



KRITERIENKATALOG FÜR NEUE MESSTHEMEN/QUALITÄTSINDIKATOREN

Autorinnen und Autoren: ANQ-Geschäftsstelle

Version: 2.2

Datum: 2. März 2026

GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSINDIKATOREN

Unter den Qualitätsdimensionen werden **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** zusammengefasst. Die Qualitätsmessungen des ANQ konzentrieren sich hauptsächlich auf die Abbildung der **Ergebnisqualität** und berücksichtigen teilweise auch Aspekte der Prozessqualität.

Die nationalen ANQ-Qualitätsmessungen erfassen derzeit den stationären Bereich der Akutso-matik, Rehabilitation und Psychiatrie. Bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren bzw. Messthe-men (nachfolgend wird einfachheitshalber der Begriff «Qualitätsindikator» verwendet) achtet der ANQ darauf, dass diese **sektorenübergreifenden Messungen** ermöglichen und so zur Ab-bildung des gesamten Patientenpfads beitragen.

Die **Kriterien/Anforderungen an Qualitätsindikatoren** basieren auf den [Methodischen Grundlagen](#) (Version 2.1, 2024) des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Ge-sundheitswesen (IQTIG) sowie auf der Vorversion des vorliegenden Dokuments, die auf dem [Methodenpapier des aQua-Instituts](#) (Version 4.0, 2015) entwickelt wurde – mit Ergänzungen des ANQ. Im Folgenden sind die Bewertungskategorien mit den entsprechenden Kriterien für neue Qualitätsindikatoren im ANQ-Messplan beschrieben.

Der Nutzen eines Qualitätsindikators hängt von den **Eignungskriterien des Qualitätsmerk-mals** und deren **Operationalisierung** ab (siehe Abbildung 1).

Dabei sollte das Qualitätsmerkmal eine Relevanz für Patientinnen und Patienten haben, in ei-nem Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Ergebnis stehen und Potenzial zur Ver-besserung bieten. **Voraussetzung ist die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer.** Damit diese erreicht werden kann, müssen Qualitätsindikatoren die Ableitung von Verbesse-rungsmassnahmen ermöglichen.

Die Operationalisierung wird durch die Objektivität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität der Messung sowie der Datenqualität und die Risikoadjustierung beurteilt. Anhand dieser Kri-terien wird geprüft, ob ein Qualitätsindikator das Gewünschte abbildet.

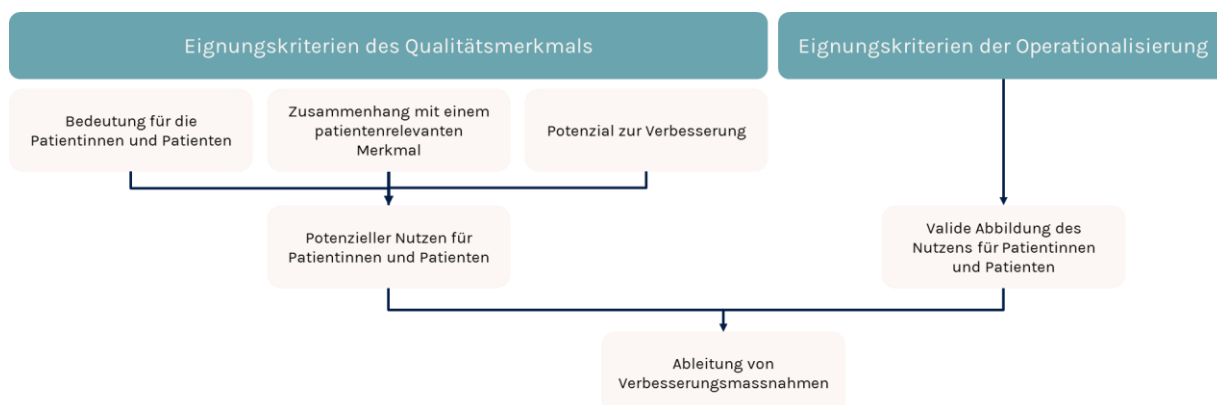


Abbildung 1 Eignung von Indikatoren für die Qualitätsmessungen

Nachfolgend sind die einzelnen Kriterien – adaptiert auf den ANQ – im Detail aufgeführt.

