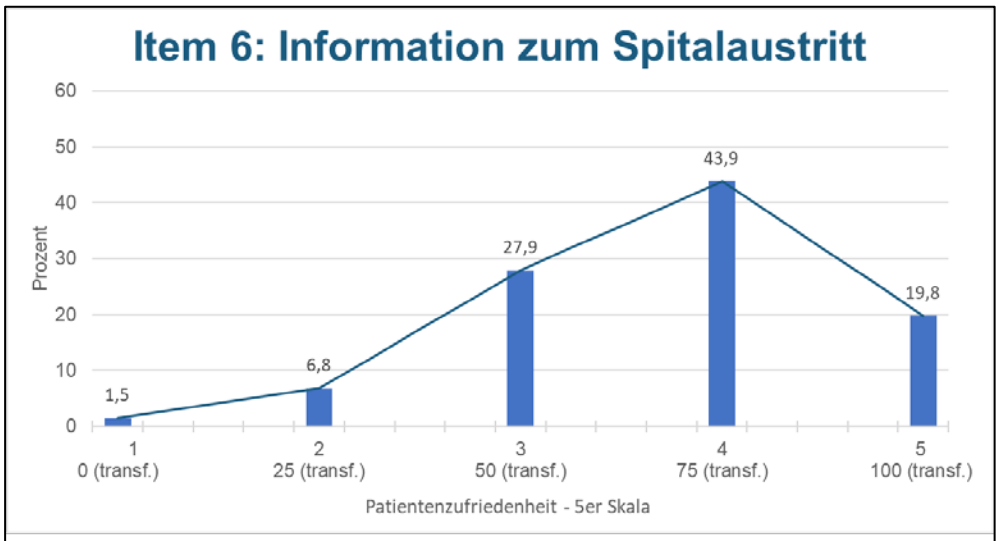
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	87,18	18,28	100	100	2.68	-1.56	4,1%	60,0%	0.67

Abbildung 83: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 4: Antworten bekommen



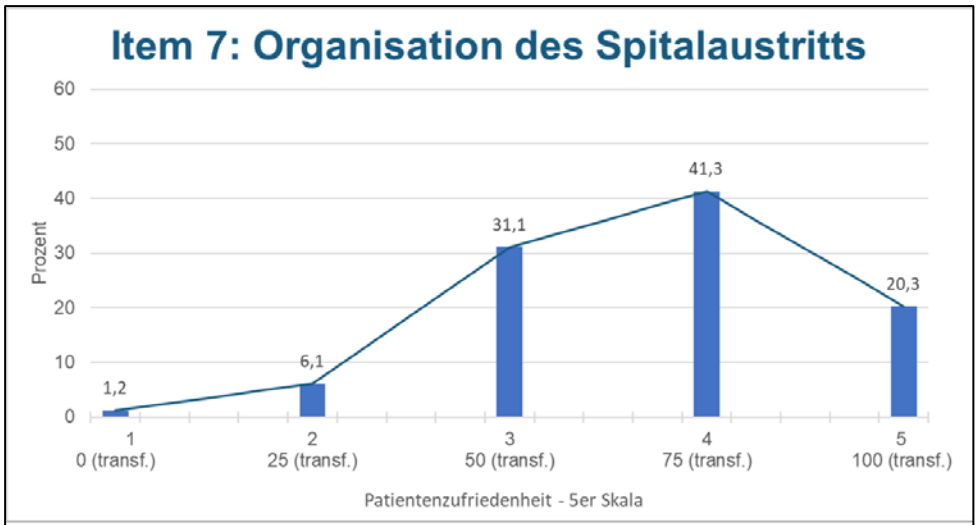
Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	82,94	20,74	75	100	2.16	-1.35	1,7%	49,8%	0.60

Abbildung 84: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 5: Therapiegestaltung



Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	68,43	22,60	75	75	.14	-.38	7,8%	20,3%	0.75

Abbildung 85: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 6: Information Austritt



Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
5er Skala	68,32	22,34	75	75	.47	-.69	2,9%	23,5%	0.68

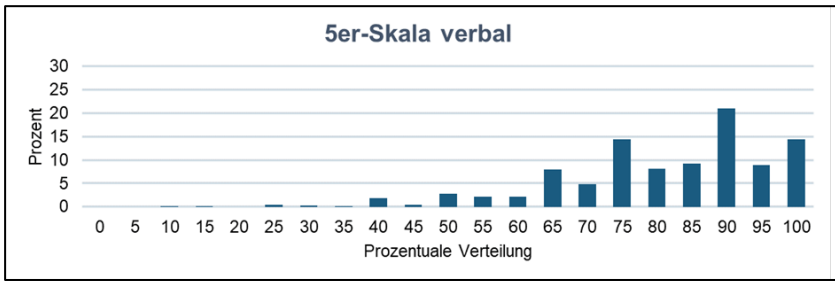
Abbildung 86: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 7: Organisation Austritt

	Skala	Mittelwert	SD	Median	Modal	Kurtosis	Schiefe	Missing	Decken-effekt	Item-Korrelation
Item 1 Qualität d. Behandlung	5er Skala	76,24	20,34	75	75	0.34	-0.64	3,0%	31,4	0,708
Item 2 Information über Ablauf u. Ziele	5er Skala	81,70	22,26	75	100	1.30	-1.24	2,3%	49,7	0.66
Item 3 Einbezug in Entscheidungen	5er Skala	85,18	23,16	75	100	1.55	-1.31	3,2%	47,8%	0.68
Item 4 Verständliche Antworten	5er Skala	87,18	18,28	100	100	2.68	-1.56	4,1%	60,0%	0.67
Item 5 Therapeut. Angebot	5er Skala	82,94	20,74	75	100	2.16	-1.35	1,7%	49,8%	0.60
Item 6 Information Austritt	5er Skala	68,43	22,60	75	75	.14	-.38	7,8%	20,3%	0.75
Item 7 Organisation Austritt	5er Skala	68,32	22,34	75	75	.47	-.69	2,9%	23,5%	0.68

Tabelle 14: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse Item 1 bis 7: Gesamtübersicht der Ergebnisse

Im Anschluss an die Analysen auf Itemebene wurde über die 7 Items der Zufriedenheit ein Gesamt-Score Patientenzufriedenheit gebildet, der ebenfalls auf Werte zwischen 0-100 transformiert wurde (vgl. Kapitel 4.2). Die Ergebnisse der testtheoretischen Analysen des Gesamt-Scores sind in Abbildung 87 dargestellt.

Der Mittelwert des Gesamt-Scores liegt bei 78,9, der Deckeneffekt bei 8,9%. Auch das Ergebnis des Gesamt-Scores ist linksschief (-1.10) und spitz (1.56) verteilt. Des Weiteren belegen die Kennwerte zur internen Konsistenz (Item-Korrelation) und zur Rasch-Reliabilität, dass die 7 Items das Konstrukt „Patientenzufriedenheit" im verbalen 5er-Skalenformat mit hoher Konsistenz messen.



	5er Skala
Mittelwert	78,85
SD	16,09
Deckeneffekt	8,9%
Schiefe	-1.10
Kurtosis	1.56
Int. Konsistenz	.89
Rasch-Reliabilität	.82

Abbildung 87: Pilotbefragung Rehabilitation - Ergebnisse Gesamt-Score Patientenzufriedenheit

Insgesamt weisen die Ergebnisse der testtheoretischen Überprüfung für verbale 5er-Skala in der Pilotbefragung Rehabilitation eine günstige Verteilung mit geringen Deckeneffekten auf. Dies betrifft sowohl den Gesamt-Score Patientenzufriedenheit als auch die Einzelitems (hier insbesondere die Items 1, 6 und 7) des neuen Fragebogensets. Die Ergebnisse sind vergleichbar zu den Ergebnissen der Akutsomatik und Psychiatrie und belegen damit auch für die Rehabilitation, dass der neue ANQ-Fragebogen in Form der verbalen 5er-Skala zur Messung der Patientenzufriedenheit geeignet ist.

4.5.3. Dimensionsanalyse

Ein weiteres Arbeitspaket der Pilotbefragung Rehabilitation bestand in der Prüfung, inwieweit die vorgegebenen Items bzw. der vorliegende Fragebogen auch tatsächlich das Konstrukt „Patientenzufriedenheit" erfassen bzw. messen. Mittels einer konfirmatorischen Dimensionsanalyse wurde das Modell der Patientenzufriedenheit mit seinen vorgegebenen Faktoren überprüft. Für den Fragebogen Rehabilitation existieren 5 relevante Faktoren, die durch 7 Items abgefragt werden (vgl. Abbildung 88).

Item	Variable	Faktor/Dimension	
Item 1	Allgemeine Beurteilung	Allgemeine Beurteilung	Patientenzufriedenheit
Item 2	Information	Information & Kommunikation	
Item 4	Kommunikation		
Item 3	Einbezug in Entscheidungen	Partizipation	
Item 5	Therapieplanung	Therap. Angebot	
Item 6	Information Austritt	Austrittsprozess	
Item 7	Organisation Austritt		

Abbildung 88: Pilotbefragung Rehabilitation - Dimensionsanalyse

Das spezifizierte 5-Faktorenmodell (Faktoren Behandlungsqualität, Information & Kommunikation, Partizipation, Therapeutisches Angebot und Austrittsmanagement) weist eine gute Datenanapassung auf. Der Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] liegt deutlich <1.0, der Comparative Fit Index [CFI] deutlich >.98 und der Normative Fit Index ([NFI] ebenfalls deutlich >.97, was bedeutet, dass die beobachteten Korrelationen zwischen den Itemwerten über das spezifizierte Modell erklärt werden können (vgl. Abbildung 89).

Auch im einfaktoriellen Modell (Generalfaktormodell) weist der Fragebogen gute Anpassungswerte auf: der Root Mean Square Error of Approximation [RMSEA] ist <.08, der Comparative Fit Index [CFI] liegt >.98 und der Normative Fit Index ([NFI] ist ebenfalls >.98) (vgl. Abbildung 90).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalysen für die Rehabilitation, dass die verbale 5er-Skala eine gute Datenanpassung aufweist (Dimensionen und Generalfaktor). Die definierten Faktoren bilden somit das Modell „Patientenzufriedenheit" gut ab.

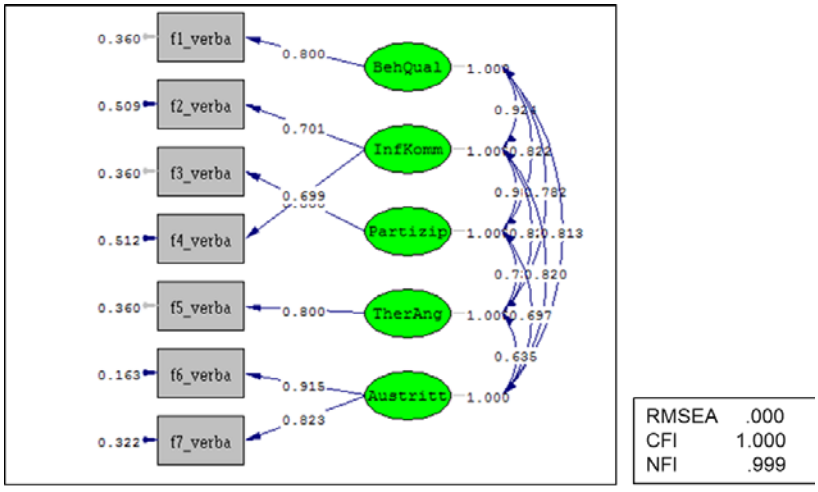
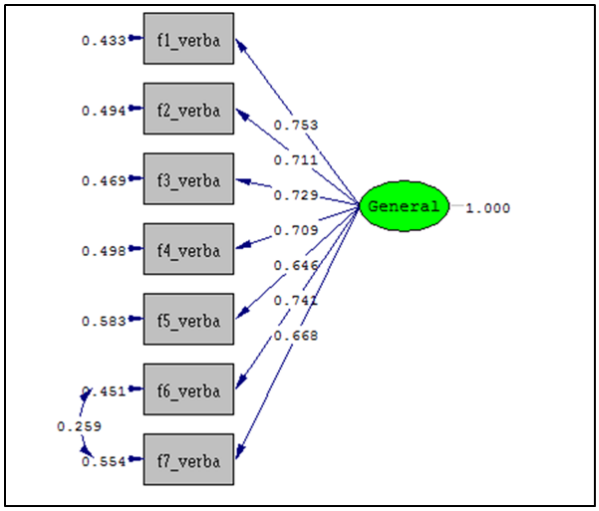


Abbildung 89: Pilotbefragung Rehabilitation - Dimensionsanalyse 5-Faktorenmodell



RMSEA	.041
CFI	.996
NFI	.994

Abbildung 90: Pilotbefragung Rehabilitation - Dimensionsanalyse Generalfaktormodell

4.5.4. Rasch-Modell-Analyse nach der probabilistischen Testtheorie

In den Rasch-Modell-Analysen der Stichprobe der Pilotbefragung Rehabilitation zeigt die verbale 5er-Skala gute Testwerte und erfüllt damit die strengen Annahmen des Rasch-Modells. Die geschätzten Personenparameter stellen eine eindeutige und monotone Transformation der sich aus den Itemwerten ergebenden Gesamtsummenwerte dar. Abbildung 91 zeigt, dass über den grössten Teil aller möglichen Summenwerte bzw. den mittleren Teil die Rasch-Personenparameter eine fast lineare Transformation der Summenwerte darstellen. Über das Modell und seine Annahmen kann das beobachtete Antwortverhalten erklärt werden.

Die Items weisen nach dem Q-Index eine gute Datenanpassung auf, erkennbar daran, dass die p-Werte auf keine signifikante Abweichung der vom Modell geschätzten Antwortmuster der Probanden hinweisen (vgl. Abbildung 92). Die Fit-Indizes der Einzelitems sprechen somit für eine gute Eignung zur Erfassung des Merkmalkontinuums „Patientenzufriedenheit; sie diskriminieren nicht überzufällig geringer oder stärker als erwartet. Die Kennwerte der Anpassungsgüte des Gesamtmodells weisen ebenfalls daraufhin, dass die Annahmen des Rasch-Modells für den Fragebogen Rehabilitation bestätigt werden. Die verbale 5er-Skala erreicht gute Gesamtanpassungswerte, hier mit einer statistisch signifikanten Abweichung in lediglich einem von vier Testwerten (vgl. Abbildung 93).

Zusammenfassend können somit in der Stichprobe der Pilotbefragung Rehabilitation sowohl der Summenwert oder jegliche lineare Transformation desselben als auch die Itemwerte (nach entsprechender monotoner Transformation) als intervallskaliertes Mass der Patientenzufriedenheit verwendet werden (vgl. Kapitel 4.2).

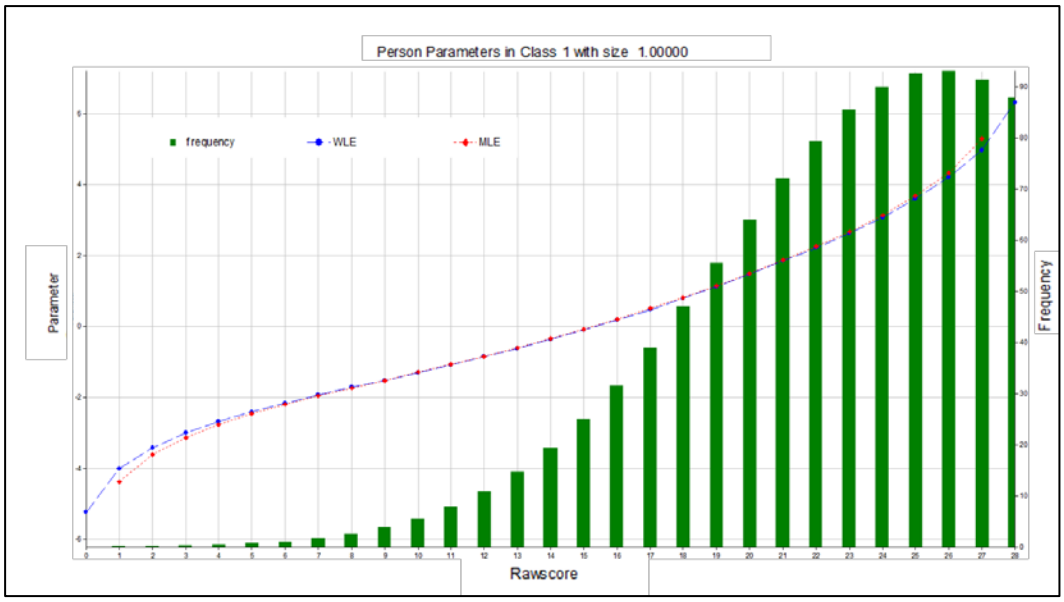


Abbildung 91: Pilotbefragung Rehabilitation - Rasch-Modell-Analyse: Ergebnisse Modellanpassung

item fit assessed by the Q-index

itemlabel	Q-index	Zq	p(X>Zq)	
F1_VERBA	0.0719	-0.3037	0.61931	-....!Q...+
F2_VERBA	0.0849	0.2168	0.41419	-...Q!....+
F3_VERBA	0.0818	0.1526	0.43934	-...Q!....+
F4_VERBA	0.0843	-0.1180	0.54698	-....Q....+
F5_VERBA	0.1114	0.6802	0.24820	-.Q..!....+
F6_VERBA	0.0532	-0.6513	0.74258	-....!.Q..+
F7_VERBA	0.0743	-0.0088	0.50352	-....Q....+

Abbildung 92: Pilotbefragung Rehabilitation - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Einzelitems

Power Divergence GoF statistics:

	emp. value	chi-square p-value
Cressie Read	92230.04	p= 0.0000
Pearson Chisquare	6266493.07	p= 0.0000
Likelihood ratio	2225.38	p= 1.0000
Freeman-Tukey Chi^2	2244.27	p= 1.0000
Degrees of freedom	78095	

Abbildung 93: Pilotbefragung Rehabilitation - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Gesamtmodell

4.5.5. Differential Item Functioning (DIF)

Nach der Untersuchung der Personenmerkmale (Alter und Geschlecht sowie Sprache) hinsichtlich des Differential Item Functioning (DIF) resultiert, dass die Grenzwerte für das Vorliegen von DIF für die untersuchten Merkmalsgruppen mit der verbalen 5er-Skala des Patientenfragebogens Rehabilitation nicht erreicht werden. Die in Tabelle 15 vorgestellten DIF-Grenzwerte (Differenz, berechnet aus den Pseudo-R-Quadraten von 2 gerechneten Modelle, einmal mit, einmal ohne die untersuchten Personenmerkmale, vgl. Kapitel 4.2.) liegen zwischen .000< ΔR^2 <.009 und somit weitaus unter den vorgegebenen kritischen Grössen nach Zumbo (vgl. Kapitel 4.2). Somit ist anzunehmen, dass keine systematischen Unterschiede in den Zufriedenheitsbewertungen durch Alters-, Geschlechts, sowie Sprachgruppen bestehen, die sich nicht aus dem gemessenen Merkmalskontinuum "Patientenzufriedenheit" erklären lassen.

5er Skala, verbal						
ITEMS	**Modell mit Score, Sprache Pseudo-R^2**	**Modell mit Score Pseudo-R^2**	**DIF Sprache ΔR^2**	**Modell mit Score, Alter und Geschlecht Pseudo-R^2**	**Modell mit Score Pseudo-R^2**	**DIF Alter und Geschlecht ΔR^2**
1. Qualität der Behandlung	0,609	0,600	**0,009**	0,601	0,600	**0,001**
2. Information über Reha	0,541	0,540	**0,001**	0,543	0,540	**0,003**
3. Einbezug in Entscheidungen	0,561	0,555	**0,006**	0,556	0,555	**0,001**
4. Verständliche Antworten	0,501	0,499	**0,002**	0,504	0,499	**0,004**
5 .Therapieplanung	0,460	0,459	**0,000**	0,462	0,459	**0,003**
6. Information Austritt	0,680	0,678	**0,002**	0,681	0,678	**0,002**
7. Organisation Austritt	0,606	0,605	**0,000**	0,607	0,605	**0,002**

Tabelle 15: Pilotbefragung Rehabilitation - DIF über Sprachversion und Altersgruppe mit Geschlechtsgruppe – Pseudo R^2 nach Cox & Snell

4.5.6. Klinikunterschiede und Risikoadjustierungsmodell

Weiterhin wurde untersucht, inwieweit sich signifikante Klinikunterschiede in der Ausprägung des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit abbilden lassen. In die Analysen zu nachweisbaren Klinikunterschieden wurden alle 16 Projektkliniken eingeschlossen.

In Abbildung 94 wird ersichtlich, dass sich die klinikspezifischen Ergebnisse des Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit zum Teil deutlich voneinander unterscheiden; die mittleren Werte der Zufriedenheit rangieren zwischen 61,0 und 82,6. Die Ergebnisse der Varianzanalyse belegen signifikante Klinikunterschiede in der Patientenzufriedenheit ($p=.000$; $\eta^2=.046$).

