

AUSWERTUNGSKONZEPT

NATIONALE MESSUNG PATIENTENERFAHRUNG (PREMS) AKUTSOMATIK ERWACHSENE, ERWACHSENENPSYCHIATRIE UND REHABILITATION AB 2025

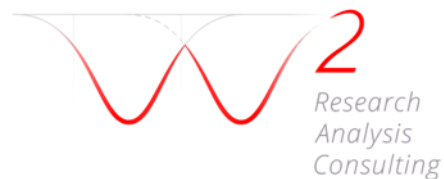
Version: 1.1

Datum: September 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	Messinstrumente	4
2.2	Datengrundlage	6
2.2.1	Beschreibung der zu erhebenden Daten	6
2.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten	7
3	Messlogistik	7
3.1	Datenerhebung	7
3.2	Ablauf der Befragung	8
3.3	Datenbereinigung	8
3.4	Datenweitergabe	9
3.5	Datenaufbewahrung	9
3.6	Einhaltung Datenschutz/Datensicherheit	9
4	Datenauswertung	10
4.1	Methode	10
4.1.1	Top- und Bottom-Boxes	10
4.1.2	Themenbildung	11
4.1.3	Durchschnittswerte (Anteile)	13
4.1.4	Konfidenzintervalle	14
4.1.5	False Discovery Rate (FDR)	16
4.2	Datenqualität	16
4.2.1	Deckungsgrad	17
4.2.2	Rücklaufquoten	17
4.2.3	Leere Fragebogen	17
4.2.4	Überschüssige Rücklaufquoten	18
4.2.5	Ausfüllraten	18
4.2.6	Ausweichantworten	19
4.2.7	Umgang mit Kleinstfallzahlen	20
4.3	Nutzung bestehender Messdaten für interne Analysen	21
5	Darstellung spezifischer Messergebnisse für Spitäler und Kliniken	21

5.1	Darstellung und verwendete Grafiktypen	21
5.2	Zugang zu den Ergebnissen.....	21
6	Darstellung der national vergleichenden Ergebnisse	22
6.1	Darstellung und verwendete Grafiktypen	22
6.1.1	Trichterdiagramme	22
6.1.2	Zeitliche Entwicklung.....	23
6.1.3	Weitere Grafiktypen.....	23
6.2	Risikoadjustierung und Stratifizierung.....	23
7	Interpretation der Messergebnisse.....	24
7.1	Einordnung der Ergebnisse	24
7.1.1	Besonderheit der PREMs-Messung.....	24
7.1.2	Weiterführende Informationen	25
	Abbildungsverzeichnis.....	26
	Tabellenverzeichnis	26
	Impressum.....	27

1 AUSGANGSLAGE

Das hier vorgelegte Auswertungskonzept beschreibt, wie die Ergebnisse der Messungen der Patientenerfahrung (PREMs, aus dem englischen *Patient Reported Experience Measures*) in den Fachbereichen Akutsomatik Erwachsene, Erwachsenenpsychiatrie und Rehabilitation national und vergleichend ausgewertet werden.

Die Erstellung des Konzeptes ist in enger Kooperation zwischen dem ANQ, dem [Qualitätsausschuss \(QA\) Patientenerfahrung \(PREMs\)](#) und den Kooperationspartnern Unisanté Lausanne und w hoch 2 GmbH entstanden.

- Die Unisanté Lausanne ist zuständig für die wissenschaftliche Begleitung der Messung, die national vergleichende Auswertung der Messdaten und die Berichtslegung der nationalen Messergebnisse.
- w hoch 2 GmbH ist beauftragt mit der Messlogistik, der Entwicklung und dem Betrieb des Admin-Dashboards (Bestellung, Koordination, Deklaration) und dem Ergebnisdashboard (VIZER) der spital-/klinikspezifischen Ergebnisse.

Das vorliegende Auswertungskonzept berücksichtigt den [Nationalen Qualitätsvertrag](#), das [Datenreglement ANQ](#) sowie die [Anforderungen an die Auswertungskonzepte des ANQ](#).

Es richtet sich an die verantwortlichen Personen in den Spitälern und Kliniken sowie an die ANQ-Vertragspartner. Das übergeordnete Ziel der Messungen ist es, die Patientenperspektive sichtbar zu machen und aufzuzeigen, wie die Patientinnen und Patienten die erbrachten Gesundheitsleistungen erleben. Die Befragungsergebnisse bieten den Spitälern und Kliniken eine verlässliche Basis, um gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung anzustossen, ihre Dienstleistungen weiterzuentwickeln und die Patientenzentriertheit zu stärken.

2 METHODIK DER MESSUNG

2.1 MESSINSTRUMENTE

Das Erhebungsinstrument für die Patientenerfahrung (PREMs) ist der Fragebogen Swiss PREMs. Dieser basiert auf dem kanadischen Instrument CPES-IC (Canadian Patient Experiences Survey – Inpatient Care). Er wurde in einem wissenschaftlichen Prozess in die drei Amtssprachen (Deutsch, Französisch und Italienisch) übersetzt und an den schweizerischen Kontext angepasst. Änderungen am Fragebogen wurden in die englische Originalversion übertragen, sodass dieser nun auch auf Englisch verfügbar ist.

Die Fragebogen in den drei Fachbereichen Akutsomatik, Erwachsenenpsychiatrie und Rehabilitation folgen einer ähnlichen Struktur. Ursprünglich wurde der Fragebogen für die

Akutsomatik entwickelt, und später für die Psychiatrie sowie die Rehabilitation angepasst. Daher bleiben die meisten Fragen unverändert. Unterschiede ergeben sich bei fachspezifischen Aspekten, etwa durch eine zusätzliche Fragegruppe zu Therapeuten (Rehabilitation und Psychiatrie), Rückzugsmöglichkeiten und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit (Psychiatrie) oder die Frage, ob der Eintritt Folge eines Unfalls war (Rehabilitation).

Die PREMs-Fragen nutzen überwiegend vierstufige verbale Antwortformate - mit Ausnahme von zwei binären Ja/Nein-Fragen. Die Antworten sind rangskaliert (z.B. *Nie / Manchmal / Meistens / Immer*). Dies gilt auch für eine der beiden globalen Zufriedenheitsfragen, nämlich die *Weiterempfehlung*. Die Gesamterfahrung wird auf einer kontinuierlichen Skala von 0 bis 10 bewertet. Bei manchen Fragen gibt es eine Ausweichantwort. Diese wird angekreuzt, wenn die Frage nicht zutrifft.

Für detaillierte Informationen sei auf die folgende Tabelle 1 verwiesen. Die Fragebogen aller Fachbereiche sind auf dem [ANQ-Webportal](#) einsehbar.

Tabelle 1: Angaben zum Erhebungsinstrument in den drei Fachbereichen. Unterschiede der Inhalte pro Fachbereich. Diese ergeben sich aus Anpassungen für die Bereiche Psychiatrie und Rehabilitation. Die Tabelle basiert auf den Fragebogen *Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1*, *Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1* und *Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1*.