EIGNUNGSKRITERIEN EINES QUALITÄTSINDIKATORS

| BEWERTUNGSKATEGORIE | KRITERIEN |
|---|--|
| Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer | <ul style="list-style-type: none"> • Der Qualitätsindikator ist durch Massnahmen des Leistungserbringers beeinflussbar. |
| Potenzial zur Verbesserung | <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Qualitätsindikator können Qualitätsunterschiede oder -defizite oder ein nachvollziehbares Risiko für Qualitätsunterschiede identifiziert werden. • Die Ergebnisse liefern Grundlagen zur Qualitätsentwicklung bzw. zur Implementierung von Verbesserungsmassnahmen. • Betrifft das Verbesserungspotenzial nicht das gesamte Patientenkollektiv oder alle Leistungserbringer, liegen klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien vor. • Im Themengebiet des Qualitätsindikators ist die Identifikation auffälliger Ergebnisse möglich. • Es können realistische Qualitätsziele für den Qualitätsindikator gesetzt werden (Endziel/Ausprägung, die für gute Leistungsqualität spricht). • Es bestehen möglichst geringe Anreize zur Fehlsteuerung der Versorgung • Der Qualitätsindikator weist eine internationale Vergleichbarkeit aus. |
| Bedeutung für Patientinnen und Patienten Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Merkmal | <ul style="list-style-type: none"> • Der Qualitätsindikator hat eine mittelbare oder unmittelbare Relevanz für die betrachtete Zielpopulation (epidemiologische Relevanz). • Der Qualitätsindikator erfasst eine genügend grosse Fallzahl pro Zeitraum bzw. Einrichtung, um statistisch stabile Ergebnisse zu gewährleisten |
| Ableitung von Verbesserungsmassnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Es besteht eine statistische Unterscheidungsfähigkeit; eine national vergleichende Auswertung ist realistisch (Diskriminationsfähigkeit). • Der Qualitätsindikator und dessen Erfassungsmethode sind verständlich, interpretierbar und lassen möglichst geringe Interpretationsspielräume zu. • Die Messergebnisse stehen zeitnah zur Verfügung, um frühzeitig Verbesserungsmassnahmen abzuleiten. • Qualitätsindikatoren sind, wenn möglich, mit Verbesserungsmassnahmen nach Qualitätsvertrag KVG 58a zu verknüpfen. |

OPERATIONALISIERUNG EINES QUALITÄTSINDIKATORS

| BEWERTUNGSKATEGORIE | KRITERIEN |
|---|---|
| <p>Gütekriterien des Qualitätsindikators</p> <ul style="list-style-type: none"> Objektivität, Reliabilität & Validität | <ul style="list-style-type: none"> Der Qualitätsindikator ist logisch aufgebaut und nachvollziehbar beschrieben. Der Qualitätsindikator ist so formuliert, dass er national gültig und institutionsunabhängig verwendet werden kann. Der Qualitätsindikator erlaubt faire Vergleiche zwischen den Leistungserbringern sowie eine transparente Publikation. Die Gütekriterien der Erfassungsinstrumente sind geprüft und entsprechen den zu erwartenden Standards. Es besteht ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen dem Qualitätsindikator und dem Versorgungsaspekt (z.B. zum klinischen Outcome). |
| <p>Gütekriterien des Qualitätsindikators</p> <ul style="list-style-type: none"> Praktikabilität | <ul style="list-style-type: none"> Der Qualitätsindikator ist praktisch anwendbar und die verwendeten Erfassungsinstrumente sind umsetzbar. Ein geeignetes Erhebungsinstrument ist verfügbar (es ist kein alternatives Instrument mit weniger Aufwand und gleichwertigen Ergebnissen verfügbar). Bestehen gleichwertige lizenzfreie Instrumente sind diese den lizenzierten Instrumenten vorzuziehen. Idealerweise bestehen bereits Erfahrungen in der Umsetzung der Erfassungsmethode. Eine hohe Akzeptanz durch Fachgesellschaften, Spitäler und Kliniken ist zu erwarten (Erfahrungen aus Pilotstudien oder bereits Erkenntnisse aus regionaler Umsetzung). Die zu erhebenden Daten sind ohne grossen Aufwand zugänglich und die Erhebung ist mit einem angemessenen Zeitaufwand möglich. Zu den Aufwänden zählen nicht nur solche, die bei der Durchführung der Messung anfallen, sondern auch Aufwände, die bei erstmaliger oder wiederholter Implementierung einer Messung anfallen. Zu berücksichtigen gilt es auch die Datenerfassung und -übermittlung sowie die Prüfung von digitalen Möglichkeiten. Die Implementierungsbarrieren sind berücksichtigt (beispielsweise personeller, fachlicher sowie finanzieller Aufwand). Um den Aufwand für die Leistungserbringer gering zu halten sind bei der Implementierung von neuen Qualitätsindikatoren auf bestehenden Daten – sofern möglich – aufzubauen. Wie die Nutzung von Routinedaten (SpiGes-Datensatz), strukturierte KIS-Daten, bestehende Registerdaten. |

