

AUSWERTUNGSKONZEPT

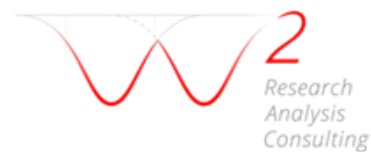
PATIENTENZUFRIEDENHEIT KINDER-/JUGENDPSYCHIATRIE

Version: 2.0

Datum: Juli 2026

Anpassungen zur letzten Version sind grau markiert.

unisanté
Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique • Lausanne



Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	4
2.	Methodik der Messung	4
2.1	Messinstrument	4
2.2	Datengrundlage	5
2.2.1	Beschreibung der zu erhebenden Daten	5
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten	6
3.	Messlogistik	6
3.1	Datenerhebung	7
3.2	Datenbereinigung	7
3.3	Datenweitergabe	7
3.4	Datenaufbewahrung	8
3.5	Datenschutz	8
4.	Datenauswertung	8
4.1	Methode	9
4.1.1	Problematische Antworten	10
4.1.2	Berechnung der Mittelwerte für jeden Themenbereich	10
4.1.3	Konfidenzintervalle	12
4.1.4	False Discovery Rate (FDR)	12
4.1.5	Stratifizierte Analysen	13
4.2	Datenqualität	13
4.2.1	Deckungsgrad/Versandquote	13
4.2.2	Rücklaufquoten	13
4.2.3	Leere Fragebogen	14
4.2.4	Ausfüllraten	14
4.2.5	Fehlende Werte und Ausweichantworten	14
4.2.6	Umgang mit Kleinstfallzahlen	15
4.3	Nutzung bestehender Messdaten für interne Analysen	15
5.	Darstellung spezifischer Messergebnisse für Kliniken	15
5.1	Darstellung und verwendete Grafiktypen	15
5.2	Zugang zu den Ergebnissen	16

6.	Darstellung der national vergleichenden Ergebnisse	17
6.1	Darstellung und verwendete Grafiktypen	17
6.1.1	Trichtergrafiken	17
6.1.2	Weitere Grafiktypen	17
7.	Interpretation der Messergebnisse.....	18
8.	Literaturverzeichnis.....	19
8.1	Patientenzufriedenheit	19
8.2	Methodik	19
8.3	Fragebogen.....	19
	Impressum.....	20

1. AUSGANGSLAGE

Das hier vorgelegte Auswertungskonzept beschreibt, wie die erhobenen Messergebnisse der stationären Patientenzufriedenheitsmessungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (PatZu-KJP) ausgewertet werden. Die Erstellung der Konzepte (Auswertungs- und Publikationskonzept) erfolgte in enger Kooperation zwischen dem ANQ, dem [Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit Kinder- und Jugendpsychiatrie](#) sowie den beiden Kooperationspartnern w hoch 2 (Messlogistikzentrum) und Unisanté (Auswertungsinstitut).

Grundlagen der Konzepte des ANQ sind der [Nationale Qualitätsvertrag](#), das [Datenreglement des ANQ](#) sowie die generellen [Anforderungen an Auswertungs- und Publikationskonzepte](#). Die Erarbeitung der Konzepte des ANQ verläuft prozesshaft und baut auf den vorhergehenden Fassungen sowie neuen Erkenntnissen aus den Ergebnissen der Auswertungen auf.

Das Konzept richtet sich an die verantwortlichen Personen in den Kliniken sowie an die ANQ-Vertragspartner. Die patientenseitige Beurteilung der Betreuungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator. Die Erhebung der Patientenzufriedenheit liegt im Interesse der Leistungserbringer (z.B. Kliniken, Zuweisende), der Leistungsträger (Kantone und Versicherer) und der breiten Öffentlichkeit. Die Befragungsergebnisse bieten den Kliniken eine verlässliche Basis, um gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

2. METHODIK DER MESSUNG

2.1 MESSINSTRUMENT

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Expertinnen und Experten aus verschiedenen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der ganzen Schweiz, hat spezifische Fragebogen für diese Patientengruppe entwickelt und geprüft. Der Fragebogen wurde erstmals für die nationalen Qualitätsmessungen des ANQ mit dem Messjahr 2021 eingesetzt.

Der Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt in den Amtssprachen Deutsch, Französisch und Italienisch vor¹. Es existiert ein Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen (FBZ-KJP-J) sowie einer für die Eltern bzw. sorgeberechtigte Personen (nachfolgend: Eltern) (FBZ-KJP-E). Dem Fragebogen für die Kinder/Jugendlichen wurden Emoticons hinzugefügt, um das Beantworten der Fragen zu erleichtern (😊 = sehr zufrieden).

¹ Die italienische Sprachversion des Fragebogens steht seit dem Messjahr 2025 zur Verfügung.

Die Fragebogen sind als Papier-Versionen und als Onlinevarianten verfügbar. Jeder Fragebogen enthält sowohl einen individuellen Link als auch einen QR-Code, welche einen schnellen und unkomplizierten Zugang zum Onlinebefragungstool ermöglichen. Die Patientinnen und Patienten und die Eltern haben so die Möglichkeit zwischen den beiden Befragungsmodalitäten zu wählen. Detaillierte Informationen zum Fragebogen finden sich im Messmanual der Messung sowie auf dem [ANQ-Webportal](#).

2.2 DATENGRUNDLAGE

Die Messung der Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird alle zwei Jahre seit dem Messjahr 2021 erhoben. Die Messung ist als Vollerhebung konzipiert (jeweils vom 01.01 bis 31.12.). Im Zwischenjahr kann die Messung freiwillig auf klinikeigene Kosten weitergeführt werden.

