



Unabhängige Beurteilung Verbesserung Behandlungsqualität nach KVV 76 b und 76 c

Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres
2024 zuhanden H+

Autorenschaft: Silvia Thomann, Leonie Roos, Niklaus Bernet;
Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit

Version und Datum: V1.0, 14.05.2025

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Vorgehen	4
2.1	Datensammlung	4
2.2	Evaluationsraster	4
2.3	Datenanalyse	9
2.3.1	Vorselektion	10
2.3.2	Zufällige Selektion	11
2.4	Unabhängigkeit der BFH	11
3	Ergebnisse Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität	13
3.1	Überblick Qualitätsverbesserungsmassnahmen	13
3.1.1	Prozentuale Zuordnung Handlungsfelder	13
3.1.2	National ausgerichtete Programme	13
3.1.3	Im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM	14
3.1.4	Eingesetzte finanzielle Mittel (Anteil zurückbehaltene Rabatte)	14
3.2	Anteil erreichter Zielsetzungen über alle Leistungserbringer (Verbesserung der Behandlungsqualität insgesamt)	14
3.3	Erkenntnisse Evaluation	15
3.3.1	Performance Gap/Relevanz	16
3.3.2	Zielsetzung	16
3.3.3	Qualitätsverbesserungsmassnahme	17
3.3.4	Messkonzept	17
3.3.5	Bewertungskonzept	17
3.4	Fazit unabhängige Evaluation zur Verbesserung der Behandlungsqualität	18
4	Empfehlungen	19
4.1	Anforderungen an die Genauigkeit einer retrospektiven Datenangabe	19
4.2	Datenabfrage bei Leistungserbringergruppen	19
4.3	Ausblick	19
5	Tabellenverzeichnis	21
6	Literaturverzeichnis	22

1 Ausgangslage

«Das KVG sieht vor, dass Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG nicht mehr vollumfänglich, sondern "mehrheitlich" von den Leistungserbringern an die Schuldner der Vergütung weitergegeben werden müssen, und dass nicht weitergegebene Vergünstigungen zur nachweislichen "Verbesserung der Qualität der Behandlung" der Patienten eingesetzt werden müssen.» (1, S. 3). H+ hat hierzu mit den Versicherern/Einkaufsgemeinschaften eine Vereinbarung ausgehandelt, der Leistungserbringer/Spitäler beitreten können. Die *Vereinbarung betreffend die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3^{bis} KVG* «regelt die nicht vollumfängliche Weitergabe von Vergünstigungen [...] auf Heilmitteln (Arzneimitteln und Medizinprodukten) im Bereich der ambulanten Leistungserbringung zur nachweislichen Verbesserung der Behandlungsqualität.» (1, S. 4). Die Vereinbarung «verpflichtet die Leistungserbringer, nicht vollumfänglich weitergegebene Vergünstigungen gemäss Art. 76b Abs. 2 Bst. b KVV nach Massgabe dieser Vereinbarung und der einschlägigen Regelungen in der KVV zur Verbesserung der Behandlungsqualität einzusetzen.» (1, S. 6). H+ ist dabei «für eine Evaluation gemäss den Vorgaben von Art. 76c Abs. 3 KVV zum Nachweis der durch die Vereinbarung insgesamt erreichte Verbesserung der Behandlungsqualität» (1, S. 6) verantwortlich. Um dieser Verpflichtung nachzukommen, hat H+ die Berner Fachhochschule (BFH) beauftragt, eine unabhängige Evaluation zum Nachweis der durch die Vereinbarung insgesamt erreichten Verbesserung der Behandlungsqualität gemäss Art. 76c KVV durchzuführen und zuhanden des Auftragsgebers (H+) respektive der Versicherer für die Berichterstattung an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen Evaluationsbericht zu verfassen. Im Jahr 2022 hat die BFH basierend auf den Daten 2021 eine erste Evaluation mit Pilotcharakter vorgenommen und die gewonnenen Erkenntnisse sowie Empfehlungen im Hinblick auf zukünftige Evaluationen im sogenannten Evaluationsbericht 2022 zusammengefasst. Anschliessend wurde die BFH sowohl für die Evaluation der Daten 2022 (Evaluationsbericht 2023), Evaluation der Daten 2023 (Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres 2023 zuhanden H+) wie auch für die aktuelle Evaluation der Daten 2024 beauftragt, deren Erkenntnisse im vorliegenden Bericht (Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres 2024 zuhanden H+) festgehalten sind.

Für die unabhängige Evaluation standen die selbstdeklarierten Angaben der Leistungserbringer zu ihren gesetzten Zielen, den umgesetzten Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM), dem Mess- und Bewertungskonzept, der Zielerreichung sowie den dazu eingesetzten finanziellen Mittel als Datengrundlage zur Verfügung.