| | |
|--------------------|--|
| Datenqualität | <ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzung für eine hohe Datenqualität sind überprüfbare Vorgaben/Spezifikationen zur Datenerfassung und zu den Datenflüssen. • Es sind Plausibilitätskontrollen zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern bzw. falschen Dateneingaben möglich und der dazu benötigte Aufwand ist angemessen. |
| Risikoadjustierung | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn sinnvoll und umsetzbar sollte ein Risikoadjustierungsmodell angewandt werden. • Idealerweise wird ein Risikoadjustierungsmodell datenbasiert entwickelt und getestet und/oder die Ergebnisse stratifiziert dargestellt. • Mögliche Einflussfaktoren auf den Qualitätsindikator sind fachlich begründet definiert, deren Erfassung ist im Erhebungsinstrument oder in der Messmethodik berücksichtigt. |

WEITERE ZENTRALE ASPEKTE

Neben der inhaltlichen Eignung und dem erwarteten Nutzen eines Qualitätsindikators müssen auch seine **Finanzierung** in der Einführungsphase sowie die wiederkehrenden Kosten bedacht werden. Konkret muss die Implementierung inkl. allfälliger Pilotierung und die längerfristige Umsetzung (Routinemessung) des Qualitätsindikators finanzierbar sein. Ziel ist es, die verfügbaren Mittel möglichst effizient und ressourcenschonend einzusetzen. Mitberücksichtigt werden für die Bewertung der Ressourcen ebenfalls Kosten, die in den Spitälern/Kliniken anfallen und von diesen getragen werden.

Die auf übergeordneter Ebene, beispielsweise durch die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) oder Bundesrat festgelegten **Programme, Strategien sowie Ziele**, sind bei der Wahl von neuen Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen, sofern möglich und sinnvoll.

Die **Empfehlungen der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)** zur Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität (Auflage 1, 2009) sollen bei der Publikation von Messergebnissen mehrheitlich erfüllt sein.

KRITERIEN ZUR PRÜFUNG EINGEREICHTER ANTRÄGE

| BEWERTUNGSKATEGORIE | KRITERIEN |
|--|--|
| Beschreibung Messthema/Qualitätsindikator | <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der Qualitätsindikatoren mit Begründung derer Relevanz • Beschreibung der Evidenzbasierung • Darlegung des Potenzials zur Qualitätsentwicklung • Darlegung der Gütekriterien: Inhaltlich-fachliche Validität, Praktikabilität, Reliabilität, Sensitivität, Spezifizität • Einschätzung der Praxistauglichkeit und Akzeptanz • Argumentation zur Aufnahme des Messthemas in den ANQ Messplan <ul style="list-style-type: none"> - Nutzen für Leistungserbringer (Spitäler und Kliniken) - Nutzen für Kostenträger (Kantone und Versicherer) - Bedeutung für Patientinnen und Patienten - Kompatibilität mit Strategie, Zweck und Auftrag des ANQ |
| Nationaler Vergleich/ Transparente Veröffentlichung | <ul style="list-style-type: none"> • Begründung zur Eignung (Chancen und erwartete Wirkung) • Mögliche Risiken der Missinterpretation sowie Grenzen sind formuliert. |
| Beschreibung erwartetes Volumen | <ul style="list-style-type: none"> • Schätzung Anzahl eingeschlossener Patientinnen und Patienten • Schätzung der Spitäler und Kliniken mit entsprechendem Leistungsangebot |
| Inhalte der Messung | <ul style="list-style-type: none"> • Einschluss-/Ausschlusskriterien des Patientenkollektivs • Datenerhebung: Variablen, Erhebungszeitpunkt, Aufwandschätzung etc. • Schwerpunkte der Auswertung skizziert: Spital-/klinikspezifische sowie national vergleichende Datenanalyse inkl. Risikoadjustierung • Sicherstellung der Datenqualität - Validierung der Daten • Interpretierbarkeit der Ergebnisse (Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen) • Aufzeigen der noch zu klärenden Fragestellungen hinsichtlich eines nationalen Einsatzes |
| Finanzierung | <ul style="list-style-type: none"> • Kostenkalkulation und Finanzierungsvorschlag (Pilotierung, Implementierung und Routine) inkl. Berücksichtigung der Kostenfolgen für Spitäler/Kliniken |
| Implementierung | <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung des Vorgehens (Schulungsbedarf, Meilensteine, Support etc.) • Involvierte Fachgesellschaften, wichtige Akteure und Schlüsselpersonen zur Thematik • Information zu besonderen Datenschutzbestimmungen sowie Patienteneinwilligung |