



BERICHT

Nationales Monitoringsystem zur Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen: Empfehlungen zu den Inhalten und dem Nutzerkreis

Zusammenfassung Zwischenbericht: Sammlung von Qualitätsindikatoren zur anschliessenden Bewertung

Backes, Jonas; Ehlig, David; Geissler, Alexander; Havranek, Michael; Mantwill, Sarah; Vogel, Justus



Swiss Learning
Health System

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ist eine ausserparlamentarische Behördenkommission des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI). Sie unterstützt den Bundesrat bei der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Leistungserbringung im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Weitere Informationen sind unter www.eqk.admin.ch zu finden.

Der Inhalt dieses Berichts stimmt nicht zwingend mit der Position der EQK überein.

Impressum

Herausgeberin

Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Erscheinungsdatum

November, 2025

Zitierweise

Backes J., Ehlig D., Geissler A., Havranek M., Mantwill S., Vogel J., [2025], [Nationales Monitoringsystem zur Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen: Empfehlungen zu den Inhalten und dem Nutzerkreis]. Bern: Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Sprache des Originalberichts

Deutsch. Diese Publikation ist auch in Französisch und Italienisch erhältlich.

Auskunft

Eidgenössische Qualitätskommission
Sekretariat
c/o Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
info@eqk.admin.ch
www.eqk.admin.ch

Copyright

Wiedergabe unter Angabe der Quelle gestattet.



Zusammenfassung des Zwischenberichts:

Nationales Monitoringsystem zur Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen: Empfehlungen zu den Inhalten und dem Nutzerkreis

Hinweis: Diese Zusammenfassung präsentiert vorläufige Analysen und Ergebnisse, die noch weiter vertieft und validiert werden. Die Inhalte stellen keine endgültigen Schlussfolgerungen dar. Dieses Dokument kann für die öffentliche Verbreitung oder Veröffentlichung verwendet werden. Ziel ist es, ein Update zu den erreichten Meilensteinen, Schlüsselergebnissen und dem Ausblick für die zweite Hälfte des Projekts zu geben. Es handelt sich hierbei um eine Zusammenfassung des ausführlichen Zwischenberichts, welcher am 31.10.2025 der EQK übermittelt wurde.

Einreichungsdatum: 31.10.2025

Hinweise und Impressum

Titel des Projekts: Nationales Monitoringsystem zur Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen: Empfehlungen zu den Inhalten und dem Nutzerkreis

Editoren (alphabetisch): Backes, Jonas; Ehlig, David; Geissler, Alexander; Havranek, Michael; Mantwill, Sarah; Vogel, Justus

Redaktion: Limacher, Regula

Version: Zusammenfassung des Zwischenberichts – 31.10.2025

Hinweis: Diese Zusammenfassung spiegelt vorläufige Ergebnisse wider, die noch Änderungen unterliegen können.

Autorinnen/Autoren und Institutionen

Die Zusammenfassung des Zwischenberichts wurde gemeinsam von sieben Arbeitsgruppen und ihren Mitgliedern verfasst. Die Reihenfolge der Autoren je Arbeitsgruppe entspricht der Autorenschaft der von den Arbeitsgruppen ausgearbeiteten Kapiteln im detaillierten Zwischenbericht.

Zentrales Konsortium (Arbeitsgruppe 1)

- Backes, Jonas (Universität St. Gallen); Vogel, Justus (Universität St. Gallen); Geissler, Alexander (Universität St. Gallen); Havranek, Michael (Universität Luzern); Mantwill, Sarah (Universität Luzern); Limacher, Regula (Universität Luzern); Ehlig, David (Universität St. Gallen)

Stationäre akutsomatische Versorgung (Arbeitsgruppe 2)

- Schladerer, Sarah P. (Universität Luzern); Schwappach, David (Universität Bern); Le Pogam, Marie-Annick (Unisanté Lausanne); Geissler, Alexander (Universität St. Gallen); Havranek, Michael M. (Universität Luzern)

Ambulante somatische Versorgung (Arbeitsgruppe 3)

- Moruzzi, Iva (Unisanté Lausanne); Beeler, Patrick E. (Universität Luzern); Burgstaller, Jakob Martin (Universität Zürich); Peytremann Bridevaux, Isabelle (Unisanté Lausanne); Rezzonico, Valérie (Unisanté Lausanne); Frei, André (Unisanté Lausanne); Arditi, Chantal (Unisanté Lausanne)

Psychiatrische Versorgung (Arbeitsgruppe 4)

- Hänssler, Julia K. (Berner Fachhochschule); Hahn, Sabine (Berner Fachhochschule); Huber, Christian G. (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel); Roos, Leonie (Berner Fachhochschule); Seiler-Röösli, Rahel (Berner Fachhochschule); Widmayer, Sonja (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel)

Rehabilitative Versorgung (Arbeitsgruppe 5)

- Selb, Melissa (Schweizer Paraplegiker Forschung; Universität Luzern); Birrer, Simon (Schweizer Paraplegiker Forschung; Universität Luzern); Scheel-Sailer, Anke (Universitäts-spital Bern); Sabariego, Carla (Schweizer Paraplegiker Forschung; Universität Luzern)

Gemeindenahe Versorgung (Rettungsdienste, Apotheken) (Arbeitsgruppe 6)

- Alexa, Jennifer (Universität Basel); Escaith, Mathilde (Unisanté Lausanne); Stuby, Loric (Genève TEAM Ambulances); Cateau, Damien (Unisanté Lausanne); Allemann, Samuel (Universität Basel)

Langzeitpflege (inklusive häusliche Pflege) (Arbeitsgruppe 7)

- Masotti, Barbara (Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana [SUPSI]); De Pietro, Carlo (SUPSI); Corna, Laurie (SUPSI)

Kontakt

Für Anfragen zur Zusammenfassung des Zwischenberichts wenden Sie sich bitte an:

Ehlig, David

Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie, -Politik und -Management, School of Medicine (Med-HSG),
Universität St. Gallen

E-Mail: david.ehlig@unisg.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Projektdetails	1
1.1	Hintergrund	1
1.2	Ziele	1
1.3	Projektstruktur und -durchführung.....	2
1.4	Bisherige Einbindung der Interessengruppen.....	3
2	Zwischenergebnisse des Projekts	3
2.1	AP1: Zieldefinition, Anforderungen, und Nutzergruppen eines Monitoringsystems.....	3
2.2	AP2: Evaluationsinstrument zur Selektion und Priorisierung von Indikatoren.....	6
2.3	AP3/4: Ergebnisse der nationalen und internationalen Indikatorensuche	8
3	Ausblick auf die zweite Hälfte des Projekts	14
3.1	Auswahl und Priorisierung von Qualitätsindikatoren	14
3.2	Sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren und Governance-Modell	14
3.3	Einbindung der Interessengruppen.....	15
	Deklarationen.....	16
	Danksagungen.....	16
	Interessenkonflikte.....	16

1 Projektdetails

1.1 Hintergrund

Im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklungsziele beauftragte der Schweizerische Bundesrat die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) mit der Einrichtung eines nationalen Qualitätsmonitoringsystems (von hier an Monitoringsystem genannt) zur Unterstützung der Qualitätssicherung und -verbesserung sowie Transparenz in der Gesundheitsversorgung.

Im Jahr 2023 gab die EQK ein erstes Projekt in Auftrag (verfügbar [hier](#)), das internationale und schweizerische Monitoringsysteme und Navigationsplattformen in fünf Bereichen des Gesundheitswesens kartografierte. Diese fünf Bereiche umfassten die stationäre akutsomatische Versorgung, die ambulante somatische Versorgung, die psychiatrische Versorgung, die rehabilitative Versorgung und die Langzeitpflege (inklusive häusliche Pflege). Aufbauend auf den Ergebnissen hat die EQK das Projekt *«Nationales Monitoringsystem zur Qualität der Leistungen im Gesundheitswesen: Empfehlungen zu den Inhalten und dem Nutzerkreis»* ausgeschrieben und an ein breites Konsortium aus Schweizer Universitäten und Institutionen vergeben.