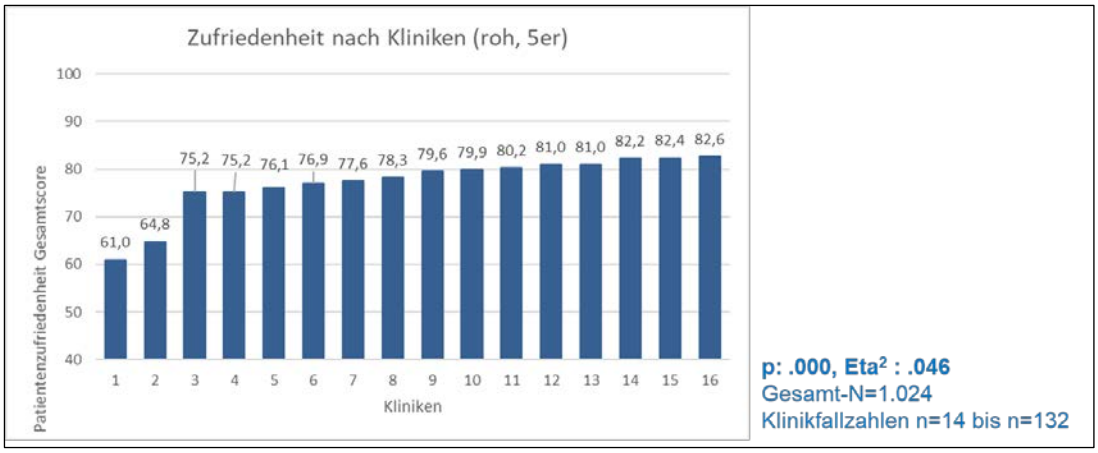


Abbildung 94: Pilotbefragung Rehabilitation - Zufriedenheit Gesamtindex nach Kliniken: verbale 5er -Skala Rohwerte

Auch mit den Mittelwerten der Einzelitems lassen sich signifikante Klinikunterschiede abbilden (vgl. Tabelle 16).

Bei 6 der 7 Items zeigen sich signifikante Klinikunterschiede, bei Item 6 liegen die Ergebnisse der Kliniken jedoch zu nah beieinander um Unterschiede statistisch signifikant nachzuweisen.

Item	5er Skala verbal	
	p-Wert	Eta²
1. Qualität der Behandlung	**0,000**	**0,045**
2. Information über Ablauf und Ziele	**0,000**	**0,049**
3. Einbezug in Entscheidungen	**0,000**	**0,062**
4. Verständliche Antworten	**0,000**	**0,059**
5. Therapieplanung	**0,000**	**0,041**
6. Information Austritt	**0,133**	**0,033**
7. Organisation Austritt	**0,000**	**0,017**

Tabelle 16: Pilotbefragung Rehabilitation - Klinikunterschiede Einzelitems – Rohwerte

Für die Entwicklung und Prüfung eines geeigneten Modells zur Risikoadjustierung wurde für die Rehabilitation ein Set von Adjustierungsvariablen hinsichtlich ihrer Relevanz für einen fairen Spitalvergleich getestet. Es wurden folgende 12 Merkmale hinsichtlich ihres Zusammenhangs zur Patientenzufriedenheit untersucht:

- Alter
- Geschlecht
- Eintrittsart: geplant vs. notfallmässig
- Aufenthaltsort vor Eintritt
- Aufenthaltsort nach Austritt
- Versicherungsstatus (allgemein vs. halbprivat/privat)
- Verweildauer
- Hauptdiagnose, als möglicher Indikator für die Erkrankungsschwere
- Reha-Art /Reha-Bereich
- Subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung
- Einverständnis mit der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit
- Time-Lag-Effekt: Einfluss der Zeitspanne zwischen Entlassung aus dem Spital und Erhalt des Fragebogens

Bei den unifaktoriellen Analysen zu signifikanten Confoundern der Patientenzufriedenheit zeigten sich für die Pilotbefragung Rehabilitation folgende Ergebnisse:

Das mittlere **Alter** der Patienten beträgt 69,0 Jahre. Wie in Abbildung 95 ersichtlich, unterscheidet sich das mittlere Alter der Patienten in den beteiligten Projektkliniken stark; dieser Unterschied ist signifikant (p=.000). Das Alter steht zudem in einem signifikanten Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit: Patienten im Alter von 50-79 Jahren sind zufriedener als die jüngeren und älteren Altersgruppen (Abbildung 96).

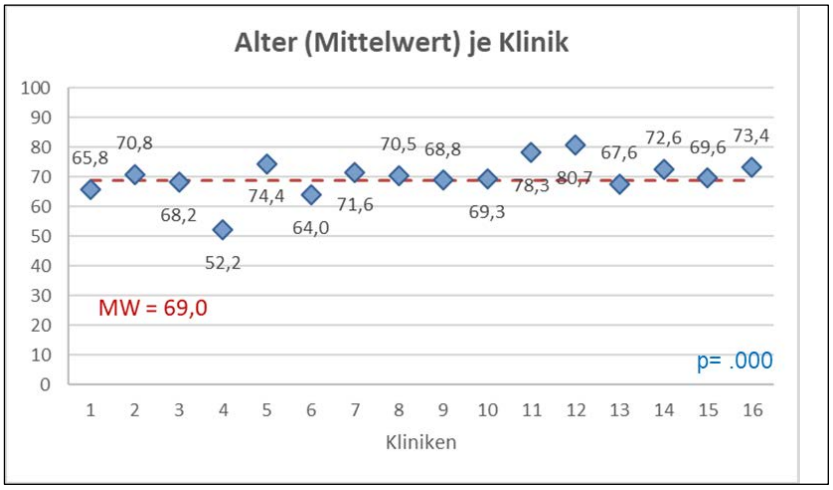


Abbildung 95: Pilotbefragung Rehabilitation- Alter (Mittelwert) je Klinik

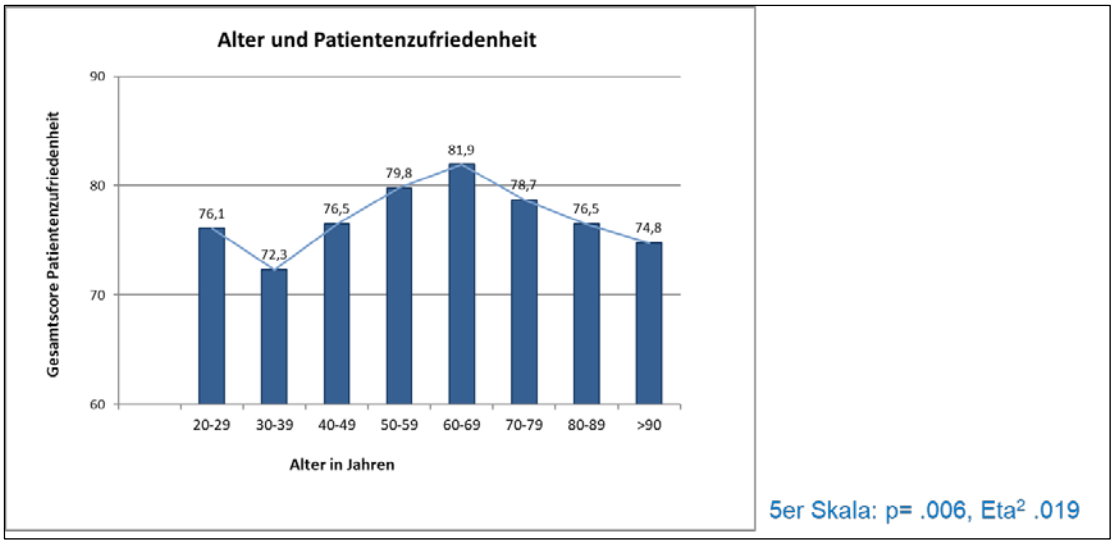


Abbildung 96: Pilotbefragung Rehabilitation - Alter und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

48,9% der Patienten sind Frauen. Es zeigt sich kein **geschlecht**sspezifischer Unterschiede in der Patientenzufriedenheit (Abbildung 97).

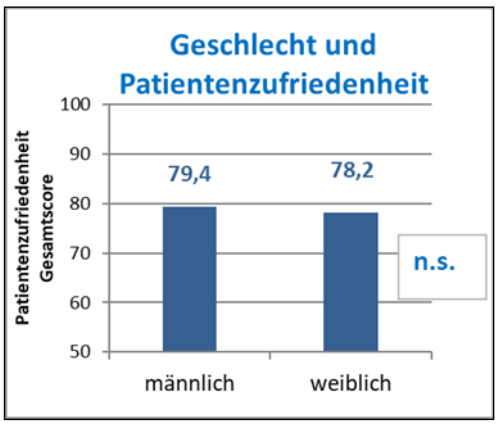


Abbildung 97: Pilotbefragung Rehabilitation- Patientenzufriedenheit nach Geschlecht (Gesamt-Score)

Zusammenhänge zur Patientenzufriedenheit zeigen sich in Abhängigkeit zum **Aufenthaltsort vor** und **nach dem Reha-Aufenthalt**. Die meisten Patienten (76,4%) werden direkt aus dem Akutspital in eine Rehabilitationsklinik verlegt, weitere 21,4% kommen von zu Hause. Die übrigen Patienten, die aus anderen Orten in die Rehabilitation kommen (z.B. Betreuungseinrichtungen, Pflegeheim) sind signifikant unzufriedener als die beiden erstgenannten Patientengruppen (Abbildung 98). Ähnlich zeigt sich dies auch für den Aufenthaltsort nach der Reha. Patienten, die nicht nach Hause entlassen werden (können), sondern beispielsweise in ein Akutspital oder Pflegeheim verlegt werden, weisen eine niedrigere Patientenzufriedenheit mit der Rehabilitationsbehandlung auf. Dieser Unterschied ist signifikant (Abbildung

99). Für beide untersuchten Confounder gilt allerdings, dass die „unzufriedeneren" Gruppen insgesamt nur sehr geringe Patientenanteile umfassen.

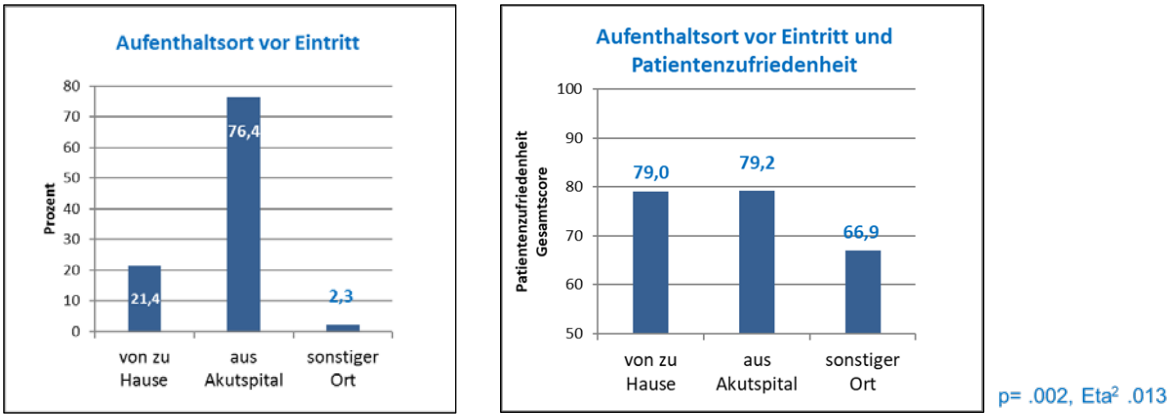


Abbildung 98: Pilotbefragung Rehabilitation- Verteilung Aufenthaltsort vor Eintritt (links) sowie Zusammenhang Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) und Aufenthaltsort vor Eintritt (rechts)

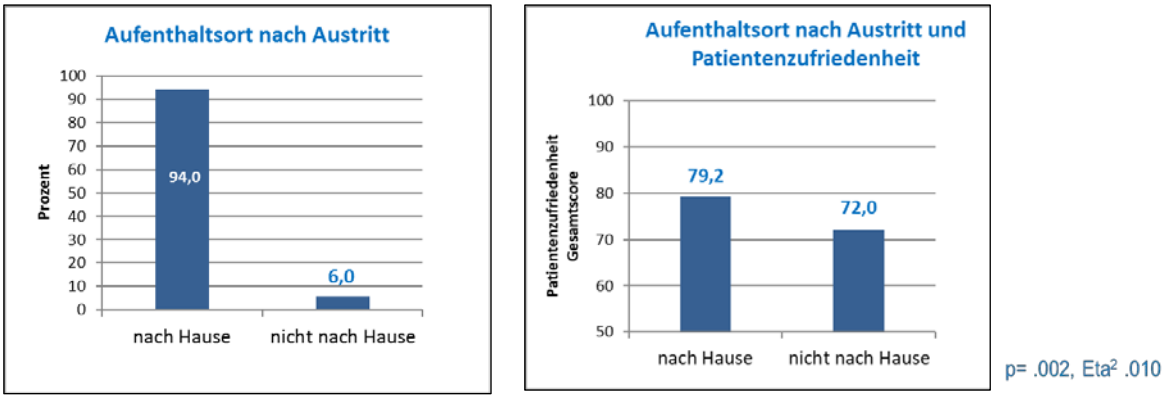


Abbildung 99: Pilotbefragung Rehabilitation- Verteilung Aufenthaltsort nach Austritt (links) sowie Zusammenhang Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) und Aufenthaltsort nach Austritt (rechts)

Für die 15 verschiedenen **Hauptdiagnosegruppen,** denen die befragten Reha-Patienten zugeordnet wurden (vgl. Kapitel 4.5.1 und Abbildung 100) konnte mit den Daten der Pilotbefragung Rehabilitation kein systematischer Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden. Es lassen sich zwar Unterschiede in der mittleren Zufriedenheit erkennen, dies lassen sich jedoch nicht statistisch absichern. Allerdings wird in Abbildung 100 deutlich, dass sich in einzelnen Diagnosegruppen nur sehr wenige Patienten finden. Aussagekräftige Ergebnisse sind hier nicht gegeben.

Diagnosegruppe	verbale 5er-Skala		
	Fallzahl	MW	SD
A00-B99 : infektiöse und parasitäre Krankheiten	14	76,8	18,7
C00-D48 : Neubildungen	56	81,4	15,2
E00-E90 : Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	5	76,4	16,3
F00-F99 : Psychische und Verhaltensstörungen	53	75,7	18,6
G00-G99 : Krankheiten des Nervensystems	131	76,9	16,3
H00-H59 : Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1	89,3	,0
I00-I99 : Krankheiten des Kreislaufsystems	292	80,2	15,1
J00-J99 : Krankheiten des Atmungssystems	50	80,1	16,4
K00-K93 : Krankheiten des Verdauungssystems	9	69,0	14,3
M00-M99 : Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	250	81,1	13,8
N00-N99 : Krankheiten des Urogenitalsystems	2	100,0	,0
Q00-Q99 : Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2	67,9	10,1
R00-R99 : Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	23	67,7	26,6
S00-T98 : Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	131	75,9	17,4
Z00-Z99 : Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1	100,0	,0

Abbildung 100: Pilotbefragung Rehabilitation – Hauptdiagnosegruppe und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Signifikante Unterschiede in der Patientenzufriedenheit lassen sich jedoch in Abhängigkeit von der **Reha-Art**/-Indikation bzw. dem **Reha-Bereich** feststellen. Interessant ist dieser Befund aufgrund der Tatsache, dass die Verteilung der Reha-Arten bzw. Reha-Bereiche in den Kliniken sehr unterschiedlich ist. In einigen Kliniken sind nur Fälle eines Reha-Bereiches vertreten, während in anderen Kliniken Rehabilitanden aus mehreren Reha-Bereichen behandelt werden (Abbildung 101). In Abbildung 102 wird deutlich, dass Patienten, die eine neurologische, geriatrische, internistische oder psychosomatische Rehabilitation absolvierten, niedrige Zufriedenheitswerte aufweisen. Im Verhältnis hohe Zufriedenheitswerte haben Patienten der onkologischen, pulmonalen, kardialen oder muskuloskelettalen Rehabilitation.

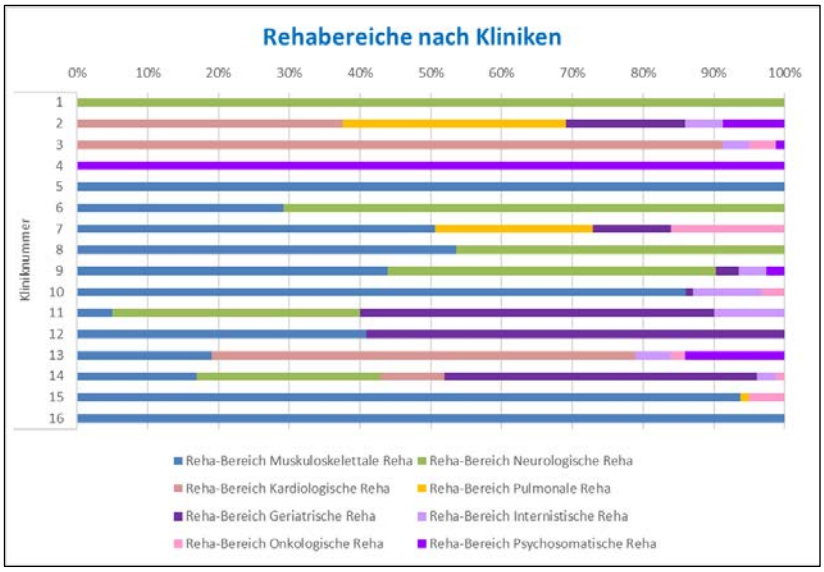


Abbildung 101: Pilotbefragung Rehabilitation – Verteilung Reha-Bereich nach Kliniken

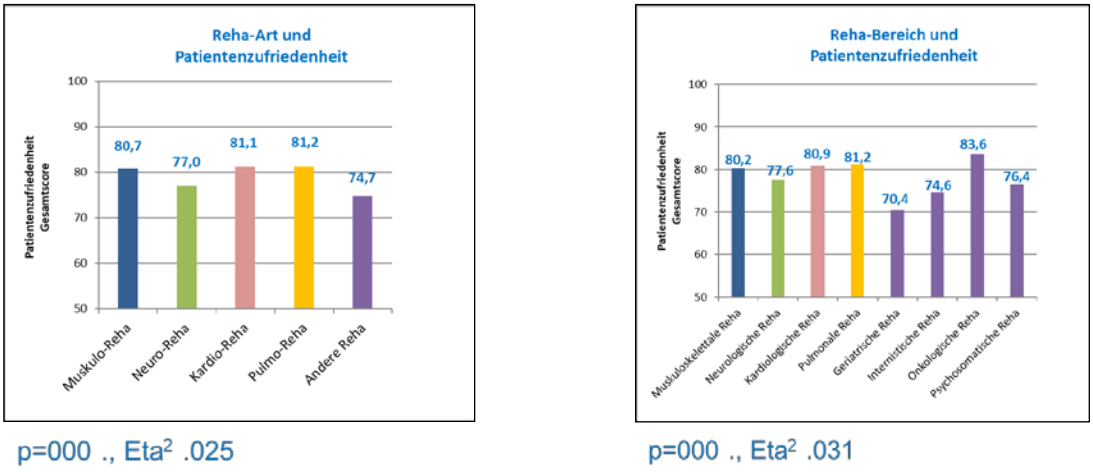


Abbildung 102: Pilotbefragung Rehabilitation – Reha-Art (links) und Reha-Bereich (rechts) und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Auch für den **subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand** zum Zeitpunkt der Befragung zeigt sich ein Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Der durchschnittliche Wert des subjektiven Gesundheitszustandes der Gesamtstichprobe lag bei 3,0 (SD=,81). Es zeigen sich signifikante Klinikunterschiede (p=.000) im subjektiven Gesundheitszustand der Patienten (vgl. Abbildung 103). Wie in der rechten Grafik der Abbildung 103 ersichtlich ist, besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der subjektiven Gesundheit und der Patientenzufriedenheit: Je besser die subjektive Gesundheit eingeschätzt wird, desto höher sind die Zufriedenheitswerte. Die Unterschiede sind statistisch signifikant und die Effektstärke entspricht einem „grossen Effekt" (η^2=.155).

