



# ANQ-QUALITÄTSMESSUNGEN

## HINWEISE ZUR INTERPRETATION DER MESSERGEBNISSE

Version: 4.0

Datum: 29. Juni 2026

# Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	3
Akutsomatik.....	3
Postoperative Wundinfektionen .....	3
Sturz und Dekubitus.....	4
Implantatregister SIRIS Hüfte, Knie und Schulter .....	5
Implantatregister SIRIS Wirbelsäule .....	5
Ungeplante Rehospitalisationen .....	6
Rehabilitation .....	6
Rehaspezifische Messungen .....	6
Psychiatrie .....	7
Psychiatriespezifische Messungen   Erwachsene, Kinder und Jugendliche .....	7
Symptombelastung.....	8
Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM).....	9
Patientenzufriedenheit Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	9
Fachübergreifend: Patientenerfahrung (PREMs).....	10

## EINFÜHRUNG

Der ANQ setzt einheitliche Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie um. Die Messergebnisse werden national vergleichend ausgewertet und transparent – das heisst mit Nennung der Spital- und Kliniknamen – publiziert. Damit liefert der ANQ den Institutionen Grundlagen, um gezielt Massnahmen zur Verbesserung der Qualität zu entwickeln. Die Messergebnisse dienen auch den Kostenträgern als wichtige Informationsquelle: Die Versicherer stützen sich bei ihren Tarifverhandlungen darauf ab, die Kantone bei ihren Leistungsvereinbarungen.

Bei der Publikation der Ergebnisse achtet der ANQ sorgfältig auf faire Spital- und Klinikvergleiche. Von Spital- oder Klinikranglisten sieht er entschieden ab. So geben sämtliche Resultate nur Teilaspekte der Gesamtqualität eines Spitals oder einer Klinik wieder. Zudem ist die schweizerische Spitallandschaft sehr heterogen, entsprechend unterschiedlich sind auch die Fallzahlen. Werte von Spitälern und Kliniken mit kleinen Fallzahlen sind statistisch weniger robust und mehr von zufälligen Schwankungen betroffen. Auch lassen sich aus den Ergebnissen keine Rückschlüsse auf die Fallschwere der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen Behandlungs- und Ressourcenaufwand der Institutionen ableiten.

Jede Methode hat ihre Chancen und Grenzen. Das vorliegende Dokument führt für jede ANQ-Messung auf, was bei der Interpretation der Ergebnisse besonders zu beachten ist.

## AKUTSOMATIK

### POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN

[Zu den Messinformationen](#)

Messmethode: Programm SSI Surveillance von Swissnoso

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Kontext: Wundinfektionen nach Operationen lassen sich nie ganz verhindern. Auch besteht nicht bei allen Eingriffen das gleiche Risiko. Das Ziel einer Operation (beispielsweise Schmerzentlastung) kann trotz eines Infekts erreicht werden.
- Risikoadjustierung: Das statistische Verfahren der Risikoadjustierung (Ausgleich der Unterschiede bezüglich Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv, Stichprobengrösse) kann nicht alle Unterschiede zwischen den Institutionen korrigieren.
- Erfassungsqualität: Die Qualität der Datenerhebungsprozesse wird mithilfe von standardisierten Instrumenten ermittelt (Validierung). Bei Spitälern und Kliniken mit tiefer Erfassungsqualität kann das zu verzerrten Raten führen. So können beispielsweise

Überwachungssysteme ohne routinemässige Validierung die Inzidenz von postoperativen Wundinfektionen unterschätzen<sup>1</sup>.

- Internationaler Vergleich: Ein Vergleich mit anderen Ländern ist nur bedingt möglich. Methode und Qualität der Erfassung sowie Überwachung nach Spitalaustritt variieren stark. Weil die Schweiz meist gründlicher erfasst und länger überwacht, sind die Raten teilweise höher.
- Wahlfreiheit von SSI: Die Möglichkeit für Spitäler und Kliniken, eine Auswahl an Eingriffen zu überwachen, kann die Repräsentativität der Ergebnisse einschränken, da die berichteten Indikatoren nicht zwingend das gesamte nationale Leistungsspektrum abbilden.