2 Vorgehen

2.1 Datensammlung

Für die Datensammlung war H+ verantwortlich. Im Konsultationsverfahren mit der BFH entwickelte H+ für eine einheitliche Datenanlieferung durch die Leistungserbringer im Jahr 2022 ein erstes Datenerhebungsraster, das in den *Bericht Leistungserbringer* integriert wurde. Da die Angaben der Leistungserbringer auf Selbstdeklaration beruhen und eine externe Überprüfung der selbstdeklarierten Angaben respektive der effektiven Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) nicht Bestandteil der Evaluation war, wurde mit H+ definiert, dass in der Evaluation zusätzlich zur Ergebnisüberprüfung relevante Begleitprozesse mitüberprüft werden. Unter Begleitprozesse werden alle Schritte verstanden, die mitgeplant/definiert werden müssen, damit Voraussetzungen entstehen, die einen Nachweis über die Verbesserung der Behandlungsqualität erst möglich machen.

Wie in den vorangehenden Evaluationsberichten festgehalten, erwiesen sich die von den Leistungserbringern angelieferten Angaben 2021, 2022 und 2023 als lückenhaft. Eine Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität war basierend auf der Datengrundlage nur bedingt möglich. Entsprechend wurden durch H+, in Konsultation mit der BFH, ausgewählte Empfehlungen aus den vorangehenden Evaluationsberichten zur Verbesserung der Datengrundlage umgesetzt. Die Anpassungen für die Datensammlung 2022 und 2023 können den entsprechenden Evaluationsberichten entnommen werden. Für die Datensammlung 2024 wurden keine Anpassungen vorgenommen. Die Leistungserbringer erhielten jedoch ein individuelles Feedback zur Evaluation ihrer QVM basierend auf den angelieferten Angaben 2023. Mit diesem Feedback sollten die Leistungserbringer konkrete Hinweise erhalten, wo ihre Angaben 2023 lückenhaft oder wenig nachvollziehbar waren, um daraus Erkenntnisse für die Datenlieferung 2024 ableiten zu können. Weitere Informationen zur Datensammlung mittels *Bericht Leistungserbringer* sind dem *Evaluationsbericht auf der Datengrundlage des Messjahres 2023 zuhänden H+* zu entnehmen.

H+ war für den Versand des *Bericht Leistungserbringer* zur Datenabfrage an die Leistungserbringer sowie die fristgerechte Datensammlung verantwortlich. Die Leistungserbringer hatten bis Ende März 2025 Zeit, den ausgefüllten *Bericht Leistungserbringer* an H+ zu retournieren. H+ leitete die eingegangenen Berichte der Leistungserbringer zur unabhängigen Evaluation unverändert und unkommentiert an die BFH weiter. Der BFH standen für die Evaluation somit die selbstdeklarierten Berichte pro Leistungserbringer zur Verfügung.

2.2 Evaluationsraster

Gemäss Art. 76c KVV muss die Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden nach anerkannten Standards oder Leitlinien durchgeführt werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, entwickelte die BFH bei der ersten Evaluation im Jahr 2022 basierend auf Literatur und Empfehlungen relevanter (inter)nationaler Organisationen im Gesundheitswesen ein standardisiertes Evaluationsraster. Bei der Entwicklung des Evaluationsrasters wurden konkret Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2), der Weltgesundheitsorganisation Europa (WHO Europa, 3), dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG, 4, 5), dem National Quality Forum (NQF, 6), dem Institut for Healthcare Improvement (IHI, 7, 8), des National Health Service (NHS, 9) sowie zur Formulierung einer Zielsetzung anhand des Akronyms «SMART» (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert) und entsprechender Evaluationsmethode «SMART-GEM» (SMART-Goal Evaluation Method) (10) synthetisiert und zusammengefasst. Dabei kristallisierten sich die Themenbereiche Performance Gap/Relevanz, Zielsetzung, Qualitätsverbesserungsmassnahme, Messkonzept (inklusive Methode/Instrument, Datengrundlage, Zeitintervall und Berechnungen) sowie Bewertungskonzept heraus, die in der Planungs- und Durchführungsphase von QVM adressiert werden sollten, um die notwendigen Voraussetzungen für einen Nachweis der Verbesserung der Behandlungsqualität erfüllen zu können. Die Themenbereiche wurden in Form von Evaluationskriterien im Evaluationsraster abgebildet. Zusätzlich wurde das Evaluationsraster mit dem Bereich/Kriterium «Ergebnis/Umsetzung» ergänzt (siehe Tabelle 1).

Das Raster sah vor, die einzelnen Evaluationskriterien auf einer Skala von *0 = mehrheitlich nicht erfüllt*, *1 = teilweise erfüllt* sowie *2 = mehrheitlich erfüllt* zu beurteilen. Zur Überprüfung der inhaltlichen Verständlichkeit und der Anwendbarkeit der Evaluationskriterien wurden zwei QVM von allen Projektmitgliedern unabhängig voneinander beurteilt und anschliessend miteinander abgeglichen. Abweichende Beurteilungen sowie Verständnisfragen wurden gemeinsam diskutiert. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden zur weiteren Ausdifferenzierung der Beschreibung der einzelnen Kriterien und zur Entwicklung von skizzenhaften Beispielen zur Orientierung genutzt. Die finale Version wurde anschliessend zusätzlich von einem Experten ausserhalb des Projektteams validiert.