1.2 Ziele

Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, konkrete Empfehlungen für die Inhalte und Nutzergruppen eines nationalen Monitoringsystems zu entwickeln. Das Projekt verfolgt dabei fünf Ziele:

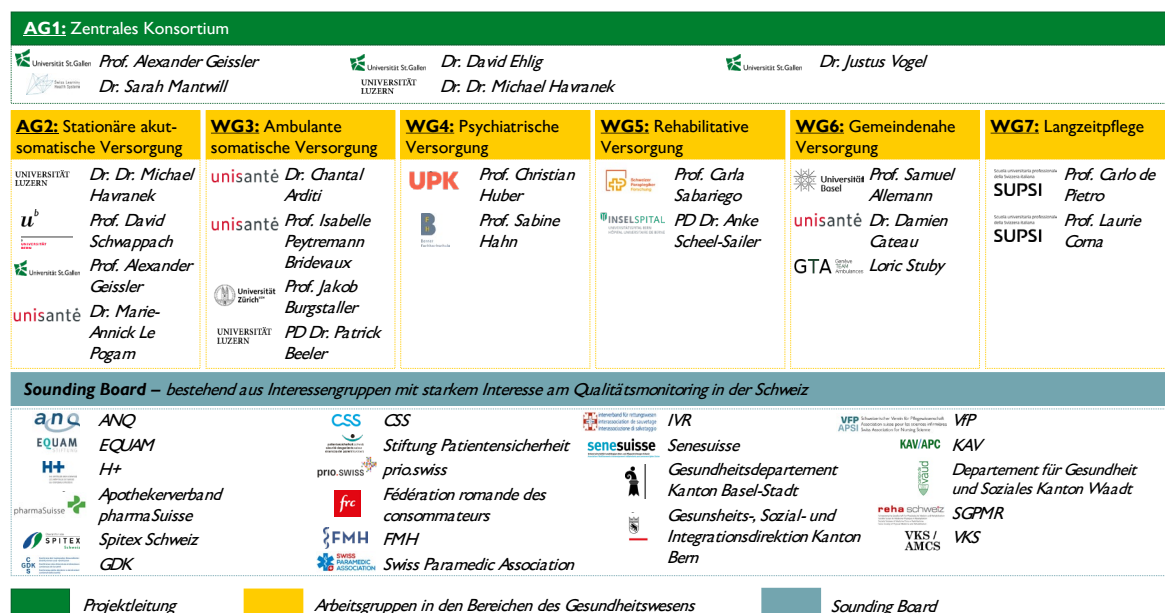
- I. Die Zielsetzung eines Monitoringsystems für das Schweizer Gesundheitssystem definieren sowie Anforderungen an das System und Nutzergruppen identifizieren.
- II. Ein Evaluationsinstrument mit klaren und transparenten Kriterien zur Priorisierung und Auswahl von Qualitätsindikatoren entwickeln.
- III. Bestehende Qualitätsinitiativen und Indikatoren im In- und Ausland in einem ersten Schritt erfassen und in einem zweiten Schritt evaluieren und Lücken identifizieren.
- IV. Indikatoren für sechs Bereiche des Gesundheitswesens (Gemeindenähe Versorgung («Community Care») als zusätzlicher Bereich) sowie sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren priorisieren und empfehlen.
- V. Einen Prozess zur regelmässigen Überprüfung und Aktualisierung der Qualitätsindikatoren vorschlagen.

Diese Zusammenfassung des Zwischenberichts konzentriert sich ausschliesslich auf die erste Projektphase und damit die Ziele I bis III, wobei die Evaluation von Qualitätsindikatoren und Erfassung von bis anhin nicht durch Qualitätsindikatoren abgedeckten Versorgungsbereichen in die zweite Projektphase fällt. Darüber hinaus sind die Ziele IV und V Gegenstand der zweiten Projektphase.

1.3 Projektstruktur und -durchführung

Abbildung 1 zeigt die Projektstruktur: Ein zentrales Konsortium koordiniert sechs Arbeitsgruppen, die jeweils einen der sechs Bereiche des Gesundheitswesens («Health Care Area (HCA)») bearbeiten. Jede Arbeitsgruppe vereint methodische und klinische Expertise aus 13 führenden Forschungsinstitutionen aller Regionen der Schweiz. Zusätzlich wurde ein Sounding Board eingerichtet, welches aus Vertretern von Behörden des Bundes und der Kantone, Krankenversicherern, Leistungserbringern, Patientenorganisationen und Qualitätsentwicklungsgremien besteht. Das Sounding Board gibt strukturiert Feedback zu Zwischenergebnissen, bewertet die Machbarkeit und berücksichtigt, dass die Empfehlungen den Bedürfnissen derjenigen entsprechen, die das Monitoringsystem nutzen oder davon betroffen sein werden.

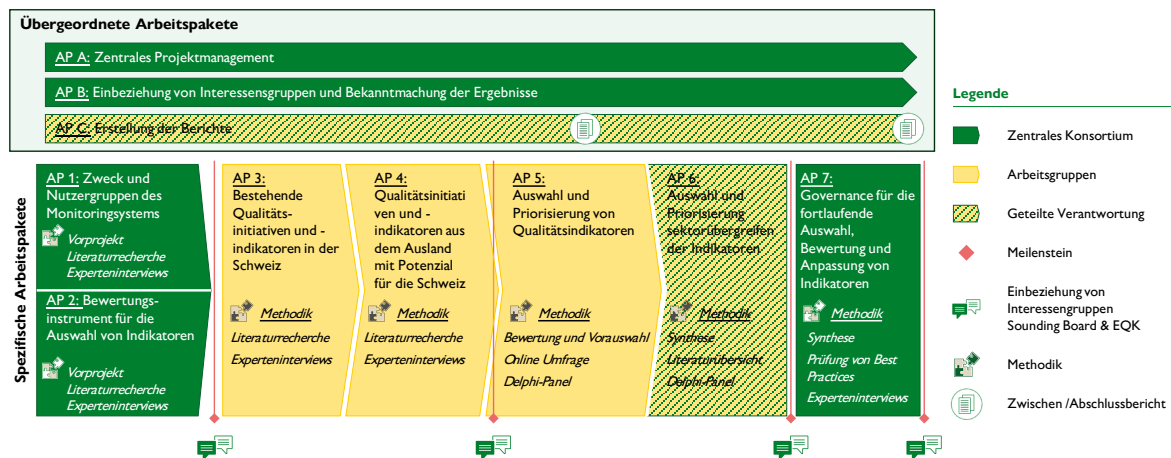
Abbildung 1. Übersicht Projektstruktur



Anmerkung: AG = Arbeitsgruppe

Abbildung 2 zeigt die Aufteilung der inhaltlichen Arbeit in sieben Arbeitspakete (AP): Zieldefinition und Nutzergruppen eines Monitoringsystems (AP1), Evaluationsinstrument für Indikatoren (AP2), nationale und internationale Bestandsaufnahme bestehender Indikatoren (AP3/4), Selektion und Priorisierung von Indikatoren (AP5), Erfassung sektorübergreifender Indikatoren (AP6), sowie die Prozessentwicklung zur laufenden Evaluation von Indikatoren (AP7). Die Projektkoordination und Kommunikation werden durch das zentrale Konsortium aus Abbildung 1 gesteuert.