## STURZ UND DEKUBITUS

### [Zu den Messinformationen](#)

Messmethode bis 2022: LPZ International (Prävalenzmessung). Die Messung Sturz und Dekubitus wurde 2023 sistiert und wird künftig von einer anderen Methode abgelöst<sup>2</sup>.

Bei der Interpretation der Ergebnisse bis Datenjahr 2022 zu beachten:

- Datenerhebung: Bei einer Prävalenzmessung werden Daten an einem Stichtag erhoben. Die Ergebnisse unterliegen deshalb zufälligen Schwankungen, vor allem bei kleinen Fallzahlen.
- Kategorisierung: Die Diagnose von Dekubitus Kategorie 1 (Hautrötung) kann nicht immer eindeutig gestellt werden. Somit sind Unterschiede bei der Erfassung zwischen den Spitälern und Kliniken möglich.
- Risikoadjustierung: Die gewählte Methode der Risikoadjustierung (Ausgleich der Unterschiede bezüglich Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv, Stichprobengrösse) liefert eher konservative, dafür robuste Ergebnisse. Kleine Spitäler haben ein geringeres Risiko und grössere Spitäler ein höheres Risiko, sich signifikant von den anderen zu unterscheiden.
- Ergebnisgrafiken: Die Datenpunkte lassen sich nur in einer aufsteigenden Form übersichtlich darstellen (tiefster Wert unter der Nulllinie, höchster Wert darüber). Die Darstellung entspricht keiner Rangliste. Schneidet die Linie, auf welcher der Datenpunkt liegt, die Nulllinie, besteht kein signifikanter Unterschied zu anderen Spitälern und Kliniken.
- Benchmarking: Die Analyse nach Spitalstandorten gemäss BFS-Krankenhaustypologie (2006) bewirkt, dass Institutionen mit einem gemischten Leistungsauftrag allenfalls

---

<sup>1</sup> Atkinson, A., Eisenring, M.-C., Troillet, N., Kuster, S. P., Widmer, A., Zwahlen, M., & Marschall, J. (2021). Surveillance quality correlates with surgical site infection rates in knee and hip arthroplasty and colorectal surgeries: A call to action to adjust reporting of SSI rates. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(12), 1451–1457. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.14>

<sup>2</sup> Die Hinweise zur Interpretation der Messergebnisse werden auf die neue Methode angepasst, sobald die Messergebnisse zum ersten Mal transparent veröffentlicht werden.

unterschiedliche Spitaltypen zugewiesen sind. Ein Benchmarking auf Gesamtinstitutionsebene ist deshalb unter Umständen nicht möglich.

## IMPLANTATREGISTER SIRIS HÜFTE, KNIE UND SCHULTER

### [Zu den Messinformationen](#)

Messmethode: Implantatregister für Hüfte, Knie und Schulter (Qualitätssicherungssystem) mit 2-Jahres-Revisionsraten für Hüft-, Knie- und Schultertotalprothesen bei primärer Arthrose.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Datenerhebung: Das Register gibt (noch) keine Auskunft über das Behandlungsergebnis (z.B. Funktionalität des Gelenks, Mobilität, Schmerzsituation).
- Risikoadjustierung: Folgende Hauptfaktoren beeinflussen das Ergebnis eines Implantats: Fähigkeiten und Erfahrung der Operateure, Design, Material und Fixation des Implantats sowie Eigenschaften (z.B. Alter, Geschlecht, BMI, Grunderkrankungen) und Aktivitätslevel der Patientinnen und Patienten. Nicht alle diese Faktoren können risikoadjustiert werden.
- Datenqualität: Die Qualität der Daten wird regelmässig überprüft. Verzerrte Ergebnisse aufgrund einer ungenügenden Datenqualität sind trotzdem nicht ganz auszuschliessen.
- Mehrjahresvergleich: Bei der Auswertung der Registerdaten stehen die sogenannten 2-Jahres-Revisionsraten im Fokus. Die Raten weisen den Anteil an Folgeoperationen (Revisionen) innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Implantation aus und werden für bestimmte Zeitintervalle berechnet. Der ANQ publiziert jährlich die risikoadjustierten 2-Jahres-Revisionsraten für Hüft- und Knie totalprothesen bei primärer Arthrose. Erste Ergebnisse für die Schultertotalprothesen sind ab 2027 zu erwarten.