2.2.1 Beschreibung der zu erhebenden Daten

Der Fragebogen der Kinder/Jugendlichen besteht aus 29 Fragen, welche in 8 Themenbereiche eingeteilt werden. Der Fragebogen der Eltern setzt sich aus 33 Fragen zusammen und gliedert sich in 7 Themenbereiche. Zusätzlich zu den Fragen der Zufriedenheit des stationären Klinikaufenthalts werden bei den Kindern/Jugendlichen folgende Informationen erhoben: Alter (Geburtsjahr), Geschlecht und Ausfüllmonat. Bei den Eltern wird das Alter und das Geschlecht des Kindes, der Ausfüllmonat und der Status des teilnehmenden Erwachsenen (4 Kategorien: Eltern, Vater, Mutter oder andere Person/en) erhoben.

Die Antworten auf die einzelnen Fragen werden anhand einer fünfstufigen Ordinalskala gemessen (Werte 1 bis 5). Es besteht auch die Möglichkeit mit «weiss nicht» zu antworten oder, dort wo vorhanden, eine Alternativantwort anzukreuzen (z.B. «keine Medikation»). Für die Kinder/Jugendlichen kommen noch 3 und für die Eltern 2 offene Fragen hinzu.

Tabelle 1 Übersicht Anzahl Fragen pro Themenbereiche

THEMENBEREICHE	KINDER/JUGENDLICHE	ELTERN
Empfang	1	2
Information und Aufklärung	5	8
Zufriedenheit mit der Behandlung	6	6
Zufriedenheit mit dem therapeutischen Team	4	6
Wohnen und Leben auf der Abteilung	6	0
Austritt, Nachbehandlung und Behandlungszufriedenheit	2	3
Rückblick auf die Behandlung und deren Nutzen	4	7
Aufenthaltsdauer	1	1
Total Zufriedenheitsfragen	29	33

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten

Im Grundsatz erhalten alle in der Klinik behandelten Patientinnen und Patienten einen Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit des stationären Aufenthalts, sofern die in der nachfolgenden Tabelle 2 beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt bzw. nicht erfüllt sind.

Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten

Einschlusskriterien	• Alle Patientinnen und Patienten ab 11 bis 18 Jahre² <u>sowie</u> alle Eltern von Kindern und Jugendlichen >5 Jahre³ • Wohnsitz in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein⁴ • Austritt zwischen dem 1.1.20xx – 31.12.20xx • Stationärer Aufenthalt (mindestens 24 Stunden) • Mehrfachhospitalisierte werden mehrmals befragt, wenn zwischen den einzelnen Austritten mehr als 3 Monate vergangen sind.
Ausschlusskriterien	• Verstorbene Patienten/innen • Im Ausland wohnhafte Patienten/innen (ausser Fürstentum Liechtenstein)

3. MESSLOGISTIK

Die w hoch 2 GmbH fungiert als Messlogistikzentrum und übernimmt die operativen Aufgaben im Rahmen der Messung. Dazu gehört die Organisation und Optimierung der Messabläufe sowie die Aufbereitung und Versand der Befragungsunterlagen, Entgegennahme von Fragebogenbestellungen der Kliniken und deren Belieferung mit den Fragebogen. Durch den Einsatz moderner Technologien (Dashboards) trägt w hoch 2 dazu bei, den administrativen Aufwand für die Kliniken zu reduzieren. Gleichzeitig wird den behandelten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern eine vereinfachte und zeitgemässe Teilnahme mittels Einsatzes von Online-Fragebogen ermöglicht. Die retournierten Fragebogen werden für die klinikspezifischen Ergebnisse zeitnah ausgewertet und auf einem Dashboard zugänglich gemacht. Der Datensatz für das nationale Auswertungsinstitut Unisanté wird erstellt.

Die Kliniken haben die Möglichkeit bei der Bestellung der Befragungsunterlagen Auswertungseinheiten wie z.B. Abteilung oder Station zu erfassen, um die Ergebnisse stratifizieren zu können. Auch können die Kliniken Befragungsinstitute für die Abwicklung der Befragung oder für zusätzliche Befragungen beziehen. Die dadurch entstehenden Kosten sind nicht Teil der ANQ-Messung und gehen zu Lasten der Klinik.

² Ausschlaggebend ist der Jahrgang des Kindes, nicht das exakte Geburtsdatum.

³ Ab Messjahr 2027 werden die Eltern unabhängig vom Alter des Kindes befragt.

⁴ Ab Messjahr 2027 werden alle behandelten Kinder/Jugendliche sowie deren Eltern befragt, unabhängig des Wohnorts.

3.1 DATENERHEBUNG

Der Fragebogen, der in Deutsch, Französisch und Italienisch zur Verfügung steht, wird am Ende des stationären Klinikaufenthalts an die Patientinnen und Patienten und Eltern abgegeben. Die Kliniken befragen ihre Patientinnen und Patienten mit einem Papierfragebogen. Da auf jedem Fragebogen ein individueller QR-Code und eine URL aufgedruckt sind, können die Befragten wahlweise die Papierversion oder die Online-Version nutzen.

Die retournierten Fragebogen werden von den Kliniken gesammelt und an das von w hoch 2 beauftragte Scanninginstitut retourniert.

Die Fragebogen verfügen in der Papier- und Online-Version über einen eindeutigen Code, welcher die Zuordnung zur Klinik/Abteilung erlaubt. Das Online-Befragungstool wird durch das Messlogistikzentrum gehostet, welches die Sicherheit und den Datenschutz gewährleistet. Das Messlogistikzentrum stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten, welche sowohl mit dem Fragebogen als auch online geantwortet haben, identifiziert werden können. Dies verhindert, dass beide Antworten in die Auswertung einfließen. Detaillierte Informationen insbesondere die Fragebogenabgabe sind im Messmanual beschrieben.