ABSCHNITT	AKUTSOMATIK	PSYCHIATRIE	REHABILITATION
	Anzahl der Fragen im Fragebogen und pro Abschnitt		
Gesamtfragebogen	37	40	38
Ihre Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte	4	3	4
Ihre Behandlung durch das in der Pflege tätige Personal	4		
Ihre Behandlung durch das therapeutische Team	-	3	
Im Spital/in der Klinik	2	3	2
Ihre Erfahrung in diesem Spital/in dieser Klinik	5	3	
Nach Ihrem Spitalaustritt/Klinikaustritt	3		
Ihre Ankunft im Spital/in der Klinik	3	5	2
Während Ihres Spitalaufenthalts/Ihres Klinikaufenthalts	7		
Ihr Spitalaustritt/Klinikaustritt	3		

ABSCHNITT	AKUTSOMATIK	PSYCHIATRIE	REHABILITATION
Gesamtbeurteilung des Spitals/der Klinik	2		
Antwortskala			
PREMs Fragen	4-stufige Antwortskala verbal		
Gesamterfahrung	11-stufige Antwortskala (0 bis 10)		
Zusätzlich erfasste Patientenmerkmale			
	Alter (Geburtsjahr)		
	Geschlecht		
	Selbstwahrgenommener Gesundheitszustand		
	Versicherungsstatus		
	-	-	Unfall/Nichtunfall

2.2 DATENGRUNDLAGE

2.2.1 Beschreibung der zu erhebenden Daten

Der Datensatz umfasst vorwiegend spezifische PREMS-Fragen, die die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten während ihrer Behandlung untersuchen. Diese decken zentrale Themen wie Eintritt, Information/Kommunikation, Einbezug, Organisation/Abläufe, Medikation, Sicherheit und Austritt ab. Ergänzend enthält er Filterfragen zur Steuerung des Antwortflusses, indem Befragte abhängig von ihren Antworten gezielt durch den Fragebogen geführt werden, sowie zwei Fragen zur globalen Zufriedenheit (Gesamterfahrung und **Weiterempfehlung**) sowie soziodemografische Merkmale der antwortgebenden Person: Geburtsjahr, Geschlecht, Versicherungs-kategorie und subjektiver Gesundheitszustand. Die Daten werden in den drei Amtssprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch) sowie auf Englisch erhoben.

Zur administrativen Zuordnung und für das Benchmarking enthält der Datensatz den Spital-/Klinikcode sowie die BFS-Spittalkategorie. Diese Variablen bilden die Grundlage, um Spitäler und Kliniken im nationalen Kontext fair miteinander zu vergleichen oder Kennwerte auf Basis des Gesamtkollektivs zu berechnen.

Zudem besteht für die Spitäler und Kliniken die Möglichkeit, bis zu zwölf Abteilungen pro Standort zu kodieren, um die Ergebnisse für spital-/klinikinterne Analysen und Vergleiche zu differenzieren.

2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten

Alle Patientinnen und Patienten, die während des definierten Erhebungszeitraums (Vgl. fachspezifisches Messmanual, Kapitel 5) das Spital/die Klinik verlassen, erhalten einen Fragebogen. Ein Ausschluss von der Befragung ist lediglich gemäss den in Tabelle 2 genannten Kriterien vorgesehen.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten

	AKUTSOMATIK, ERWACHSENENPSYCHIATRIE UND REHABILITATION
Einschlusskriterien	• Alle Jugendliche und Erwachsene ab 16 Jahren (einschliesslich) zum Zeitpunkt des Austritts • Austritt innerhalb des definierten Erhebungszeitraums • Stationärer Aufenthalt von mindestens 24 Stunden
Ausschlusskriterien	• Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Messperiode mehrfach hospitalisiert werden (sie erhalten nur einmal einen Fragebogen) • Patientinnen und Patienten, die während des Spital- bzw. Klinikaufenthaltes oder der Erhebungsperiode versterben • Im Ausland wohnhafte Patientinnen und Patienten (ausser Fürstentum Liechtenstein) • In der Psychiatrie: Patientinnen und Patienten der Forensik

3 MESSLOGISTIK

3.1 DATENERHEBUNG

Detaillierte Informationen zum operativen Ablauf der Befragung sowie zum Zeitplan sind im fachspezifischen Messmanual festgehalten, welches auf dem [ANQ-Webportal](#) zur Verfügung steht. Die Datenerhebung erfolgt mittels der fachbereichsspezifischen Versionen des Swiss PREMs Fragebogens, der in den drei Amtssprachen (Deutsch, Französisch, Italienisch) sowie Englisch zur Verfügung steht. Die Spitäler und Kliniken können für die Befragung ihrer Patientinnen und Patienten zwischen zwei Hauptwegen wählen:

Befragung mittels Papierfragebogen: Die Spitäler und Kliniken können ihre Patientinnen und Patienten mit einem postalisch versendeten Papierfragebogen befragen. Da auf jedem Fragebogen ein individueller QR-Code und eine URL aufgedruckt sind, können die Befragten wahlweise die Papierversion oder die Online-Version nutzen.

Den Papierfragebogen werden vorfrankierte Rückantwortkuverts beigelegt, welche direkt an das Messlogistikzentrum (MLZ), bzw. an das beauftragte Scanninginstitut adressiert sind. Das

Scanning der retournierten Papierfragebogen erfolgt maschinell, wobei die handschriftlich eingetragenen Geburtsdaten manuell nachkontrolliert werden.

Befragung mittels Online-Fragebogen (E-Mail): Patientinnen und Patienten, für welche eine E-Mail-Adresse vorliegt, können online zur Befragung eingeladen werden. Sofern nicht für das gesamte Kollektiv E-Mail-Adressen vorhanden sind, ist eine Kombination mit dem Papierversand verpflichtend. Die Patientinnen und Patienten erhalten beim Online-Versand eine individuelle URL (versendet durch das Spital/die Klinik; einen durch das Spital/Klinik beauftragten Kooperationspartner oder den Subunternehmer von w hoch 2), welche direkt auf das Befragungssystem des MLZ führt. Die digital ausgefüllten Fragebogen werden im System des MLZ verschlüsselt gespeichert.

Anonymität und Datenverknüpfung: Die Erhebung erfolgt grundsätzlich anonym. Bei der Online-Befragung besteht jedoch die Option einer Verknüpfung auf Fallebene, um Antworten für interne Analysen mit dem Patienten/der Patientin zu verbinden. Dies wird den Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen transparent mitgeteilt; sie können dieser Verknüpfung mittels einer Opt-out-Möglichkeit im Fragebogen widersprechen. Die Verknüpfung ist keine Priorität des ANQ und liegt in der Verantwortung der Spitäler und Kliniken.

3.2 ABLAUF DER BEFRAGUNG

Die Patientinnen und Patienten füllen den Fragebogen selbständig Frage für Frage aus, bzw. werden je nach Antwort anhand von Filterfragen zur entsprechenden Folgefrage geleitet. In der Onlineversion erfolgt die Weiterleitung zur Folgefrage automatisch. In der Papierversion kann es bei Filterfragen eher zu Missverständnissen kommen. Falls nötig, kann beim Ausfüllen eine nahestehende Bezugsperson unterstützen.