Per Datenjahr 2023 wurde ergänzt, dass wenn im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM umgesetzt werden, keine Angaben bezüglich Performance Gap/Relevanz und zur Qualitätsverbesserungsmassnahme gemacht werden müssen. Dies mit der Begründung, dass diese QVM von den Partnern des nationalen Qualitätsvertrages geprüft und zur Qualitätsverbesserung als zielführend eingeschätzt wurden. Somit kann gemäss deren Einschätzung davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung dieser Massnahmen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt (Relevanz gegeben). Zudem erfüllen diese QVM per se die Kriterien gemäss Anhang 4 der Vereinbarung. Weiter wurde expliziert, dass ein Ausgangs- und Zielwert angegeben sowie bei mehrjährigen Projekten Meilensteine inkl. Zwischenwerte ausgewiesen werden müssen. Der Zielwert respektive die Zwischenwerte werden im Sinne des Bewertungskonzepts berücksichtigt. Hinsichtlich Messkonzept wurde festgehalten, dass reduzierte Angaben gemacht werden können, wenn für die Ergebnisüberprüfung (Zielerreichung) offizielle Daten verwendet werden (z.B. ANQ- oder BFS-Daten). Für QVM, die im Rahmen national ausgerichteter Programme erfolgen, wurde per Datenjahr 2023 zudem definiert, dass die Leistungserbringer lediglich Angaben zum Namen des Programms, eingesetztem Betrag, Zielsetzung (inkl. Ausgangswert), Zielerreichung (inkl. Zielwert), Handlungsfeld gemäss Bund und Angaben zum Status (in Betrieb [kontinuierliche Verbesserung]/in Implementierung) machen müssen. Handlungsleitend für diesen Entscheid war die Annahme von H+, dass die national ausgerichteten Programme auf wissenschaftlichen Kriterien entwickelt wurden. Diese Annahme wird seitens BFH grundsätzlich gestützt, es war jedoch nicht Bestandteil des Auftrages der BFH, dies zu prüfen (siehe auch Kapitel 2.4). Bei QVM im Rahmen national ausgerichteter Programme werden von der BFH in der Evaluation lediglich ein Abgleich von Ausgangs-, Ziel- und erreichtem Wert vorgenommen. Für die Evaluation der Daten 2024 wurden keine Anpassungen am Datenerhebungsraster und Evaluationsraster vorgenommen.

Tabelle 1: Übersicht und Beschreibung der Kriterien im Evaluationsraster mit skizzenhaften Beispielen zur Veranschaulichung

Kriterium	Beschreibung	Beispiel
Performance Gap / Relevanz [2]	<p>Die Ausgangslage/Problemstellung, welche die Leistungserbringer dazu bewegen hat, in diesem Bereich Qualitätsziele und -massnahmen zu formulieren, ist beschrieben. Die Beschreibung des Qualitätsproblems/der Verbesserungsmöglichkeit erfolgt daten- oder evidenz(literatur)basiert. Wenn möglich, wird ein Ausgangswert beschrieben.</p> <p>Es müssen keine Angaben zur Performance Gap /Relevanz gemacht werden, wenn eine im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM umgesetzt wird.</p>	<p>Die Sturzrate stagniert in unserem Spital auf einem Niveau über dem nationalen Durchschnitt (6.1%). Deshalb ergreifen wir Massnahmen im Bereich der Sturzprävention.</p>
Zielsetzung [2-6]	<p>Die Zielsetzung, welche die Leistungserbringer basierend auf der Problemstellung formuliert haben, ist angegeben. Eine Zielsetzung ist präzise und spezifisch formuliert (Wer? Was? Wo?), so dass sie einen Nachweis der Verbesserung der Behandlungsqualität zulässt. Dies umfasst insbesondere auch Angaben zur Zielpopulation und zum gewünschten Ergebnis (Zielerreichung). Ein Zielwert ist definiert. Bei mehrjährigen Projekten sind Meilensteine inkl. Zwischenwerte definiert.</p>	<p>Mittels Schulung aller Mitarbeitenden (mind. 80%) mit Patientenkontakt verbessern wir die Sturzprävention bei allen stationären Patient:innen und reduzieren dadurch die Sturzrate unserer Klinik entsprechend dem nationalen Durchschnitt (4.6%). Mitarbeitende mit Patientenkontakt umfassen folgende Gruppen: xx, yy, zz.</p>
Qualitätsverbesserungsmassnahme [1]	<p>Die QVM, welche zur Erreichung der Zielsetzung geplant und umgesetzt wurden, sind beschrieben. Es sind Angaben vorhanden, welches Kriterium/welche Kriterien gemäss Anhang 4 der Vereinbarung erfüllt werden (mindestens eines der folgenden Kriterien muss genannt sein):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausrichtung nach wissenschaftlich validierten Leitlinien und Standards 2. Qualitätsdarlegung auf validierte Indikatoren basiert 3. Evaluation durch eine unabhängige Organisation 4. Patientenorientierung (Patient Reported Outcome Measures) 5. Benchmarking 6. Peer-Review 7. PDCA-Zyklus 8. Aussagen zu Ergebnisqualität 9. Aktivitäten gemäss dem nationalen Qualitätsvertrag (KVG 58a) <p>Bei Qualitätsverbesserungsmassnahmen, welche sich auf die Kriterien 1 und 2 beziehen, sind die Referenzen und bei Kriterium 3 ist die unabhängige Organisation angegeben.</p> <p>Es müssen keine Angaben zur QVM gemacht werden, wenn eine im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM umgesetzt wird.</p>	<p>Zur Erreichung der Zielsetzung wurden unsere Sturzraten analysiert, eine Schulung für Mitarbeitenden mit Patientenkontakt konzipiert sowie das Management hinsichtlich Umsetzung orientiert. Bei der Planung der Massnahme kam der PDCA-Zyklus (Kriterium Nr. 7) zur Anwendung. Unsere Schulung ist basierend auf dem internen Standard zur Sturzprävention aufgebaut, welcher den Empfehlungen von AHRQ (Quellenangaben) und NICE (Quellenangabe) folgt (Kriterium Nr. 1). Der Erfolg wird analog des durch ANQ definierten nationalen Qualitätsindikators Sturz im Spital (Quellenangabe) gemessen (Kriterium Nr. 2). Die resultierenden Daten machen Aussagen zu einem Bereich der Ergebnisqualität (Kriterium Nr. 8) und können gleichzeitig für internes und externes Benchmarking (Kriterium Nr. 5) genutzt werden.</p>