3.2 DATENBEREINIGUNG

Für das Einscannen und die Weiterverarbeitung der Fragebogen gelten klare Regeln. Sämtliche retournierten Papierfragebogen werden eingescannt. Falls sowohl eine Online- als auch eine Papierversion eines Fragebogens ausgefüllt wurde, geht die vollständigere Version in die Auswertung ein; sind beide Versionen vollständig, wird eine davon nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Fehlende Angaben werden in der Datenbank mit einem definierten Code (nicht «0») als sogenannte «Missing Values» gekennzeichnet. Für bestimmte Antwortkategorien wie «keine Medikation» oder «weiss nicht» sind spezifische Codes vorgesehen. Mehrfach angekreuzte Antworten werden als fehlend erfasst, da nicht eindeutig bestimmt werden kann, welche Antwort zutrifft. Ebenso werden nicht ausgefüllte Felder mit dem definierten «Missing-Value» versehen und entsprechend als fehlende Werte behandelt. Ist das Alter eines Kindes bei der Elternbefragung nicht mindestens 5 Jahre und bei der Kinderbefragung nicht mindestens 11 Jahre, dann werden die Werte korrigiert und als fehlender Wert definiert.

3.3 DATENWEITERGABE

Zuhanden des Auswertungsinstituts Unisanté wird ein Codebook erstellt, welche die Codes auf Itemebene kennzeichnet. In der finalen Datenaggregation werden die Daten von w hoch 2 plausibilisiert. Bei Fehlangaben werden Nachkontrollen und Korrekturen eingeleitet. Die Plausibilitätsregeln sind im Codebook hinterlegt. w hoch 2 übermittelt die Daten anschliessend über ein sicheres Versandsystem an Unisanté für die Auswertung und Berichtslegung.

3.4 DATENAUFBEWAHRUNG

w hoch 2: Sowohl die digitalisierten Papierfragebogen als auch die Onlinebeantwortungen werden vom Messlogistikzentrum redundant gespeichert, bis der ANQ eine Löschung verlangt.

Unisanté archiviert die Daten auf sicheren Servern. Die endgültige Löschung der Daten auf den Servern erfolgt erst nach ausdrücklicher schriftlicher Aufforderung durch den ANQ, spätestens jedoch 10 Jahre nach der Befragung.

3.5 DATENSCHUTZ

Zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit bestehen zwischen dem Messlogistikzentrum (MLZ) w hoch 2 und dem ANQ sowie zwischen dem nationalen Auswertungsinstitut Unisanté und dem ANQ schriftlich festgehaltene Vereinbarungen zur Auftragsdatenbearbeitung (ADV). Diese regeln den Umgang mit schützenswerten Daten und dokumentieren die getroffenen technischen sowie organisatorischen Sicherheitsmassnahmen. Sämtliche Speicherung und Verarbeitung von Daten erfolgt in der Schweiz.

Des Weiteren gilt:

- **Datentransfer:** Die Übermittlung der Daten zwischen der Klinik, dem MLZ und dem Auswertungsinstitut verschlüsselt über gesicherte institutionelle Plattformen. Die Dateien verbleiben nach Erhalt verschlüsselt auf den Servern und werden nicht unbefugt weitergeleitet.
- **Anonymisierung:** Ein Rückschluss auf natürliche Personen ist für das MLZ und das Auswertungsinstitut nicht möglich.
- **Zertifizierung und Schweigepflicht:** Unisanté ist nach der Norm ISO 9001:2015 zertifiziert. Alle beteiligten Mitarbeitenden des MLZ und des Auswertungsinstituts unterliegen der vertraglichen Geheimhaltungspflicht und wenden die üblichen Vorsichtsmassnahmen bei der Verarbeitung sensibler Daten gemäss den schweizerischen Gesetzen an.

4. DATENAUSWERTUNG

Gemäss dem Grundsatz des ANQ erfolgen die Auswertungen der nationalen Qualitätsmessungen auf Standortebene. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat der ANQ-Vorstand im Oktober 2025 auf Antrag entschieden, die Messergebnisse einzelner Klinikstandorte unter der Klinikgruppe (Hauptstandort) zu publizieren. Dieser Entscheid wird mit dem Messjahr 2025 umgesetzt. Weiterhin haben die Kliniken über das Ergebnisdashboard Einsicht in die deskriptiven Ergebnisse pro Klinikstandort, sofern die Unterlagen pro Standort bestellt wurden.

Die **klinikspezifischen Auswertungen** werden von w hoch 2 durchgeführt. In dieser Funktion hat w hoch 2 die Aufgabe, für jede Klinik die Ergebnisse aufzubereiten und in einem Dashboard den Kliniken zugänglich zu machen. Die Ergebnisse für jede teilnehmende Klinik werden zweimal pro Befragungszeitraum im Ergebnisdashboard online aufgeschaltet. Jede Klinik bzw. seine registrierten User können im geschützten Ergebnisdashboard die Ergebnisse einsehen. Die Ergebnisse können in Exceldateien oder PDF-Dokumente mittels einer Downloadoption exportiert werden.

Die wissenschaftliche Begleitung der Messung, die **national vergleichende Auswertung der Messdaten sowie die Berichterstattung** der nationalen Messergebnisse liegen in der Verantwortung des nationalen Auswertungsinstituts Unisanté.