3.3 DATENBEREINIGUNG

Falls Patientinnen und Patienten sowohl den physischen als auch den digitalen Fragebogen ausgefüllt haben, wird seitens des MLZ geprüft, welche Version mehr vollständige Antworten aufweist. Nur diese Version wird im Datensatz belassen. Sollten beide Versionen gleich viele vollständige Antworten aufweisen, wird per Zufallsprinzip eine der beiden Versionen gelöscht.

Sollten unplausible Werte auftreten – was erfahrungsgemäss nur beim Geburtsjahr oder der Anzahl der versendeten Fragebogen der Fall ist –, werden diese vom Auswertungsinstitut Unisanté als fehlende Werte gekennzeichnet.

3.4 DATENWEITERGABE

Der vom MLZ konsolidierte und dokumentierte Datensatz sowie das dazugehörige Codebook wird für die national vergleichende Auswertung an das Auswertungsinstitut Unisanté weitergegeben. Dafür wird eine verschlüsselte Übermittlungsplattform genutzt, um die Vertraulichkeit und Sicherheit der Daten während des Transfers jederzeit zu gewährleisten.

3.5 DATENAUFBEWAHRUNG

Personendaten werden gelöscht, sobald diese nicht mehr zur Erfüllung des Auftrags benötigt werden. Dies betrifft insbesondere E-Mail-Adressen von Patientinnen und Patienten:

- **Löschung bei Versand durch Drittanbieter** (Vgl. Messmanual):
Sofern ein Spital den Versand der Befragung an einen Drittanbieter (Subunternehmer der w hoch 2 GmbH) auslagert, werden die dafür benötigten Kontaktdaten nach Abschluss der Versand- und Messphase gelöscht.

Anonymisierte Daten werden redundant gespeichert, bis der ANQ eine Löschung verlangt.

3.6 EINHALTUNG DATENSCHUTZ/DATENSICHERHEIT

Zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit bestehen zwischen dem MLZ 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 und organisatorischen Sicherheitsmassnahmen. Sämtliche Speicherung und Verarbeitung von Daten erfolgt in der Schweiz.

Sofern Spitäler und Kliniken den Versand an einen Drittanbieter (Subunternehmer der w hoch 2 GmbH) auslagern, sind sie verpflichtet, mit w hoch 2 eine eigene ADV abzuschliessen. Der ANQ stellt den Spitälern und Kliniken eine entsprechende Mustervereinbarung auf dem Admin-Dashboard zur Verfügung.

Des Weiteren gilt:

- **Verschlüsselung und Datentransfer:** Die Übermittlung der Daten zwischen dem Spital/der Klinik, dem MLZ und dem Auswertungsinstitut Unisanté erfolgt verschlüsselt über gesicherte institutionelle Plattformen. Die Dateien verbleiben nach Erhalt verschlüsselt auf den Servern und werden nicht unbefugt weitergeleitet.
- **Anonymisierung und Pseudonymisierung:** Ein Rückschluss auf natürliche Personen ist für das MLZ und das Auswertungsinstitut Unisanté nicht möglich. Falls Spitäler sich für eine Verknüpfung auf Fallebene entscheiden, erhält das MLZ pseudonymisierte Fallidentifikationsnummern (FID). Da das MLZ zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf

Personendaten der Patientinnen und Patienten erhält, ist eine Zuordnung der Antworten zu Personen durch das MLZ nicht möglich. Die Hoheit über die Zuordnungsvorschrift verbleibt ausschliesslich bei den Spitälern und Kliniken. Die Patientinnen und Patienten haben zudem die Möglichkeit, einer Verknüpfung auf Fallebene mittels Opt-out zu widersprechen.

- **Zertifizierung und Schweigepflicht:** Das Auswertungsinstitut Unisanté ist nach der Norm ISO 9001 zertifiziert. Alle beteiligten Mitarbeitenden von Unisanté und dem MLZ unterliegen der vertraglichen Geheimhaltungspflicht und wenden die üblichen Vorsichtsmassnahmen bei der Verarbeitung sensibler Daten gemäss den schweizerischen Gesetzen an.

4 DATENAUSWERTUNG

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 in Lausanne. Sämtliche statistischen Analysen werden mit der Software STATA durchgeführt.

Unisanté übermittelt dem ANQ ungefähr zwei Monate nach Datenübermittlung durch w hoch 2 das Executive Summary für den jeweiligen Fachbereich sowie die spital- und klinikspezifischen Daten für die Weiterverarbeitung zwecks Publikation.

4.1 METHODE

4.1.1 Top- und Bottom-Boxes

Um der Annahme zu entgehen, dass die Antwortkategorien als äquidistant wahrgenommen werden müssen, und um die Auswertung sowie die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern, wird der Fokus auf die Extremwerte gerichtet. Jeder Frage wird daher eine Top-Box und eine Bottom-Box zugeordnet (siehe Tabelle 3). Die Top-Box kennzeichnet die best- oder höchstmögliche Antwort (z.B. «Immer»), während die Bottom-Box auf die beiden niedrigsten, also negativ bewerteten Antworten (z.B. «Nie» und «Manchmal») aufmerksam macht.

Tabelle 3: Vierstufige Antwortskala einer PREMs Frage und deren Zuordnung in Top- bzw. Bottom-Box. Die neuen Box-Werte bestehen aus den Zahlen 0 («nicht in der Box») und 1 («in der Box»). Aus ihnen lassen sich Durchschnittswerte (Anteile) berechnen, was mit den textuellen Antworten der originalen PREMs Fragen nicht möglich war.

FRAGE	WERT			
PREMs Frage	Nie	Manchmal	Meistens	Immer
Top Box	0	0	0	1
Bottom Box	1	1	0	0

Diese Vorgehensweise ermöglicht eine robuste Zusammenfassung der Messergebnisse, die im Gegensatz zur direkten Berechnung eines Mittelwertes nicht von Decken- bzw. Bodeneffekten betroffen ist. Zudem entspricht sie auch der Darstellung der Auswertungen des Originalinstruments (CPES-IC) aus Kanada, auf dem der Swiss PREMs basiert. Diese Logik wird auf alle Fragen mit vierstufiger Antwortskala angewendet, einschliesslich der Frage zur **Weiterempfehlung** (Globale Zufriedenheit).

Für die Darstellung der Gesamterfahrung, die im Swiss PREMs auf einer kontinuierlichen Skala von 0 bis 10 erhoben wird, wird ebenfalls auf eine Dichotomisierung in Top- und Bottom-Box zurückgegriffen. Hierfür werden zwei Schwellenwerte definiert, oberhalb bzw. unterhalb derer Werte als gut oder schlecht eingestuft werden¹. Dies ermöglicht eine einheitliche Darstellung aller Messwerte im nationalen Vergleich, unabhängig von der zugrundeliegenden Skala (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4 Kontinuierliche Antwortskala der globalen Zufriedenheitsfrage und deren Zuordnung in Top- bzw. Bottom-Box.