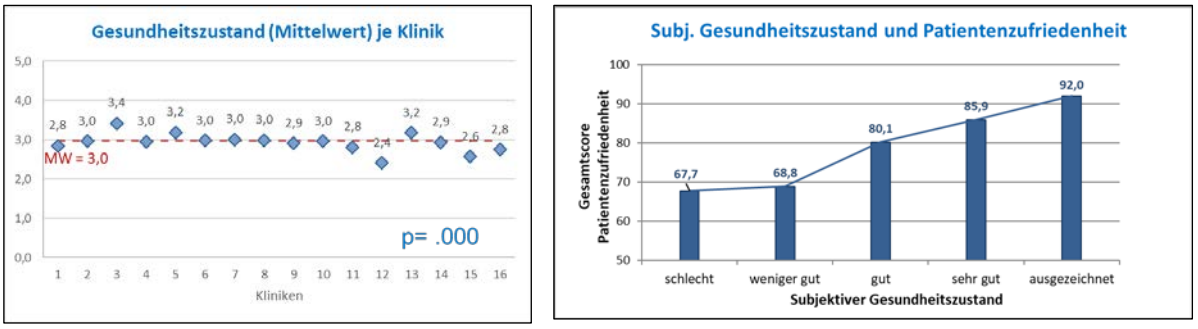


Abbildung 103: Pilotbefragung Rehabilitation - Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert) je Klinik (links) und Subjektiver Gesundheitszustand und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (rechts)

Auch hinsichtlich der **Aufenthaltsdauer** zeigen die Ergebnisse einen leichten Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit. Rund ein Drittel der Patienten bleibt zwischen 15 und 21 Tagen in der Reha (39,0%), ein knappes Viertel zwischen 22 und 28 Tagen (21,5%). Die übrigen Patienten haben einen Reha-Aufenthalt von weniger als 15 Tagen (15,4%) oder mehr als 28 Tagen (24,1%). Patienten mit einer mittleren Aufenthaltsdauer sind zufriedener als Patienten mit einer kurzen oder vergleichsweise langen Reha-Dauer (Abbildung 104).

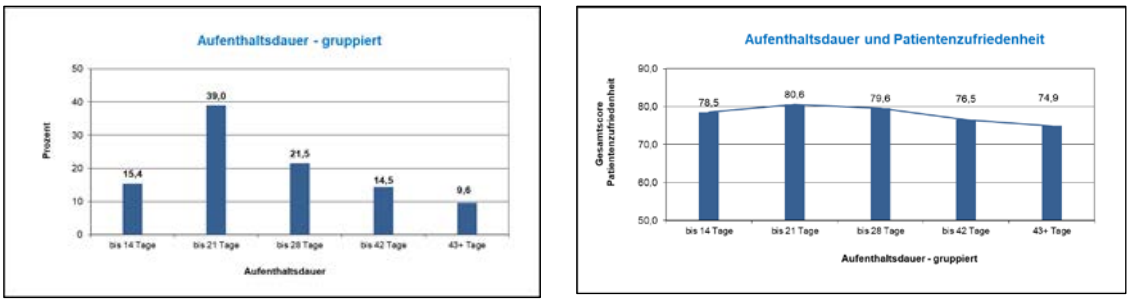


Abbildung 104: Pilotbefragung Rehabilitation – Verteilung Aufenthaltsdauer (links) und Aufenthaltsdauer und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (rechts)

Bezüglich des Einflusses der **Eintrittsart** (notfallmässig vs. geplant) zeigt sich, dass Patienten, die notfallmässig in die Rehabilitationsklinik aufgenommen werden, deutlich unzufriedener sind als planmässig verlegte Rehabilitanden. Allerdings wird in Abbildung 105 ebenfalls ersichtlich, dass die notfallmässige Aufnahme in nur 1,3% der Fälle von den Kliniken angegeben wurde. Nach Rücksprache mit den klinischen Kollegen handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um Kodierungsfehler, da eine Aufnahme in einer Rehabilitationsklinik in der Regel nur angemeldet erfolgt. Vielmehr sind dies vermutlich Patienten, die in Reha-Abteilungen behandelt wurden, die direkt an eine Akutklinik angeschlossen sind und

bei denen die Aufnahme in die Akutabteilung als Notfall erfolgte und bei denen dann die Codierung bei der Verlegung in die Reha-Abteilung in der BFS-Statistik bei dieser Variable nicht angepasst wurde.

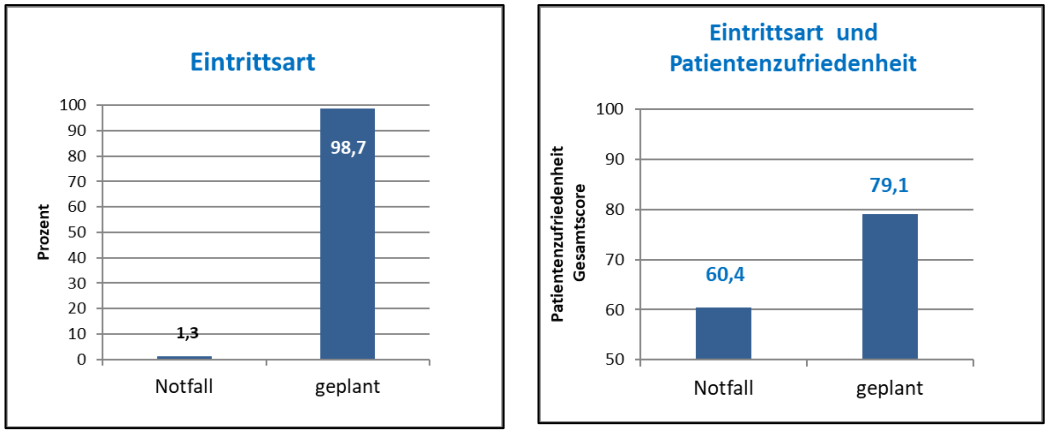


Abbildung 105: Pilotbefragung Rehabilitation - Eintrittsart und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)

Auch die Validität der Ergebnisse für das untersuchte Merkmal «**Einverständnis mit ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit**» ist fraglich. Hintergrund für die Aufnahme des Merkmals in die Pilotbefragung war die Annahme, dass Rehabilitanden die mit der ärztlichen Beurteilung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit nicht einverstanden sind, die Rehabilitation schlechter beurteilen. Ein Beispiel wäre ein Patient mit Rentenbegehren, dem eine volle Arbeitsfähigkeit vom Arzt attestiert wird.

Die Ergebnisse zu diesem Item deuten darauf hin, dass viele der antwortenden Rehabilitanden, die Frage nicht nur Richtung beruflicher Arbeitsfähigkeit sondern auch hinsichtlich jeglicher Form der Arbeitsfähigkeit (Hausarbeit, Gartenarbeit etc.) interpretiert haben könnten. Abbildung 106 veranschaulicht, dass nicht nur Patienten im erwerbsfähigen Alter, sondern auch über 200 Patienten, die älter als 65 Jahre sind und für die diese Frage eigentlich nicht vorgesehen war, mit «ja» oder «nein» geantwortet haben. Diese Patienten hätten eigentlich mit «nicht zutreffend, da ich keiner Erwerbstätigkeit (mehr) nachgehe» antworten müssen.

Es bleibt fraglich, wie die Patienten die Frage verstanden haben und was sie eigentlich beurteilen, wenn sie die Frage beantworten. Die Tatsache, dass in der Teilstichprobe der Unter-65-Jährigen auch nur ein Anteil von unter 6% angab, nicht mit der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einverstanden zu sein, legt aber auch nahe, dass dieses «Problem» eine eher nachgeordnete Bedeutung hat.

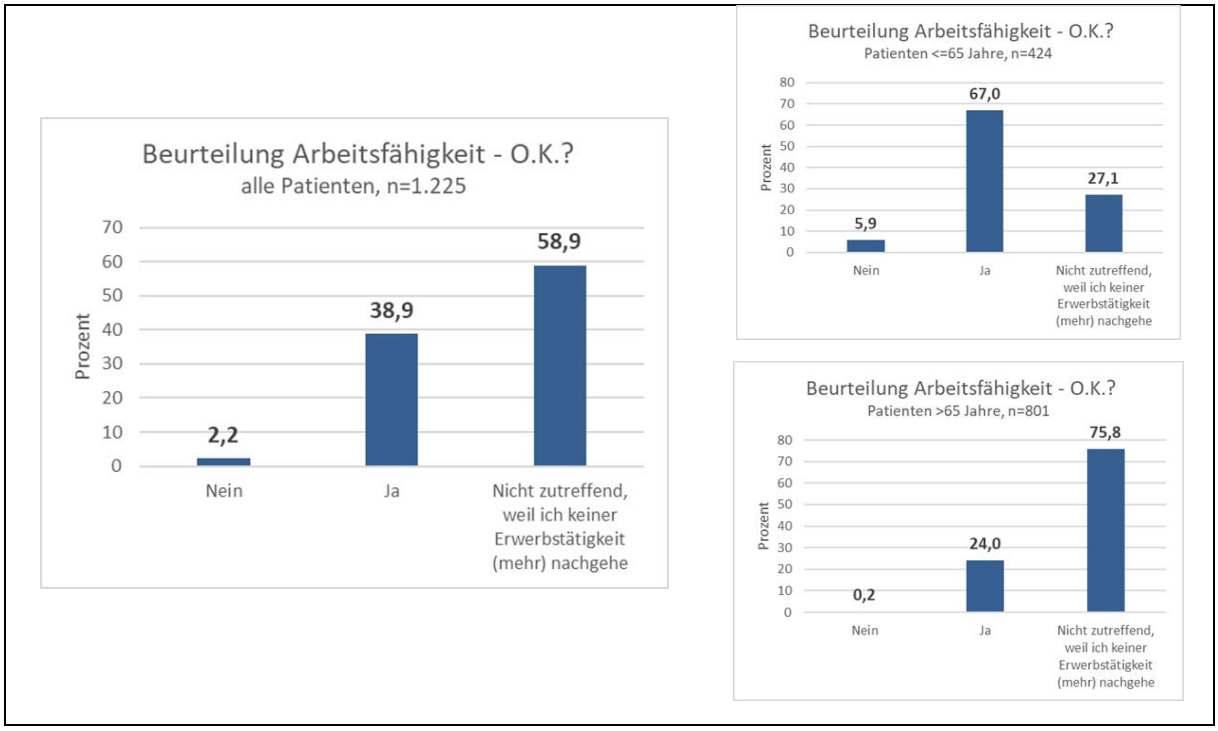


Abbildung 106: Pilotbefragung Rehabilitation - Verteilung Beurteilung Arbeitsfähigkeit gesamt (links) und stratifiziert für Patienten <=65 Jahre und >65 Jahre (rechts)

Aufgrund der beschrieben Probleme bei der Interpretierbarkeit der Ergebnisse zu den Merkmalen „Eintrittsart" und „Einverständnis mit ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit" und der vermutlich geringen Relevanz dieser Merkmale auf die mittlere Patientenzufriedenheit einer Klinikstichprobe, wurde entschieden diese Merkmale bei den weiteren Analysen zum Adjustierungsmodell nicht weiter zu berücksichtigen.

Für die weiteren geprüften Merkmale **Versicherungsstatus** (allgemein vs. halbprivat/privat) sowie **Zeitpunkt der Befragung** (Time-Lag-Effekt zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) sind nicht oder nur marginal mit der gemessenen Patientenzufriedenheit assoziiert. Es konnten für diese Merkmale **keine statistisch bedeutsamen Effekte** nachgewiesen werden. Diese Variablen wurden aus diesem Grund ebenfalls nicht in das abschliessend berechnete multifaktorielle Gesamtmodell zur Risikoadjustierung aufgenommen.

Berücksichtigt wurden im Gesamtmodell die Merkmale Geschlecht, Alter, Aufenthaltsort vor Eintritt und nach Austritt, Rehadauer, Subjektiver Gesundheitszustand sowie der Reha-Bereich. In Abbildung 107 sind die Ergebnisse der multifaktoriellen Analysen zum Einfluss der Confounder aufgeführt. Der subjektive Gesundheitszustand weist auch bei Kontrolle der übrigen Variablen einen signifikanten Einfluss auf, ebenfalls der Eintrittsort. Das Alter besitzt nach wie vor einen Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit, verfehlt jedoch in den vorliegenden Daten knapp die statistische Signifikanz (p=.066). Die Merkmale Austrittsort, Rehadauer und Reha-Bereich besitzen bei Kontrolle der übrigen Merkmale im Gesamtmodell keine weitere Erklärungskraft für die Patientenzufriedenheit.

Insgesamt zeigt sich auch, dass die Effekte der verschiedenen Confounder bis auf den subjektiven Gesundheitszustand sehr klein sind und nur einen geringen Beitrag zur aufgeklärten Varianz der Patientenzufriedenheit leisten.

Confounder	5er Skala verbal	
	p-Wert	Eta^2
Geschlecht	0,515	0,000
Alter	0,066	0,008
Eintrittsort	**0,042**	**0,007**
Austrittsort	0,215	0,002
Rehadauer	0,200	0,006
Subj. Gesundheitszustand	**0,000**	**0,157**
Rehabereich	0,533	0,006
Klinik	**0,186**	**0,021**

nicht im Gesamtmodell enthalten
Versicherungsstatus/-klasse
Diagnosegruppe ICD 10
Zeit zwischen Austritt und Versand
Eintrittsart
Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

Abbildung 107: Pilotbefragung Rehabilitation - Risikoadjustierung - Ergebnisse Gesamtmodell

Unterschiede im Outcome der Reha-Bereiche (vgl. Abbildung 102) lassen sich vor allem durch das Alter und den subjektiven Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung erklären. Diese beiden Merkmale unterscheiden sich signifikant zwischen den Reha-Bereichen. Patienten der geriatrischen Rehabilitation sind im Schnitt deutlich älter, psychosomatische Rehabilitanden deutlich jünger als die Patienten der übrigen Reha-Bereiche (Abbildung 108). Ältere und jüngere Patienten weisen eine tendenziell geringere Zufriedenheit auf als Patienten im mittleren Alter (Abbildung 96). Die Patienten der verschiedenen Reha-Bereiche unterschieden sich auch hinsichtlich ihres subjektiven Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Befragung. Über einen vergleichsweise schlechten subjektiven Gesundheitszustand berichten Patienten der psychosomatischen und geriatrischen Rehabilitation, kardiologische sowie onkologische und internistische Rehabilitanden beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich besser (Abbildung 109). Patienten mit einem besseren subjektiven Gesundheitszustand weisen auch höhere Werte in der Patientenzufriedenheit auf (Abbildung 103).

Die Unterschiede in der Patientenzufriedenheit in den einzelnen Reha-Bereichen sind somit vor allem durch die Unterschiede dieser Patientengruppen hinsichtlich ihres Alters und ihres subjektiven Gesundheitszustandes zu erklären. Durch die Kontrolle von Alter und subjektivem Gesundheitszustand, die je nach Reha-Bereich sehr unterschiedlich ausfallen, werden die Unterschiede im Outcome Patientenzufriedenheit hinreichend erklärt. Das Merkmal Reha-Bereich muss in der Risikoadjustierung aus diesem Grund nicht zusätzlich berücksichtigt werden.

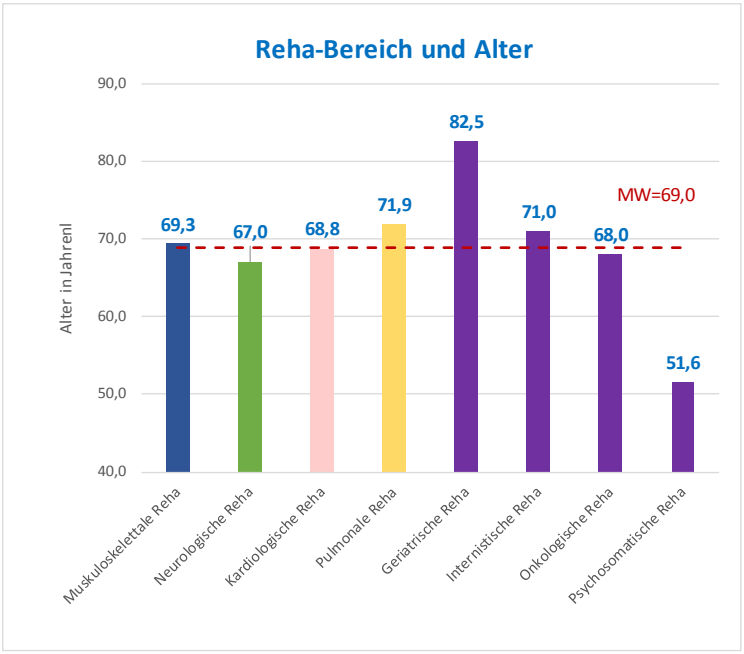


Abbildung 108: Pilotbefragung Rehabilitation – Zusammenhang Reha-Bereich und Alter

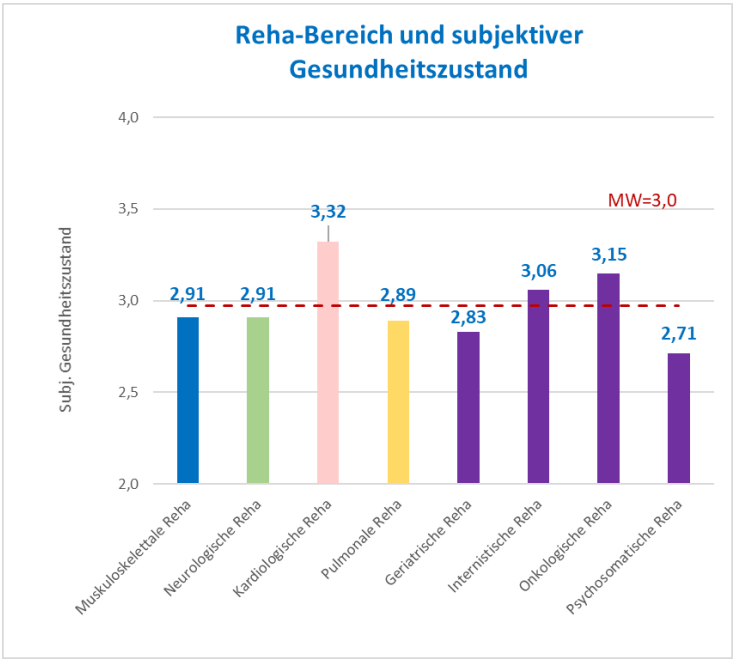


Abbildung 109: Pilotbefragung Rehabilitation – Zusammenhang Reha-Bereich und subjektiver Gesundheitszustand

Wird für die Merkmale Alter, Geschlecht, subjektiven Gesundheitszustand, Eintrittsort adjustiert, zeigen sich immer noch klinikspezifische Unterschiede in der Patientenzufriedenheit, die sich jedoch in der vorliegenden Stichprobe nicht statistisch absichern lassen (Abbildung 110).

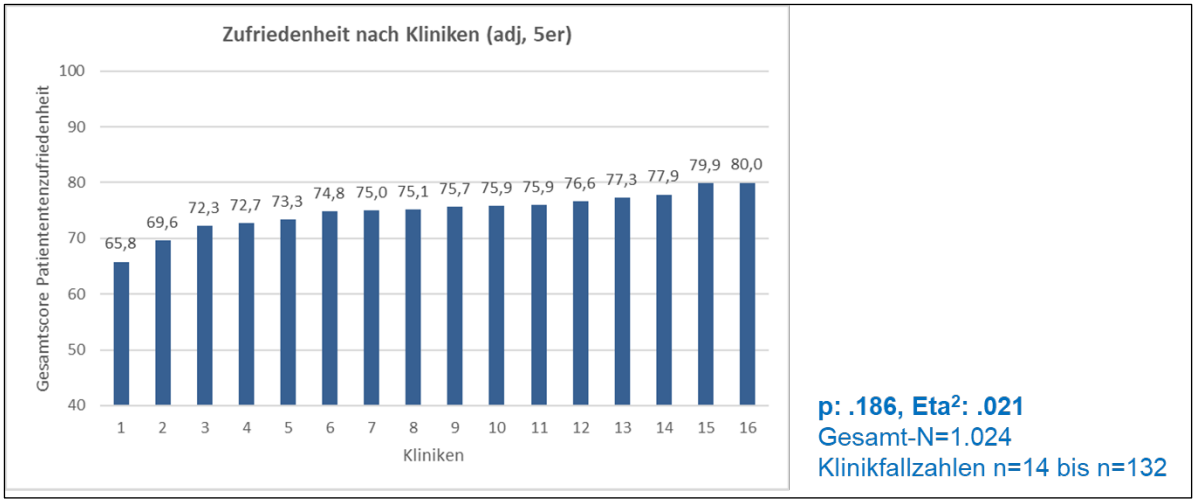


Abbildung 110: Pilotbefragung Rehabilitation- Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er-Skala, adjustiert

5. Zusammenfassung und Empfehlungen

Ziel der in diesem Bericht dargestellten Forschungsstudie war die Überprüfung der testtheoretischen Gütekriterien eines vom ANQ-Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit entwickelten neuen Kurzfragbogens zur Messung der Patientenzufriedenheit für die nationale Zufriedenheitsbefragung in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation. Die Studie sollte Antwort darauf geben, ob das neue Instrument für nationale Vergleiche der Patientenzufriedenheit geeignet ist (Fragestellung 1). Weiterhin sollte ermittelt werden, welche Antwortskala die beste Diskriminationsfähigkeit aufweist (Fragstellung 2). Hierzu wurde das Instrument in der 2. Phase des Projekts in einer quantitativen Pilotbefragung in allen drei Amtssprachen eingesetzt. Vor der quantitativen Testung des neuen Instruments wurde der Fragebogenentwurf auf der Basis von kognitiven Interviews mit Patienten in der 1. Phase des Projekts überarbeitet und eine finale Version des Fragebogenentwurfs erstellt. Es zeigte sich in dieser Phase, dass spezifische Anpassungen des Fragebogenentwurfs für die Bereiche Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation notwendig waren.