4.1 METHODE

Neben den im Ergebnisdashboard zugänglichen Ergebnisse stellt w hoch 2, diese in einer «deskriptiven statistischen Auswertung» in Form einer Excel-Tabelle zur Verfügung. Diese Tabelle enthält die folgenden Daten pro Fragebogenversion (Kinder/Jugendliche und Eltern):

- Allgemeine und soziodemographische Daten: Rücklaufquote, Alter und Geschlecht des Kindes und wer den Fragebogen ausgefüllt hat.
- Antworten je Frage: Die Anzahl der Antworten je Kategorie in absoluten Zahlen und in Prozent
- Antworten der offenen Fragen (Freitextfelder) werden in alphabetischer Reihenfolge dargestellt und sind im PDF-Bericht der Detailanalyse einsehbar. Eine quantitative Analyse der offenen Fragen wird nicht durchgeführt. Die Kommentare werden von w hoch 2 nicht anonymisiert. Diese Informationen sind für den klinikinternen Gebrauch bestimmt

Hinweis: Fragebogen mit der Altersangabe <11 Jahre werden von der Analyse ausgeschlossen, Fragebogen mit der Altersangabe >18 Jahre werden trotz der Alterslimite in die Analyse eingeschlossen.

Die Ergebnisse werden **nicht risikoadjustiert**. In einer Pilotstudie, die eine Arbeitsgruppe mit Delegierten aus den Universitätskliniken Basel, Lausanne und Zürich durchgeführt hat, wurden die möglichen Einflussfaktoren für eine Risikoadjustierung geprüft. Es zeigte sich, dass weder das Alter noch das Geschlecht einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Auch weitere geprüfte Merkmale wie die Diagnose, Aufnahme freiwillig vs. fürsorgerische Unterbringung zeigten keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Hinweis: Eine vergleichende Darstellung der Ergebnisse Kinder/Jugendlichen und der Eltern ist nicht möglich. Einerseits sind die Fragen nicht identisch und eine Verknüpfung der Antworten der Kinder/Jugendlichen mit denen der Eltern ist technisch nicht vorgesehen.

Die statistischen Analysen der Daten werden mit der Statistiksoftware STATA durchgeführt.

4.1.1 Problematische Antworten

Mit den problematischen Antworten wird der Anteil der Antwortmöglichkeiten mit dem tiefsten Zufriedenheitsgrad dargestellt. Diese Statistik dient dazu, Themenbereiche mit dem meisten Verbesserungspotential zu identifizieren. Der Anteil der problematischen Antworten berechnet sich für die Themenbereiche wie folgt:

- Beim **Themenbereich 1** (Empfang), der aus einer einzigen Frage besteht, gelten als problematische Antworten die beiden negativsten Antworten 1 = sehr unzufrieden und 2 = eher unzufrieden auf der Skala von 1-5.
- Bei den **Themenbereichen 2 bis 7**, die sich aus mehreren Fragen zusammensetzen, wird der Schwellenwert auf maximal 2,5 gesetzt.
- Beim **Themenbereich 8** (Aufenthaltsdauer) gelten als problematische Antworten «zu lang» und «zu kurz».

Zur grafischen Darstellung der Antworten für die **Themenbereiche 2 bis 7** wurden die Werte in 5 Kategorien kodiert: «sehr unzufrieden» (Wert $x \leq 1,50$), «eher unzufrieden» (Werte $1,50 < x \leq 2,50$), «teils teils» (Werte $2,50 < x \leq 3,50$), «eher zufrieden» (Werte $3,50 < x \leq 4,50$) und «sehr zufrieden» ($4,50 < x$). Letztere Antwort gibt den höchstmöglichen Zufriedenheitsgrad an.

Beim **Themenbereich 8** setzt sich die Antwortkategorie «genau richtig» aus der Antwort «gut» zusammen und entspricht dem höchstmöglichen Zufriedenheitsgrad.

4.1.2 Berechnung der Mittelwerte für jeden Themenbereich

Die Mittelwerte der Themenbereiche von 1 bis 8 für die Kinder/Jugendlichen bzw. von 1 bis 7 für die Eltern werden berechnet, indem jede Antwort auf die Fragen ein numerischer Wert von 1 bis 5 zugewiesen wird. Dabei wird eine Likert-Skala verwendet (1 = negativste Antwort oder Modalität mit der niedrigsten Häufigkeit; 5 = positivste Antwort oder höchste Häufigkeit).

Die Mittelwerte resultieren aus der Umrechnung einer Ordinalskala (sehr unzufrieden, eher unzufrieden, ebenso zufrieden wie unzufrieden, eher zufrieden, sehr zufrieden) in numerische Werte (1 bis 5). Bei der Bildung der Werte für die Themenbereiche werden in Übereinstimmung mit der Entscheidung des [Qualitätsausschuss Patientenzufriedenheit Kinder- und Jugendpsychiatrie](#) und des ANQ nur diejenigen Befragten für die Berechnung der Werte berücksichtigt, die mindestens 50% der in jedem Themenbereich enthaltenen Fragen beantwortet haben. Beispielsweise wird Patientinnen und Patienten, die mindestens 3 von 5 Fragen desselben Themenbereichs beantwortet haben, ein Wert für das Thema zugewiesen, während denjenigen, die nur 1 oder 2 Fragen beantwortet haben, kein Wert für das Thema zugewiesen wird (d.h. zu diesem Thema wird kein Wert ausgewiesen). Durch diese Schwelle wird ermöglicht, die grosse