Abbildung 2. Übersicht Projektdurchführung



1.4 Bisherige Einbindung der Interessengruppen

Die Einbindung der Stakeholder war und ist entscheidend, um praxisnahe Expertise im Projekt zu nutzen. Mitglieder des Sounding Boards wurden am 30. Oktober 2024 zu einem Auftakttreffen eingeladen, bei dem Projektstruktur, Vorgehen und geplante Aktivitäten vorgestellt wurden.

Seitdem fanden online zwei übergeordnete Sounding Board-Sitzungen statt, um Projektfortschritte zu präsentieren und Feedback einzuholen. Bei beiden Sitzungen hielten Expertinnen und Experten der jeweiligen HCAs Präsentationen, wobei vorläufige Ergebnisse zu nationalen (AP3) und internationalen (AP4) Indikatoren kritisch diskutiert wurden.

Zwischen dem 17. Juni und dem 20. August 2025 fanden zusätzliche HCA-spezifische Sitzungen statt, um Mitglieder aktiv in die Datenerhebung und Ergebniszusammenführung einzubinden und Feedback zu erhalten. Bei Bedarf wurden darüber hinaus einzelne Mitglieder bilateral kontaktiert, um gezielt fachliche Expertise für spezifische Fragestellungen einzuholen.

2 Zwischenergebnisse des Projekts

Im Folgenden fassen wir die wichtigsten Ergebnisse der AP 1 und 2 sowie die vorläufigen Resultate der sechs HCAs der AP 3 und 4 zusammen. Die HCA-spezifischen Ergebnisse spiegeln den aktuellen Stand der nationalen und internationalen Recherche nach Qualitätsindikatoren wider. Die Ergebnisse enthalten keine endgültige Auswahl oder Priorisierung und können sich im weiteren Projektverlauf noch verändern.

2.1 AP1: Zieldefinition, Anforderungen, und Nutzergruppen eines Monitoringsystems

Wir behandeln in AP1 drei zentrale Fragen hinsichtlich der zukünftigen Nutzung eines Monitoringsystems: (A) Was sind die Ziele des zukünftigen nationalen Monitoringsystems? (B) Welche Anforderungen müssen an dessen Gestaltung und Betrieb gestellt werden? (C) Wer sind die Hauptnutzer des Monitoringsystems? Zur Beantwortung dieser Fragen nutzten wir Daten aus dem vorherigen

Projektbericht (verfügbar [hier](#)), führten eine Literaturrecherche durch, holten Feedback von Konsortiumsmitgliedern ein, und führten bei Bedarf weitere Experteninterviews durch. Die Ergebnisse wurden vom Sounding Board kritisch geprüft. Die Rückmeldungen des Sounding Boards wurden innerhalb des Projektkonsortiums ausführlich besprochen und wo sinnvoll erneut mit einzelnen Sounding Board Mitgliedern abgestimmt.

2.1.1 Zieldefinition

Abbildung 3 zeigt das entwickelte Leitbild. Wir leiten zwei übergeordnete Zielsetzungen für ein nationales Monitoringsystem ab:

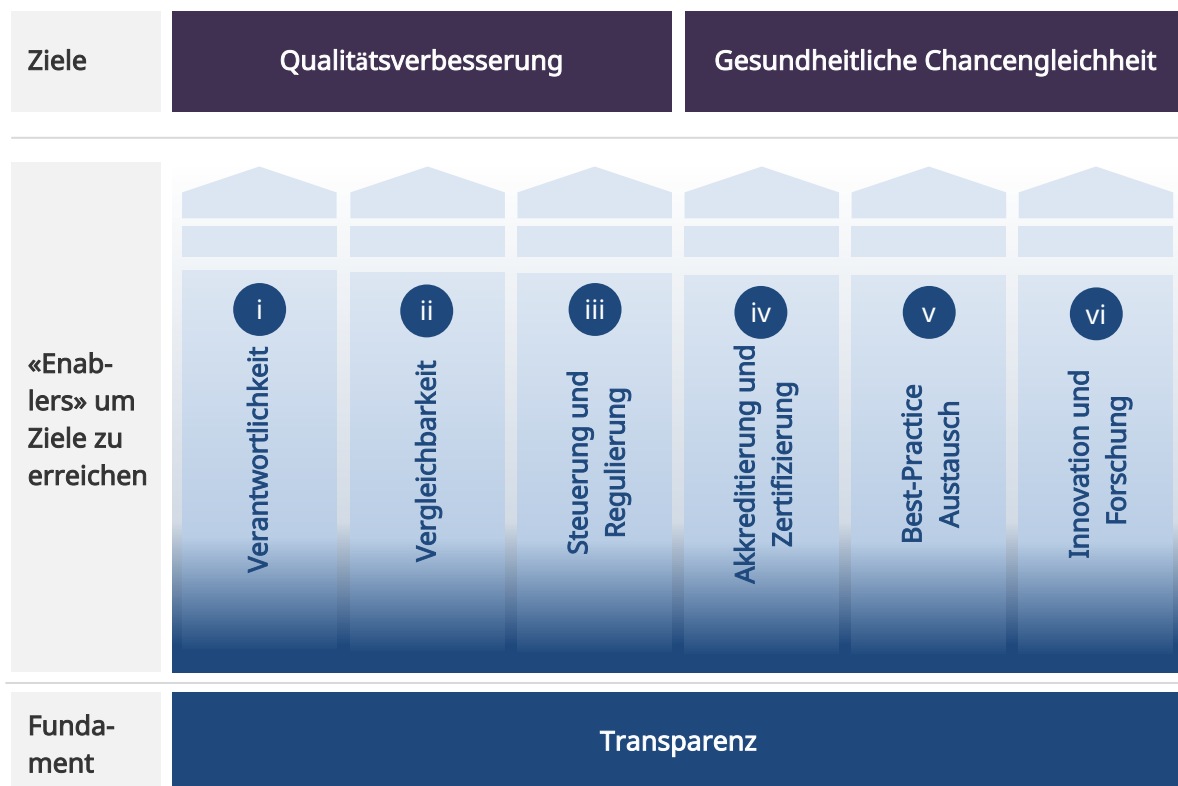
- (i) **Qualitätsverbesserung** - Erhöhung der Sicherheit, Wirksamkeit, Patientenzentrierung und Versorgungsintegration und
- (ii) **Gesundheitliche Chancengleichheit** («Health Equity») - Sicherstellung, dass alle Patientinnen und Patienten gleichberechtigten Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung haben.¹

Transparenz bildet die Grundlage des Monitoringsystems, indem sie den Nutzergruppen des Monitoringsystems klare und verlässliche Informationen bereitstellt. Zudem ermöglicht die Transparenz sechs zentrale Faktoren (sogenannte «Enabler»), welche die Erreichung der übergeordneten Zielsetzungen unterstützen:

- i. **Verantwortlichkeit** – Mechanismen wie Audits und Leistungsbewertungen, um Leistungserbringer für die Versorgungsqualität verantwortlich zu machen
- ii. **Vergleichbarkeit** – Standardisierte Daten und geeignete Methoden zum Vergleich von Qualität zwischen und innerhalb von Leistungserbringern
- iii. **Steuerung und Regulierung** – Nutzung von Qualitätsdaten durch Behörden für Planung, Zulassung und Finanzierungsentscheidungen
- iv. **Akkreditierung und Zertifizierung** – Formale Bewertungen, um zu bestätigen, dass Leistungserbringer Qualitätsstandards erfüllen
- v. **Best-Practice Austausch** – Strukturierter Austausch effektiver Qualitätsverbesserungsansätze zwischen Leistungserbringern
- vi. **Innovation und Forschung** – Nutzung von Real-World-Daten zur Identifizierung von Versorgungslücken und Integration neuer Lösungen

¹ Dabei besteht das Ziel vor allem darin, die Erfassung der gesundheitlichen Chancengleichheit auf Systemebene (z. B. zwischen Regionen, Kantonen oder Bevölkerungsgruppen) vorzunehmen, um strukturelle Ursachen von Ungleichheiten zu identifizieren und evidenzbasiert zu adressieren.