Als weitere Fragestellung des Projekts sollte ein geeignetes Risikoadjustierungsmodell für Klinikvergleiche entwickelt werden (Fragstellung 3). In diesem Zusammenhang wurden verschiedene personenbezogene Merkmale im Rahmen der Pilotbefragung (2. Projektphase) erhoben und ausgewertet.

Die Pilotbefragungen wurden in den Bereichen Akutsomatik und Psychiatrie im gleichen Design durchgeführt. Hier wurden die bereichsspezifischen Fragebogen in einem kontrollierten Design in drei verschiedenen Skalenversionen (verbale 5-stufige Skala, endverbalisierte 7-stufige und endverbalisierte 11-stufige Antwortskala)eingesetzt.. Zeitlich nachgeordnet wurde – aufbauend auf den Erfahrungen der Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie – der neue Fragebogen für den Fachbereich Rehabilitation überprüft, hier wurde nur ein Skalenformat (verbale 5er-Skala) getestet. Entsprechend konnten bei der Testung des Reha-Fragebogens auch nur die Fragestellungen 1 und 3 beantwortet werden. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse getrennt für die Fachbereiche berichtet und Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung und Auswertung der Patientenzufriedenheitsbefragung gegeben.

5.1. Zentrale Ergebnisse für die neue Patientenbefragung Akutsomatik

In der 1. Projektphase („Prä-Pilot“) wurden kognitive Interviews mit 15 akutsomatischen Patienten aus verschiedenen Fachabteilungen kurz vor ihrer Entlassung zur Verständlichkeit und Gestaltung des primären Fragebogenentwurfs durchgeführt. Die Ergebnisse der Interviews wurden mit dem ANQ-Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit diskutiert und hatten eine Anpassung des primären Entwurfs zur Folge. Die Anpassung bestand in der sprachlichen Überarbeitung einzelner Fragen und der Streichung der Frage zur Medikamentensicherheit. Der finale Fragebogenentwurf umfasste sechs Items, die vier Dimensionen der Patientenzufriedenheit erfassen (Behandlungsqualität, Information/Kommunikation, Medikation, Austrittsmanagement). Das Instrument wurde übersetzt und anschliessend in einem randomisierten Design in 13 akutsomatischen Projektkliniken in den drei Skalenformaten eingesetzt. Jede Klinik versendete die drei Fragebogenversionen in gleicher Anzahl an alle Patienten eines Entlassmonats. Ebenfalls übermittelten die Projektkliniken zentrale Variablen der personenbezogenen BFS-Statistik für die Studienteilnehmer (Aufnahme- und Entlassdatum, Hauptdiagnose, Eintrittsart, Aufenthaltsort nach

Entlassung). Weitere Merkmale wurden direkt auf dem Fragebogen erhoben (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, subjektiver Gesundheitszustand). Ebenfalls erfasst wurde das Versanddatum, zur Berechnung des Zeitraums zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens.

Insgesamt wurden in der Pilotbefragung Akutsomatik 9.460 Fragebögen versendet, wobei die drei Skalenversionen jeweils ein Drittel der versendeten Fragebögen umfassten. Bei einer Rücklaufquote von 36,4% umfasst die Analysestichprobe insgesamt 3.440 Patienten. Die drei Skalenversionen waren auch in der Analysestichprobe ca. jeweils zu einem Drittel vertreten. Auch die Sprachregionen konnten mit der Pilotbefragung ausreichend berücksichtigt werden.

Die verschiedenen Analysen belegen die Eignung des neuen Kurz-Fragebogens für eine nationale Zufriedenheitsbefragung (Fragstellung 1):

- Die Fragen werden von den Patienten verstanden und akzeptiert. Das konnte sowohl in den kognitiven Interviews als auch anhand geringer Item-Missing-Werte belegt werden.
- Die Konstruktion des Fragebogens ist empirisch belastbar. Die testtheoretische Überprüfung zeigt eine gute interne Konsistenz und Trennschärfe der Items in allen drei Skalenvarianten. Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigt für alle drei Skalenversionen eine gute Datenanpassung an das Gesamtkonstrukt Patientenzufriedenheit mit seinen vier gemessenen Dimensionen. Rasch-Modell-Analysen belegen, dass alle drei Skalen einen guten Itemfit aufweisen und die strengen Annahmen des Rasch-Modells erfüllt werden. Die Ergebnisse der Rasch-Modell-Analysen erlauben es zudem, die Skalen des Fragebogens als intervallskaliert zu betrachten; dies trifft auch auf die verbale 5er-Skala zu.
- Aufgrund der vorliegenden kleinen Effektstärken, d.h. marginaler Unterschiede hinsichtlich des Antwortverhaltens verschiedener Subgruppen, wird ein Differential Item Functioning (DIF) nicht angenommen. In den DIF-Analysen konnte nachgewiesen werden, dass die Items in allen drei Skalenversionen von verschiedenen Alters-, Geschlechts- sowie Sprachgruppen in ähnlicher Weise verstanden werden.
- Die Kliniken unterscheiden sich in den Ergebnissen signifikant voneinander. Dies betrifft sowohl die Ergebnisvergleiche der Einzelitems als auch die Ergebnisvergleiche des Gesamt-Scores.

Weiterhin zeigen die quantitativen Analysen, dass die verbale 5er-Skala hinsichtlich der Diskriminationsfähigkeit vergleichsweise die besten statistischen Ergebnisse liefert (Fragestellung 2):

- In den Analysen der Einzelitems zeigt die verbale 5er-Skala in den meisten Kennwerten die besten Werte und die stärkste Varianz der Ergebnisse.
- Der Gesamt-Score der verbalen 5er-Skala differenziert ebenfalls am besten über den gesamten Bereich aller möglichen Merkmalsausprägungen zwischen den Befragten.
- Die verbale 5er-Skala ist am besten geeignet, signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken abzubilden. Wird für relevante Confounder adjustiert (s.u.), kann nur noch mit der verbalen 5er-Skala ein signifikanter Klinikunterschied der Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden.

Die Überprüfung eines Sets von Variablen für die Risikoadjustierung ermittelte für einige Merkmale einen signifikanten Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit (Fragestellung 3):

- Als signifikante Confounder erwiesen sich sowohl in unifaktoriellen als auch multifaktoriellen Analysen das Alter, die Eintrittsart (Notfall vs. geplant), der Aufenthaltsort nach Austritt (zu Hause vs. anderer Ort) und der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung. Die stärksten Effekte auf die berichtete Patientenzufriedenheit weist dabei der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung auf.
- Die Merkmale Versichertenstatus (allgemein vs. halbprivat/privat), Hauptdiagnose (gruppiert nach ICD-10-Hauptkapitel), Verweildauer in Tagen, Zeitpunkt der Befragung (Time-Lag-Effekt zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) erwiesen sich in den unifaktoriellen Analysen als nicht relevant. Sie waren nicht oder nur marginal mit der berichteten Patientenzufriedenheit assoziiert.
- Für das Merkmal Geschlecht und die Interaktion Alter * Geschlecht wurde in den uni- und multifaktoriellen Analysen kein Einfluss auf die Patientenzufriedenheit nachgewiesen. Dennoch ist es üblich, das Merkmal Geschlecht in Modellen zur Risikoadjustierung stets zu berücksichtigen.

Empfehlungen der Charité für die zukünftige Gestaltung und Auswertung der Patientenzufriedenheitsbefragung Akutsomatik:

- Das neue Fragenset Akutsomatik kann ohne weitere Überarbeitung in den drei Sprachversionen eingesetzt werden.
- Da die verbale 5er-Skala insgesamt die besten Testwerte aufweist und am besten zwischen den Kliniken differenzieren kann, sollte dieses Skalenformat zukünftig verwendet werden.
- Der Zeitpunkt der Befragung ist in einem Zeitfenster von 2 bis 6 Wochen nach der Entlassung möglich.
- Für die Klinikvergleiche wird die Bildung eines Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit (Summenscore aus den ersten 5 Items) empfohlen. Die Ergebnisse der Einzelitems können ebenfalls im Klinikvergleich berichtet werden.
- Sowohl der Summenwert als auch die Itemwerte können als intervallskaliertes Mass der Patientenzufriedenheit verwendet werden. Die üblicherweise verwendeten Kennwerte und Verteilungsmasse (Mittelwert, Standardabweichung, Konfidenzintervall) können dargelegt werden. Die Darstellung der klinikspezifischen Mittelwerte in Funnel-Plots oder Fehlerbalkendiagrammen ist ebenfalls möglich.
- Eine Risikoadjustierung wird für die Variablen Alter, Geschlecht, Interaktion Alter * Geschlecht, Eintrittsart, Aufenthaltsort nach Austritt und subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung empfohlen.
- Die Adjustierungsvariablen können direkt vom Patienten erfragt werden und auf dem Erhebungsformular Patientenzufriedenheit integriert werden. Eine Übermittlung einzelner Variablen der personenbezogenen BFS-Statistik durch die Spitäler ist nicht erforderlich.

Der QA-PatZu stimmt in seinen Sitzungen am 06.07.2016 und 09.02.2017 den Empfehlungen der Charité mit Ausnahme der Erfassung der Eintrittsart als Adjustierungsvariable zu. Hier wäre der Erhebungsaufwand im Verhältnis zum Erkenntnisgewinn zu gross, da diese Adjustierungsvariable als einzige klinikseitig hätte erhoben werden müssen. Die übrigen empfohlenen Adjustierungsvariablen wurden in den Fragebogen integriert und die finale Version des ANQ-Kurzfragebogens Akut V2.0 gelayoutet, vgl. Anhang Abbildung 115.

5.2. Zentrale Ergebnisse für die Patientenbefragung Psychiatrie

Analog zum Vorgehen in der Akutsomatik wurden für die Pilotbefragung Psychiatrie wurden in der 1. Projektphase („Prä-Pilot") kognitive Interviews mit 13 psychiatrischen Patienten kurz vor ihrer Entlassung zur Verständlichkeit und zum Layout des primären Fragebogenentwurfs durchgeführt. Hierbei wurden darauf geachtet, dass die Befragten ein breites psychiatrisches Diagnosespektrum abdeckten. Die Resultate der Interviews wurden mit dem ANQ-Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit diskutiert und hatten auch hier eine Anpassung des primären Entwurfs zur Folge. Die Modifikation des Fragebogens für die Psychiatrie beinhaltete neben der sprachlichen Überarbeitung einzelner Items die Streichung der Frage zur Medikamentensicherheit und der Frage zur Dauer des Aufenthaltes. Das Item zur Organisation des Austritts wurde ebenfalls modifiziert und zielt nun stärker auf die passgerechte Vorbereitung der Entlassung hinsichtlich des persönlichen Bedarfs des Patienten ab. Aufgrund der Ergebnisse der kognitiven Interviews und anschliessender Literaturrecherche wurde zusätzlich zum bestehenden Fragenset die Dimension „Partizipation Therapieplanung" in den Fragebogen für die Patientenzufriedenheitsbefragung in der Psychiatrie aufgenommen. Der finale Fragebogenentwurf umfasste sechs Items, die fünf Dimensionen der Patientenzufriedenheit erfassen (Behandlungsqualität, Information/Kommunikation, Medikation, Partizipation Therapieplanung, Austrittsmanagement). Das Messinstrument wurde übersetzt und anschliessend in einem randomisierten Design in 13 psychiatrischen Projektkliniken in den drei Skalenformaten eingesetzt. Weiterhin übermittelten die Projektkliniken zentrale Variablen der personenbezogenen BFS-Statistik für die Studienteilnehmer (Aufnahme- und Entlassdatum, Hauptdiagnose, Eintrittsart 1 (geplant vs. notfallmässig) und Eintrittsart 2 (freiwillig vs. Auflage). Weitere Merkmale wurden direkt auf dem Fragebogen erhoben (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, subjektiver Gesundheitszustand, Ausfülldatum). Ebenfalls erfasst wurde das Versanddatum, zur Berechnung des Zeitraums zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens.

Für die psychiatrische Pilotbefragung wurden insgesamt 3.424 Fragebögen versendet. Bei einer geringen Rücklaufquote von 20.5% umfasst die Analysestichprobe insgesamt nur 703 Patienten. Die drei Skalenversionen sind in der Analysestichprobe in etwa zu je einem Drittel vorhanden. Damit ist die Basis für belastbare Aussagen zu den testtheoretischen Eigenschaften der drei Skalenformate vorhanden. Die drei Sprachregionen sind – wie auch in der Akutsomatik – unterschiedlich stark vertreten. Insbesondere das Tessin ist mit einer Fallzahl von n=60 in der Analysestichprobe Psychiatrie nur sehr gering vertreten. Ferner liegen aus den Tessiner Kliniken keine Fragebögen der verbalen 5er-Skala vor, insofern konnte diese Skala nur für die französische und deutsche Sprachregion ausgewertet werden.

Insgesamt ist die erreichte Fallzahl der Pilotbefragung Psychiatrie als ausreichend für die Analysen der drei Skalenformate zu bewerten. Statistisch belastbare Aussagen hinsichtlich der Eignung für die drei Sprachregionen sind aufgrund der geringen Rückläufe – insbesondere aus dem Tessin – nur sehr eingeschränkt möglich. Auch die Ergebnisse zu Klinikvergleichen und zum Einfluss bestimmter Confounder auf die Patientenzufriedenheit sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Datenbasis in Abhängigkeit von der Ausprägung der Merkmale und der damit verbundenen teilweise sehr geringen Zellenbesetzung je Merkmal als nicht ausreichend zu bewerten ist, um statistisch belastbare Aussagen treffen zu können.

Verschiedene Analysen belegen die Eignung des neuen Kurz-Fragebogens für eine nationale Zufriedenheitsbefragung (Fragstellung 1):

- Die Items des Messinstrumentes werden von den Patienten verstanden und akzeptiert. Das konnte sowohl in den kognitiven Interviews als auch anhand geringer Item-Missing-Werte belegt werden.
- Die Konstruktion des Fragebogens ist empirisch belastbar. Die testtheoretische Überprüfung zeigt eine gute interne Konsistenz und Trennschärfe der Items in allen drei Skalenvarianten. Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigt für alle drei Skalenversionen eine gute Datenanpassung an das Gesamtkonstrukt Patientenzufriedenheit mit seinen fünf gemessenen Dimensionen. Die Rasch-Modell-Analysen belegen, dass alle drei Skalen einen guten Itemfit aufweisen und die strengen Annahmen des Rasch-Modells erfüllt werden. Die Ergebnisse der Rasch-Modell-Analysen erlauben es zudem, die Skalen des Fragebogens als intervallskaliert zu betrachten.
- Die klinikspezifischen Ergebnisse unterscheiden sich sowohl im Gesamt-Score Patientenzufriedenheit als auch bei den Einzel-Items zum Teil sehr stark voneinander. Allerdings sind die Ergebnisse zu den klinikspezifischen Ergebnissen in der vorliegenden Stichprobe aufgrund der geringen Datenbasis je Klinik/Skala nicht statistisch abzusichern.

Weiterhin zeigen die quantitativen Analysen, dass alle drei Skalen hinsichtlich der Diskriminationsfähigkeit vergleichbare Ergebnisse liefern. Es kann keine klare Überlegenheit für eines der drei Skalenformate gezeigt werden (Fragestellung 2):

- Die Ergebnisse der Itemanalyse und des Gesamt-Scores ergeben für alle drei Skalenformate gute und im Vergleich zur Akutsomatik günstigere testtheoretische Kennwerte.
- Alle drei Skalen differenzieren bei nahezu allen Items stärker als in der Akutsomatik über den Wertebereich der Merkmalsausprägungen. Generell wird in der Pilotbefragung Psychiatrie das Antwortspektrum der Zufriedenheitsfragen stärker ausgeschöpft. Es zeigen sich mittlere bis hohe Mittelwerte und für eine Patientenzufriedenheitsbefragung vergleichsweise geringe Deckeneffekte.
- Analog kann auch bei den Klinikvergleichen kein Skalenformat als „besser geeignet" definiert werden.

Die Überprüfung eines Sets von Variablen für die Risikoadjustierung ermittelte für einige Merkmale Zusammenhänge mit der Patientenzufriedenheit. (Fragestellung 3):

- Analyseergebnisse zu den potentiellen Confoundern des Risikoadjustierungsmodells sind aufgrund der sehr geringen Datenbasis als Trends zu verstehen. Um die Befunde abzusichern müssten sie an einer grösseren Stichprobe verifiziert werden.
- Ein Einfluss auf die Patientenzufriedenheit konnte für den subjektiven Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung auch für die Psychiatrie bestätigt werden. Auch für die Eintrittsart 2 (freiwillig vs. Auflage) wurde ein Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit festgestellt.
  Einfluss der Verweildauer auf die Patientenzufriedenheit, hier sind die Ergebnisse nicht einheitlich bzw. ist hier aufgrund der geringen Fallzahlen und der Vielzahl an Merkmalskategorien keine eindeutige Aussage zu treffen.

- Für die Merkmale Alter, Geschlecht, Eintrittsart 1 (notfallmässig vs. geplant), psychiatrische Diagnosegruppe, Versicherungsstatus und der Zeitpunkt der Befragung (zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) liess sich kein Effekt auf die Patientenzufriedenheit nachweisen.

Empfehlungen der Charité für die zukünftige Gestaltung und Auswertung der Patientenzufriedenheitsbefragung Psychiatrie:

- Das neue Fragenset Psychiatrie kann ohne weitere Überarbeitung in den drei Sprachversionen eingesetzt werden.
- Als Skalenformat sollte auch in der Psychiatrie die verbale 5er-Skalierung gewählt werden. Da sich diese Skala in der Akutsomatik bei einer guten Datenlage als am besten geeignete Skala zeigte und aufgrund der deutlich kleineren Psychiatrie-Stichprobe keine klare Präferenz für eines der drei Skalenformate ermittelt werden konnte, ist diese Lösung hinsichtlich einer möglichst einheitlichen Gestaltung der ANQ-Patientenzufriedenheitsbefragung in den verschiedenen Fachbereichen sinnvoll und auch wissenschaftlich vertretbar.
- Für die Klinikvergleiche wird die Bildung eines Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit (Summenscore aus den ersten 6 Items) empfohlen. Die Ergebnisse der Einzelitems können ebenfalls im Klinikvergleich berichtet werden.
- Sowohl der Summenwert als auch die Itemwerte können als intervallskaliertes Mass der Patientenzufriedenheit verwendet werden. Die üblicherweise verwendeten Kennwerte und Verteilungsmasse (Mittelwert, Standardabweichung, Konfidenzintervall) können dargelegt werden. Die Darstellung der klinikspezifischen Mittelwerte in Funnel-Plots oder Fehlerbalkendiagrammen ist ebenfalls möglich.
- Der Erhebungszeitraum sollte mindestens zwei Monate umfassen.
- Der Zeitpunkt der Befragung ist in einem Zeitfenster von 2 bis 6 Wochen nach der Entlassung möglich.
- Möglichst nochmalige Überprüfung der Adjustierungsvariablen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Patientenzufriedenheit im Rahmen der 1. regulären Befragung. Dies würde jedoch bedeuten, dass die personenbezogene BFS-Statistik von den Spitälern zur Verfügung gestellt werden müsste und die Patientenfragebögen mit einer Set-Nummer versehen werden, damit die Falldaten für die Analysen verknüpft werden können.

Entscheide des QA-PatZu zur zukünftigen Ausgestaltung der Patientenzufriedenheitsbefragung Psychiatrie, Sitzungen vom 21.11.2016 und 09.02.2017:

- Der Einsatz der 5er Skala wird befürwortet.
- Der Erhebungszeitraum der 1. regulären Befragung im Herbst 2017 wird auf drei Monate festgelegt
- Es sollen keine personenbezogenen Variablen der BFS-Statistik zur Überprüfung des Adjustierungsmodells in der 1. regulären Befragung Psychiatrie erhoben werden. Dies ist mit einem erheblichen Aufwand für die Kliniken verbunden, der Erkenntnisgewinn bzw. die Einflüsse auf die Klinikvergleiche vermutlich gering. Auch das Merkmal Eintrittsart 2 (freiwillig vs. Auflage) wird nicht nochmalig erhoben und überprüft. Eine schriftliche Abfrage dieses Merkmals beim Patienten ist aus Sicht der Experten nicht möglich. Es wird festgelegt, die Merkmale, die in der Pilotbefragung patientenseitig erhoben wurden (Alter, Geschlecht. Versichertenklasse, subjektiver

Gesundheitszustand) auch in der 1. regulären Befragung zu erheben und nochmals hinsichtlich ihrer Relevanz als potentielle Confounder zu prüfen.