Mehrheit der Befragten zu berücksichtigen und gleichzeitig eine hohe Vergleichbarkeit zwischen den Werten zu einem Themenbereich zu gewährleisten. Für die vorliegende Erhebung wird ein konservativer Ansatz gewählt, weil es hierbei um eine nationale Bewertung geht. Gültige Antworten für diese Anpassungen sind die Werte auf der Zufriedenheitsskala von 1 bis 5 sowie alternative Antworten. Antworten wie «weiss nicht» werden nicht berücksichtigt und als fehlende Werte betrachtet. Zu beachten ist, dass alternativen Antworten kein Wert zugewiesen wird und diese daher nicht in die eigentliche Berechnung der Werte für die Themenbereiche einfließen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Mittelwerte der Themenbereiche, die in den Fragebogen für Kinder/Jugendliche und Eltern berücksichtigt werden, in beiden Fällen nach dem folgenden Verfahren berechnet werden:

- Gruppierung der Fragen abhängig vom gemessenen Themenbereich
- Definition der Mindestanzahl von Fragen, die einen Themenbereich bilden und die zur Berechnung eines Werts für den Themenbereich gültig beantwortet werden müssen (Antworten wie «weiss nicht» werden als gültig betrachtet, aber es wird ihnen kein Wert zugewiesen).
- Berechnung des Mittelwerts auf Personenebene: Alle verfügbaren Antworten innerhalb eines Themenbereichs werden gemittelt, sobald die Minimalschwelle an gültigen Antworten erreicht ist.
- Berechnung des Mittelwerts auf Klinik- oder Nationalebene eines Themenbereichs anhand aller Mittelwerte auf Personenebene, die die erforderliche Mindestanzahl von Fragen beantwortet haben.

Im Gegensatz zu den «einfachen» (d.h. aus einer einzigen Frage bestehenden) Themenbereichen, bei denen sich nur ganzzahlige Werte (1, 2, 3, 4 und 5) ergeben können, weisen die Mittelwerte der Themenbereiche, die über mehrere Fragen berechnet werden, auch Zwischenwerte auf. Da die Verteilung der Antworten auf die Themen in den Berichten mit Hilfe eines Fünf-Balken-Diagramms und nicht eines Histogramms mit allen Zwischenwerten erfolgt, werden die Daten, die den gesamten Bereich zwischen 1.0 und 5.0 abdecken, wie folgt gruppiert: $[0.1, 1.5] = 1$; $[1.6, 2.5] = 2$; $[2.6, 3.5] = 3$; $[3.6, 4.5] = 4$; $[4.6, 5.0] = 5$.

Hinweis Themenfeld «Aufenthaltsdauer»: Für die Darstellung der Ergebnisse des Themenbereichs «Aufenthaltsdauer» werden sowohl für die Stichprobe der Kinder/Jugendlichen als auch für die der Eltern Anteile verwendet, da sich die verwendete Skala von der für die anderen Zufriedenheitsthemen verwendeten Skala unterscheidet und nicht linear ist. Auch in diesem Fall wird jeder Antwortmodalität ein Nummernwert von 1 bis 5 zugewiesen, sie hat aber nicht die Bedeutung einer Likert-Skala. Vielmehr bezeichnen die Antwortwerte 1 und 5 problematische Antwortkategorien («zu lang» bzw. «zu kurz»), während der Wert 3 dem höchsten Zufriedenheitsgrad entspricht (d.h. «gut»). Die Antwortwerte 2 und 4 («eher zu lang» und «eher zu kurz») fließen nicht in die Berechnung der Aufenthaltsdauer ein.

Die Ergebnisse (sowohl die problematischen Antworten als auch die Mittelwerte) sowie weitere Angaben zur Stichprobenbeschreibung werden mit einer Nachkommastelle ausgewiesen und publiziert.

4.1.3 Konfidenzintervalle

Mittelwerte und Anteile problematischer Antworten bewegen sich innerhalb eines begrenzten Wertebereichs (zwischen 1.0 und 5.0 bei Likert-Skalen, bzw. zwischen 0% und 100% bei Anteilen). Zudem liegen die beobachteten Werte häufig nahe an den Randbereichen der Skala, mit hohen Mittelwerten und niedrigen Anteilen problematischer Antworten. Dadurch dehnen sich die Konfidenzintervalle oftmals asymmetrisch aus.

Um diesen beiden Umständen Rechnung zu tragen, wurde zur Schätzung der Konfidenzintervalle das *Bias-Corrected and Accelerated* (BCa)-Variante des **Bootstrap**-Verfahren verwendet. Dabei handelt es sich um eine robuste Methode, die ausschliesslich auf den beobachteten Daten basiert und keine Annahmen über eine bestimmte theoretische Verteilung voraussetzt. Zudem wurde bereits im Vorfeld auf die Robustheit der Ergebnisse geachtet. Für Stichproben mit weniger als 20 Fragebogen (ein Bereich, in dem statistische Verfahren zunehmend unzuverlässig werden), wurde daher auf die Berechnung von Konfidenzintervallen verzichtet.

4.1.4 False Discovery Rate (FDR)

Im nationalen Vergleich werden die Messwerte jeder Klinik einzeln mit der Vergleichsgrösse (dem nationalen Mittelwert) verglichen. Dies bedeutet, dass ebenso viele statistische Tests durchgeführt werden, wie Kliniken in die Analyse einbezogen sind. Eine unerwünschte Folge eines solchen naiven Vorgehens besteht darin, dass die Wahrscheinlichkeit, mindestens eine Abweichung fälschlicherweise als statistisch signifikant einzustufen, deutlich über das nominelle Signifikanzniveau vom 5% bzw. 1% ansteigt, das für einen einzelnen Test gilt. Mit zunehmender Anzahl von Tests kann diese Wahrscheinlichkeit sogar gegen 100% tendieren.