Messkonzept [2-4, 10]

Im Messkonzept ist definiert, wie die Zielerreichung/Umsetzung der Qualitätsverbesserungsmassnahme gemessen wird, respektive wie sichergestellt wird, dass die Umsetzung gemäss der Planung erfolgt.

Es müssen keine Angaben zum Messkonzept gemacht werden, wenn Daten aus einer offiziellen Quelle (BFS, ANQ) verwendet werden. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass diese Daten verwendet werden.

Dazu gehören Angaben zu:

Methoden/Instrumente: Es sind Angaben über Methoden und/oder Instrumente vorhanden, welche zur Messung der Zielerreichung/Umsetzung eingesetzt werden. Werden Fragebogen/Skalen oder Instrumente verwendet, sind nach Möglichkeit Angaben zur Validität und Reliabilität vorhanden.

- Umsetzung Schulung: Die direkten Vorgesetzten führen eine Übersicht mit allen Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt und deren Status bezüglich Teilnahme an der Schulung zur Sturzprävention.
- Sturzrate auf Institutionsebene: Export der im Klinikinformationssystem erfassten Stürze.

Datengrundlage: Es sind Angaben zur Datengrundlage, die zur Überprüfung der Zielerreichung/Umsetzung verwendet wird, vorhanden. Überlegungen und Massnahmen zur Sicherstellung der Datenqualität sind beschrieben.

- Umsetzung Schulung: Liste mit allen Mitarbeitenden mit direktem Patientenkontakt und deren Status bezüglich Teilnahme an der Schulung zur Sturzprävention.
- Sturzrate auf Institutionsebene: Auszug Sturzrate aus dem Klinikinformationssystem. Um eine zuverlässige Datengrundlage sicherzustellen, wird während der Schulungen auf eine zuverlässige Datenerfassung sensibilisiert, die Stationsleitungen weisen mindestens einmal im Monat an einem Rapport auf die Datenerfassung hin und setzen weitere Mittel ein.

Zeitintervall: Angaben zum Zeitintervall, in welchem die Zielerreichung/Umsetzung überprüft wird, sowie Angaben zum Start- und Enddatum des Projektes sind vorhanden.

- Das Projekt startete am 01.01.2023 mit Vorbereitungsarbeiten (Datenanalyse, Konzeption Schulungen). Die effektive Umsetzung (Schulung Mitarbeitende) startete am 01.03.2023 und wird im Dezember 2023 zwischenevaluiert mit Entscheid zur Fortführung oder nicht.
- Umsetzung Schulung: Vierteljährlich wird überprüft, ob alle Mitarbeitenden die Schulung besucht haben oder für eine Durchführung der Schulung angemeldet sind - insbesondere auch neue Mitarbeitende.
- Sturzrate auf Institutionsebene: Monatlicher Auszug der Sturzzahlen aus dem Klinikinformationssystem.

Berechnungen: Es sind Angaben, wie die erhobenen Daten analysiert und in Bezug (bspw. mit Ausgangswert) gesetzt werden, vorhanden.