FRAGE	WERT										
Skala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Top-Box	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Bottom-Box	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

4.1.2 Themenbildung

Ein Themenbereich wird als Zusammenfassung mehrerer PREMs-Fragen definiert, die gemeinsam eine vielfältige und kohärente, aber nicht redundante Menge von Aussagen zu einem bestimmten Inhalt bilden (siehe Tabelle 5). Die Bildung dieser Themenbereiche erfolgte in einem iterativen Verfahren, bei dem sowohl qualitative Überlegungen (Zuordnung der Fragen durch Fachexpertinnen und Fachexperten) als auch quantitative Analysen (Korrelationen,

¹ Siehe Seite 6 in Canadian Institute for Health Information, « Acute Care Patient-Reported Experience Measures - Methodology Notes », Ottawa, 2022. [PDF ISBN: 978-1-77479-126-4]

Hauptkomponentenanalyse, Item-Response-Theory, usw.) berücksichtigt worden sind. Die Wechselwirkung zwischen beiden Ansätzen führte schrittweise zu einer Verbesserung der Zuordnungen, bis ein sinnvoller Kompromiss erreicht war².

Es ist zu betonen, dass nicht alle vorhandenen PREMs-Fragen einem Thema zugeordnet sind. Solche nicht zugeordneten Fragen werden nicht in die nationalen Vergleiche einbezogen, bleiben jedoch für das Qualitätsmanagement auf Spitalebene wichtig und sind im Ergebnisdashboard einsehbar.

Tabelle 5 Themenbildung: Welche PREMs-Fragen werden welchen Themenbereichen zugeordnet? In den Fachbereich spezifischen Spalten wird die Nummerierung jedes Fragebogens dargestellt. Die globale Zufriedenheitsfragen werden einzeln neben den Themenbereichen dargestellt. Die Tabelle basiert auf den Fragebogen Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1, Swiss PREMs Psychiatrie 2025 V1.1 und Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1.

THEMENBEREICHE	AUSSAGE	AKUTSOMATIK	PSYCHIATRIE	REHABILITATION
Eintritt	Verständliche Erklärungen zum Eintritt	20		
	Information zur Wartezeit	21		
	Information zum Ablauf		21	20
	Organisation des Eintritts		22	21
Information	Aufmerksames Zuhören (Ärzt.)	2	2	2
	Verständliche Erklärungen (Ärzt.)	3	3	3
	Aufmerksames Zuhören (Pfleg.)	6	5	6
	Verständliche Erklärungen (Pfleg.)	7	6	7
	Aufmerksames Zuhören (Ther.)		9	10
	Verständliche Erklärungen (Ther.)		10	11
	Information Gesundheit und Behandlungen	25	28	25
Beteiligung	Miteinbezug (Pat.)	27	30	27
	Miteinbezug (Fam.)	28	31	28
Organisation	Schnelle Hilfe	8	7	8
	Kommunikation	22	25	22
	Am Laufenden	23	26	23
	Pünktlichkeit	24	27	24

² Die Prinzipien, nach denen die Themenbildung erfolgt ist, wird im Abschnitt 3.4 des Berichts [Psychometrische Validierung des Swiss PREMs Fragebogen] beschrieben.

THEMENBEREICHE	AUSSAGE	AKUTSOMATIK	PSYCHIATRIE	REHABILITATION
Austritt	Verständnis Medikamente	29	32	29
	Wie es weiter geht	30	33	30
	Besseres Verständnis	31	34	31
Umgebung	Sauberkeit	9	11	12
	Ruhe	10	12	13
	Rückzug		13	
Neue Medika- mente	Zweck	14	15	15
	Nebeneffekte	15	16	16
Respekt	Würde und Respekt (Ärzt.)	1	1	1
	Würde und Respekt (Pfleg.)	5	4	5
	Würde und Respekt (Ther.)		8	9
Globale Zufriedenheit	Erfahrung	32	35	32
	Weiterempfehlung	33	36	33

Pro Themenbereich ergeben sich zwei Kennwerte: Die **Durchschnittswerte** (Anteile) der jeweiligen Top- und Bottom-Boxen. Das heisst, die Anteile der Fragebogen, in denen jeweils die höchste bzw. eine der beiden niedrigsten Antworten gewählt wurde (siehe Tabelle 5).

4.1.3 Durchschnittswerte (Anteile)

Wird der Datensatz als eine Tabelle x mit I Fragebogen (Zeilen) und J Fragen (Spalten) betrachtet, dann stellt die Zelle x_{ij} die Antwort auf Frage j im Fragebogen i dar. Die Berechnung des Mittelwerts S_k im Themenbereich k , welcher aus den Fragen $x_{j_1}, \dots, x_{j_k}$ besteht, erfolgt in zwei Schritten (siehe Tabelle 6). Zunächst wird über alle nicht leeren Antworten ($x_{ij} \neq \emptyset$) einer einzelnen Frage x_{j_k} gemittelt (*vertikaler* Mittelwert).

$$s_{j_k} := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij_k} = 1\}}{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij_k} \neq \emptyset\}}$$

Anschliessend wird der Themenbereich S_k als Durchschnitt aller J_k Mittelwerte s_{j_k} berechnet (*horizontaler* Mittelwert), die dem jeweiligen Thema zugeordnet sind (siehe Tabelle 6).

$$S_k := \frac{\sum_{j_k=1}^{J_k} s_{j_k}}{J_k}$$

Tabelle 6: Top- und Bottom-Box-Werte für ein Thema werden in zwei Schritten berechnet, da durch die Kombination mehrerer Fragen ein zwei-dimensionaler Datensatz entsteht. Zunächst wird eine vertikale gemittelte Proportion gebildet, der den Anteil der Antworten angibt, die jeweils einer Box zugeordnet werden. Anschliessend erfolgt die Berechnung einer horizontalen gemittelten Proportion, der alle Anteile der Fragen zusammenfasst, die ein Thema bilden.

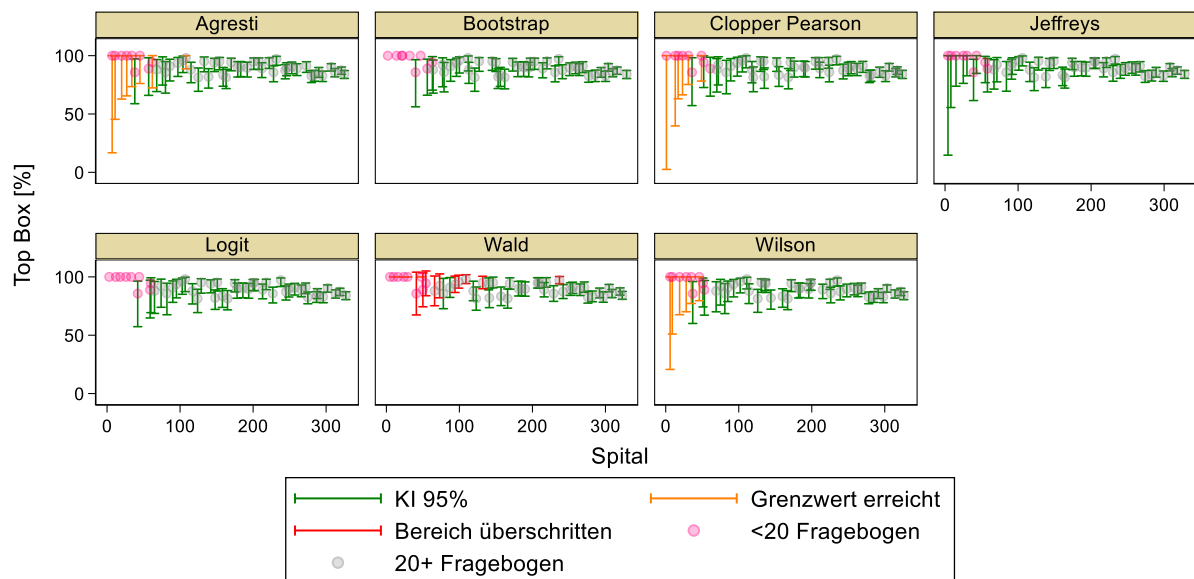
	FRAGE 1	...	FRAGE M
Fragebogen 1	1	0	0
...	0	0	1
Fragebogen N	1	1	0
Gemittelte Proportion	0.67	0.33	0.33