Um dieses Risiko zu minimieren, wird das Verfahren zur Kontrolle der *False Discovery Rate* (FDR) eingesetzt, dass die statistischen Schwellenwerte für multiple Vergleiche entsprechend anpasst. Dadurch erfolgt die Einstufung von Kliniken als «überdurchschnittlich» und «unterdurchschnittlich» zurückhaltender. Als statistisch auffällig werden nur jene Institutionen ausgewiesen, deren Abweichung vom Referenzwert ausreichend ausgeprägt ist. Auf diese Weise bleibt das Risiko falsch positiver Befunde auch bei einer grossen Anzahl von Vergleichen auf dem angestrebten Niveau von 5% bzw. 1%.

4.1.5 Stratifizierte Analysen

Zur Beurteilung der Signifikanz der Unterschiede zwischen den Kategorien der Befragten, die abhängig vom bewerteten Merkmal definiert wurden, wird ein Verfahren angewendet, das die folgenden Aspekte berücksichtigt:

- Berechnung statistischer Kruskal-Wallis-Tests zur Feststellung, ob es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Kategorien der Befragten gibt. Dieser Test ist ein nicht-parametrisches Äquivalent der Varianzanalyse (ANOVA). Der Anwendungsbereich dieses Tests ist breiter, weil nicht angenommen werden muss, dass die Daten einer vorher bekannten statistischen Verteilung folgen. Um festzustellen, ob verschiedene Stichproben aus der gleichen Population stammen, werden Mediane genutzt (anstelle von Mittelwerten wie bei der Varianzanalyse).
- Auswertung der Unterschiede zwischen den Mittelwerten: Die Abweichungen zwischen den Mittelwerten werden berechnet, um die Grösse der zuvor gefundenen Unterschiede zu bewerten.

Falls sich Unterschiede in den bewerteten Merkmalen zeigen, werden die Analysen im Executive Summary aufgenommen und die Unterschiede diskutiert.

4.2 DATENQUALITÄT

4.2.1 Deckungsgrad/Versandquote

Während einer Messperiode sollten alle Patientinnen und Patienten an der Messung teilnehmen (siehe Ein- und Ausschlusskriterien). Der Deckungsgrad (oder auch Versandquote) misst den Anteil der einzuschliessenden Patientinnen und Patienten, die tatsächlich einen Fragebogen erhalten haben.

Die Auswertung wird durch das Auswertungsinstitut vorgenommen und der ANQ-Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt. Eine Publikation dieser Kennzahl ist zurzeit nicht vorgesehen. Vielmehr dient die Analyse dazu, um gemeinsam mit Kliniken mögliche Verbesserungen in den (klinikeigenen) Prozessen und den Definitionen zu identifizieren.

4.2.2 Rücklaufquoten

Die Rücklaufquote wird auf Basis der Anzahl physisch sowie online eingegangener und gültig ausgefüllter Fragebogen sowie der von den Kliniken gemeldeten Anzahl abgegebener Fragebogen während der Befragungsperiode berechnet. Sie wird als prozentualer Anteil ausgewiesen und umfasst sowohl die globale Rücklaufquote – d.h. jene, die auf Grundlage der gesamten

Stichprobe auf nationaler Ebene berechnet wird – als auch die individuellen Rücklaufquoten auf Klinikebene.

Es kann vorkommen, dass Kliniken mehr zurückgesandte Fragebogen als abgegebene Fragebogen deklarieren und dadurch eine Rücklaufquote von über 100% ausweisen. Kliniken, die einen Rücklauf grösser als 100% ausweisen, werden zur Berechnung des Rücklaufs ausgeschlossen. Für die weiteren Auswertungen werden die Fragebogen aus solchen Institutionen jedoch eingeschlossen. Im Ergebnisdashboard wird immer die berechnete Rücklaufquote angegeben, auch wenn diese >100% ist.

4.2.3 Leere Fragebogen

Die leer zurückgesandten Fragebogen werden gescannt und ausgewiesen, nicht aber zum Rücklauf gezählt. Ein Fragebogen wird nur dann zum Rücklauf gezählt, wenn mindestens eine der Zufriedenheitsfragen ausgefüllt wurde. Diese Vorgehensweise gilt für die Papier- und Online-Version des Fragebogens.

4.2.4 Ausfüllraten

Ausfüllraten messen die Vollständigkeit eines Datensatzes und gelten daher als ein übliches Datenqualitätsmerkmal.

Tabelle 3: Ausfüllraten pro Frage und pro Themenbereich

FRAGEN	THEMENBEREICHE
Die Ausfüllrate einer einzelnen Frage wird für jede Frage separat berechnet. Sie entspricht dem Anteil nicht leerer Antworten (d.h. Antworten aus der Skala sowie Ausweichantworten) in Relation zur Gesamtzahl der retournierten Fragebogen. Soziodemographische Fragen werden ähnlich behandelt.	Da Themen auf der Kombination mehrerer Fragen beruhen, müssen fehlende Werte aus verschiedenen Fragen zusammengeführt werden. Ein Thema wird als Mittelwert seiner Fragen berechnet. Die Werte sind vorhanden, sobald mindestens die Hälfte aller Fragen beantwortet wurden. Ein solches Thema bildet eine neue Variable, dessen Ausfüllrate genauso wie bei den einzelnen Fragen berechnet werden kann.

4.2.5 Fehlende Werte und Ausweichantworten

Für jede Frage wird die Anzahl fehlender Werte separat berechnet. Die Analyse berücksichtigt nur die für jede Antwort gültigen Angaben. In der Detailanalyse des Ergebnisdashboards werden die Anteile der «weiss nicht»-Antworten, sowie spezielle Antwortkategorien (bspw. «keine Medikation») ebenfalls ausgegeben.