- Umsetzung Schulung: Die Daten werden in absoluten wie auch relativen Zahlen vierteljährlich der Projektleitung rapportiert. Diese prüft die Zahlen hinsichtlich gesetzten Zielwertes (80%).
- Sturzrate auf Institutionsebene: Die Sturzrate wird in Form einer Prävalenz ausgewiesen, worin Mehrfachstürze nur einmal berücksichtigt werden. Dies vor dem Hintergrund, dass die nationalen Vergleichszahlen auch in diesem Format berechnet werden (Anzahl gestürzter

		Patient*innen/Anzahl Patient*innen * 100). Die Sturzrate wird monatlich mit der Sturzrate der vorherigen Messzeitpunkte sowie mit dem nationalen Vergleichswert verglichen.
Bewertungskonzept [3, 7, 8]	<p>Es wird beschrieben, anhand welcher Kriterien und zu welchen Zeitpunkten überprüft wird, ob das Ziel/das gewünschte Ergebnis erreicht wurde, respektive, ob die Umsetzung wie geplant erfolgte. Dies umfasst (ggf. für jeden Messzeitpunkt) konkrete Zielerreichungskriterien und das Vorgehen für die Einschätzung.</p> <p>Ab Datenjahr 2023 kann dies auch in Form eines Zielwertes unter Zielsetzung abgedeckt sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung Schulung: Je Quartal haben mindestens 80% aller festgestellten Mitarbeitenden mit Patientenkontakt die Schulung zur Sturzprävention besucht oder sind für diese angemeldet. Per 01.12.2023 haben 80% aller festangestellten Mitarbeitenden mit Patientenkontakt nachweislich eine Schulung besucht. • Sturzrate auf Institutionsebene: Die institutionsweite Sturzrate befindet sich per 01.12.2023 innerhalb des nationalen 95% Konfidenzintervalls.
Ergebnis/Umsetzung [3]	<p>Falls das Projekt abgeschlossen ist: Es sind die erhobenen Messwerte inklusive eines Abgleiches zwischen Plan- und Zielkriterien angegeben.</p> <p>Falls das Projekt noch in der Umsetzung ist: Es sind Angaben zur Einhaltung des Zeitplanes vorhanden (Start- und Enddatum) und, falls zutreffend, Angaben zu den Messwerten pro definiertem Messzeitpunkt und Abgleich mit Zielkriterien pro Messzeitpunkt (falls definiert).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung Schulung: Per 01.12.2023 haben 70% der festgestellten Mitarbeitenden mit Patientenkontakt eine Schulung besucht und 22% sind für eine Schulung angemeldet. • Sturzrate auf Institutionsebene: Die Sturzrate variierte zwischen 01.03.2023-30.11.2023 zwischen 6.2 und 4.7 Prozent und liegt weiterhin knapp über dem nationalen Durchschnitt.

2.3 Datenanalyse

In der Datenanalyse wurde geprüft, ob die Ausgangslage/Problemstellung (Performance Gap), die Zielsetzung, das Messkonzept und das Bewertungskonzept (Zielwert) kongruent aufeinander aufbauen und so ausdefiniert sind, dass eine Aussage und einen Nachweis über die Verbesserung der Behandlungsqualität gegenüber der ursprünglichen Behandlungsqualität realisiert werden konnte (inklusive Vergleich der ausgewiesenen Ausgangs-, Ziel-, und erreichten Werte). Dazu wurde jede zu evaluierende QVM einzeln mittels Evaluationsraster von einem Projektmitglied eingeschätzt und pro Evaluationskriterium sowie insgesamt kommentiert. Die Einschätzungen wurden von einem weiteren Projektmitglied validiert und ergänzt. Dies ermöglichte, die (selbstdeklarierte) Verbesserung der Behandlungsqualität in den Kontext der vorgelagerten Prozesse zu setzen und dadurch Anhaltspunkte über die Zuverlässigkeit des Nachweises der Verbesserung der Behandlungsqualität zu erhalten. Anhand des Evaluationskriteriums Ergebnis/Umsetzung wurde die (selbstdeklarierte) Zielerreichung und die damit verbundene Verbesserung der Behandlungsqualität ausgewiesen.

Für die Evaluation wurden nur die Angaben, die im Datenerhebungsraster enthalten waren, berücksichtigt. Verweise auf externe Dokumente konnten aufgrund der zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nicht berücksichtigt werden. Aus selben Gründen konnte ebenfalls kein Nachfragen bei den Leistungserbringern bei Unklarheiten erfolgen. Da die Datengrundlage jedoch teilweise lückenhaft und/oder über die verschiedenen Zeilen nicht kongruent war, mussten gewisse Angaben interpretiert werden. Falls aufgrund der Interpretation abweichende Einschätzungen in der Evaluation resultierten, wurden diese durch die zwei in der Evaluation beteiligten Personen diskutiert und gemeinsam ein Konsens gefunden. Entsprechend sind die Einschätzungen in Abhängigkeit der gemachten Interpretationen zu betrachten und weisen folglich keinen abschliessenden summativen Charakter auf, da sie je nach Interpretation auch anders hätten ausfallen können. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss dieser Umstand berücksichtigt werden.