Insofern entspricht der Fragebogen für die 1. reguläre Patientenzufriedenheitsbefragung Psychiatrie der Fragebogenversion (5er-Skalierung), die in der Pilotbefragung eingesetzt wurde (vgl. Abbildung 118).

5.3. Zentrale Ergebnisse für die neue Patientenbefragung Rehabilitation

In der 1. Projektphase („Prä-Pilot") wurde theorie- und expertenbasiert eine Anpassung des Fragebogens vorgenommen, der anschliessend in einem qualitativen Pretest getestet wurde. Hierzu wurden 37 kognitive Interviews mit Rehabilitanden geführt. Die Resultate der Interviews wurden mit den zuständigen Personen des HETS-FR und den verschiedenen Interviewer (der jeweiligen Sprachkompetenz) sowie der Geschäftsstelle des ANQ diskutiert und hatten auch hier eine Anpassung des ersten Entwurfs zur Folge.

Der finale Fragebogenentwurf für die Rehabilitation enthält ebenso wie die Versionen der Akutsomatik und Psychiatrie die Dimensionen „Behandlungsqualität", „Information/Kommunikation" und „Austrittsmanagement". Die Dimension „Medikation" wurde komplett gestrichen, da diese Dimension für die Rehabilitation als weniger bedeutsam eingeschätzt wurde. Als weitere Dimensionen wurden in den Rehabilitationsfragebogen die Dimensionen „Partizipation" und „Therapeutisches Angebot" aufgenommen.

Die Modifikation des Fragebogens für die Rehabilitation in der Vorbereitungsphase beinhaltete neben der sprachlichen Überarbeitung einzelner Items auch die Streichung der Frage zur Möglichkeit Fragen zu stellen und der Frage zur Dauer des Aufenthaltes. Ergänzt wurde dafür in der Dimension Information/Kommunikation eine Frage die erfasst, ob der Patient zu Reha-Beginn über Ziele und Ablauf der Rehabilitation informiert wurde. Die Fragen in der Dimension Austrittsmanagement wurden ebenfalls modifiziert. Es wurden in der Pilotbefragung zwei Items erfasst, die sowohl organisatorische Aspekte als auch Empfehlungen / Information für die Zeit nach der Rehabilitation beinhalten. Ebenfalls wurde der Aspekt „Angehörige" im Zusammenhang mit dem Austrittsmanagement berücksichtigt.

Der finale Fragebogenentwurf für die Pilotbefragung Rehabilitation umfasste sieben Items, die fünf Dimensionen der Patientenzufriedenheit erfassen (Behandlungsqualität, Information/Kommunikation, Partizipation, Therapeutisches Angebot, Austrittsmanagement). In der Pilotbefragung wurde der Fragebogen in 16 Rehabilitationskliniken eingesetzt. Im Gegensatz zu den Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie wurde hier nur ein Skalenformat versendet. Aufgrund der Vorerfahrungen aus der Psychiatrie wurde ansonsten befürchtet eine sehr geringe Datenbasis zu erreichen. Da sich in der Pilotbefragung Akutsomatik die verbale 5er-Skalierung als am besten geeignet erwies und auch für die Psychiatrie diese Skala für die zukünftigen Befragungen gewählt wurde, wurde in der Pilotbefragung nur die verbale 5er-Skala eingesetzt.

Für die Überprüfung geeigneter Variablen für ein Adjustierungsmodell übermittelten die Projektkliniken zentrale Variablen der personenbezogenen BFS-Statistik für die Studienteilnehmer (Aufnahme- und Entlassdatum, Hauptdiagnose, Eintrittsart (geplant vs. notfallmässig) Aufenthaltsort vor Eintritt und nach Austritt. Ebenfalls wurde von den Reha-Kliniken die Angabe zur Reha-Art/-indikation und zum Reha-Bereich, dem der Patient zuzuordnen ist, übermittelt. Weitere Merkmale wurden direkt auf dem Fragebogen erhoben (Alter, Geschlecht, Versichertenstatus, subjektiver Gesundheitszustand, Einverständnis

mit ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, Ausfülldatum). Ebenfalls erfasst wurde das Versanddatum, zur Berechnung des Zeitraums zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens.

Für die Pilotbefragung in der Rehabilitation wurden insgesamt 2.769 Fragebögen in der verbalen 5er-Skalierung versendet. Bei einer Rücklaufquote von 47,9% umfasst die Analysestichprobe insgesamt 1.326 Patienten. Die drei Sprachregionen sind unterschiedlich stark vertreten, die Fallzahlen der Sprachregionen sind jedoch für die durchzuführenden Analysen ausreichend. Insgesamt ist die erreichte Fallzahl in der Pilotbefragung Rehabilitation für die verwendete verbale 5er-Skala als sehr gut zu bewerten. Statistisch belastbare Aussagen zur Eignung des verwendeten Fragebogens sind ebenso möglich wie Aussagen zu Klinikvergleichen und zum Einfluss möglicher Confounder.

Die verschiedenen Analysen belegen die Eignung des neuen Kurz-Fragebogens für eine nationale Zufriedenheitsbefragung Rehabilitation (Fragstellung 1):

- Die Fragen werden von den Patienten verstanden und akzeptiert. Das konnte sowohl in den kognitiven Interviews als auch anhand geringer Item-Missing-Werte belegt werden.
- Die Konstruktion des Fragebogens ist empirisch belastbar. Die testtheoretische Überprüfung zeigt eine gute interne Konsistenz und Trennschärfe der Items. Die konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigt eine gute Datenanpassung an das Gesamtkonstrukt Patientenzufriedenheit mit seinen fünf gemessenen Dimensionen. Rasch-Modell-Analysen belegen, dass der neue ANQ-Kurzfragebogen Rehabilitation einen guten Itemfit aufweist und die strengen Annahmen des Rasch-Modells erfüllt werden. Die Ergebnisse der Rasch-Modell-Analysen erlauben es zudem, die verbale 5er-Skala des Fragebogens als intervallskaliert zu betrachten.
- Ein differierendes Antwortverhalten verschiedener Subgruppen (Differential Item Functioning (DIF) wird aufgrund der vorliegenden kleinen Effektstärken, d.h. marginaler Unterschiede im subgruppenspezifischen Antwortverhalten nicht angenommen. In den DIF-Analysen konnte nachgewiesen werden, dass die Items in allen drei Skalenversionen von verschiedenen Alters-, Geschlechts- sowie Sprachgruppen in ähnlicher Weise verstanden werden.
- Die Kliniken unterscheiden sich in den Ergebnissen (Rohwerten) signifikant voneinander. Dies betrifft sowohl die Ergebnisvergleiche der Einzelitems als auch die Ergebnisvergleiche des Gesamt-Scores.
- Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Konstruktion der neuen Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit empirisch belastbar ist und in ähnlicher Weise über den Bereich der Merkmalsausprägungen differenziert (Gesamt-Score) wie der Fragebogen in der Akutsomatik und Psychiatrie**.**

Die Überprüfung eines Sets von Variablen für die Risikoadjustierung ermittelte für einige Merkmale einen signifikanten Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit (Fragestellung 3):

- Als signifikante Confounder erwiesen sich sowohl in unifaktoriellen als auch multifaktoriellen Analysen der Eintrittsort und der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung. Das Alter besitzt einen Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit, verfehlt jedoch in den vorliegenden Daten knapp die statistische Signifikanz. Den stärksten Effekt auf die berichtete Patientenzufriedenheit weist – wie auch in der Akutsomatik und Psychiatrie - der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung auf.

- Die Merkmale Versichertenstatus (allgemein vs. halbprivat/privat), Hauptdiagnose (gruppiert nach ICD-10-Hauptkapitel), Verweildauer in Tagen, Zeitpunkt der Befragung (Time-Lag-Effekt zwischen 2-6 Wochen nach Entlassung) erwiesen sich in den unifaktoriellen Analysen als nicht relevant. Sie waren nicht oder nur marginal mit der berichteten Patientenzufriedenheit assoziiert. Das Merkmal Reha-Art bzw. Reha-Bereich zeigte bei gleichzeitiger Kontrolle andere Merkmale im multifaktoriellen Modell keinen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit.
- Die Angabe zum Einverständnis mit der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung wurden aufgrund mangelnder Validität nicht in die Analysen eingeschlossen, ebenfalls wurde die Eintrittsart (Notfall vs. geplant) nicht eingeschlossen, da unklar ist, was sich hinter diesem Merkmal „verbirgt". Es werden hier Kodierungsfehler für diese Angabe vermutet, da notfallmässige Aufnahmen in eine Rehabilitationsklinik nicht üblich sind.
- Für das Merkmal Geschlecht wurde in den uni- und multifaktoriellen Analysen kein Einfluss auf die Patientenzufriedenheit nachgewiesen. Dennoch ist es üblich, das Merkmal Geschlecht in Modellen zur Risikoadjustierung stets zu berücksichtigen.
- Wird für Alter, Geschlecht, Eintrittsort und subjektive Gesundheitseinschätzung adjustiert, lassen sich in der vorliegenden Stichprobe keine signifikanten Klinikunterschiede absichern.

Empfehlungen der Charité für die zukünftige Gestaltung und Auswertung der Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation:

- Das neue Fragenset Rehabilitation kann ohne weitere Überarbeitung in den drei Sprachversionen in der verbalen 5er-Skala eingesetzt werden. Es ist zu diskutieren, ob tatsächlich 2 Fragen zum Thema Austrittsmanagement erhoben werden müssen (Item 6: Information zum Austritt, Item 7: Organisation des Austritts), da sich die Ergebnisse dieser beiden Items kaum unterschieden und kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn bei der Erhebung beider Items besteht.
- Für die Klinikvergleiche wird die Bildung eines Gesamt-Scores Patientenzufriedenheit (Summenscore aus den ersten 7 Items) empfohlen. Die Ergebnisse der Einzelitems können ebenfalls im Klinikvergleich berichtet werden.
- Sowohl der Summenwert als auch die Itemwerte können als intervallskaliertes Mass der Patientenzufriedenheit verwendet werden. Die üblicherweise verwendeten Kennwerte und Verteilungsmasse (Mittelwert, Standardabweichung, Konfidenzintervall) können dargelegt werden. Die Darstellung der klinikspezifischen Mittelwerte in Funnel-Plots oder Fehlerbalkendiagrammen ist ebenfalls möglich.
- Der Erhebungszeitraum sollte mindestens zwei Monate umfassen.
- Der Zeitpunkt der Befragung ist in einem Zeitfenster von 2 bis 6 Wochen nach der Entlassung möglich.
- Eine Risikoadjustierung wird für die Variablen Alter, Geschlecht und subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung empfohlen. Der zusätzliche Einbezug des Merkmals Aufenthaltsort vor Eintritt in die Risikoadjustierung und ggf. die Prüfung weiterer Merkmale sollte diskutiert werden. In diesem Zusammenhang sollte auch diskutiert werden, ob der mögliche Confounder «Einverständnis mit ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit» nochmals mit einer eindeutigeren Formulierung erhoben und hinsichtlich seiner Relevanz für die Patientenzufriedenheit geprüft wird.

- Die Adjustierungsvariablen können direkt vom Patienten erfragt werden und auf dem Erhebungsformular Patientenzufriedenheit integriert werden. Eine Übermittlung einzelner Variablen der personenbezogenen BFS-Statistik oder weiterer Merkmale (z.B. Reha-Bereich) durch die Spitäler ist nicht erforderlich.

Entscheide des QA-PatZu zur zukünftigen Ausgestaltung der Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation, Sitzung vom 15.01.2018:

- Die Dimension Austrittsmanagement wird nur noch mit dem Item «Organisation des Austritts» erfasst, das Item 6 «Information zum Austritt» wird gestrichen. Nach Ansicht des QA PatZu wird der Aspekt «Information» inhaltlich bereits über Frage 3 und 7 ausreichend abgedeckt. Der neue ANQ-Kurzfragebogen Rehabilitation wird demnach für die Routinebefragung 6 Items zur Messung der Patientenzufriedenheit umfassen.
- Es sollen keine personenbezogenen Variablen der BFS-Statistik oder weitere Merkmale aus der Klinik-Dokumentation zur Adjustierung erhoben werden. In das finale Adjustierungsmodell werden die Merkmale Alter, Geschlecht und subjektiver Gesundheitszustand aufgenommen. Diese Variablen sollen vom Patienten erfragt und auf dem Fragebogenformular integriert werden. Auf die Erhebung der Variable Aufenthaltsort vor Eintritt wird verzichtet.
- Die Variable zur Arbeitsfähigkeit (Merkmal für die Risikoadjustierung) soll aufgrund der kleinen Fallzahlen betroffener Patienten und vermutlich missverständlicher Interpretation nicht weiter berücksichtigt und die Frage aus dem Fragebogen genommen werden. Für eine genauere Abklärung dieser Thematik wird der Aufwand als zu gross angesehen.

Im Anschluss an die Sitzung des ANQ PatZu vom 15.01.2018 wurde die finale Version des ANQ-Kurzfragebogens Rehabilitation V2.0 gelayoutet, vgl. Anhang Abbildung 120.

Literaturverzeichnis

ANQ. (2014). Überprüfung ANQ-Messplan auf Vollständigkeit und Relevanz. Kurzfassung zum 2. Teil des Forschungsberichts des ISGF inkl. Identifikation von Handlungsoptionen. Bern.

ANQ, & HCRI. (2013). Nationale Patientenbefragung - Nationaler Vergleichsbericht Messung 2012. Bern.

ANQ, & HCRI. (2016a). Nationale Patientenbefragung Akutsomatik Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015. Bern.

ANQ, & HCRI. (2016b). Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation - Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015. Bern.

Bleich, S. N., Özaltin, E., & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization, 87*(4), 271-278.

Bond, T., & Fox, C. M. (2015). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*: Routledge.

Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.(SF-36)-Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion*. Göttingen: Hogrefe.

Cathieni, F. S., F.; Mayer, M.; Carron, T.; Peytremann Bridevaux, I. (2016). *Traduction en français et en italien du questionnaire ANQ soins somatiques aigus adultes, version 2015*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Covinsky, K. E., Rosenthal, G. E., Chren, M. M., Justice, A. C., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, C. S. (1998). The relation between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General Internal Medicine, 13*(4), 223-229.

DIMDI. (2015). *ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.* Genf: WHO.

Embretson, S., & Reise, S. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Farin, E. (2005). Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. [Using Hierarchical Linear Modelling for Rehabilitation Centre Comparisons in Quality Assurance and Rehabilitation Research]. *Rehabilitation, 44*(3), 157-164. doi: 10.1055/s-2004-834785

Garratt, A. M., Helgeland, J., & Gulbrandsen, P. (2011). Five-point scales outperform 10-point scales in a randomized comparison of item scaling for the Patient Experiences Questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(2), 200-207. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.016

Gebhardt, S., Wolak, A. M., & Huber, M. T. (2013). Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients—the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Comprehensive Psychiatry, 54*(1), 53-60. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.03.016

H+ Die Spitäler der Schweiz. (2015). *DefReha© - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 1.01*. Bern.

Heeb, J.-L., Haab, A., & Scozzari, E. (2017). *Übersetzung und qualitative Validierung des weiterentwickelten Kurzfragebogens zur Patientenzufriedenheit im Fachbereich Rehabilitation. Bericht zu Handen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklungin Spitälern und Kliniken.* Givisiez, Haute école de travail social Fribourg.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal, 6*(1), 1-55.

Masino, C., & Lam, T. C. (2014). Choice of Rating Scale Labels: Implication for Minimizing Patient Satisfaction Response Ceiling Effect in Telemedicine Surveys. *Telemedicine and e-Health, 20*(12), 1150-1155.

Modestina, J., Hanselmanna, F., Rüescha, P., Grünwaldb, H., & Meyera, P. (2003). Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 154*(3), 127 - 138.

Moors, G., Kieruj, N. D., & Vermunt, J. K. (2014). The Effect of Labeling and Numbering of Response Scales on the Likelihood of Response Bias. *Sociological Methodology, 44*(1), 369-399. doi: 10.1177/0081175013516114

Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2008). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Pohontsch, N., Meyer, T. (2015). Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation 2015, 54*(01), 53-59. doi: 10.1055/s-0034-1394443

Prüfer, P., & Rexroth, M. (2005). Kognitive interviews. *ZUMA How-to-Reihe, 15*(121), 95-116.

Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion* (Vol. 2). Göttingen: Huber.

Saris, W. E., Satorra, A., & Coenders, G. (2004). A New Approach to Evaluating the Quality of Measurement Instruments: The Split‐Ballot MTMM Design. *Sociological Methodology, 34*(1), 311-347.

Schuman, H., & Presser, S. (1981). *Questions and answers in attitude surveys: Experiments on question form, wording, and context*: Sage.

Theis, H.-J. (2005). Patientenzufriedenheitsstudien – der direkte Weg zur Kundenbindung in der Arztpraxis. Bedeutung, Akzeptanz und Voraussetzungen aus wissenschaftlicher Sicht. *ImpfDialog*(2), 87-93.

Van der Linden, W. J., & Glas, C. A. W. (2000). *Computerized Adaptive testing: Theory and Practice*. Dordrecht: Kluwer.

Van der Linden, W. J., & Hambleton, R. K. (1997). *Handbook of Modern Items Response Theory*. New York: Springer.

Young, G. J., Meterko, M., & Desai, K. R. (2000). Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. *Medical care, 38*(3), 325-334.

Ziesche, A. (2008). *Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Maßnahmen zur Verbesserung* (1 ed. Vol. 11): Salzwasserverlag.

Zumbo, B. D. (1999). A handbook on the theory and methods of differential item functioning (DIF). *Ottawa: National Defense Headquarters*.

Zumbo, B. D., & Thomas, D. R. (1997). *A measure of effect size for a model-based approach for studying DIF*. Prince George, Canada: Edgeworth Laboratory for Quantitative Behavioral Science, University of Northern British Columbia.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektablauf 13
Abbildung 2: Studiendesign Pilotbefragung Akutsomatik und Psychiatrie 14
Abbildung 3: Studiendesign Pilotbefragung Rehabilitation 15
Abbildung 4: Geplantes Stichprobenkonzept Pilotbefragung – Bereich Akutsomatik 16
Abbildung 5: Variablenset zur Überprüfung und Definition eines geeigneten Adjustierungsmodells . 19
Abbildung 6: Arbeits- und Zeitplan Forschungsstudie Patientenzufriedenheitsmessung 23
Abbildung 7: Prozessablauf Finalisierung des Fragebogens für die Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie 24
Abbildung 8: Neues Fragenset Entwurf Version 1.0 25
Abbildung 9: Vertretene Fachabteilungen kognitive Interviews Akutsomatik 27
Abbildung 10: Neues Fragenset - Endversionen für Pilotbefragungen Akut und Psychiatrie 32
Abbildung 11: Prozessablauf Finalisierung des Fragebogens für die Pilotbefragung Rehabilitation 33
Abbildung 12: Neues Fragenset - Endversion für Pilotbefragung Rehabilitation im Vergleich mit Akutsomatik 35
Abbildung 13: Annahmen des Differential Item Functioning (DIF) 41
Abbildung 14: Pilotbefragung Akutsomatik - Fallzahlen je Skalentyp 44
Abbildung 15: Pilotbefragung Akutsomatik - Klinikspezifische Fallzahlen je Skala 44
Abbildung 16: Pilotbefragung Akutsomatik - Hauptdiagnosen gruppiert nach ICD-10 Hauptkapiteln 46
Abbildung 17: Pilotbefragung Akutsomatik – Itemanalyse - Item 1: Qualität der Behandlung 47
Abbildung 18: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalys - Item 2: Fragen stellen 48
Abbildung 19: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse - Item 3: Antworten bekommen 48
Abbildung 20: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse - Item 4: Zweck der Medikamente 49
Abbildung 21: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse - Item 5: Austrittsmanagement 49
Abbildung 22: Pilotbefragung Akutsomatik - Ergebnisse Gesamt-Score Patientenzufriedenheit 51
Abbildung 23: Pilotbefragung Akutsomatik - Dimensionsanalyse 52
Abbildung 24: Pilotbefragung Akutsomatik - Dimensionsanalyse 4-Faktorenmodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 53
Abbildung 25: Pilotbefragung Akutsomatik - Dimensionsanalyse Generalfaktormodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 54
Abbildung 26: Pilotbefragung Akutsomatik - Rasch-Modell-Analyse: Ergebnisse Modellanpassung - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 56
Abbildung 27: Pilotbefragung Akutsomatik - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Einzelitems - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 57
Abbildung 28: Pilotbefragung Akutsomatik - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Gesamtmodell - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 58
Abbildung 29: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er-Skala Rohwerte 60