4.2.6 Umgang mit Kleinstfallzahlen

Auf nationaler Ebene (ANQ-Webportal) wird die Anonymität durch einen hohen Aggregationsgrad sichergestellt. Die Ergebnisse werden ausschliesslich als Themenbereiche (nicht Einzelfragen) pro Klinik visualisiert. Ausserdem gibt es keine Merkmalsverknüpfung. Die Ergebnisse werden nicht mit soziodemografischen Variablen (z.B. Alter, Geschlecht) verknüpft. Diese Trennung verhindert die Re-Identifizierung durch spezifische Merkmalskombinationen.

Folgende Schutzwellen kommen zur Anwendung:

- **Publikationslimit (n<3):** Ergebnisse von Kliniken mit weniger als 3 auswertbaren Fragebogen werden auf dem Webportal nicht publiziert. Die Daten fliessen jedoch anonymisiert in den nationalen Benchmark ein.
- **Ergebnisdashboard (n<5):** Aufgrund der dort verfügbaren Filter und der höheren Detailtiefe werden Daten im Dashboard zum Schutz der Betroffenen erst ab 5 auswertbaren Fragebogen pro Klinik bzw. pro Auswertungseinheit (meist Abteilungen) zur Verfügung gestellt. Hat eine Klinik eine Auswertungseinheit codiert, für welche weniger als 5 auswertbare Fragebogen vorliegen, wird diese Auswertungseinheit so lange mit der nächstgrösseren Auswertungseinheit zusammengeführt, bis die Mindestzahl von 5 auswertbaren Fragebogen erreicht ist. Die zusammengeführte Auswertungseinheit wird mit «Anonym» beschriftet.

4.3 NUTZUNG BESTEHENDER MESSDATEN FÜR INTERNE ANALYSEN

Gemäss dem [ANQ-Datenreglement](#) ist der ANQ befugt, alle Daten im Zusammenhang mit den Messungen in dem Umfang zu bearbeiten, wie dies für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlich ist. Wenn nötig, können daher bereits erhobene Daten aus anderen Messungen (fachübergreifend und/oder fachbereichsspezifisch) für interne Analysen genutzt werden, beispielsweise um eine Messmethode zu überprüfen und/oder weiterzuentwickeln.

5. DARSTELLUNG SPEZIFISCHER MESSERGEBNISSE FÜR KLINIKEN

5.1 DARSTELLUNG UND VERWENDETE GRAFIKTYPEN

Den Kliniken wird ein Ergebnisdashboard zur Verfügung gestellt über welches die Kliniken Einsicht in ihre deskriptiven Ergebnisse pro Klinikstandort haben. Sofern die Institutionen bei der Erhebung eine Auswertung nach Auswertungseinheiten/Abteilungen gewählt haben, können zudem abteilungsspezifische Auswertungen vorgenommen werden.

Allgemeine deskriptive Auswertung Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- Beschreibung der Stichprobe:
 - Rücklauf (Anteil der retournierten Fragebogen in Bezug auf die Anzahl abgegebener Fragebogen), Datenqualität
 - Anteil der Fragebogen, die online beantwortet wurden
 - Zusätzlich Elternversion: Elternteil (Vater, Mutter, Vater & Mutter, andere Person(en))
 - Alter
 - Geschlecht (männlich; weiblich)
 - Beantwortete Fragebogen aufgeschlüsselt nach Quartalen
 - Zurückgesandte Fragebogen nach Sprache (DE, FR, IT)
- Ergebnisse pro Themenbereich: Ergebnisse in Form von Säulendiagrammen: prozentuale Anteile für jede Antwortkategorie, definiert auf der Grundlage der Intervalle der Antwortskala, Mittelwert und Standardabweichung, Anteile problematischer Antworten (in Rot). Wo relevant, Vergleich mit den Ergebnissen der vorangegangenen Jahre in Form von Liniendiagrammen
- Ergebnisse in Tabellenform: Anzahl ausgewertete Fragebogen (N), Mittelwert, Anteile problematischer Antworten, Anteile der Teilnehmenden, die von der Berechnung der Themenbereiche ausgeschlossen sind (d.h. nicht beantwortete Themenbereiche)
- Stratifizierte Hauptergebnisse:
 - Auswertungseinheit
 - Zusätzlich Elternversion: Elternteil (Vater, Mutter, Vater & Mutter, andere Person(en))
 - Altersgruppen 11-15, 16-18, 18+ Jahre
 - Geschlecht
 - Ausfüllmonat
 - Sprache der Fragebogen (DE, FR, IT)

5.2 ZUGANG ZU DEN ERGEBNISSEN

Pro Institution wird ein Admin-Zugang erteilt. Die Institutionen erhalten zudem die Möglichkeit, weiteren Personen Nutzerrechte zu erteilen. Admin- und Benutzer-Zugänge können die Ergebnisse im Ergebnisdashboard einsehen, sowie zusätzliche Auswertungen der Klinikergebnisse durchführen und herunterladen.

6. DARSTELLUNG DER NATIONAL VERGLEICHENDEN ERGEBNISSE

6.1 DARSTELLUNG UND VERWENDETE GRAFIKTYPEN

6.1.1 Trichtergrafiken

Die Durchschnittswerte für jeden Themenbereich der Kinder/Jugendlichen und Eltern werden in Form einer Trichtergrafik (Funnel Plot) auf dem ANQ-Webportal dargestellt (siehe Beispielgrafik im Publikationskonzept). Diese Darstellung ermöglicht es, Abweichungen einer Klinik vom nationalen Mittelwert auf einfache Weise abzulesen, wobei gleichzeitig die natürliche Streuung der Werte berücksichtigt wird.