Basierend auf der Einschätzung wurde der Anteil an erreichten Zielsetzungen in Prozent berechnet (Kapitel 3.2) sowie die Einschätzung pro Kriterium ausgewiesen (Kapitel 3.3). Die Einschätzung der nachweislichen Verbesserung der Behandlungsqualität erfolgte zusätzlich unter Berücksichtigung der Gesamteinschätzung (alle Kriterien, Zielerreichung im Kontext der vorgelagerten Prozesse). Hierzu wurde zum Schluss jede QVM in eine von vier Kategorien (A-D) eingeteilt (Kapitel 3.2). Die Kategorien wurden wie folgt definiert:

- A: Anhand der Angaben kann von einer nachweislichen Verbesserung/Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität ausgegangen werden (spezifische Zielsetzung inkl. Angaben zu deren Erreichung, mehrheitlich plausible und nachvollziehbare Angaben zum Messkonzept).
- B: Anhand der Angaben könnte eine nachweisliche Verbesserung/Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität stattgefunden haben (Angaben mehrheitlich vorhanden, Interpretation nötig, teilweise wenig spezifisch).
- C: Anhand der Angaben ist nicht beurteilbar, ob eine nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität stattgefunden hat. Die Zielsetzung ist (zu) unklaren/unspezifischen und/oder es wurde eher die Umsetzung der QVM als die nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität beschrieben.
- D: Die QVM befindet sich vermutlich noch in Umsetzung, weshalb kein Ergebnis vorliegt.

Ergänzend wurde über alle QVM hinweg synthetisiert, zu welchen Handlungsfeldern gemäss 4-Jahreszielen des Bundes diese zugeordnet wurden (Kapitel 3.1.1), wie viele (%) national ausgerichteten Programmen zugeordnet wurden (Kapitel 3.1.2), wie viele (%) einer im Rahmen des QV58a bereits anerkannten QVM zugeordnet wurden (Kapitel 3.1.3) und wie hoch der Umfang der eingesetzten finanziellen Mittel war (Kapitel 3.1.4). Alle Angaben beziehen sich auf Selbstdeklaration und wurden nicht überprüft.

Seit der letzten Evaluationsperiode hat die Anzahl an Leistungserbringer, welche der Vereinbarung beigetreten sind, erneut zugenommen. Für die diesjährige Evaluationsperiode war dementsprechend anzunehmen, dass die Anzahl an insgesamt umgesetzter QVM ebenfalls weiter zunehmen wird. Das Budget und die zeitlichen Rahmenbedingungen blieben jedoch unverändert. Deshalb wurde vereinbart, dass wie im Vorjahr alle QVM, die von den Leistungserbringern im Datenerhebungsraster als noch in Umsetzung deklariert wurden (z.B. QVM die über mehrere Kalenderjahre umgesetzt werden),

nicht in die Evaluation aufgenommen werden. Dies vor dem Hintergrund, dass bei sich noch in Umsetzung befindenden QVM die nachweisliche Verbesserung noch nicht eingetreten sein kann/muss und entsprechend die für die Evaluation benötigten Werte zur Zielerreichung noch nicht vorliegen. Bei insgesamt 225 QVM wurde angegeben, dass sie sich noch in Umsetzung befinden.

Da trotz dieses Ausschlusses weiterhin deutlich mehr QVM vorlagen, als im Rahmen der zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen evaluiert werden konnten, musste eine Selektion der zu evaluierenden QVM vorgenommen werden. Wie im Vorjahr erfolgte die Selektion anhand eines zweistufigen Selektionsverfahrens. Dazu wurden erst alle angelieferten QVM in einer Excel-Tabelle aufgelistet und nummeriert. Anschliessend erfolgte eine Vorselektion durch die BFH anhand definierter Kriterien, gefolgt von einer zufälligen Ziehung der zu evaluierenden QVM (siehe nachfolgend).

2.3.1 Vorselektion

Es wurde eine Vorselektion anhand nachfolgender Schritte gemacht, bevor eine zufällige Ziehung der zu evaluierenden QVM erfolgte. Die Auflistung entspricht der Priorisierung in der Reduktion, die a priori durch H+ und die BFH definiert wurden für den Fall, dass mehr QVM angeliefert werden, als dass im Rahmen des Budgets evaluiert werden können. Die vier Schritte können in zwei Kategorien eingeteilt werden: In Schritt 1 und 2 werden jene Massnahmen ausgeschlossen, die gemäss FAQ von H+ oder dem Bericht des BAG nicht als QVM im Sinne der Vereinbarung umgesetzt werden können. In Schritt 3 und 4 werden jene QVM von der Evaluation ausgeschlossen, die im Rahmen von national ausgerichteten Programmen umgesetzt werden oder als QVM im Rahmen des QV58a bereits anerkannt sind. H+ begründet diese Selektion damit, dass Leistungserbringer, die sich an nationalen Programmen beteiligen, sehr klare Vorgaben haben, was wie umgesetzt und überprüft werden muss. Es ist davon auszugehen, dass ein evidenzbasierter Ansatz umgesetzt wird. Bei den QVM, welche im Rahmen des QV58a bereits anerkannt wurden, ist die Begründung von H+, dass diese QVM von den Partnern des nationalen Qualitätsvertrags geprüft und zur Qualitätsverbesserung als zielführend befunden wurden. Somit kann gemäss H+ davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung dieser Massnahmen zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt. Das Ziel der Vorselektion war entsprechend sicherzustellen, dass jene QVM, welche nicht auf national geprüften Vorgaben/Empfehlungen basieren, prioritär evaluiert werden. Nachfolgend ist das konkrete Vorgehen beschrieben:

Ausschluss von Massnahmen, die keine QVM gemäss Vereinbarung darstellen.