## IMPLANTATREGISTER SIRIS WIRBELSÄULE

### [Zu den Messinformationen](#)

Messmethode: Implantatregister für Wirbelsäuleneingriffe (Qualitätssicherungssystem).

Das nationale Implantatregister SIRIS Wirbelsäule (SIRIS Spine) wurde per Januar 2021 implementiert. Seither sind alle Akutspitäler mit Wirbelsäulenchirurgie verpflichtet, die vorgegebenen Eingriffsarten im Register zu erfassen. Die Einschlusskriterien wurden per Januar 2025 angepasst: Zu registrieren sind alle Eingriffe, wenn ein Implantat neu eingesetzt, in situ verbleibt oder explantiert wird.

SIRIS Wirbelsäule schafft eine solide Datenbasis, um die Operations- sowie Implantatqualität zu beurteilen und nationale und internationale Vergleiche in der Wirbelsäulenchirurgie durchzuführen. Damit leistet das Register einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und -entwicklung.

- ▶ Zum aktuellen Zeitpunkt werden die Ergebnisse noch nicht transparent publiziert.

## UNGEPLANTE REHOSPITALISATIONEN

### [Zu den Messinformationen](#)

Messmethode seit 2022 (BFS-Daten 2020): Seit 2022 werden die ungeplanten Rehospitalisationen mit der CH-Methode gemessen. Die CH-Version basiert auf der ursprünglich von der amerikanischen «Yale School of Medicine» publizierten Methode, welche seither vom «Centers for Medicare & Medicaid Services» (CMS) verwendet wird.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Kontext: Zu einer ungeplanten Rehospitalisation führen verschiedene Gründe. Einige davon können von den Spitälern und Kliniken direkt oder indirekt beeinflusst werden, andere sind nicht beeinflussbar.
- Datenerhebung: Als Datenbasis dient die «Medizinische Statistik der Krankenhäuser» des Bundesamts für Statistik (BFS). Ab Datenjahr 2024 stellt «SpiGes» (d.h. spitalstationäre Gesundheitsversorgung) die neue BFS-Datengrundlage dar.
- Methode: Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität können keine gezogen werden. Das Prinzip der Methode verfolgt eine Systemsicht und bezieht die gesamte Behandlungskette ein.
- Risikoadjustierung: Ein isolierter Spital- oder Klinikvergleich der beobachteten Raten ist nicht möglich, weil sich die Institutionen im Risikoprofil ihrer Patientinnen und Patienten unterscheiden.
- Ergebnisgrafiken: Statistische Vergleiche werden nur bei einer Mindestanzahl von 10 erwarteten Wiedereintritten dargestellt. Dargestellt und verglichen werden die risikoadjustierten spitalweiten Wiedereintrittsraten und die fünf Kohorten (chirurgisch-gynäkologische, kardiorespiratorische, kardiovaskuläre, neurologische und sonstige Kohorte).