- **Achsensdefinition:** Auf der vertikalen Achse (y-Achse) sind die Mittelwerte der Kliniken dargestellt. Die Anzahl ausgewerteter Fragebogen wird auf der horizontalen Achse (x-Achse) dargestellt.
- **Vergleichsgrösse:** Die horizontale rote Linie zeigt den Mittelwert des Gesamtkollektivs und bildet die Vergleichsgrösse.
- **Konfidenzintervalle:** Jeder Datenpunkt enthält ein 95%- und ein 99%-Konfidenzintervall. Je stärker die Färbung des Punktes, desto höher die statistische Signifikanz der Abweichung von der Vergleichsgrösse. Kliniken, welche sich im Normbereich befinden, sind grau gefärbt.
- **Mindestfallzahl:** Die Ergebnisse der Kliniken, bei denen weniger als 20 auswertbare Antworten vorliegen, werden als statistisch unzuverlässig betrachtet. Diese Schwelle wird durch eine gestrichelte vertikale Trennlinie markiert. Kliniken mit <20 ausgewerteten Fragebogen werden als weisse Kreise ausgewiesen. Die Darstellung erfolgt ohne die Konfidenzintervalle.

6.1.2 Weitere Grafiktypen

Ergänzend zu den Trichtergrafiken werden für die nationale Berichterstattung die folgenden weiteren Grafiktypen und Tabellen eingesetzt, um die Messergebnisse sowie deskriptive Parameter der Erhebung transparent darzustellen:

- Säulendiagramme
- Liniendiagramme
- Strukturierte Tabellen

Mit diesen Darstellungsformen werden neben den inhaltlichen Ergebnissen sowie deren Entwicklung auch die soziodemographischen Merkmale in der Stichprobe (z.B. Alter, Geschlecht), Informationen zur Beteiligung (z.B. Rücklaufquoten) sowie Indikatoren der Datenqualität (z.B.

Ausfüllraten/Missings) ausgewiesen. Sie ermöglichen relevante Informationen zusammenzufassen, einen schnellen Vergleich und unterstützen die Identifizierung von Themenbereichen mit einem hohen Handlungsbedarf. Sie dienen somit insbesondere zur Vertiefung und dem Kontext der Daten.

7. INTERPRETATION DER MESSERGEBNISSE

Die Messergebnisse dienen der Dokumentation der Behandlungsqualität aus Patientensicht und sollen klinikinterne Verbesserungsprozesse anstossen. Für eine korrekte fachliche Interpretation sind die methodischen Grenzen zu berücksichtigen, welche im fachübergreifenden Dokument [Hinweise zur Interpretation der ANQ-Messergebnisse](#) ausführlich dokumentiert sind.

Für detaillierte Erläuterungen zur grafischen Darstellung auf dem ANQ-Webportal wird auf das [Publikationskonzept](#) und die Erläuterungen zu den Grafiken (siehe [Messergebnisseite](#)) verwiesen, die auf dem ANQ-Webportal zur Verfügung stehen.

Das [ANQ-Glossar](#) beschreibt zudem zentrale Begrifflichkeiten rund um die ANQ-Messungen.

8. LITERATURVERZEICHNIS

8.1 PATIENTENZUFRIEDENHEIT

- Madan, A., Sharp, C., Newlin, E., Vanwoerden, S., & Fowler, J. C. Adolescents Are Less Satisfied with Inpatient Psychiatric Care than Their Parents: Does it matter? *J Healthc Qual.* 2014. 0: 1–8.
- Marriage, K., Petrie, J., & Worling, D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can J Psychiat.* 2001. 46, 969–975.
- Biering, P. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010. 17, 65–72.
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3–4-year follow-up study. *Nord J Psychiat.* 2015. 69, 224–232.
- Duss, BG., Rosenheck, RA. & Stolar, M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv.* 1999. 50: 1053–8.
- Crow, R., et al., The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002. 6(32): 1–244.

8.2 METHODIK

- Kruska, W.J., et Wallis, W.A., Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *J Am Stat Assoc.* 1952. 47(260): 583–621.
- Siegel, S., et Castellan Jr, N.J., *Nonparametric Statistics for The Behavioral Sciences*, 2nd ed. 1998. McGraw-Hill.

8.3 FRAGEBOGEN

- Della Casa, A., Urben, S., Hefti, S., Wöckel, L., Beutler, H., Holzer, L., Riedo, V., von Schimmelmann, BG, Schmid, M. Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der stationären Behandlungszufriedenheit in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (FBZ-KJP): Ergebnisse einer Pilotstudie. *Z Kinder Jug-Psych.* 2002. 1–13.

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Nationaler Messplan Psychiatrie Auswertungskonzept Patientenzufriedenheit Kinder- und Jugendpsychiatrie, Version 2.0
Publikationsjahr	2026
Autorenschaft	Dr sc. nat Julien Junod Muriel Haldemann Luc Drohé
Erstellung unter Mitarbeit von	Unisanté Lausanne w hoch 2 GmbH, Bern
Kontakt-Korrespondenzadresse	psychiatrie@anq.ch
Auftraggeberin	ANQ
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern
Zitierweise	ANQ, Unisanté & w hoch 2 (2026): Nationaler Messplan Psychiatrie. Auswertungskonzept Patientenzufriedenheit Kinder- und Jugendpsychiatrie. Messjahr 2025. Version 2.0. Bern.