Die Anzahl fehlender Werte $x_{ij} = \emptyset$ wird in einem einzigen Schritt berechnet, indem alle lehrgebliebenen Antworten innerhalb aller Fragen eines Themas zusammengezählt werden, unabhängig davon, zu welcher einzelnen Frage sie gehören:

$$\frac{\sum_{i=1, j_k}^{I, J_k} 1\{x_{ij_k} = \emptyset\}}{I \cdot J_k}$$

4.1.4 Konfidenzintervalle

Top- und Bottom-Box-Werte werden als Proportionen definiert. Daher muss die Berechnung der Konfidenzintervalle entsprechend angepasst werden. Dies bedeutet insbesondere, dass die möglichen Werte innerhalb des Bereichs von 0% bis 100% liegen müssen. Um sowohl diesem Umstand als auch der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Fallzahlen häufig in den Randbereichen liegen (also sehr hohe oder sehr niedrige Box-Werte aufweisen) und sich die Konfidenzintervalle daher asymmetrisch ausdehnen müssen, wurden verschiedene Berechnungsverfahren evaluiert. Wie in Abbildung 1 dargestellt, liefern unter den vorgeschlagenen Verfahren nur drei Methoden Werte, die immer im zulässigen Bereich 0% bis 100% liegen.



Grafiken nach Verfahren

Abbildung 1 Sieben unterschiedliche Verfahren zur Berechnung von Top-Box-Konfidenzintervallen auf Spitalebene, illustriert anhand der ersten Frage aus der Swiss PREMs Pilotmessung in der Akutsomatik. Spitäler/Kliniken werden nach der Anzahl retournierter Fragebogen geordnet. Das *Bootstrap*-Verfahren ist nicht-parametrisch und universell anwendbar, da es ausschliesslich auf den beobachteten Daten basiert. Die *Logit*-Methode stellt die Standardmethode dar und bildet die Werte auf den 0% bis 100% Bereich ab. *Jeffreys* ist ein bayesianisches Verfahren, während die übrigen Methoden unterschiedliche Näherungsansätze verfolgen. Beim *Wald*-Verfahren, das auf einer Normalapproximation beruht, zeigen sich prognostizierte, aber unmögliche Werte ausserhalb des zulässigen Bereichs (rot markiert), auch bei einer höheren Anzahl an Fragebogen.

Als Verfahren zur Schätzung der Konfidenzintervalle wurde davon die *Bias-Corrected and Accelerated* (BCa)-Variante des **Bootstrap**-Verfahrens gewählt. Dabei handelt es sich um eine robuste Methode, die ausschliesslich auf den beobachteten Daten basiert und keine Annahmen über eine bestimmte theoretische Verteilung voraussetzt.

Das Verfahren ist universell einsetzbar, unabhängig von der Komplexität des zugrundeliegenden Indikators. Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen mehrere Box-Werte zu einem übergeordneten Themen-Score zusammengefasst werden und traditionelle Verfahren zur Berechnung der Konfidenzintervalle nicht mehr anwendbar sind (siehe Abbildung 2).

Das Bootstrap-Verfahren stützt sich somit rein auf die vorliegenden Daten und erfordert keine zusätzlichen Modellannahmen. Da Top- und Bottom-Box Werte als Mittelwerte von Anteilen definiert sind und dadurch eine gewisse Glättung der Variabilität erfolgt, eignet sich das Bootstrap-Verfahren besonders gut. Zudem wurde bereits im Vorfeld schon auf die Robustheit der Ergebnisse geachtet, und für Stichproben mit weniger als 20 Fragebogen auf die Berechnung der Konfidenzintervalle verzichtet.

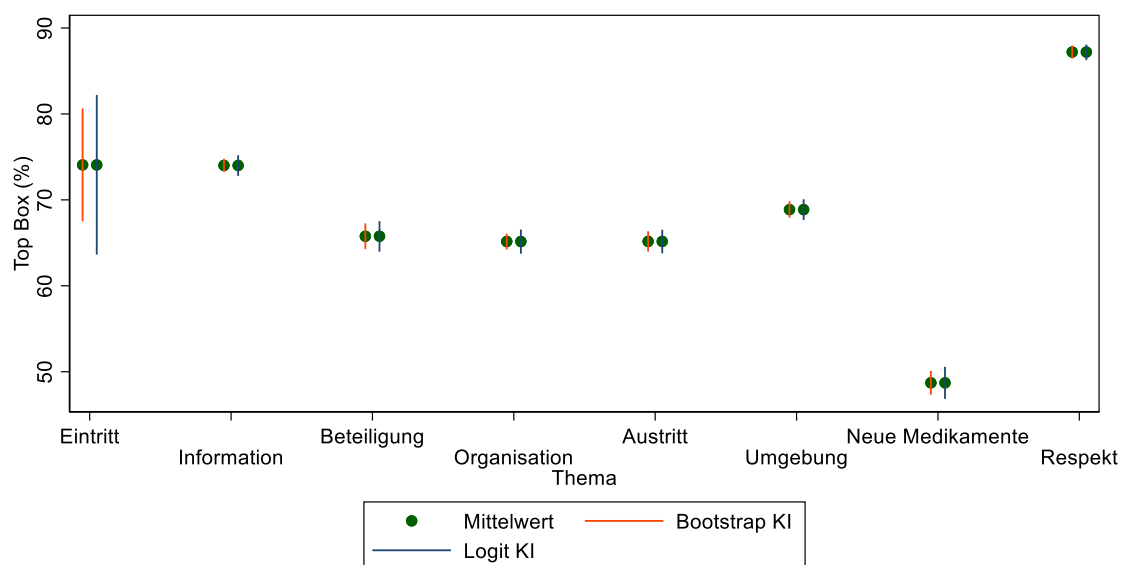


Abbildung 2 Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen der acht Themenbereiche, illustriert anhand der Daten aus der Pilotmessung Swiss PREMs Akutsomatik. Die einfachste, jedoch naive Vorgehensweise besteht darin, den Mittelwert der Konfidenzintervalle der einzelnen PPREMs-Fragen zu berechnen («Logit», in blau). Dabei wird nicht berücksichtigt, dass die verschiedenen Werte auf einer gleichen Stichprobe basieren: die Varianzstruktur wird unzureichend abgebildet. Die Bootstrap-Vorgehensweise (Orange) berücksichtigt diese komplexe Struktur auf natürliche Weise, weshalb die resultierenden Konfidenzintervalle etwas weniger ausgeprägt ausfallen.