Abbildung 30: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: roh, 7er-Skala Rohwerte 60
Abbildung 31: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken, Rohwerte: 11er-Skala, Rohwerte 61
Abbildung 32: Pilotbefragung Akutsomatik - Alter (Mittelwert) je Klinik 62
Abbildung 33: Pilotbefragung Akutsomatik - Alter und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 63
Abbildung 34: Pilotbefragung Akutsomatik - Patientenzufriedenheit nach Geschlecht und Antwortskala (Gesamt-Score) 63
Abbildung 35: Pilotbefragung Akutsomatik - Eintrittsart und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 64
Abbildung 36: Pilotbefragung Akutsomatik - Aufenthaltsort nach Austritt aus dem Spital 64
Abbildung 37: Pilotbefragung Akutsomatik - Aufenthaltsort nach Austritt und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 65
Abbildung 38: Pilotbefragung Akutsomatik - Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert) je Klinik . 65
Abbildung 39: Pilotbefragung Akutsomatik - Subjektiver Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit 66
Abbildung 40: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er-Skala, adjustiert 67
Abbildung 41: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: 7er-Skala, adjustiert 68
Abbildung 42: Pilotbefragung Akutsomatik - Zufriedenheit nach Kliniken: 11er-Skala, adjustiert 68
Abbildung 43: Pilotbefragung Psychiatrie - Fragebogenrücklauf je Sprachregion 70
Abbildung 44: Pilotbefragung Psychiatrie - Fallzahlen je Skalentyp 70
Abbildung 45: Pilotbefragung Psychiatrie - Klinikspezifische Fallzahlen je Skala 71
Abbildung 46: Pilotbefragung Psychiatrie - Hauptdiagnosen gruppiert 73
Abbildung 47: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse – Item 1: Qualität der Behandlung 74
Abbildung 48: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse – Item 2: Fragen stellen 75
Abbildung 49: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse – Item 3: Antworten bekommen 75
Abbildung 50: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse - Item 4: Medikation 76
Abbildung 51: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse - Item 5: Einbezug in Behandlungsplanung .. 76
Abbildung 52: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse - Item 6: Austrittsmanagement 77
Abbildung 53: Pilotbefragung Psychiatrie - Ergebnisse Gesamt-Score Patientenzufriedenheit 78
Abbildung 54: Pilotbefragung Psychiatrie - Dimensionsanalyse 79
Abbildung 55: Pilotbefragung Psychiatrie - Dimensionsanalyse 5-Faktorenmodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 80
Abbildung 56: Pilotbefragung Psychiatrie - Dimensionsanalyse Generalfaktormodell: verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 81
Abbildung 57: Pilotbefragung Psychiatrie - Rasch-Modell-Analyse: Ergebnisse Modellanpassung - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 83

Abbildung 58: Pilotbefragung Psychiatrie - Ergebnisse Rasch-Modell: 11er-Skala: FIT-Indizes Einzelitems - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 84
Abbildung 59: Pilotbefragung Psychiatrie - Ergebnisse Rasch-Modell: 11er-Skala: FIT-Indizes Gesamtmodell - verbale 5er Skala (oben), 7er-Skala (Mitte), 11er-Skala (unten) 85
Abbildung 60: Pilotbefragung Psychiatrie - Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er -Skala Rohwerte 86
Abbildung 61: Pilotbefragung Psychiatrie - Zufriedenheit nach Kliniken: roh, 7er-Skala Rohwerte 87
Abbildung 62: Pilotbefragung Psychiatrie - Zufriedenheit nach Kliniken: 11er-Skala, Rohwerte 87
Abbildung 63: Pilotbefragung Psychiatrie - Mittelwerte Item 5 – Behandlungsplanung: 5er Skala 88
Abbildung 64: Pilotbefragung Psychiatrie - Mittelwerte Item 5 - Behandlungsplanung: 7er Skala..... 88
Abbildung 65: Pilotbefragung Psychiatrie - Mittelwerte Item 5 - Behandlungsplanung: 11er Skala.... 89
Abbildung 66: Pilotbefragung Psychiatrie - Alter (Mittelwert) je Klinik 90
Abbildung 67: Pilotbefragung Psychiatrie - Alter und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score)..... 90
Abbildung 68: Pilotbefragung Psychiatrie - Patientenzufriedenheit nach Geschlecht und Antwortskala (Gesamt-Score) 91
Abbildung 69: Pilotbefragung Psychiatrie - Eintrittsart 1 und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 91
Abbildung 70: Pilotbefragung Psychiatrie - Eintrittsart 2 und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 92
Abbildung 71: Pilotbefragung Psychiatrie - Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert) je Klinik 92
Abbildung 72: Pilotbefragung Psychiatrie - Subjektiver Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit 93
Abbildung 73: Pilotbefragung Psychiatrie – Hauptdiagnosegruppe und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 93
Abbildung 74: Pilotbefragung Psychiatrie – Aufenthaltsdauer in Tagen (Mittelwert) je Klinik 94
Abbildung 75: Pilotbefragung Psychiatrie - Aufenthaltsdauer und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 94
Abbildung 76: Pilotbefragung Psychiatrie – Aufenthaltsdauer und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 95
Abbildung 77: Pilotbefragung Rehabilitation - Klinikspezifische Fallzahlen 97
Abbildung 78: Pilotbefragung Rehabilitation - Hauptdiagnosen gruppiert nach ICD-10 Hauptkapiteln 99
Abbildung 79: Pilotbefragung Rehabilitation – Verteilung von Reha-Art (oben) und Reha-Bereich (unten) 99
Abbildung 80: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse - Item 1: Qualität der Behandlung 101
Abbildung 81: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 2: Information 101
Abbildung 82: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 3: Partizipation 102
Abbildung 83: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 4: Antworten bekommen 102

Abbildung 84: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 5: Therapiegestaltung 103
Abbildung 85: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 6: Information Austritt 103
Abbildung 86: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse – Item 7: Organisation Austritt 104
Abbildung 87: Pilotbefragung Rehabilitation - Ergebnisse Gesamt-Score Patientenzufriedenheit ... 105
Abbildung 88: Pilotbefragung Rehabilitation - Dimensionsanalyse 106
Abbildung 89: Pilotbefragung Rehabilitation - Dimensionsanalyse 5-Faktorenmodell 106
Abbildung 90: Pilotbefragung Rehabilitation - Dimensionsanalyse Generalfaktormodell 107
Abbildung 91: Pilotbefragung Rehabilitation - Rasch-Modell-Analyse: Ergebnisse Modellanpassung 108
Abbildung 92: Pilotbefragung Rehabilitation - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Einzelitems 108
Abbildung 93: Pilotbefragung Rehabilitation - Ergebnisse Rasch-Modell: FIT-Indizes Gesamtmodell 108
Abbildung 94: Pilotbefragung Rehabilitation - Zufriedenheit Gesamtindex nach Kliniken: verbale 5er -Skala Rohwerte 110
Abbildung 95: Pilotbefragung Rehabilitation- Alter (Mittelwert) je Klinik 111
Abbildung 96: Pilotbefragung Rehabilitation - Alter und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score).... 112
Abbildung 97: Pilotbefragung Rehabilitation- Patientenzufriedenheit nach Geschlecht (Gesamt-Score) 112
Abbildung 98: Pilotbefragung Rehabilitation- Verteilung Aufenthaltsort vor Eintritt (links) sowie Zusammenhang Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) und Aufenthaltsort vor Eintritt (rechts) 113
Abbildung 99: Pilotbefragung Rehabilitation- Verteilung Aufenthaltsort nach Austritt (links) sowie Zusammenhang Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) und Aufenthaltsort nach Austritt (rechts) 113
Abbildung 100: Pilotbefragung Rehabilitation – Hauptdiagnosegruppe und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 114
Abbildung 101: Pilotbefragung Rehabilitation – Verteilung Reha-Bereich nach Kliniken 115
Abbildung 102: Pilotbefragung Rehabilitation – Reha-Art (links) und Reha-Bereich (rechts) und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 115
Abbildung 103: Pilotbefragung Rehabilitation - Subjektiver Gesundheitszustand (Mittelwert) je Klinik (links) und Subjektiver Gesundheitszustand und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (rechts) .. 116
Abbildung 104: Pilotbefragung Rehabilitation – Verteilung Aufenthaltsdauer (links) und Aufenthaltsdauer und Mittelwerte Patientenzufriedenheit (rechts) 116
Abbildung 105: Pilotbefragung Rehabilitation - Eintrittsart und Patientenzufriedenheit (Gesamt-Score) 117
Abbildung 106: Pilotbefragung Rehabilitation - Verteilung Beurteilung Arbeitsfähigkeit gesamt (links) und stratifiziert für Patienten <=65 Jahre und >65 Jahre (rechts) 118
Abbildung 107: Pilotbefragung Rehabilitation - Risikoadjustierung - Ergebnisse Gesamtmodell 119
Abbildung 108: Pilotbefragung Rehabilitation – Zusammenhang Reha-Bereich und Alter 120
Abbildung 109: Pilotbefragung Rehabilitation – Zusammenhang Reha-Bereich und subjektiver Gesundheitszustand 120

Abbildung 110: Pilotbefragung Rehabilitation- Zufriedenheit nach Kliniken: verbale 5er-Skala, adjustiert 121
Abbildung 111: ANQ-Kurzfragebogen Akut V1.0, gültig bis 2015 142
Abbildung 112: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 1.0 - Basis für Projektphase 1 143
Abbildung 113: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Akut - Einsatz in der Pilotbefragung Akutsomatik, Bsp. verbale 5er- Skala 144
Abbildung 114: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Akut - Einsatz in der Pilotbefragung Akutsomatik, Bsp. 11er-Skala 145
Abbildung 115: ANQ-Kurzfragebogen Akut V2.0, gültig ab 2016 146
Abbildung 116: Gegenüberstellung alter (V1.0) und neuer (V2.0) PatZu-Fragebogen Akutsomatik .. 147
Abbildung 117: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Psychiatrie - Einsatz in der Pilotbefragung Psychiatrie, Bsp. 11er-Skala 148
Abbildung 118: ANQ-Kurzfragebogen Psychiatrie V1.0, gültig ab 2017 149
Abbildung 119: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Rehabilitation - Einsatz in der Pilotbefragung Rehabilitation 150
Abbildung 120: ANQ-Kurzfragebogen Rehabilitation V2.0, gültig ab 2018 151
Abbildung 121: Gegenüberstellung alter (V1.0) und neuer (V2.0) PatZu-Fragebogen Rehabilitation 152

Tabellenverzeichnis

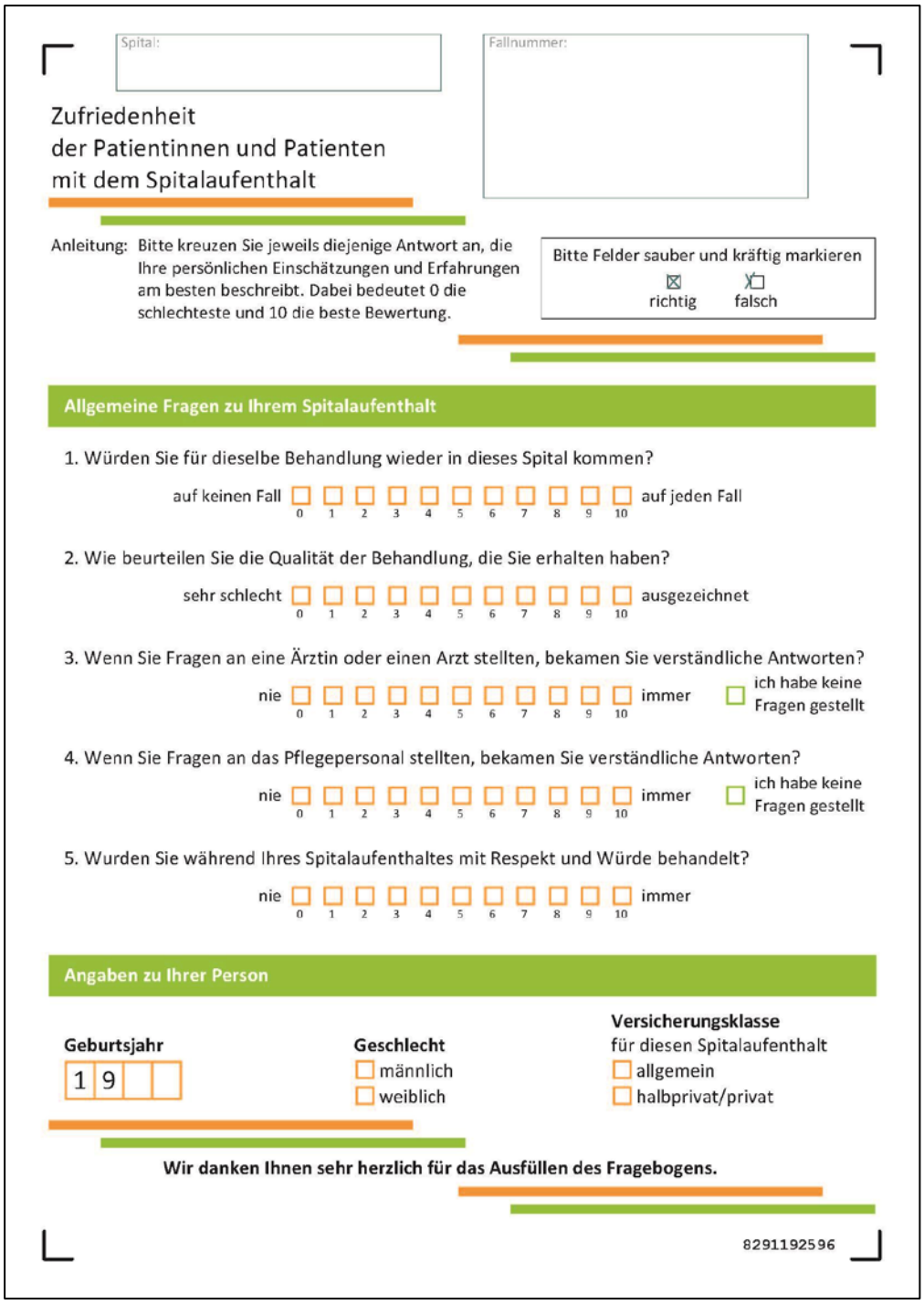
Tabelle 1: Teilnehmer kognitive Interviews 27
Tabelle 2: Skalentransformation auf Wertebereich zwischen 0 - 100 38
Tabelle 3:Pilotbefragung Akutsomatik - Fallzahlen nach Sprachregion 43
Tabelle 4: Pilotbefragung Akutsomatik - Stichprobenmerkmale 45
Tabelle 5: Pilotbefragung Akutsomatik - Itemanalyse Item 1 bis 5: Gesamtübersicht der Ergebnisse 50
Tabelle 6: Pilotbefragung Akutsomatik - DIF über Sprachversion und Altersgruppe mit Geschlechtsgruppe in den 3 Skalenformaten – Pseudo R^2 nach Cox & Snell 59
Tabelle 7: Pilotbefragung Akutsomatik - Klinikunterschiede Einzelitems – Rohwerte 61
Tabelle 8: Pilotbefragung Akutsomatik - Risikoadjustierung - Ergebnisse Gesamtmodell 67
Tabelle 9: Pilotbefragung Psychiatrie - Fallzahlen nach Sprachregion 69
Tabelle 10: Pilotbefragung Psychiatrie – Stichprobenmerkmale 72
Tabelle 11: Pilotbefragung Psychiatrie - Itemanalyse 1 bis 6: Gesamtübersicht der Ergebnisse 77
Tabelle 12: Pilotbefragung Rehabilitation - Fallzahlen je Sprachregion 96
Tabelle 13: Pilotbefragung Rehabilitation- Stichprobenmerkmale 98
Tabelle 14: Pilotbefragung Rehabilitation - Itemanalyse Item 1 bis 7: Gesamtübersicht der Ergebnisse 104
Tabelle 15: Pilotbefragung Rehabilitation - DIF über Sprachversion und Altersgruppe mit Geschlechtsgruppe – Pseudo R^2 nach Cox & Snell 109
Tabelle 16: Pilotbefragung Rehabilitation - Klinikunterschiede Einzelitems – Rohwerte 110
Tabelle 17: Akteure im Projekt PatZu 140

Anhang

Tabelle 17: Akteure im Projekt PatZu

Organisation	Verantwortlich	Rolle
ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken	Regula Heller, Daniela Zahnd	Leitung. Konzeption und Dissemination der Ergebnisse
Charité Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitations-wissenschaft	Prof. Dr. Karla Spyra (Projektleitung), Dipl.-Psych. Monika Steko, Dipl.-Päd. Stefanie Köhn, Dipl.-Psych. Sebastian Bernert	Wissenschaftliche Bearbeitung des Projekts: Konzeption, Durchführung, Datenanalyse, Berichtslegung
ANQ Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit (QA-PatZu)		Beratendes Gremium, Treffen von abschliessenden Entscheiden zur Einführung der neuen ANQ-Patientenzufriedenheitsmessungen
MECON measure & consult GmbH	Michael Schwitter	Durchführung Pilotbefragungen Akutsomatik und Psychiatrie gemeinsam mit Projektklinken, Aufbereitung der Daten der Pilotbefragungen, Bereitstellung der Daten an Charité
health care research institute AG	Dirk Wiedenhöfer	
Institut universitaire de médicine sociale et preventive - ESOPE		Übersetzung der Entwurfsversionen des neuen Fragebogens Akut und Psychiatrie ins Französische und Italienische für den Einsatz in den Pilotbefragungen
Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR)		Übersetzung der Entwurfsversionen des neuen Fragebogens Rehabilitation ins Französische und Italienische und sprachliche Validierung für den Einsatz in der Pilotbefragung
Projekt-Spitäler Forschungsstudie Akutsomatik	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) CHVR - Hôpital de Martigny CHVR - Hôpital de Sierre CHVR - Hôpital de Sion CHVR - Hôpitaux de Saint-Maurice Clinica Santa Chiara Inselspital Bern Solothurner Spitäler AG - Bürgerspital Solothurn Solothurner Spitäler AG - Kantonsspital Olten Spital Bülach L´ospedale multisito EOC Spital Muri Universitätsspital Basel	
Projekt-Spitäler Forschungsstudie Psychiatrie	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) Clinica Santa Croce Clinica Viarnetto Hôpitaux Universitaires Genève (HUG) Klinik Schützen Luzerner Psychiatrie (LUPS) Organizzazione sociopsichiatrica cantonale Ospedale Malcantonese Privatklinik Meiringen	

	Psychiatrie Baselland Psychiatrische Dienste Thurgau (STGAG) Sanatorium Kilchberg St. Gallische Psychiatrie Dienste Süd
Projekt-Spitäler Forschungsstudie Rehabilitation	Clinica di riabilitazione EOC - Faido Clinica di riabilitazione EOC - Novaggio Clinica Hildebrand Clinique Le Noirmont HUG - Bellerive HUG - Loëx Klinik Barmelweid Klinik Gais Klinik Oberwaid Kliniken Valens - Rheinburg Klinik Kliniken Valens - Rehazentrum Valens Kliniken Valens - Rehazentrum Walenstadtberg RehaClinic - Zollikerberg Reha Rheinfelden Rehaklinik Zihlschlacht Spital Thurgau – St. Katharinental



Spital:

Fallnummer:

Zufriedenheit
der Patientinnen und Patienten
mit dem Spitalaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt. Dabei bedeutet 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren
☒ richtig ☒ falsch

Allgemeine Fragen zu Ihrem Spitalaufenthalt

1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?
auf keinen Fall ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 auf jeden Fall

2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
sehr schlecht ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 ausgezeichnet

3. Wenn Sie Fragen an eine Ärztin oder einen Arzt stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
nie ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 immer ☐ ich habe keine Fragen gestellt

4. Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
nie ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 immer ☐ ich habe keine Fragen gestellt

5. Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?
nie ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 immer