1. QVM, die von den Leistungserbringern rapportiert wurden aber gemäss FAQ von H+ nicht zulässig sind, werden ausgeschlossen
 - a. Anschaffung eines neuen Geräts
 - b. Mitgliedschaft bei einer Organisation / bei einem Verband
 - c. Anstellung einer Person
 - d. Teilnahme an ANQ-Messungen
 2. QVM, die von den Leistungserbringern rapportiert wurden aber gemäss Bericht BAG nicht zulässig sind, werden ausgeschlossen
 - a. Jährliche Kodierrevision
 - b. Reduktion von Foodwaste und Steigerung der Produktivität in den Küchen und des Umweltbewusstseins
 - c. Digitalisierung und Automatisierung Rechnungskopie Versand
 - d. Aufbau einer Privatabteilung mit Zertifizierung des Labels Swiss Leading Hospitals (SLH)
 - e. Inbetriebnahme eines zweiten Magnetresonanztomographen
 - f. Ebenfalls wurden die generellen Anmerkungen des BAG zur Kenntnis genommen
 1. Die Massnahme darf nicht bereits von anderer Seite vergütet sein.
 2. Die Massnahme muss eine von der OKP vergütete KVG-Leistung verbessern.
 3. Die Massnahme bezweckt eine Verbesserung der Qualität der Behandlung.), eine differenzierte Einschätzung diesbezüglich hätte jedoch den Rahmen der Evaluation gesprengt. Insbesondere, da die inhaltliche Beurteilung nicht Bestandteil der Evaluation ist.
- ➔ Schritt 1 und 2 führten zum Ausschluss von 11 QVM, die entsprechend nicht als QVM im Sinne der Vereinbarung einzuschätzen sind.

Ausschluss von QVM, die im Rahmen von nationalen Programmen umgesetzt werden respektive im Rahmen des QV58a bereits anerkannt sind.

3. QVM, die als im Rahmen nationaler Programme deklariert wurden, werden ausgeschlossen
→ Führt zum Ausschluss von zusätzlichen 48 QVM für die Evaluation
4. Im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM, werden ausgeschlossen
→ Führt zum Ausschluss von zusätzlichen 272 QVM für die Evaluation

Für die Schritte 1 und 2 wurden die Titel der QVM geprüft und ausgeschlossen. Wo ein Ausschluss anhand des Titels vermutet wurde, wurden die weiteren Angaben geprüft. Bei Unsicherheit (z.B. aufgrund oberflächlicher Beschreibungen) wurden die QVM beibehalten. Für die Schritte 3 und 4 wurden die selbstdeklarierten Angaben berücksichtigt. Es erfolgte keine Überprüfung durch die BFH.

Nach der Vorselektion blieben 41 Leistungserbringer und 175 QVM übrig. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen und den zeitlichen Vorgaben können jedoch nur 65 QVM evaluiert werden, weshalb nach der Vorselektion eine zufällige Selektion auf die 41 Leistungserbringer und 175 QVM angewendet wurde.

2.3.2 Zufällige Selektion

Bei der zufälligen Selektion wurde berücksichtigt, dass von allen Leistungserbringern, die nach der Vorselektion noch eingeschlossen waren, mindestens eine QVM in der Evaluation berücksichtigt wird. Bei neun Leistungserbringern blieb nur eine QVM übrig, die entsprechend in die Evaluation eingeschlossen werden konnte. Bei den restlichen 32 Leistungserbringern und 166 QVM wurde in einem ersten Schritt zufällig eine QVM pro Leistungserbringer selektiert. Dazu erfolgte die Selektion über die Excel Funktion =INDEX (Zellbereich Anfang; Zellbereich Ende; ZUFALLSBEREICH (1;maximale Anzahl QVM)), wobei sich der mögliche Zufallsbereich auf die Nummern der QVM pro Leistungserbringer bezog. Es wurde somit pro Leistungserbringer eine Nummer generiert, die sich auf die Nummern «seiner» QVM bezog. Mit diesem Vorgehen wurden weitere 32 QVM eingeschlossen. Für die restlichen 24 QVM, die zufällig gezogen werden mussten, wurde erneut die Excel Funktion =INDEX (Zellbereich Anfang; Zellbereich Ende; ZUFALLSBEREICH (1;maximale Anzahl QVM)) verwendet. Der Zufallsbereich umfasste alle 166 QVM. Die Ziehung der letzten 24 QVM erfolgte somit unabhängig von der Zugehörigkeit der QVM zu einem Leistungserbringer. Da es mit diesem Vorgehen zu Überschneidungen mit der Ziehung pro Leistungserbringer sowie aufgrund der gewählten Funktion auch sonst zu doppelten Werten kommen kann, wurden 75 zufällige Nummern generiert. Da mit dieser Funktion bei jeder Veränderung der Excel neue Zahlen generiert werden, wurden die am 03.04.2025 um 10.27 generierten Zahlen in eine neue Spalte kopiert. Anschliessend wurden der Reihe nach die 24 QVM markiert, welche den ersten 24 zufällig definierten Nummern exklusive doppelter Werte und Überschneidungen mit der Ziehung pro Leistungserbringer entsprochen haben. Nach 31 zufällig gezogener Nummern waren die restlichen 24 QVM selektiert und damit das Ziel von maximal 65 zu evaluierenden QVM erreicht.