4.1.5 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, das 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%.

4.2 DATENQUALITÄT

4.2.1 Deckungsgrad

Während einer Messperiode sollten alle Patientinnen und Patienten an der Messung teilnehmen (Ein- und Ausschlusskriterien werden auf Seite 7 aufgeführt). Der Deckungsgrad misst den Anteil der einzuschliessenden Patientinnen und Patienten, die tatsächlich einen Fragebogen erhalten haben:

$$\frac{N_{\text{gesandte Fragebogen}}}{N_{\text{Austritte}}}$$

4.2.2 Rücklaufquoten

Die Rücklaufquote wird als Anteil der Rücksendungen berechnet. Sie ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl zurückgesandter bzw. online ausgefüllter *gültiger* Fragebogen (Zähler) zur Anzahl der eingeladenen Patientinnen und Patienten (Nenner), unabhängig davon, ob die Einladung postalisch oder per E-Mail erfolgte.

$$\frac{N_{\text{retournierte Fragebogen}}}{N_{\text{gesandte Fragebogen}}}$$

Die Ergebnisse werden in Prozent angegeben und umfassen sowohl die globale Rücklaufquote, das heisst, jene die auf Grundlage der gesamten Stichprobe auf nationaler Ebene berechnet wird, als auch die individuellen Rücklaufquoten auf Spitalebene.

4.2.3 Leere Fragebogen

Als *gültige* Fragebogen gelten diejenigen, die nicht leer zurückgesendet werden. Immer wieder gehen jedoch Fragebogen ein, die keine auswertbare Antwort enthalten, das heisst, Fragebogen, bei denen alle Antworten leer oder Ausweichantworten sind. Solche Fragebogen werden bei der Berechnung der Rücklaufquote und bei allen anderen Analysen ausgeschlossen: Sie gehen somit nicht in den Zähler ein.

In diesem Kontext gilt eine Frage als *leer*, sobald sie keine Antwort enthält, die für eine numerische Auswertung geeignet ist. Zu den fehlenden Werten zählen dabei nicht nur vollständig unbeantwortete Fragen, sondern auch sogenannte Ausweichantworten (sofern vorhanden). Sind sämtliche Fragen des Fragebogens (sowohl PREMs als auch soziodemographische Fragen zur Person) in diesem Sinne leer, wird der gesamte Fragebogen als leer und damit ungültig für die Berechnung der Rücklaufquoten betrachtet.

Diese Vorgehensweise gilt gleichermassen für die Papier- und die Online-Version des Fragebogens. In der Online-Version gibt es bewusst keine Pflichtfragen; sämtliche Fragen können ausgelassen werden. Auf diese Weise soll vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten den Fragebogen aufgrund von Antwortzwängen vorzeitig abbrechen, was zu einer höheren

Abbruchrate führen könnte. Werden Fragen übersprungen, weist das System die Patientinnen und Patienten jedoch darauf hin, dass noch unbeantwortete Fragen vorhanden sind. Die Beantwortung bleibt dennoch freiwillig.

4.2.4 Überschüssige Rücklaufquoten

Es kann vorkommen, dass Spitäler und Kliniken mehr zurückgesandte Fragebogen als versandte Einladungen deklarieren und dadurch eine Rücklaufquote von über 100% ausweisen. Solche Fälle werden nur bei der Berechnung des Rücklaufs ausgeschlossen. Das bedeutet, dass auf nationaler Ebene die Fragebogen aus diesen Spitälern und Kliniken nicht berücksichtigt werden und weder zum Zähler noch zum Nenner beitragen. Sie werden jedoch in alle übrigen Analysen einbezogen.

Auf Spitalebene hingegen werden im Dashboard sämtliche Rücklaufquoten systematisch publiziert, auch wenn sie den theoretisch höchsten Wert von 100% überschreiten.

4.2.5 Ausfüllraten

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

Fragen

Die Ausfüllrate μ_j einer einzelnen Frage $x_{.j}$ wird für jede Frage separat berechnet. Sie entspricht dem Anteil nicht leerer Antworten $x_{ij} \neq \emptyset$ (d.h. Antworten aus der Skala sowie Ausweichantworten³) in Relation zur Gesamtzahl I der retournierten Fragebogen x_i . berechnet. Soziodemographische Fragen werden ähnlich behandelt.

$$\mu_j := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}{I}$$

Themen

Da Themen S_k auf der Kombination $1 \dots J_k$ mehrerer Fragen $x_{.j_k}$ beruhen, müssen fehlende Werte aus verschiedenen Fragen zusammengeführt werden. Dies geschieht auf einfache Weise, indem die Ausfüllrate eines Themas als Mittelwert aller einzelnen Ausfüllraten μ_{j_k} berechnet wird. Dies entspricht dem Zusammenführen aller Antworten x_{ij_k} aller beteiligten Fragen in einem gemeinsamen Datenpool.

³ Dies unterscheidet sich von den für die Berechnung der Rücklaufquoten definierten *gültigen* Antworten. In dieser Sichtweise gilt der Fragebogen bereits als ausgefüllt, und die zentrale Frage lautet: «wie viele Patientinnen und Patienten haben sich die Mühe gemacht, zumindest eine Antwort auszuwählen?».

$$\mu_k := \frac{\sum_{j_k=1}^{J_k} \mu_{j_k}}{J_k}$$

4.2.6 Ausweichantworten

Ausweichantworten dienen als Begründung für das Fehlen eines Messwerts. Zwar können solche Antworten nicht in numerische Analysen einbezogen werden und werden daher als fehlende Werte behandelt, dennoch handelt es sich dabei nicht um verlorene Information. Der Grund dafür ist, dass die betroffene Frage für diese Patientin oder diesen Patienten schlicht nicht zutrifft, und ein numerischer Wert deshalb keinen Sinn ergeben würde. Die meisten dieser Antworten entsprechen Filterfragen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7 Fragen mit Ausweichantworten. In den Fachbereich spezifischen Spalten wird die Nummerierung jedes Fragebogens dargestellt. Die Tabelle basiert auf den Fragebogen Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1, Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1 und Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1.

ABSCHNITT	AUSSAGE	AKUTSOMATIK	PSYCHIATRIE	REHABILITATION
Ihre Behandlung durch das in der Pflege tätige Personal	Schnelle Hilfe	8	7	8
Ihre Erfahrung in diesem Spital/dieser Klinik	Hilfe für die Toilette	11		
	Schmerzen	12		
	Neue Medikamente	13	14	
Ihre Ankunft im Spital	Erklärungen	20		
	Wartezeit	21		
	Information		21	20
	Organisation		22	21
	Häufigkeit Bewegungsfreiheit		23	
	Erkl. Bewegungsfreiheit		24	
Während Ihres Spitalaufenthalts/Klinikaufenthalts	Untersuchungen	24	27	24
	Unterstützung bei Ängsten	26	29	26
	Beteiligung (Pat.)	27	30	27
	Beteiligung (Fam.)	28	31	28
Ihr Spitalaustritt	Verständnis Medikamente	29	32	29

Fragen

Die Alternativraten α_j für Frage x_j werden analog zu den Ausfüllraten μ_j berechnet, jedoch mit dem Unterschied, dass im Nenner nicht alle Fragebogen berücksichtigt werden, sondern nur jene, die keine leeren Antworten aufweisen.

$$\alpha_j := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \in A\}}{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}$$

wobei A die Menge aller möglichen (eine oder mehrere) Ausweichantworten bezeichnet.