Abbildung 3. Zieldefinition eines Monitoringsystems



2.1.2 Anforderungen

Darüber hinaus haben wir zehn Anforderungen an das zukünftige Monitoringsystem definiert, gegliedert in Anforderungen an Datenerhebung und -nutzung (3/10), an Qualitätsindikatoren (4/10) und weitere Anforderungen (3/10).

Datenerhebung und -nutzung: (1) Nutzung bestehender Daten und Qualitätsinitiativen; (2) Verwendung möglichst aktueller Daten; (3) Hohe Datengranularität

Qualitätsindikatoren: (4) Fokus auf wissenschaftlich fundierte Ergebnisindikatoren (u.a. hinsichtlich Validität und Reliabilität), sowie Struktur- und Prozessindikatoren mit nachgewiesenem Zusammenhang zu verbesserten Ergebnissen; (5) Erfassung der Qualität entlang des Behandlungspfads; (6) Sicherstellung, dass Indikatoren hohe Diskriminationskraft haben; (7) Fokus auf durch Leistungserbringer beeinflussbare Indikatoren

Weitere Anforderungen: (8) Kontinuierliche Weiterentwicklung des Monitoringsystems; (9) Sicherstellung der Konformität des Monitoringsystems mit den nationalen Vorschriften (z. B. Einhaltung nationaler Qualitätsverträge); (10) Einbindung der relevanten Interessengruppen bei der (Weiter-) Entwicklung des Monitoringsystems.

2.1.3 Nutzergruppen

Wir unterscheiden **primäre Nutzergruppen** (Leistungserbringer, Aufsichtsbehörden, Kostenträger) von **sekundären Nutzergruppen** (z. B. Forschungsorganisationen, Verbände). Für jede Gruppe

wird empfohlen, ein unterschiedliches Datenzugriffslevel zu definieren (d. h. Fall-, pseudonymisierte oder aggregierte Daten), um sensible Patientendaten zu schützen und gleichzeitig detaillierte Analysen zu ermöglichen:

- **Leistungserbringer** (z. B. Spitäler, ambulante Einrichtungen, Pflegeheime, Rettungsdienste, Apotheken) sollten Zugriff auf detaillierte Falldaten ihrer eigenen Organisation haben, um interne Qualitätsverbesserungen zu unterstützen. Zudem sollten sie ihre Qualität anonym mit anderen vergleichen können. Der Mehrwert liegt in der Verknüpfung aggregierter Qualitätsindikatoren mit den zugrundeliegenden Falldaten, was die Identifikation von Verbesserungspotenzialen auf Einzelfallebene ermöglicht.
- **Regulierungsbehörden** (z. B. Bundes- und kantonale Behörden) sollten Zugriff auf aggregierte Daten erhalten, um regulatorische Massnahmen zu steuern, systemweite Qualitätstrends zu überwachen und Versorgungs- und Zugangsgerechtigkeit über Kantone hinweg sicherzustellen.
- **Kostenträger** (z. B. Kranken- und Unfallversicherer sowie Kantone/Gemeinden) sollten Zugang zu aggregierten Daten auf Ebene der Leistungserbringer erhalten, um z. B. Versorgungsmodelle (z. B. Disease-Management-Programme) zu evaluieren.
- **Weitere Nutzergruppen** (z. B. Verbände, Forschungseinrichtungen, Qualitätsdatenmanagement-Organisationen, Gesundheitsligen) sollten beschränkten und kontrollierten Zugang zu ausgewählten anonymisierten und/oder aggregierten Daten erhalten, um Forschung, Innovation und Interessenvertretung zu unterstützen.

Das Monitoringsystem richtet sich damit ausschliesslich an Fachpersonen. Patientinnen und Patienten sind keine direkte Nutzergruppe des Systems. Diese Ausrichtung entspricht den Ergebnissen des ersten Berichts. Die Entwicklung einer Navigationsplattform für Patientinnen und Patienten wird von der EQK im Rahmen eines separaten Projekts bearbeitet und liegt ausserhalb des hier beschriebenen Mandats.

2.2 AP2: Evaluationsinstrument zur Selektion und Priorisierung von Indikatoren

Das entwickelte Evaluationsinstrument stellt einen Rahmen zur Sammlung, Auswahl und Priorisierung von Qualitätsindikatoren über die sechs HCAs dar.

Das Instrument evaluiert Indikatoren basierend auf vier zentralen Dimensionen, welche sich an die oben genannten Anforderungen an ein Monitoringsystem orientieren: *Relevanz*, *wissenschaftliche Güte*, *Handlungswirksamkeit* und *Realisierbarkeit*.

Relevanz bewertet, ob der Indikator einen relevanten Qualitätsaspekt adressiert und mit den Prioritäten der Akteure übereinstimmt. *Wissenschaftliche Güte* prüft, ob der Indikator valide und zuverlässig misst, Unterschiede zwischen Leistungserbringern erkennt und faire Vergleiche ermöglicht (z.B. Adjustierung von Patientenrisiken für Vergleiche von Ergebnisqualitätsindikatoren). *Handlungswirksamkeit* zeigt, wie verständlich der Indikator ist und ob er für Qualitätsverbesserungsmassnahmen

genutzt werden kann. *Realisierbarkeit* betrachtet, wie praktikabel die Datenerhebung ist und welche Herausforderungen sowie Aufwände bei der Umsetzung und der Interpretation bestehen. Jede der vier Dimensionen wird in messbare Sub-Kriterien unterteilt, um objektive Entscheidungen zu unterstützen.

2.2.1 *Drei Phasen der Selektion und Priorisierung*

Die Bewertung der Qualitätsindikatoren erfolgt in drei Phasen: (I) Vorselektion, (II) Datenerhebung, und (III) Bewertung mit Priorisierung.

In **Phase I (Vorselektion)** werden vordefinierte Ausschlusskriterien angewendet, um nationale und internationale Qualitätsinitiativen und -indikatoren zu filtern. Dies ermöglicht eine erste Einschätzung der Relevanz und des Potenzials der Qualitätsindikatoren für die weitere Analyse und hält die Zahl der relevanten Initiativen und Indikatoren handhabbar für den weiteren Verlauf der Datenerhebung.

In **Phase II (Datenerhebung)** werden Daten mithilfe eines strukturierten Templates erfasst, die detaillierte Datenpunkte zu den vier Bewertungsdimensionen umfasst. Um beispielsweise die Unterscheidungskraft («Discriminative Power») zu bewerten, müssen Daten zum Prozentsatz der Anbieter erfasst werden, die die höchsten und/oder niedrigsten Wert des Indikators erhalten haben, damit mögliche Skalenendeeffekte («Ceiling/ Floor Effects») identifiziert werden können.

Phase III (Bewertung und Priorisierung) besteht aus zwei zentralen Schritten:

- eine Go/No-Go Bewertung auf Basis von fünf wesentlichen Attributen (d.h. Validität, Reliabilität, Unterscheidungskraft («Discriminative Power»), und Relevanz des Indikators) und
- einer anschliessenden Priorisierungsverfahren mittels einer sogenannten multifaktorieller Entscheidungsanalyse («Multiple-Criteria Decision Analysis (MCDA)») (siehe [hier](#)).

Durch den MCDA-Ansatz wird jeder Indikator anhand eines definierten Kriterienkatalogs bewertet, welcher entsprechend seiner relativen Bedeutung für den jeweiligen Gesundheitsbereich gewichtet wird. Infolgedessen können dieselben Priorisierungskriterien für jeden Gesundheitssektor unterschiedlich gewichtet werden. Die Gewichte werden durch Paarvergleiche ermittelt und validiert.