## REHABILITATION

### REHASPEZIFISCHE MESSUNGEN

#### [Zu den Messinformationen](#)

#### [Messinstrumente pro Messbereich](#)

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Datenerhebung: Erfasst werden wichtige Qualitätsindikatoren. Eine gesicherte Aussage über die gesamte Ergebnisqualität einer Klinik ist aber nicht möglich. Dazu wäre eine Vielzahl von weiteren Qualitätsindikatoren nötig (z.B. bezüglich Mortalität, Rehospitalisierung, Sturzrate oder «Return to work»).
- Auswertung: Die Ergebnisse von Kliniken, die weniger als 50 auswertbare Fälle erfassen, sind aufgrund der geringen Fallzahl statistisch nur eingeschränkt aussagekräftig. Die Ergebnisse von Kliniken mit weniger als 10 Fällen sind nicht interpretierbar und werden deshalb nicht ausgewiesen.
- Risikoadjustierung: Das statistische Verfahren der Risikoadjustierung (Ausgleich der Unterschiede bezüglich Patientenkollektiv, Stichprobengröße, Eigenschaften einer Klinik) kann nicht alle Unterschiede zwischen den Institutionen korrigieren.
- Ergebnisgrafiken: Die Messergebnisse werden als Trichtergrafiken ausgewiesen. Diese stellen das 95%-Konfidenzintervall des Gesamtmittelwerts im Verhältnis zur Anzahl der eingeschlossenen Fälle dar. Nur Kliniken mit Werten ausserhalb des Konfidenzintervalls weichen signifikant vom Ergebniswert ab, der für die Kliniken in Anbetracht der Patientenstruktur und im Vergleich zu den übrigen Kliniken statistisch errechnet wurde. Es ist zu beachten, dass die Ergebnisqualität der Kliniken lediglich im Vergleich untereinander und basierend auf der Stichprobe des jeweiligen Erhebungsjahres ermittelt wird.
- Vorjahresvergleich: Es ist keine Aussage möglich, ob eine beobachtete Veränderung im Vergleich zum Vorjahr statistisch signifikant ist. Die adjustierten Werte basieren immer auf den Stichproben der betreffenden Erhebungsjahre und können somit nicht direkt miteinander verglichen werden.

## PSYCHIATRIE

### PSYCHIATRIESPEZIFISCHE MESSUNGEN | ERWACHSENE, KINDER UND JUGENDLICHE

#### [Zu den Messinformationen](#)

#### Messinstrumente:

- HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales (Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden) oder
- HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (Symptombelastung aus Sicht der Behandelnden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- BSCL – Brief Symptom Checklist (Symptombelastung aus Sicht der Patientinnen und Patienten) oder

- HoNOSCA-SR – Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents Self-Rated Form (Symptombelastung aus Sicht der Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- EFM – Erfassungsinstrument freiheitsbeschränkende Massnahmen

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Vergleichbarkeit: Zur besseren Vergleichbarkeit werden in der Erwachsenenpsychiatrie die Ergebnisse stratifiziert nach Kliniktypen ausgewiesen. Durch die Stratifizierung werden die unterschiedlichen psychiatrischen Klinikangebote berücksichtigt und der Benchmarkprozess gefördert. Die durch den ANQ festgelegten Abgrenzungsmerkmale, welche die Zugehörigkeit zum Kliniktyp definieren, sind jedoch nicht vollständig trennscharf. Aufgrund der geringen Fallzahlen sowie der kleinen Anzahl an Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird auf eine weitere Stratifizierung verzichtet. Zur Erhöhung der Vergleichbarkeit werden ab dem Messjahr 2025 Klinikgruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit mehreren Standorten gemeinsam ausgewertet und unter dem jeweiligen Hauptstandort publiziert. Damit wird den kleinen Fallzahlen sowie der teilweisen Spezialisierung einzelner Standorte Rechnung getragen.
- Aussagekraft: Ergebnisse mit weniger als 30 Fällen sind mit Vorsicht zu interpretieren.
- Trend: Um einen Trend ausmachen zu können, bedarf es mehrerer Messungen über mehrere Jahre mit gleichbleibender Erfassung bzw. Datenqualität. Aus diesem Grund unterstützt der ANQ die Kliniken, Daten mit stabil guter Qualität zu liefern (u.a. über Datenlieferung, -darstellung und -abfrage in Dashboards).

## SYMPTOMBELASTUNG

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Vorjahresvergleich: Es ist keine Aussage möglich, ob eine beobachtete Veränderung im Vergleich zum Vorjahr statistisch signifikant ist. Die adjustierten Werte basieren immer auf den Stichproben der betreffenden Erhebungsjahre und können somit nicht direkt miteinander verglichen werden.
- Risikoadjustierung: Das statistische Verfahren der Risikoadjustierung (Ausgleich der Unterschiede bezüglich des Patientenkollektivs) kann nicht alle Unterschiede zwischen den Institutionen korrigieren.
- Differenzwerte: Die Werte der Symptombelastung stellen einzelne Indikatoren der Behandlungsqualität dar und umfassen nicht die gesamte Behandlungsqualität.
  - Je nach Krankheitsverlauf, insbesondere bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten, stellt bereits eine Stabilisierung einen Behandlungserfolg dar, was sich jedoch im Outcome nicht zwingend abbildet.