Angaben zu Ihrer Person

Geburtsjahr
1 9 ☐ ☐

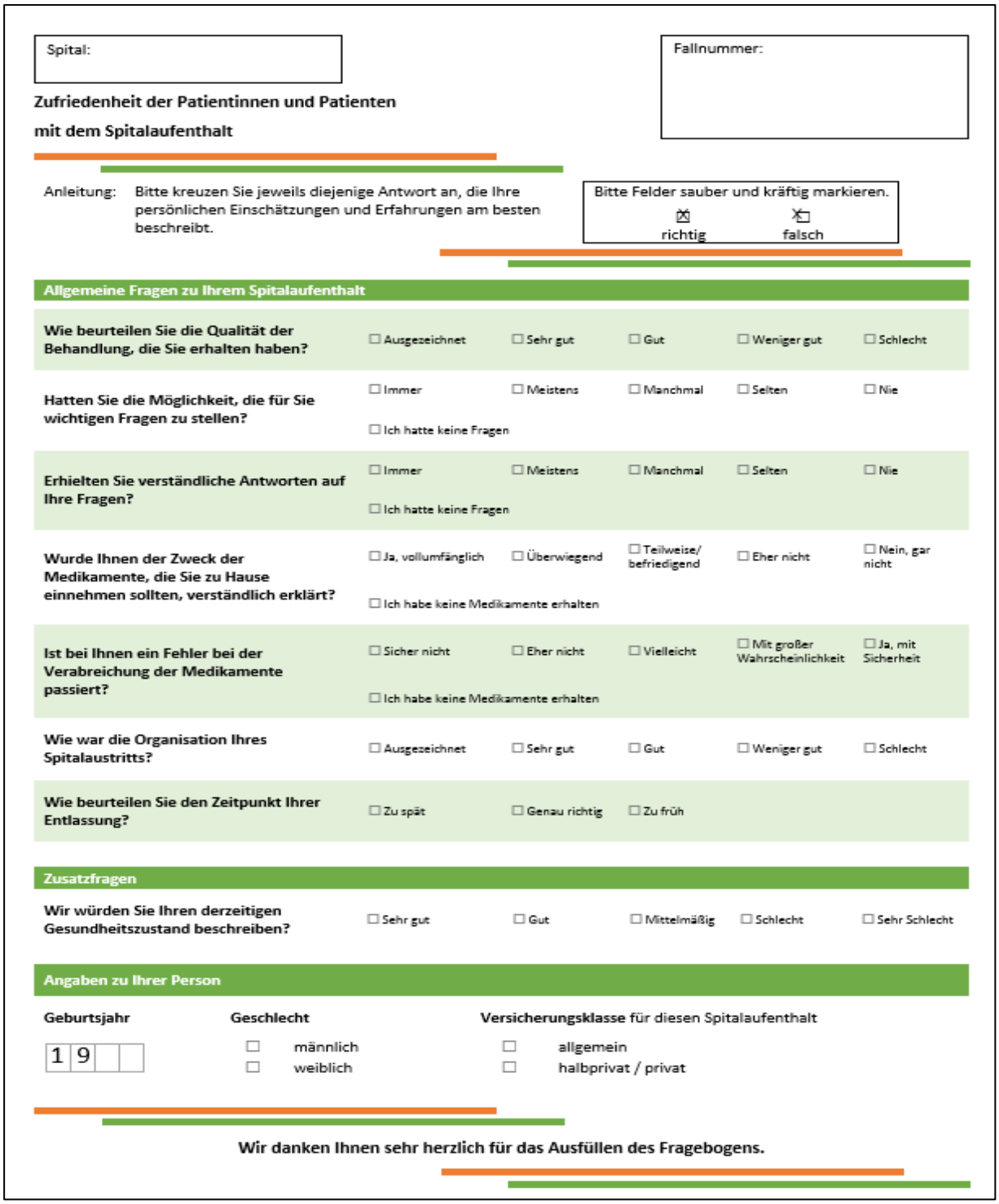
Geschlecht
☐ männlich
☐ weiblich

Versicherungsklasse
für diesen Spitalaufenthalt
☐ allgemein
☐ halbprivat/privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

8291192596

Abbildung 111: ANQ-Kurzfragebogen Akut V1.0, gültig bis 2015



Spital:

Fallnummer:

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Spitalaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Allgemeine Fragen zu Ihrem Spitalaufenthalt

Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
Hatten Sie die Möglichkeit, die für Sie wichtigen Fragen zu stellen?	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
	☐ Ich hatte keine Fragen				
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
	☐ Ich hatte keine Fragen				
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	☐ Ja, vollumfänglich	☐ Überwiegend	☐ Teilweise/ befriedigend	☐ Eher nicht	☐ Nein, gar nicht
	☐ Ich habe keine Medikamente erhalten				
Ist bei Ihnen ein Fehler bei der Verabreichung der Medikamente passiert?	☐ Sicher nicht	☐ Eher nicht	☐ Vielleicht	☐ Mit großer Wahrscheinlichkeit	☐ Ja, mit Sicherheit
	☐ Ich habe keine Medikamente erhalten				
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt Ihrer Entlassung?	☐ Zu spät	☐ Genau richtig	☐ Zu früh		

Zusatzfragen

Wir würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Mittelmäßig	☐ Schlecht	☐ Sehr Schlecht

Angaben zu Ihrer Person

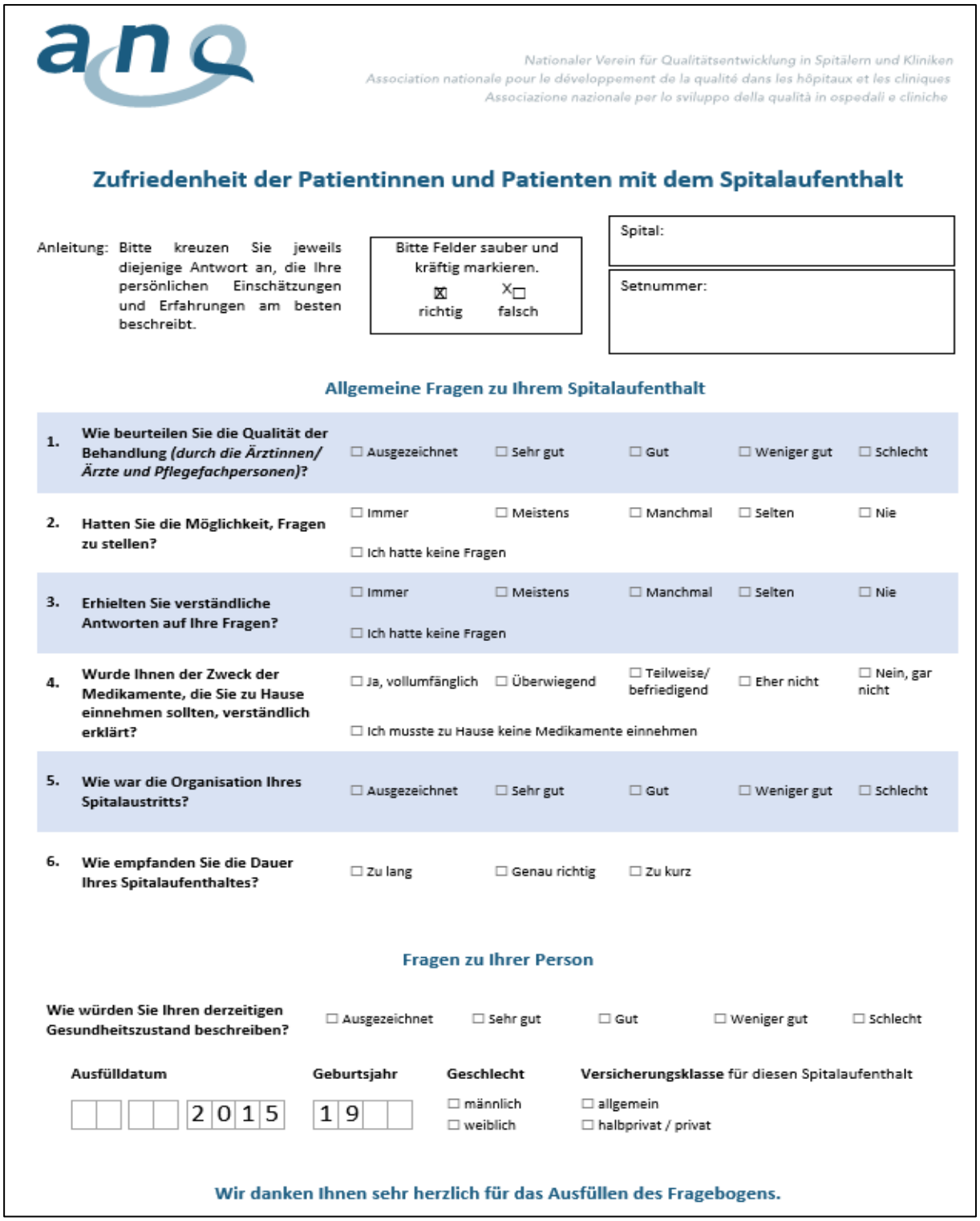
Geburtsjahr 1 9 _ _

Geschlecht
☐ männlich
☐ weiblich

Versicherungsklasse für diesen Spitalaufenthalt
☐ allgemein
☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 112: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 1.0 - Basis für Projektphase 1



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Spitalaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Spital:

Setnummer:

Allgemeine Fragen zu Ihrem Spitalaufenthalt

1.	**Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung *(durch die Ärztinnen/ Ärzte und Pflegefachpersonen)*?**	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
2.	**Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?**	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
		☐ Ich hatte keine Fragen				
3.	**Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?**	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
		☐ Ich hatte keine Fragen				
4.	**Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?**	☐ Ja, vollumfänglich	☐ Überwiegend	☐ Teilweise/ befriedigend	☐ Eher nicht	☐ Nein, gar nicht
		☐ Ich musste zu Hause keine Medikamente einnehmen				
5.	**Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?**	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
6.	**Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?**	☐ Zu lang	☐ Genau richtig	☐ Zu kurz		

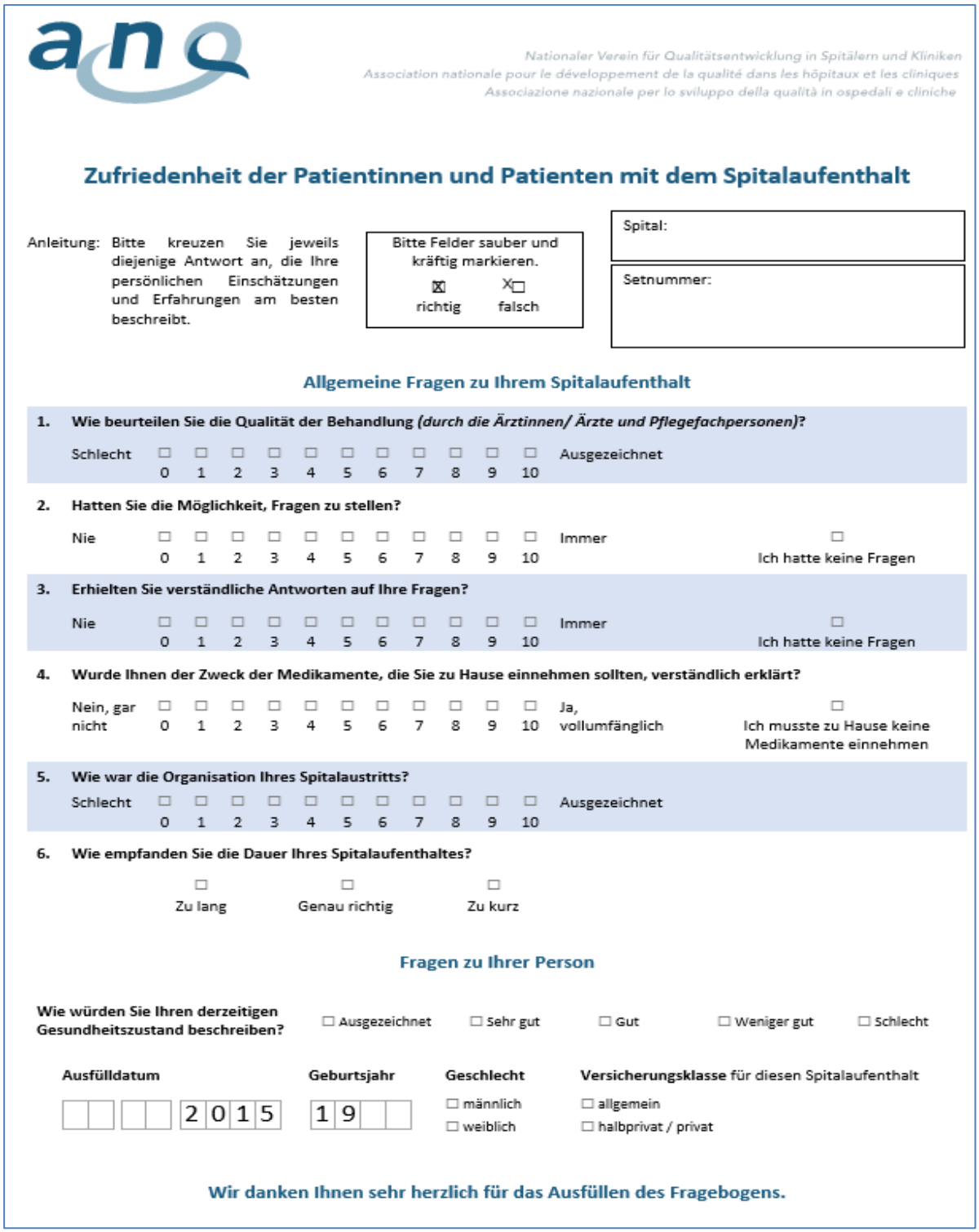
Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht

Ausfülldatum 2015 **Geburtsjahr** 19 **Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich **Versicherungsklasse** für diesen Spitalaufenthalt ☐ allgemein ☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 113: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Akut - Einsatz in der Pilotbefragung Akutsomatik, Bsp. verbale 5er- Skala



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Spitalaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Spital:

Setnummer:

Allgemeine Fragen zu Ihrem Spitalaufenthalt

1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung *(durch die Ärztinnen/ Ärzte und Pflegefachpersonen)*?

Schlecht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ausgezeichnet

2. Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?

Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer

☐ Ich hatte keine Fragen

3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?

Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer

☐ Ich hatte keine Fragen

4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?

Nein, gar nicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ja, vollumfänglich

☐ Ich musste zu Hause keine Medikamente einnehmen

5. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?

Schlecht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ausgezeichnet

6. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?

☐ Zu lang ☐ Genau richtig ☐ Zu kurz

Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht

Ausfülldatum 2015

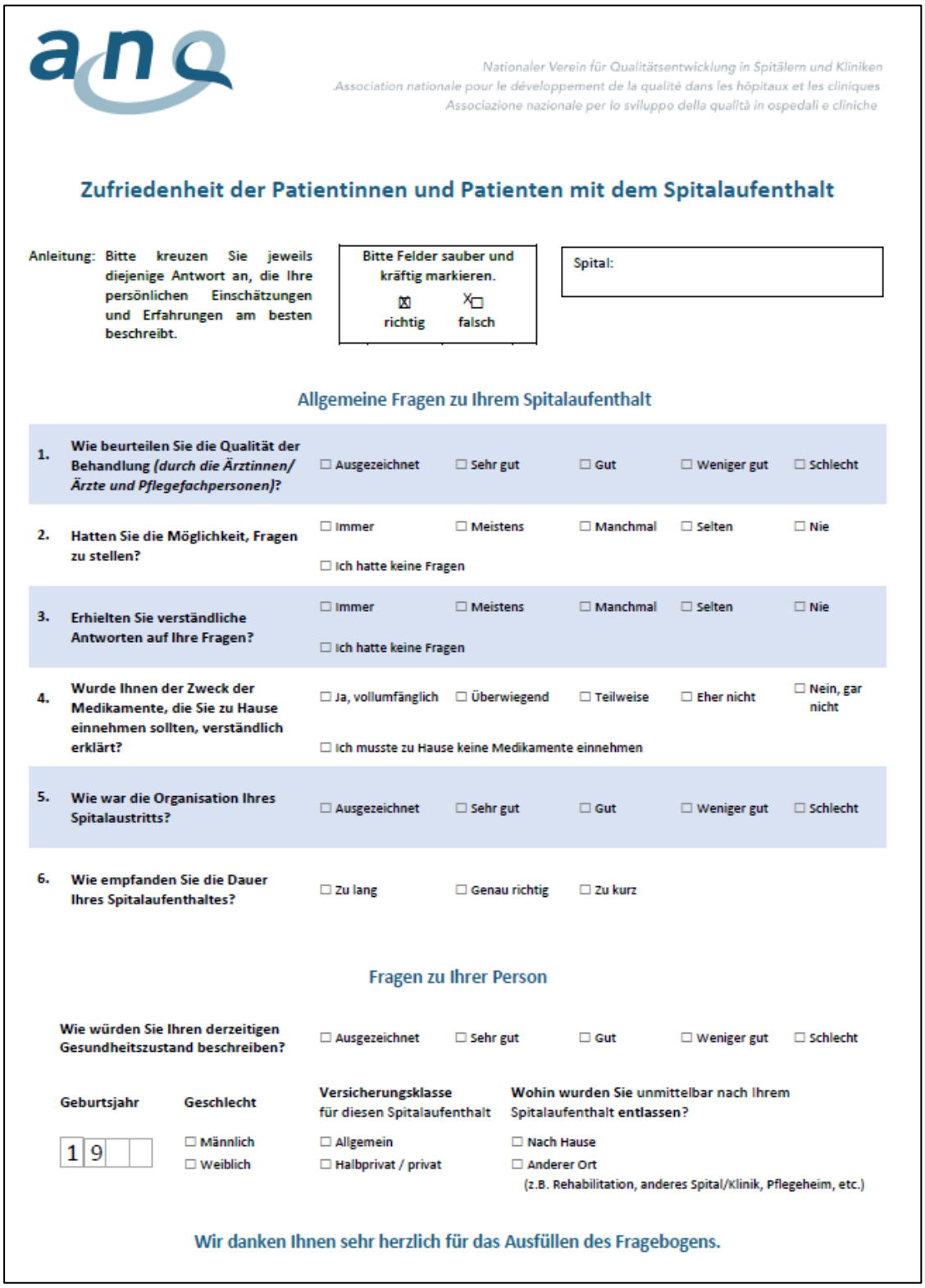
Geburtsjahr 19

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Versicherungsklasse für diesen Spitalaufenthalt ☐ allgemein ☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 114: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Akut - Einsatz in der Pilotbefragung Akutsomatik, Bsp. 11er-Skala



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Spitalaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Spital:

Allgemeine Fragen zu Ihrem Spitalaufenthalt

1.	Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung *(durch die Ärztinnen/ Ärzte und Pflegefachpersonen)*?	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
2.	Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
		☐ Ich hatte keine Fragen				
3.	Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
		☐ Ich hatte keine Fragen				
4.	Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	☐ Ja, vollumfänglich	☐ Überwiegend	☐ Teilweise	☐ Eher nicht	☐ Nein, gar nicht
		☐ Ich musste zu Hause keine Medikamente einnehmen				
5.	Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
6.	Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?	☐ Zu lang	☐ Genau richtig	☐ Zu kurz		

Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht

Geburtsjahr: 19__

Geschlecht: ☐ Männlich ☐ Weiblich

Versicherungsklasse für diesen Spitalaufenthalt: ☐ Allgemein ☐ Halbprivat / privat

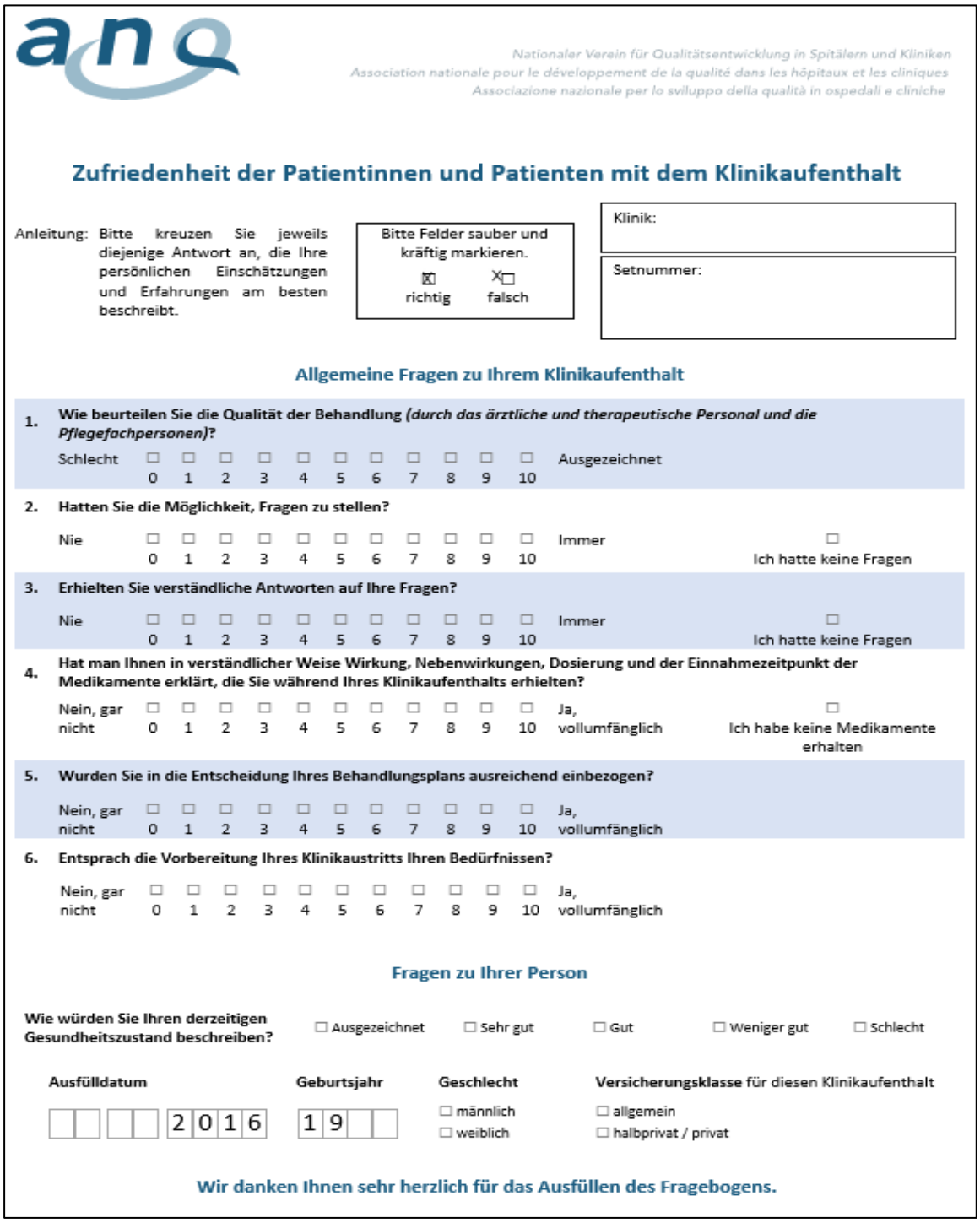
Wohin wurden Sie unmittelbar nach Ihrem Spitalaufenthalt entlassen? ☐ Nach Hause ☐ Anderer Ort (z.B. Rehabilitation, anderes Spital/Klinik, Pflegeheim, etc.)