Im letzten Schritt erfolgt die Priorisierung der Indikatoren anhand der oben genannten 12 Priorisierungskriterien, welche sich auf die Dimensionen *Relevanz*, *wissenschaftliche Güte*, *Handlungswirksamkeit* und *Realisierbarkeit* verteilen. Die Priorisierung basiert auf einer Kombination aus qualitativen und quantitativen Daten, Experteneinschätzungen aus den Arbeitsgruppen, aus Interviews und vom Sounding Board sowie Rückmeldungen aus Online-Umfragen unter «Praktikerinnen und Praktikern» sowie Delphi-Panels mit Fachexpertinnen und -experten.

2.3 AP3/4: Ergebnisse der nationalen und internationalen Indikatorensuche

Im Rahmen der nationalen und internationalen Recherche wurden insgesamt 376 Qualitätsinitiativen und 1'607 Qualitätsindikatoren identifiziert. Diese verteilen sich auf verschiedene HCAs, wobei sich deutliche Unterschiede in der Anzahl der erfassten Qualitätsinitiativen und -indikatoren zwischen den Bereichen zeigen (Tabelle 1).

Tabelle 1. Überblick der identifizierten Qualitätsinitiativen und -indikatoren

Arbeitsgruppe	Suchraum	Identifizierte Qualitätsinitiativen	Identifizierte Qualitätsindikatoren
Stationäre akutsomatische Versorgung	National	109	463
	International	97	Ausstehend
Ambulante somatische Versorgung ²	National	83	204
	International	22	436
Psychiatrische Versorgung	National	4	19
	International	9	77
Rehabilitative Versorgung	National	10	6
	International	14	107
Gemeindenähe Versorgung	National	9	82
	International	6	93
Langzeitpflege (inklusive häuslicher Pflege)	National	4	48
	International	9	72
Summe		376	1'607³

Im Folgenden fassen wir den Hintergrund, die Methodik sowie die Zwischenergebnisse für jede der betrachteten HCAs zusammen.

2.3.1 Stationäre akutsomatische Versorgung

Hintergrund: Die stationäre akutsomatische Versorgung umfasst Behandlungen somatischer Erkrankungen mit mindestens einer Übernachtung in einer Gesundheitseinrichtung, beispielsweise in den Bereichen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Pädiatrie und Geriatrie. Internationale Vergleiche deuten auf eine insgesamt hohe Qualität der stationären akutsomatischen Versorgung in der Schweiz hin, dennoch existieren aber auch Unterschiede zwischen Leistungserbringern. Ein nationales Qualitätsmonitoring ist nötig, um diese Unterschiede systematisch zu erkennen und anzu-

² Die Anzahl der vorselektierten nationalen und internationalen Indikatoren beträgt jeweils 163 und 178 (siehe Abschnitt 2.3.2 der Zusammenfassung).

³ Ohne noch ausstehende internationale Qualitätsindikatoren der stationären akutsomatischen Versorgung.

gehen. Bestehende Schweizer Qualitätsinitiativen messen verschiedene Aspekte der Versorgungsqualität, doch ihre Eignung für ein nationales Monitoringsystem wurde bisher nicht umfassend geprüft.

Methodik: Zur Identifikation relevanter Qualitätsinitiativen wurde eine strukturierte Suche nach grauer Literatur in der Schweiz und international (d.h. Australien, Deutschland, Frankreich, Kanada, Niederlande, Norwegen, Schweden, USA, Vereinigtes Königreich) anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Die Qualitätsinitiativen wurden in vier Kategorien eingeteilt: (1) für die spätere Evaluation der Qualitätsindikatoren geeignet, (2) zurzeit noch nicht geeignet, aber mit künftigem Potenzial, (3) mit noch zu klärendem Status oder (4) ausgeschlossen. Ergänzend fanden Experteninterviews statt und die Ergebnisse wurden durch das Sounding Board validiert. Eingeschlossene Qualitätsinitiativen wurden in fünf Typen gruppiert: (i) routinedatenbasierte, (ii) von Leistungserbringern erhobene, (iii) patientenberichtete Ergebnis- (PROM-) und (iv) Erfahrungsmessungen (PREM) sowie (v) weitere Qualitätsinitiativen. Ausgeschlossene Initiativen wurden ebenfalls nach Typ gruppiert und zusätzlich nach Ausschlussgrund geordnet.

Zwischenergebnisse: Es wurden 206 Qualitätsinitiativen analysiert (109 aus der Schweiz). In Kategorie 1 wurden sieben Schweizer Initiativen mit 463 potenziellen Qualitätsindikatoren identifiziert, die im weiteren Projektverlauf auf ihre Eignung zum nationalen Monitoring geprüft werden. Kategorie 2 umfasst 19 Schweizer Qualitätsinitiativen mit künftigem Potenzial, deren Qualitätsindikatoren noch nicht bewertbar sind (z. B. weil sie sich noch in Entwicklung befinden) und deshalb (noch) nicht für ein nationales Monitoring empfohlen werden können. Kategorie 3 enthält 15 (meist registerbasierte) Initiativen, deren Einbezug von noch zu klärendem Datenzugang und Datenqualität abhängt. Kategorie 4 umfasst 68 ausgeschlossene Qualitätsinitiativen, deren Qualitätsindikatoren die Einschlusskriterien nicht erfüllten, etwa wegen fehlender Eignung für Leistungsvergleiche oder unzureichender Diskriminationskraft.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass in der Schweiz zahlreiche Qualitätsinitiativen zur stationären akutsomatischen Versorgung existieren, von denen viele noch nicht für ein nationales Monitoring geeignet sind. Die sieben im zukünftigen Projektverlauf eingeschlossenen Initiativen mit 463 potenziellen Qualitätsindikatoren (Kategorie 1) erfassen ein breites Spektrum an Qualitätsindikatoren wie Spitalvolumen, Mortalitäts-, Komplikations- (einschliesslich Infektionen) und Wiederaufnahmeraten sowie PROMs. Viele dieser Initiativen könnten jedoch von methodischen Verbesserungen profitieren (z. B. statistische Vergleiche mit Konfidenzintervallen, erweiterte Risikoadjustierung, Anpassungen bei kleinen Fallzahlen/tiefen Eventraten).

Qualitätsinitiativen mit künftigem Potenzial (Kategorie 2) könnten die Abdeckung erweitern, werden aber derzeit noch durch verschiedene Hürden in ihrer Umsetzbarkeit eingeschränkt. Zudem existieren im stationären akutsomatischen Bereich trotz breiter klinischer Abdeckung noch Lücken bei verschiedenen Patientengruppen wie z.B. Geburtshilfe, Pädiatrie und Geriatrie. Zudem fokussieren sich

die meisten Schweizer Initiativen nur auf den stationären Aufenthalt und erfassen keine nachgelagerten Daten mit längeren Beobachtungszeiträumen.

Internationale Ansätze könnten dazu dienen, Verbesserungspotenzial aufzuzeigen und Lücken zu schliessen: 21 von 97 untersuchten Qualitätsinitiativen aus dem Ausland bieten Mehrwert durch zusätzliche Indikatoren, den Einbezug von unterrepräsentierten Patientengruppen, fortgeschrittenere Methoden wie statistisch korrekte Vergleiche mit Konfidenzintervallen, umfassendere Risikoadjustierung, Mindestfallzahlen und längere Nachbeobachtungszeiträume.

2.3.2 *Ambulante somatische Versorgung*

Hintergrund: Die Arbeitsgruppe ambulante somatische Versorgung fokussiert sich auf nationale und internationale Qualitätsinitiativen und -indikatoren zur Messung der Qualität präventiver, diagnostischer, therapeutischer und nachsorgender Leistungen bei körperlichen Erkrankungen, insbesondere in Hausarztpraxen, Facharztpraxen und Spitalambulanzen.