Themen

Die Berechnung auf Themenebene beruht ebenfalls auf der Idee eines Datenpools. Da sich jedoch der Nenner von Frage zu Frage ändert, weil die Ausfüllrate für jede Frage verschieden sein kann, muss die Formel entsprechend angepasst werden.

$$\alpha_k := \frac{\sum_{i=1, j_k=1}^{I, J_k} 1\{x_{ij} \in A\}}{\sum_{i=1, j_k=1}^{I, J_k} 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}$$

4.2.7 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 Spital/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 Schuttschwellen kommen zur Anwendung:

- **Publikationslimit (n<3):** Ergebnisse von Spitälern und 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 Spital bzw. pro Auswertungseinheit (meist Abteilungen) zur Verfügung gestellt. Hat ein Spital 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 SPITÄLER UND KLINIKEN

5.1 DARSTELLUNG UND VERWENDETE GRAFIKTYPEN

Den Institutionen wird ein interaktives Ergebnisdashboard (VIZER) zur Verfügung gestellt. In diesem können die Ergebnisse der eigenen Institution bzw. der Spital- und Klinikgruppen analysiert werden. Zusätzlich können die eigenen Ergebnisse mit Gesamtwerten aller Spitäler und Kliniken des entsprechenden Krankenhaustyps (gemäss Definition BFS) verglichen werden (Benchmarking). Es können sowohl Themenbereiche als auch sämtliche Einzelfragen ausgewertet und visualisiert werden. Sofern die Institutionen bei der Erhebung eine Auswertung nach Auswertungseinheiten/Abteilungen gewählt haben, können zudem abteilungsspezifische Auswertungen vorgenommen werden.

Für die Institutionen wird eine Grundauswertung angelegt, in welcher die wichtigsten Ergebnisse mittels gestapelter Balken visualisiert werden. Dies betrifft die Antwortverteilungen pro Themenbereich, die beiden globalen Zufriedenheitsfragen sowie alle Einzelfragen. Pro Grafik lassen sich die Benchmark-Werte dynamisch über das Burger-Menu innerhalb der Grafik einblenden. In der Standardansicht werden ebenfalls die zentralen Kennzahlen zur Stichprobe visualisiert. Zusätzlich können weitere Auswertungen über alle im Datensatz vorhandenen Variablen vorgenommen werden. Dabei können die Daten nach allen Variablen gefiltert, aufgeteilt und gruppiert werden. Die Ergebnisse werden zudem in der Standardansicht nach Subgruppen stratifiziert dargestellt:

- In der Akutsomatik nach Elektiv-/Notfall-Eintritt
- In der Rehabilitation nach Unfall/Nicht-Unfall.
- In der Erwachsenenpsychiatrie nach freiwilligem/unfreiwilligem Eintritt.

5.2 ZUGANG ZU DEN ERGEBNISSEN

Pro Institution wird ein Admin-Zugang erteilt. Mit diesem Zugang können selbständig Auswertungen vorgenommen und gespeichert werden. Die Institutionen erhalten zudem die

Möglichkeit, weiteren Personen Nutzerrechte zu erteilen und spezifische Auswertungen mit diesen zu teilen.

6 DARSTELLUNG DER NATIONAL VERGLEICHENDEN ERGEBNISSE

6.1 DARSTELLUNG UND VERWENDETE GRAFIKTYPEN

6.1.1 Trichterdiagramme

Ergebnisse für den nationalen Vergleich bestehen aus zehn Top-Box-Werten: Acht Themenbereiche, sowie zwei Scores zur globalen Zufriedenheit (Gesamterfahrung und Weiterempfehlung). Die Bottom-Box-Werte sind über das Pop-up-Fenster ebenfalls abrufbar.

Jedes Ergebnis wird in Form eines Trichterdiagramms (Funnel Plots) dargestellt ([siehe Mustergrafik im Publikationskonzept](#) nationale Messung Patientenerfahrung (PREMs) Akutsomatik Erwachsene, Erwachsenenpsychiatrie und Rehabilitation, V 1.0). Diese Darstellung ermöglicht es, Abweichungen eines Spitals/einer Klinik vom nationalen Mittelwert auf einfache Weise abzulesen, wobei gleichzeitig die natürliche Streuung der Werte berücksichtigt wird.

Die statistische Darstellung folgt dieser Logik:

- **Achsendefinition:** Die Y-Achse zeigt die Durchschnittswerte (Anteile), die aus der Umwandlung einer Ordinalskala (z.B. *nie, manchmal, meistens, immer*) in einen Top-Box-Prozentwert zwischen 0 % und 100 % berechnet wurden. Die X-Achse bildet die Anzahl der auswertbaren Fragebogen pro Institution ab.
- **Referenzwert:** Der Mittelwert des Gesamtkollektivs stellt den Referenzwert dar (horizontale Linie). Jeder Punkt steht für ein Spital oder eine Klinik. Die Färbung zeigt an, ob seine Abweichung vom nationalen Mittelwert statistisch signifikant ist.
- **Konfidenzintervalle:** Jeder Datenpunkt enthält ein 95 %- und ein 99 %-Konfidenzintervall. Je stärker die Färbung des Punktes, desto höher die statistische Signifikanz der Abweichung vom Referenzwert. Spitäler, welche sich im Normbereich befinden, werden grau gefärbt.
- **Mindestfallzahl:** Die Ergebnisse der Spitäler und Kliniken, bei denen weniger als 20 auswertbare Antworten vorliegen, werden als statistisch unzuverlässig betrachtet. Diese Schwelle wird durch eine gestrichelte vertikale Trennlinie markiert. Die Spitäler und Kliniken, die sich im unteren Bereich befinden, in dem die Streuung auch am höchsten ist, werden mit unausgefüllten Kreisen dargestellt. Bei derart kleinen Stichproben lassen sich keine verlässlichen Konfidenzintervalle berechnen. Daher wird auf die farbliche

Kennzeichnung der Punkte verzichtet, da sich nicht mit genügender Sicherheit feststellen lässt, ob ein Spital oder eine Klinik signifikant vom Referenzwert abweicht.

6.1.2 Zeitliche Entwicklung

Zeitliche Veränderungen der Messwerte werden auf unterschiedlichen Zeitskalen untersucht:

- **Kurzfristige Vergleiche:** Die aktuelle Messung wird mit der vorangegangenen verglichen. Entsprechende Balkendiagramme stellen beide Werte nebeneinander dar. Die statistische Signifikanz des Unterschieds wird mittels eines Kruskal-Wallis Tests geprüft.
- **Langfristige Entwicklungen:** Diese werden mittels linearer Regressionen analysiert, um übergeordnete lineare Trends zu identifizieren und darzustellen.