- Die Krankheitseinsicht kann einen Behandlungserfolg darstellen, welcher sich dann aber in der Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten im Outcome negativ abbildet.
- Als Ablösungsreaktion ist bei Kindern und Jugendlichen immer wieder ein Ansteigen der Symptome gegen Austritt zu erkennen. Was Teil eines Genesungsprozesses ist, bildet sich so in einer Outcome-Messung bei Ein- und Austritt als eine unzureichende Veränderung ab.
- Vergleich Selbst- und Fremdbeurteilung: Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen zur Symptombelastungsreduktion können auf problematische Antworttendenzen oder Beurteilungsfehler hinweisen. Grundsätzlich handelt es sich jedoch um unterschiedliche Perspektiven, sodass Abweichungen zu erwarten sind.

## FREIHEITSBESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN (FM)

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Arten der FM: Die zu erhebenden Massnahmen wurden im Sinne von Qualitätsverbesserungsmassnahmen ausgewählt und bilden nicht sämtliche freiheitsbeschränkenden Massnahmen ab.
- Erfassung: Die von den Kliniken übermittelten Angaben werden selbst deklariert, eine externe Überprüfung über die korrekte Erfassung findet nicht statt.
- Kontext: FM müssen immer im Kontext betrachtet werden. Auch wenn grundsätzlich wenige FM angestrebt werden, sind weniger Massnahmen nicht zwingend qualitativ besser, da Kliniken über unterschiedliche Konzepte zum Einsatz von FM verfügen. So wenden beispielsweise Kliniken häufigere kürzere Massnahmen an, andere wiederum längere und gesamthaft weniger Massnahmen. Einige Kliniken wenden keine FM an und überweisen bei Bedarf Patientinnen und Patienten in eine andere Klinik. Entsprechend kann der Schluss nicht gezogen werden, dass keine Massnahmen einen positiven Wert sind und viele Massnahmen einen negativen Wert darstellen. Zentral ist, dass FM reflektiert, begründet und dokumentiert sind sowie die gesetzlichen Grundlagen berücksichtigen.
- Risikoadjustierung: Die FM-Daten werden aktuell nicht risikoadjustiert ausgewertet. Unterschiede bezüglich des Patientenkollektivs werden somit nicht ausgeglichen. Dies ist beim Vergleich von Klinikstandorten zu berücksichtigen.

## PATIENTENZUFRIEDENHEIT KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

[Zu den Messinformationen](#)

Messinstrument: Fragebogen mit 29 Fragen für Kinder und Jugendliche und 33 Fragen für deren Eltern (jeweils mit fünfstufiger Skala) zur Behandlungszufriedenheit.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Risikoadjustierung: Die Zufriedenheitswerte pro Themenbereich werden in Funnel Plots (Trichtergrafiken) dargestellt. Die Mittelwerte der Kliniken sind nicht adjustiert. Das heisst Unterschiede zwischen den Kliniken und im Patientenkollektiv werden nicht ausgeglichen.
- Aussagekraft:
  - Zielpopulation: Die Meinung von bestimmten Patientengruppen sind in den Ergebnissen nicht berücksichtigt, z.B. aufgrund ihres Wohnorts im Ausland oder fehlender Sprachkenntnisse.
  - 
  - Ergebnisse mit weniger als 20 Antworten sind mit Vorsicht zu interpretieren.
  - Die Befragungsergebnisse geben Auskunft über die Wahrnehmung der Befragten. Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung während des Aufenthalts sind nicht möglich.
- Vergleichbarkeit:
  - Zwischen der Befragung der Kinder und Jugendlichen und der Befragung der Eltern besteht keine direkte Verbindung. Die Ergebnisse der beiden Befragungen dürfen daher nicht unmittelbar miteinander verglichen werden.
  - Aufgrund geringer Fallzahlen und der kleinen Anzahl an Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden zur Erhöhung der Vergleichbarkeit Klinikgruppen mit mehreren Standorten ab dem Messjahr 2025 unter dem jeweiligen Hauptstandort gemeinsam publiziert. Damit wird sowohl den kleinen Fallzahlen als auch der teilweisen Spezialisierung einzelner Standorte Rechnung getragen.
- Ergebnisgrafiken: Auf dem ANQ-Webportal sind die Ergebnisse als Trichtergrafiken dargestellt. Das System wählt dabei automatisch den optimalen Ausschnitt, um alle Ergebnisse anzuzeigen. Deshalb ist es möglich, dass die Skalenausschnitte variieren und die Unterschiede zwischen den Spitälern und Kliniken grösser erscheinen.