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 115: ANQ-Kurzfragebogen Akut V2.0, gültig ab 2016

ANQ-Kurzfragebogen Akut V1.0, gültig bis 2015		ANQ-Kurzfragebogen Akut V2.0, gültig ab 2016	
Dimensionen	**Fragen** und Antwortskala	**Fragen** und Antwortskala	**Dimensionen**
Rückkehr	**1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?** Auf keinen Fall ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Auf jeden Fall		
Behandlungs-qualität	**2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?** Sehr schlecht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ausge-zeichnet	**1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?** ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht	**Behandlungs-qualität**
Information / Kommunikation	**3. Wenn Sie Fragen an eine Arzt oder eine Ärztin stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?** Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer **4. Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?** Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer	**2. Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?** ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Nie ☐ Ich hatte keine Fragen **3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?** ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Nie ☐ Ich hatte keine Fragen	**Information / Kommunikation**
Respekt und Würde	**5. Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?** Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer		
		4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt? ☐ Ja, vollumfänglich ☐ Überwiegend ☐ Teilweise ☐ Eher nicht ☐ Nein, gar nicht ☐ Ich musste zu Hause keine Medikamente einnehmen	**Medikation**
		5. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht **6. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?** ☐ Zu lang ☐ Genau richtig ☐ Zu kurz	**Austritts-management**

Abbildung 116: Gegenüberstellung alter (V1.0) und neuer (V2.0) PatZu-Fragebogen Akutsomatik



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Klinikaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Klinik:

Setnummer:

Allgemeine Fragen zu Ihrem Klinikaufenthalt

1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung *(durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)*?

Schlecht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ausgezeichnet

2. Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?

Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer ☐ Ich hatte keine Fragen

3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?

Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer ☐ Ich hatte keine Fragen

4. Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und der Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?

Nein, gar nicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ja, vollumfänglich ☐ Ich habe keine Medikamente erhalten

5. Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?

Nein, gar nicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ja, vollumfänglich

6. Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?

Nein, gar nicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ja, vollumfänglich

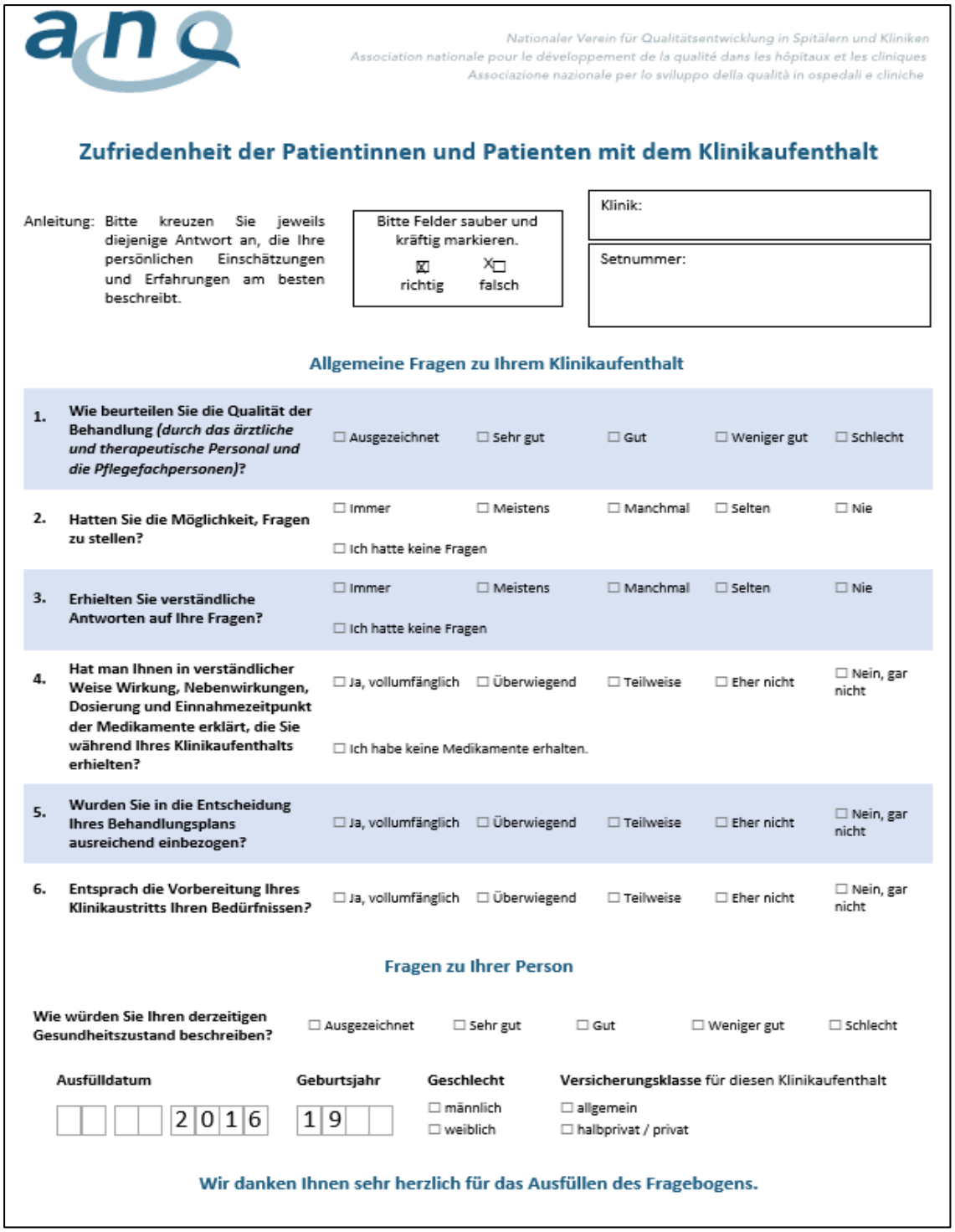
Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht

Ausfülldatum ☐☐.☐☐.2016 **Geburtsjahr** 19☐☐ **Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich **Versicherungsklasse** für diesen Klinikaufenthalt ☐ allgemein ☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 117: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Psychiatrie - Einsatz in der Pilotbefragung Psychiatrie, Bsp. 11er-Skala



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Klinikaufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☓☐ falsch

Klinik:

Setnummer:

Allgemeine Fragen zu Ihrem Klinikaufenthalt

1.	**Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung *(durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)*?**	☐ Ausgezeichnet	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Weniger gut	☐ Schlecht
2.	**Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?**	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
		☐ Ich hatte keine Fragen				
3.	**Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?**	☐ Immer	☐ Meistens	☐ Manchmal	☐ Selten	☐ Nie
		☐ Ich hatte keine Fragen				
4.	**Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?**	☐ Ja, vollumfänglich	☐ Überwiegend	☐ Teilweise	☐ Eher nicht	☐ Nein, gar nicht
		☐ Ich habe keine Medikamente erhalten.				
5.	**Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?**	☐ Ja, vollumfänglich	☐ Überwiegend	☐ Teilweise	☐ Eher nicht	☐ Nein, gar nicht
6.	**Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?**	☐ Ja, vollumfänglich	☐ Überwiegend	☐ Teilweise	☐ Eher nicht	☐ Nein, gar nicht

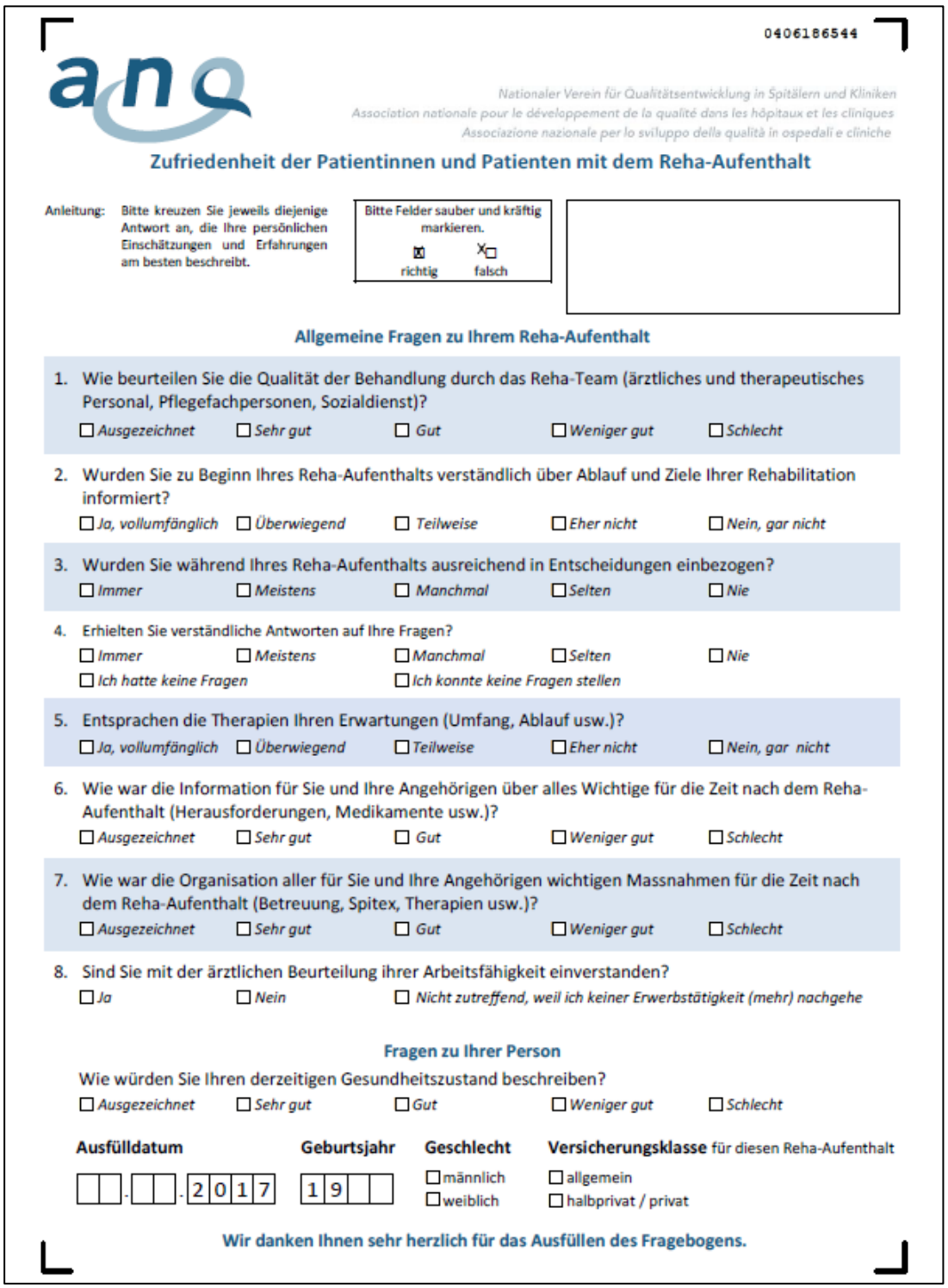
Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht

Ausfülldatum ☐☐.☐☐.2016 **Geburtsjahr** 19☐☐ **Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich **Versicherungsklasse** für diesen Klinikaufenthalt ☐ allgemein ☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 118: ANQ-Kurzfragebogen Psychiatrie V1.0, gültig ab 2017



0406186544

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Reha-Aufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Allgemeine Fragen zu Ihrem Reha-Aufenthalt

1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

2. Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?
☐ *Ja, vollumfänglich* ☐ *Überwiegend* ☐ *Teilweise* ☐ *Eher nicht* ☐ *Nein, gar nicht*

3. Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?
☐ *Immer* ☐ *Meistens* ☐ *Manchmal* ☐ *Selten* ☐ *Nie*

4. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
☐ *Immer* ☐ *Meistens* ☐ *Manchmal* ☐ *Selten* ☐ *Nie*
☐ *Ich hatte keine Fragen* ☐ *Ich konnte keine Fragen stellen*

5. Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?
☐ *Ja, vollumfänglich* ☐ *Überwiegend* ☐ *Teilweise* ☐ *Eher nicht* ☐ *Nein, gar nicht*

6. Wie war die Information für Sie und Ihre Angehörigen über alles Wichtige für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Herausforderungen, Medikamente usw.)?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

7. Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

8. Sind Sie mit der ärztlichen Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit einverstanden?
☐ *Ja* ☐ *Nein* ☐ *Nicht zutreffend, weil ich keiner Erwerbstätigkeit (mehr) nachgehe*

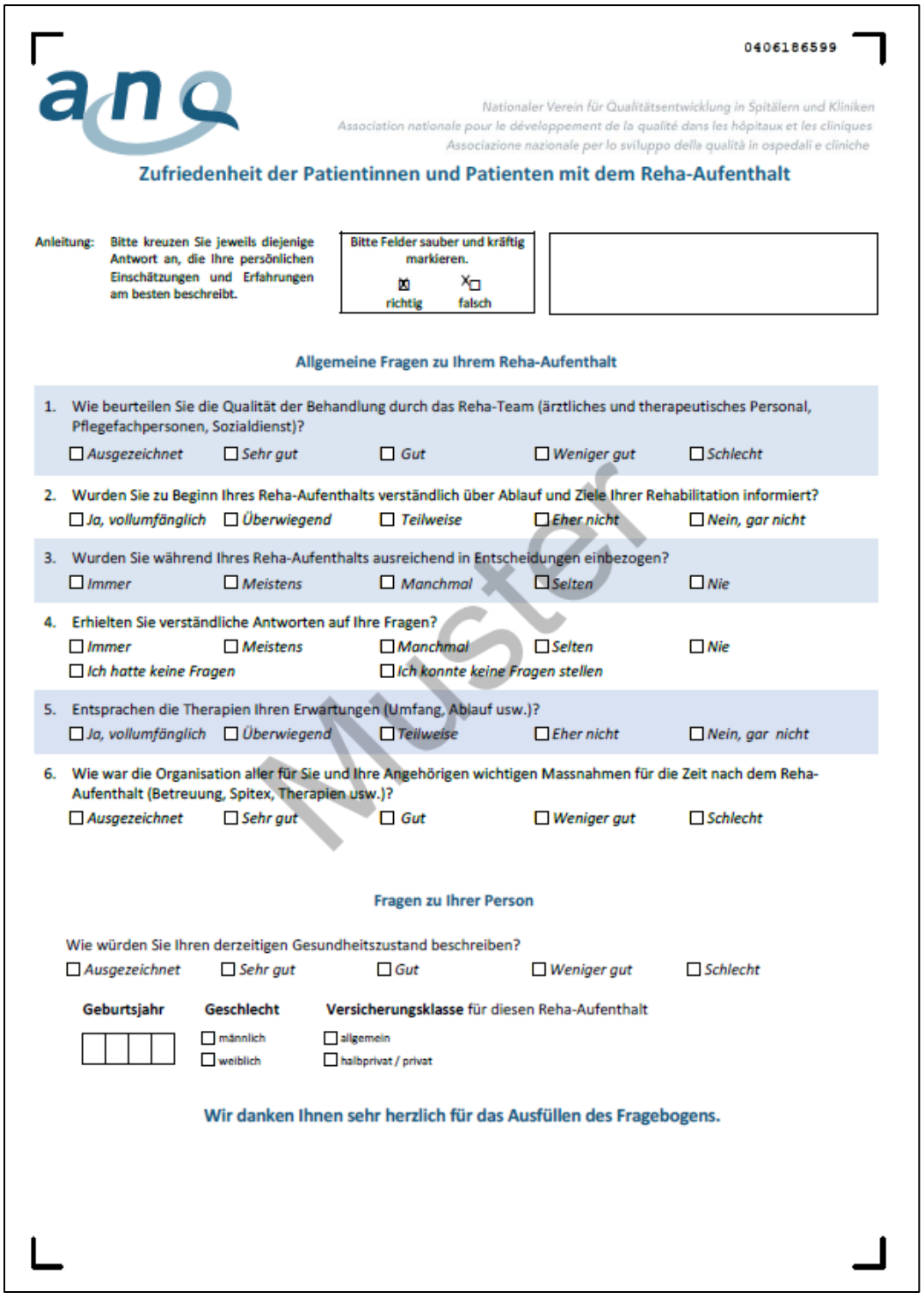
Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

Ausfülldatum __.__.2017 **Geburtsjahr** 19__ **Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich **Versicherungsklasse** für diesen Reha-Aufenthalt ☐ allgemein ☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 119: Fragebogen PatZu_neu Entwurf 2.0 Rehabilitation - Einsatz in der Pilotbefragung Rehabilitation



0406186599

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Reha-Aufenthalt

Anleitung: Bitte kreuzen Sie jeweils diejenige Antwort an, die Ihre persönlichen Einschätzungen und Erfahrungen am besten beschreibt.

Bitte Felder sauber und kräftig markieren.
☒ richtig ☒ falsch

Allgemeine Fragen zu Ihrem Reha-Aufenthalt

1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

2. Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?
☐ *Ja, vollumfänglich* ☐ *Überwiegend* ☐ *Teilweise* ☐ *Eher nicht* ☐ *Nein, gar nicht*

3. Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?
☐ *Immer* ☐ *Meistens* ☐ *Manchmal* ☐ *Selten* ☐ *Nie*

4. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
☐ *Immer* ☐ *Meistens* ☐ *Manchmal* ☐ *Selten* ☐ *Nie*
☐ *Ich hatte keine Fragen* ☐ *Ich konnte keine Fragen stellen*

5. Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?
☐ *Ja, vollumfänglich* ☐ *Überwiegend* ☐ *Teilweise* ☐ *Eher nicht* ☐ *Nein, gar nicht*

6. Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

Muster

Fragen zu Ihrer Person

Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?
☐ *Ausgezeichnet* ☐ *Sehr gut* ☐ *Gut* ☐ *Weniger gut* ☐ *Schlecht*

Geburtsjahr ☐☐☐☐

Geschlecht
☐ männlich
☐ weiblich

Versicherungsklasse für diesen Reha-Aufenthalt
☐ allgemein
☐ halbprivat / privat

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens.

Abbildung 120: ANQ-Kurzfragebogen Rehabilitation V2.0, gültig ab 2018

ANQ-Kurzfragebogen Rehabilitation V1.0, gültig bis 2017		ANQ-Kurzfragebogen Rehabilitation V2.0, gültig ab 2018	
Dimensionen	**Fragen und Antwortskala**	**Fragen und Antwortskala**	**Dimensionen**
Rückkehr	**1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?** Auf keinen Fall ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Auf jeden Fall		
Behandlungs-qualität	**2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Rehabilitations-behandlung, die Sie erhalten haben?** Sehr schlecht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ausge-zeichnet	**1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?** ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht	**Behandlungs-qualität**
Information / Kommunikation	**3. Wenn Sie Fragen an eine Arzt oder eine Ärztin stellen, bekamen Sie verständliche Antworten?** Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer	**2. Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthaltes verständlich Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?** ☐ Ja, vollumfänglich ☐ Überwiegend ☐ Teilweise ☐ Eher nicht ☐ Nein, gar nicht **3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?** ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Nie ☐ Ich hatte keine Fragen ☐ Ich konnte keine Fragen stellen	**Information / Kommunikatio**
Betreuung	**4. Wie fanden Sie die Betreuung durch das therapeutische Personal, durch das Pflegepersonal und den Sozialdienst während Ihres Aufenthaltes?** Sehr schlecht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Ausge-zeichnet		
Respekt und Würde	**5. Wurden Sie während Ihres Rehabilitationsaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?** Nie ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 Immer		
		4. Wurden Sie während Ihre Reha-Aufenthaltes ausreichend in Entscheidungen einbezogen? ☐ Immer ☐ Meistens ☐ Manchmal ☐ Selten ☐ Nie	**Partizipation**
		5. Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)? ☐ Ja, vollumfänglich ☐ Überwiegend ☐ Teilweise ☐ Eher nicht ☐ Nein, gar nicht	**Therapeutische Angebot**
		6. Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)? ☐ Ausgezeichnet ☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Weniger gut ☐ Schlecht	**Austritts-management**

Abbildung 121: Gegenüberstellung alter (V1.0) und neuer (V2.0) PatZu-Fragebogen Rehabilitation