Methodik: Die nationale Datenerhebung nutzte vordefinierte Suchbegriffe in wissenschaftlicher und grauer Literatur, KI-gestützte Suchinstrumente, Expertenkonsultationen und Webseitenanalysen relevanter Organisationen. International wurden in acht Ländern (Australien, Dänemark, Deutschland, England, Frankreich, Kanada, die Niederlande, USA) strukturierte Internet- und Literaturrecherchen durchgeführt. Die Auswahl von Initiativen und Indikatoren erfolgte nach vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien sowie Mindestanforderungen an die Qualität internationaler Indikatoren. Alle Daten wurden in standardisierten Templates dokumentiert. Schweizer Qualitätsindikatoren und die Übertragbarkeit internationaler Indikatoren auf den Schweizer Kontext wurden mit Expertenreviews bewertet.

Zwischenergebnisse: In der Schweiz wurden 83 Qualitätsinitiativen geprüft und sechs nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien zur Sammlung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt (je drei auf Leistungserbringer- und regionaler/nationaler Ebene). Nach Expertenbewertung der HCA-Mitglieder wurden schliesslich 163 von 204 Indikatoren ausgewählt, davon 127 von Qualitätsinitiativen von Leistungserbringern. Ein grosser Teil der Indikatoren misst Qualität für die Versorgung von häufig auftretenden chronischen Erkrankungen, wie Hypertonie (38 Indikatoren) und Diabetes (30 Indikatoren). Pädiatrische Indikatoren sind selten und betreffen hauptsächlich Impfungen und die Behandlung von Jugendlichen. Präventionsindikatoren decken nur wenige Bereiche ab, beispielsweise Krebsfrüherkennung. Schweizer Indikatoren sind überwiegend prozessorientiert, Struktur-, Ergebnis- und Servicemessungen sind weniger verbreitet.

International wurden von 22 untersuchten Initiativen sechs zur Sammlung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt und 178 von 436 ursprünglich erfassten Indikatoren nach Expertenbewertung ausgewählt. Wie bei den nationalen Indikatoren liegt der Schwerpunkt auf chronischen Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislauf, Atemwege, Krebs) und neurologischen Störungen. International werden

zusätzlich Langzeitverläufe, Medikationssicherheit und Prävention stärker berücksichtigt, während Pädiatrie, Palliativversorgung und Gesundheitsverhalten weniger im Fokus stehen.

2.3.3 Psychiatrische Versorgung

Hintergrund: Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz umfasst das gesamte Spektrum psychiatrischer Leistungen (d.h. von der Prävention über die Akutbehandlung bis hin zur Langzeitversorgung). Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität wurden in der Vergangenheit national als auch international verschiedene Qualitätsindikatoren entwickelt.

Methodik: Die methodische Vorgehensweise umfasste systematische Literaturrecherchen zu Qualitätsinitiativen und -indikatoren auf nationaler und internationaler Ebene. Zusätzlich wurde eine Suche nach grauer Literatur auf nationaler Ebene und international in Australien, Dänemark, Norwegen, Österreich, Schottland, Schweden, den USA, und dem Vereinigten Königreich durchgeführt und mit 17 Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus 16 Kliniken komplementiert.

Zwischenergebnisse: In der nationalen systematischen Literaturrecherche wurden vier Qualitätsindikatoren identifiziert (Behandlungszufriedenheit, stationäre Aufnahmen, Zwangsmassnahmen, Wiederaufnahmen), in der internationalen elf weitere, darunter Patientenzufriedenheit, Patientenerfahrung, Versorgungskontinuität, Behandlungsergebnisse, klinische Kompetenz des Pflegepersonals, Infrastruktur, Wiederaufnahmeraten, traumasensible Versorgung, Erleben der Versorgungsumgebung, Früherkennung und Zugänglichkeit. Die graue Literatur ergab zusätzlich 15 nationale und 66 internationale Indikatoren (davon neun für Kinder und Jugendliche), die Aspekte von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abdecken.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualität psychiatrischer Versorgung insbesondere durch Patienten berichtete Daten («Patient Reported Measures») zu Zufriedenheit, Angemessenheit der Behandlung, Einhaltung von Vorschriften und Versorgungskontinuität verbessert werden kann. Während stationäre Einrichtungen bereits strukturierte Qualitätsmonitorings einsetzen, fehlen im ambulanten Bereich systematische Evaluationsmechanismen, vor allem zur Erfassung von Patientenfeedback zu Zufriedenheit und Symptomveränderung.

2.3.4 Rehabilitative Versorgung

Hintergrund: Die rehabilitative Versorgung zielt darauf ab, die Funktionsfähigkeit von Patientinnen und Patienten zu optimieren, Behinderungen im individuellen Lebensumfeld zu reduzieren und die Wiedereingliederung zu Hause und in der Gemeinschaft zu fördern. Trotz steigendem Bedarf erhielt Rehabilitation in der Schweizer Gesundheitspolitik bisher wenig Aufmerksamkeit. Das vorliegende Projekt ist daher ein wichtiger Schritt zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Rehabilitation in der Schweiz.

Methodik: Es wurden bestehende Qualitätsinitiativen im Inland analysiert, um die dort verwendeten Qualitätsindikatoren zu identifizieren. Darüber hinaus wurden internationale Qualitätsinitiativen und -indikatoren untersucht, die potenziell für die Schweiz relevant sein könnten.

Für die nationale Recherche wurden die Websites von Qualitätsinitiativen und -programmen durchgesehen, die im Abschlussbericht des EQK-Projekts von 2023 sowie wissenschaftlichen Publikationen in der Schweiz genannt wurden. Zusätzlich wurden Interviews mit ANQ sowie Swiss Reha geführt. Um weitere Indikatoren zu identifizieren, wurde zudem eine Literatursuche (d.h. «Scoping Review») mittels PubMed und Embase durchgeführt.

Für die internationale Recherche wurde ebenfalls ein Scoping Review mit Embase durchgeführt. Die Qualitätsinitiative des Australasian Rehabilitation Outcomes Centre (AROC) und Websites relevanter Qualitätsinitiativen wurden analysiert. Extrahiert wurden Beschreibungen der Qualitätsindikatoren, deren Zuordnung zu Outcome-, Struktur- oder Prozessdimensionen sowie Angaben zu Validität, Reliabilität und Differenzierungsfähigkeit.

Zwischenergebnisse: Insgesamt wurden zehn Qualitätsinitiativen in der Schweiz identifiziert, sowie sechs relevante Qualitätsindikatoren. Alle sechs identifizierten Indikatoren stammen von ANQ und sind der Outcome-Dimension zuzuordnen: Patientenzufriedenheit, Patientenerfahrung, Teilhabeziele, funktionale Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (ADLs), körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Der Scoping Review fand keine weiteren Qualitätsindikatoren.

Ein Scoping Review internationaler Literatur ergab 109 Indikatoren aus dem Ausland, kategorisiert in neun Gruppen: 74 % Prozess-, 15 % Outcome- und 11 % Strukturindikatoren. Schwerpunkte waren kardiovaskuläre, postoperative und muskuloskelettale Rehabilitation. Besonders fortschrittlich war die Qualitätssicherung in der kardiologischen Rehabilitation in Kanada und Australien.

Drei ANQ-Indikatoren – «Patientenerfahrung», «funktionale Selbstständigkeit in ADLs» und «körperliche Leistungsfähigkeit» – waren in je acht ausländischen Indikatoren vertreten. «Patientenzufriedenheit» erschien in drei, «Lebensqualität» in zwei und «Teilhabeziele» in einem Qualitätsindikatoren.