6.1.3 Weitere Grafiktypen

Ergänzend zu den Trichterdiagrammen werden für die nationale Berichterstattung weitere Grafiktypen und Tabellen eingesetzt, um die Messergebnisse sowie deskriptive Parameter der Erhebung transparent darzustellen. Diese dienen insbesondere der Vertiefung und dem Kontext der Daten:

- Säulendiagramme
- Kurvendiagramme
- Strukturierte Tabellen

Mit diesen Darstellungsformen werden neben inhaltlichen Ergebnissen auch die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe (z.B. Alter, Geschlecht), Informationen zur Beteiligung (z.B. Rücklaufquoten) sowie Indikatoren der Datenqualität (z.B. Ausfüllraten/Missings) ausgewiesen.

6.2 RISIKOAJUSTIERUNG UND STRATIFIZIERUNG

Beim nationalen Vergleich mittels Trichterdiagramme wird keine Risikoadjustierung vorgenommen. Diese Entscheidung basiert auf der Empfehlung des Auswertungsinstituts Unisanté. Da die zur Adjustierung verfügbaren soziodemographische Variablen⁴ nicht die relevantesten Einflussfaktoren für die Patientenerfahrung abbilden, besteht das Risiko, eine Verzerrung durch eine andere zu ersetzen⁵. Der ANQ wählt daher einen einfacheren, transparenteren Ansatz, bei dem stattdessen stratifizierte Ergebnisse (z.B. nach Eintrittsart) dargestellt werden.

⁴ Fragen zur Person bestehen aus Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand.

⁵ Eine detailliertere Analyse, auf der diese Vereinfachung beruht, findet sich im Anhang 5.3 von [Swiss RPEMs Questionnaire Psychometric Validation – Okt. 2025](#)

Um der Heterogenität des Patientenkollektivs dennoch methodisch Rechnung zu tragen, wird anstelle einer Adjustierung eine Stratifizierung (Unterteilung in Subgruppen) eingesetzt. Hierzu werden Variablen genutzt, deren Einfluss auf die Patientenerfahrung in den Datenanalysen der PREMs-Pilotmessungen nachgewiesen ist:

- **Akutsomatik:** Differenzierung nach Eintrittsart (Notfall vs. Elektiv).
- **Psychiatrie:** Differenzierung nach Aufenthaltsstatus (Freiwillig vs. Unfreiwillig).
- **Rehabilitation:** Differenzierung nach Ursache (Unfall- vs. Nicht-Unfall-bedingt).

Patientinnen und Patienten, welche über den Notfall (Akutsomatik) oder nicht freiwillig (Psychiatrie) eingetreten sind, neigen systematisch dazu, ihre Erfahrung schlechter zu beurteilen. Ähnliches wird bei Patientinnen und Patienten erwartet, die sich aufgrund eines Unfalls in Rehabilitation befinden. Da diese Variable in der Pilotmessung jedoch noch nicht erhoben wurde, muss diese Annahme erst durch die erste nationale Messung bestätigt werden.

Durch diese stratifizierte Darstellung bleibt die Auswertung für alle Zielgruppen transparent und leicht nachvollziehbar.

7 INTERPRETATION DER MESSERGEBNISSE

Die Messergebnisse der Patientenerfahrung (PREMs) dienen der Dokumentation der Behandlungsqualität aus Patientensicht und sollen spitalinterne Verbesserungsprozesse anstossen. Für eine korrekte fachliche Interpretation sind folgende Rahmenbedingungen und methodischen Grenzen zu berücksichtigen:

7.1 EINORDNUNG DER ERGEBNISSE

- **Aussagekraft:** Die Messergebnisse bilden einen spezifischen Qualitätsaspekt (die Patientenerfahrung) ab. Sie erlauben keine Rückschlüsse auf die Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik.
- **Keine Ranglisten:** Aus den ANQ-Messergebnissen lassen sich keine Ranglisten ableiten. Der Fokus liegt auf dem Vergleich der einzelnen Institution mit dem nationalen Mittelwert (Benchmark).
- **Vergleichbarkeit:** Ein fairer Vergleich wird durch die Bildung von Benchmarks pro BFS-Spitalkategorie (z.B. Universitätsspitäler, Spezialkliniken) unterstützt.

7.1.1 Besonderheit der PREMs-Messung

Im Gegensatz zu anderen ANQ-Messungen erfolgt bei PREMs keine Risikoadjustierung. Um Vergleiche dennoch zu unterstützen, stellt der ANQ stratifizierte Ergebnisse zur Verfügung (z.B.

Notfall- vs. elektiver Eintritt in der Akutsomatik). Differenzen in den Ergebnissen müssen daher stets im Kontext der jeweiligen Patientenstruktur und Eintrittsart interpretiert werden.

7.1.2 Weiterführende Informationen

Für detaillierte Erläuterungen zur statistischen Interpretation wird auf das fachübergreifende Standarddokument [Hinweise zur Interpretation der Ergebnisse](#) sowie die [Erläuterungen zu den Grafiken](#) verwiesen, die auf dem ANQ-Webportal zur Verfügung stehen. Das [ANQ Glossar](#) beschreibt zentrale Begrifflichkeiten rund um die ANQ- Messungen.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Sieben unterschiedliche Verfahren zur Berechnung von Top-Box-Konfidenzintervallen auf Spitalebene	15
Abbildung 2 Berechnung von 95%-Konfidenzintervallen der acht Themenbereiche	16

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Angaben zum Erhebungsinstrument in den drei Fachbereichen	5
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien der Patientinnen und Patienten	7
Tabelle 3: Vierstufige Antwortskala einer PREMs Frage und deren Zuordnung in Top- bzw. Bottom-Box.....	11
Tabelle 4 Kontinuierliche Antwortskala der globalen Zufriedenheitsfrage und deren Zuordnung in Top- bzw. Bottom-Box.....	11
Tabelle 5 Themenbildung: Welche PREMs-Fragen werden welchen Themenbereichen zugeordnet?	12
Tabelle 6: Top- und Bottom-Box-Werte für ein Thema	14
Tabelle 7 Fragen mit Ausweichantworten.....	19

IMPRESSUM

Haupttitel und Untertitel	Auswertungskonzept Nationale Messung Patientenerfahrung (PREMs) Akutsomatik Erwachsene, Erwachsenenpsychiatrie und Rehabilitation ab 2025, Version 1.1
Publikationsjahr	2026
Autorenschaft	Dr. sc. nat. Julien Junod Barbara Hänni Roman di Francesco, M.Sc.
Erstellung unter Mitarbeit von	Unisanté Lausanne w hoch 2 GmbH, Bern
Kontakt-Korrespondenzadresse	barbara.haenni@anq.ch
Auftraggeberin	ANQ
Copyright	ANQ Geschäftsstelle Weltpoststrasse 5 CH-3015 Bern
Zitierweise	ANQ, Unisanté & w hoch 2 (2026): Auswertungskonzept Nationale Messung Patientenerfahrung (PREMs) Akutsomatik Erwachsene, Erwachsenenpsychiatrie und Rehabilitation. Version, 1.1. Bern.