## FACHÜBERGREIFEND: PATIENTENERFAHRUNG (PREMS)

[Zu den Messinformationen](#)

Messinstrument: Fragebogen mit 37-40 Fragen (je nach Fachbereich) zur Erhebung der Patientenerfahrung (PREMs) in den Fachbereichen Akutsomatik Erwachsene, Erwachsenenpsychiatrie und Rehabilitation. Er nutzt überwiegend eine vierstufige verbale Antwortskala (z. B. Nie bis Immer).

Bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten:

- Zielpopulation: Die Meinung von bestimmten Patientengruppen sind in den Ergebnissen nicht berücksichtigt, z.B. aufgrund ihres Wohnorts im Ausland oder fehlender Sprachkenntnisse.
- Risikoadjustierung und Stratifizierung: Die Ergebnisse der Patientenerfahrung (PREMs) werden für die acht Themenbereiche sowie für zwei Einzelfragen pro Institution in Funnel-Plots (Trichtergrafiken) dargestellt. Die Vergleichsgrösse, die Top-Box-Anteile – also der prozentuale Anteil der bestmöglichen Antworten – wird nicht risikoadjustiert. Das bedeutet, dass Unterschiede im Patientenkollektiv nicht mathematisch ausgeglichen werden. Um dennoch faire Vergleiche zu ermöglichen, wird eine Stratifizierung (Unterteilung in Subgruppen) eingesetzt. Über interaktive Schaltflächen im Webportal können die Ergebnisse nach folgenden Merkmalen gefiltert werden:
  - **Akutsomatik:** Eintrittsart (Notfall vs. Elektiv).
  - **Erwachsenenpsychiatrie:** Aufenthaltsstatus (Freiwillig vs. Unfreiwillig).
  - **Rehabilitation:** Ursache des Aufenthalts (Unfall- vs. Nicht-Unfall-bedingt).
 Dies ermöglicht es, Institutionen innerhalb einer homogeneren Patientengruppe zu vergleichen und der Heterogenität des Kollektivs Rechnung zu tragen. Zusätzlich zu den positiven Erfahrungen (Top-Boxen) können über das Pop-up-Fenster in den Grafiken auch die Anteile kritischer Rückmeldungen (Bottom-Boxen) eingesehen werden.
- Aussagekraft:
  - Ergebnisse von Institutionen mit weniger als 20 auswertbaren Fragebogen sind aufgrund mangelnder statistischer Robustheit mit Vorsicht zu interpretieren.
  - Ergebnisse von Institutionen mit weniger als drei auswertbaren Fragebogen werden zum Schutz der Anonymität der Patientinnen und Patienten nicht publiziert.
  - Die Befragungsergebnisse geben Auskunft über die Erfahrungen der Befragten. Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung während des Aufenthalts sind nicht möglich.
- Ergebnisgrafiken: Auf dem ANQ-Webportal sind die Ergebnisse als Trichtergrafiken dargestellt. Das System wählt dabei automatisch den optimalen Ausschnitt, um alle Ergebnisse anzuzeigen. Deshalb ist es möglich, dass die Skalenausschnitte variieren und die Unterschiede zwischen den Spitälern und Kliniken grösser erscheinen.
- Interdisziplinäre Vergleichbarkeit: Vergleiche zwischen den Fachbereichen sind nicht zulässig, da sich Leistungsaufträge und strukturelle Bedingungen unterscheiden.
- Internationale Vergleichbarkeit: Der Fragebogen Swiss PREMs basiert auf dem international validierten kanadischen Instrument CPES-IC, wurde aber an den Schweizer Kontext angepasst. Das primäre Ziel der Befragung ist ein nationales Benchmarking zwischen den Institutionen in der Schweiz.
- Entwicklung: Eine Tendenz kann erst ab der Auswertung mehrerer Datenjahre abgebildet werden.