Es besteht ein allgemeiner Mangel an wissenschaftlicher Prüfung der Validität, Reliabilität und Differenzierungsfähigkeit von Qualitätsindikatoren, sowohl in der Schweiz als auch international. Nur für den Indikator «Patientenzufriedenheit» gibt es Hinweise auf Validierungsstudien. Einige wenige internationale Artikel publizieren Ergebnisse von Validitäts- und Machbarkeitstests, etwa in Kanada, Japan, Australien und Norwegen. Fachpersonen, darunter Vertreter von ANQ und Swiss Reha, bestätigten den Mangel an wissenschaftlicher Prüfung von Qualitätsindikatoren in der Schweiz.

2.3.5 Gemeindenahe Versorgung («Community Care»)

Hintergrund: Die Community Care in der Schweiz umfasst Rettungsdienste (Emergency Medical Services, EMS) und öffentliche Apotheken, die beide eine zentrale Rolle in der erstkontaktbasierten Patientenversorgung ausserhalb von Spitälern spielen. Während die Rettungsdienste kantonale organisiert sind und nationale Standards durch Bundesbehörden festgelegt werden, unterliegt der Apothekenbereich sowohl der bundesrechtlichen als auch der kantonalen Regulierung. In beiden

Sektoren fehlen derzeit national einheitliche Qualitätsindikatoren, was zu einem fragmentierten Qualitätsmonitoring führt.

Methodik: Die Methodik beruht auf einem zweigleisigen Ansatz, bestehend aus Expertenkonsultationen und Literaturrecherchen, um bestehende und potenzielle Qualitätsindikatoren zu identifizieren. Befragt wurden Fachpersonen aus kantonalen Gesundheitsbehörden, Berufsverbänden und Apothekenketten. Zusätzlich wurde die Literatur in PubMed, Embase und Google durchsucht, mit Fokus auf Schweizer und internationale Qualitätsindikatoren. Die Ergebnisse wurden nach den üblichen Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess, Ergebnis und Servicequalität kategorisiert.

Zwischenergebnisse: Für *Rettungsdienste* sind derzeit keine nationalen Qualitätsindikatoren im Einsatz. Es wurden 87 potenzielle Indikatoren identifiziert: 57 nationale (meist Strukturindikatoren) und 29 internationale (meist Prozessindikatoren). Nationale Ansätze haben meist keine messbaren Zielgrößen oder krankheitsspezifischen Indikatoren, während internationale Modelle ergebnisorientierte und indikationsspezifische Indikatoren umfassen. Zentrale Lücken sind fehlende nationale Datenerhebung, fragmentierte Systeme und enge thematische Fokussierung (vor allem auf Herz-Kreislauf-Notfälle, insbesondere Herzstillstand).

Ebenfalls existieren für *öffentliche Apotheken* keine national implementierten Qualitätsindikatoren. Es wurden 89 potenzielle Indikatoren identifiziert, 62 davon als relevant bewertet, 82 % aus internationalen Quellen. In der Schweiz sind vorhandene Indikatoren in Pause oder Entwicklung. Internationale Beispiele bieten übertragbare Modelle. Hauptdefizite sind fehlende Ergebnisindikatoren, begrenzte Datenerhebung zu Dienstleistungen jenseits der Medikamentenabgabe und fragmentierte Datensysteme.

2.3.6 Langzeitpflege (inklusive häusliche Pflege)

Hintergrund: Die Qualität in der Langzeitpflege hat in der Schweiz wie auch international stark an Bedeutung gewonnen. In den letzten Jahren entstanden zahlreiche Initiativen zur Entwicklung von Qualitätssystemen und -indikatoren, sowohl für Langzeitpflegeeinrichtungen (LZPE) als auch für Spitex-Dienste («Home Care» [HC]).

Methodik: Es wurden nationale und internationale Initiativen und Indikatoren für LZPEs und HC analysiert. Die Analyse stützte sich auf laufende und frühere Forschungsarbeiten zur Qualitätsmessung in LZPEs und HC im Schweizer Kontext. Hierzu wurden gezielt relevante wissenschaftliche Publikationen und graue Literatur ausgewertet sowie Gespräche mit Schweizer Fachpersonen, insbesondere im Bereich der Spitex, geführt.

Zwischenergebnisse: Insgesamt wurden 13 Initiativen zur Qualitätsmessung in LZPEs und HC identifiziert – nationale und internationale Recherche eingeschlossen. Über alle Initiativen hinweg konnten 120 Qualitätsindikatoren dokumentiert werden, davon 108 Ergebnis- und 12 Prozessindikatoren. Unter den Ergebnisindikatoren befanden sich sieben Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und zehn Patient Reported Experience Measures (PREMs). In Schweizer LZPEs sind derzeit sechs

medizinische Ergebnisindikatoren validiert, implementiert und öffentlich zugänglich, darunter zu Mangelernährung, Schmerz, Polypharmazie und freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Drei weitere Indikatoren (darunter zwei Prozessindikatoren) befinden sich in der Evaluation.

Im Bereich HC stammen die wichtigsten nationalen Qualitätsindikatoren aus der Schweizer Adaption des international genutzten Resident Assessment Instrument Home Care (InterRAI HC Schweiz). Diese 29 Indikatoren werden freiwillig von einer Minderheit der Leistungserbringer zu internen Zwecken genutzt. Sie umfassen vorwiegend Ergebnisindikatoren und decken klinische, funktionale und psychologische Dimensionen ab. Einige Qualitätsindikatoren (z. B. Belastung informeller/privater Pflegepersonen) wurden positiv bewertet, während andere (z. B. eingeschränkte Mobilität zu Hause) geringere Zuverlässigkeit oder Praxistauglichkeit zeigten. Für beide Sektoren (LZPE und HC) heben internationale Initiativen allgemeinere Qualitätsdimensionen (z. B. Lebensqualität, soziale Teilhabe, Ernährungsplanung) als wertvolle Referenzen hervor, auch wenn die wissenschaftliche Fundiertheit uneinheitlich ist.

3 Ausblick auf die zweite Hälfte des Projekts

3.1 Auswahl und Priorisierung von Qualitätsindikatoren

Mit diesem Zwischenbericht haben die meisten Arbeitsgruppen die umfassende Recherche nach Qualitätsinitiativen und -indikatoren abgeschlossen. Hierauf basierend wird nun die Evaluation und Priorisierung der Indikatoren erfolgen. Die Arbeitsgruppen der HCAs wenden hierzu das in Kapitel 2.2 vorgestellte Evaluationsinstrument an. Zusätzlich zu der Bewertung durch die Fachexpertinnen und -experten der Arbeitsgruppen werden Online-Umfragen und Delphi-Panel-Diskussionen mit weiteren Fachpersonen geführt werden, um so die Evaluation und Priorisierung abzuschliessen.

3.2 Sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren und Governance-Modell

Im Anschluss wird der Fokus darauf liegen, Qualitätsindikatoren mit sektorenübergreifender Relevanz zu identifizieren – also solche, die Patientenpfade abbilden und die Gesamtqualität über Versorgungssektoren hinweg reflektieren. Dafür werden ähnliche Methoden wie bei den gesundheitsbereichs-spezifischen Indikatoren angewandt, dieses Mal jedoch über die verschiedenen HCAs hinweg.

Darüber hinaus beginnt die Entwicklung von Empfehlungen für ein Governance-Modell zur Instandhaltung und Weiterentwicklung des geplanten Monitoringsystems und dessen Qualitätsindikatoren. Dieses Modell soll die kontinuierliche Auswahl, Anpassung und Bewertung der Indikatoren abdecken und sicherstellen, dass das Monitoringsystem aktuell und wirksam bleibt. Basierend auf schweizerischen und internationalen Beispielen wird eine Governance Struktur vorgeschlagen, die regelmässige Überprüfungen und u.a. auch die Einbindung der relevanten Stakeholder sicherstellt.

3.3 Einbindung der Interessengruppen

Derzeit werden Online-Umfragen konzipiert, um Rückmeldungen einer breiten Auswahl von verschiedenen Fachpersonen einzuholen, darunter medizinische Fachgesellschaften, Patientenorganisationen und potenzielle Nutzergruppen des Monitoringsystems. Diese Online-Umfragen sollen Perspektiven zu bestimmten Priorisierungskriterien erfassen, die schwer quantifizierbar oder messbar sind, wie etwa die praktische Relevanz und Anwendbarkeit der Qualitätsindikatoren. Zudem dienen die Online-Umfragen zur Vorbereitung der Delphi-Panel-Diskussionen. Während der restlichen Projektlaufzeit bleibt die Einbindung der Interessengruppen daher eine zentrale Priorität – sei es durch die Teilnahme im Sounding Board, in der Expertenbefragung, den Delphi-Panels oder durch bilaterale Gespräche zwischen Expertinnen und Experten und Arbeitsgruppenmitgliedern.

Ziel ist es, sicherzustellen, dass die Endergebnisse sowohl methodisch fundiert als auch praktisch einsetzbar sind. Der Abschlussbericht, einschliesslich der konsolidierten Empfehlungen zur Indikatorenauswahl, Priorisierung und Governance, wird der EQK Ende September 2026 vorgelegt. Die Publikation des finalen Berichts wird durch die EQK vorgenommen.

Deklarationen

Danksagungen

Wir möchten den Mitgliedern des Sounding Boards herzlich für ihre wertvollen Perspektiven, ihr kritisches Feedback und ihre kontinuierliche Unterstützung während der gesamten Entwicklung dieses Zwischenberichts danken. Die folgenden Institutionen haben mit ihrem Fachwissen zur Relevanz und Qualität dieses Projekts beigetragen, und wir freuen uns auf die Fortsetzung des offenen Dialogs: ANQ • CSS Kranken-Versicherung AG • Departement für Gesundheit und Soziales Kanton Waadt • EQUAM Stiftung • Fédération romande des consommateurs • FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte • Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Kanton Bern • Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt • H+ Die Spitäler der Schweiz • Interverband für Rettungswesen • Kantonsapotheker Vereinigung • Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren • prio.swiss – Der Verband Schweizer Krankenversicherer • Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation • Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse • Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft • senesuisse – Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz • Spitex Schweiz • Stiftung Patientensicherheit Schweiz • Swiss Paramedic Association • Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz.

Interessenkonflikte

Anke Scheel-Sailer ist Mitglied im Qualitätsausschuss Rehabilitation der ANQ und Mitarbeit bei wissenschaftlichen Publikationen des QA ANQ.

Chantal Arditi ist Forschungsleiterin der SCAPE-Umfragen und mitverantwortlich für die PaRIS-Erhebung.

David Schwappach leitet Forschungsprojekte zur Evaluation von Patient-Safety-Indicators, zu Indikatoren für psychological harm sowie zu Indikatoren zur Patientensicherheit aus Klinikinformationssystemen. Er ist als Core Study Group Member beteiligt an der nationalen Adverse-Studie. Er ist zudem Mitglied des Zertifizierungsgremiums von Mehrfacharzt.

Isabelle Peytremann-Bridevaux ist verantwortlich für die Analyse der Ergebnisse der jährlichen nationalen Umfragen zur Patientenzufriedenheit in den Bereichen akutsomatische Versorgung (Erwachsene und Pädiatrie), Rehabilitation sowie Psychiatrie (Erwachsene und Kinder), die vom ANQ durchgeführt werden. Darüber hinaus ist sie verantwortlich der «Swiss Cohort of Healthcare Professionals and Informal Caregivers» (SCOHPICA) sowie mitverantwortlich für die Umsetzung der PaRIS-Erhebung der OECD in der Schweiz und der «Swiss Cancer Patient Experiences» (SCAPE)-Umfragen.

Jakob Burgstaller ist Mitglied des FIRE-Projekts, der grössten Schweizer Datenbank für Routineversorgungsdaten aus der Allgemeinmedizin, die von der Universität Zürich betrieben wird. Das

Projekt beschäftigt sich mit der Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätsüberwachung in der Grundversorgung.

Laurie Corna ist Co-Leiterin des «National Implementation Programme – Strengthening quality of care in partnership with residential long-term care facilities (LTCFs) for older people (NIP-Q-UP-GRADE)». Dieses Programm zielt darauf ab, die Qualität der Datenerhebung zu nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren in Langzeitpflegeeinrichtungen zu stärken, datenbasierte Qualitätsentwicklung zu fördern und den Gesundheitsbereich auf die Einführung weiterer medizinischer Qualitätsindikatoren vorzubereiten.

Michael Havranek hat von Innosuisse (Schweizerische Agentur für Innovationsförderung des Bundes) mehrfach Forschungsgelder erhalten, um verschiedene internationale Qualitätsindikatorensets für die Schweiz anzupassen und gemeinsam mit Partnerspitälern und einem Softwareunternehmen ein nationales Monitoringsystem zur Überwachung der Qualität von Spitälern zu entwickeln. Dieses System wurde inzwischen vom ANQ und seinem Softwarepartner LOGEX übernommen und steht nun Spitälern und kantonalen Gesundheitsbehörden schweizweit zur Verfügung. Zur Unterstützung dieser Initiativen erbringt Michael Havranek Beratungs- und Analysedienstleistungen für ANQ, LOGEX und verschiedene kantonale Gesundheitsbehörden. Diese Organisationen waren nicht an der Erstellung dieses Zwischenberichts beteiligt.

Patrick Beeler war an mehreren Projekten im Zusammenhang mit der Entwicklung und Anwendung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen beteiligt: 1) Er war Principal Investigator für die Anpassung/Übersetzung der Prevention Quality Indicators (PQIs), die ursprünglich von der U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) entwickelt wurden, für den Einsatz in der Schweiz. Diese Arbeit wurde ohne finanzielle Unterstützung durchgeführt. Anschliessend erhielt Dr. Beeler von einem Netzwerk von Hausärzt:innen Fördermittel, um diese PQIs in einem Projekt zur Bewertung der Qualität auf Hausärzt:innen-Ebene anzuwenden. 2) Er leitete eine landesweite Studie, in der anhand einer von Expert:innen erstellten Liste von Behandlungen, für welche keine Hospitalisation erforderlich wäre, potenziell vermeidbare Hospitalisationen bei Palliativpatienten identifiziert wurden (DOI:10.1136/spcare-2023-004717). Diese Liste von Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden könnten, kann als Qualitätsindikator verwendet werden. 3) Er führte eine landesweite Umfrage durch, um die Qualität der Palliativversorgung in der Schweiz aus der Perspektive der Leistungserbringer, der regionalen Palliativorganisationen und der Gesundheitsbehörden zu bewerten (DOI:10.1016/j.ejon.2025.102812). Diese Arbeit stützte sich auf Qualitätsindikatoren, die von Finkelstein et al. (DOI:10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015) entwickelt wurden, sowie auf solche, die von *qualitépalliative* definiert wurden. 4) Derzeit leitet er ein laufendes Projekt, bei dem ein datengestützter Ansatz zur Ermittlung von Hospitalisationen aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAWs) in mehreren Spitälern angewendet wird. Die vermehrte Meldung von solchen schwerwiegenden UAWs durch Spitalpharmazien an Swissmedic, wie gesetzlich vorgeschrieben, gilt als Qualitätsindikator.

Sabine Hahn ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats und des Verwaltungsrats der Concret AG, die Zertifizierungen von Qualitätsmanagement in der Pflege gemäss der Swiss Care Excellence Certification (SCEC) durchführt.

Die anderen Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Bericht bestehen.