Bei der Evaluation zeigte sich, dass es bei einer QVM zu einem Übertragungsfehler gekommen ist. So wurde die QVM in der Excel als nicht anerkannte QVM erfasst, obschon es sich um eine anerkannte QVM handelte. Die QVM wurde deshalb nachträglich ausgeschlossen und die nächste QVM aus der zufälligen Selektion eingeschlossen.

2.4 Unabhängigkeit der BFH

Die BFH wurde von H+ für die unabhängige Evaluation beauftragt. Die BFH erhielt dazu von H+ die unveränderten Berichte der Leistungserbringer und führte die Evaluation der QVM unabhängig von H+ durch. Die Zusammenarbeit der BFH und H+ in Zusammenhang mit der Evaluation beschränkt sich auf strukturelle und organisatorische Themen, die entsprechend in diesem Bericht ausgewiesen sind. So wurde das Evaluationsvorgehen seitens BFH in Absprache mit H+ (Klärung Erwartungen/Anforderungen) entwickelt und entsprechend sprach die BFH-Empfehlungen hinsichtlich Datenabfrage durch H+ aus. Aufgrund der zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen musste zudem eine Selektion der zu evaluierenden QVM vorgenommen werden. Das Selektionsvorgehen wurde in Absprache mit H+ entwickelt. H+ hat dabei die Vorselektion gesteuert. Die Argumente von H+ sind für die BFH nachvollziehbar. Es war jedoch nicht Bestandteil des Auftrags der BFH, dies im Detail zu prüfen. Anhand einer oberflächlichen Einsicht in die vorhandenen Dokumente schienen sowohl bei den national ausgerichteten Programmen wie auch bei den im Rahmen des QV58a bereits anerkannten QVM (zu) wenig

Informationen hinsichtlich Überprüfung der QVM im Sinne der nachweislichen Verbesserung der Behandlungsqualität vorhanden/öffentlich einsehbar zu sein. Eine Einschätzung seitens BFH ist entsprechend nicht möglich. Die Evaluation der QVM erfolgte ohne Beizug von H+ oder den Leistungserbringern. Ebenfalls steht die BFH mit keinem der Leistungserbringern bezüglich der evaluierten QVM in Verbindung.

3 Ergebnisse Evaluation der Verbesserung der Behandlungsqualität

Insgesamt lieferten 66 Leistungserbringer 731 QVM an. Von diesen 731 wurden 65 (zufällig ausgewählte) QVM von 41 Leistungserbringern evaluiert. Das entspricht 8.9% aller angelieferten QVM. Nachfolgend wird die inhaltliche Synthese der QVM beschrieben, der Anteil evaluierter und erreichter Zielsetzungen über alle Leistungserbringer (Verbesserung der Behandlungsqualität) ausgewiesen und die Erkenntnisse aus der Einschätzung mittels Evaluationsraster präsentiert. Die unabhängige Evaluation über den Nachweis der durch die Vereinbarung insgesamt erreichten Verbesserung der Behandlungsqualität wird in einem Fazit zusammengefasst.

3.1 Überblick Qualitätsverbesserungsmassnahmen

Von den insgesamt 731 eingereichten QVM wurden 225 QVM ausgeschlossen, weil sie sich noch in Umsetzung befanden, und weitere 332 QVM wurden im Rahmen der Vorselektion ausgeschlossen. Von den verbliebenen 174 QVM wurden 65 QVM (zufällige) für die Evaluation selektioniert (65/174 entspricht 37.3%).

3.1.1 Prozentuale Zuordnung Handlungsfelder

Am häufigsten wurden die Handlungsfelder Patientensicherheit (61.4%) und Qualitätskultur (33.8%) genannt (Tabelle 2). Viele QVM wurden mehreren Handlungsfelder zugeteilt (Mehrfachnennung). Die prozentuale Zuteilung der QVM zu den Handlungsfelder über alle QVM, über jene QVM, die als implementiert beschrieben wurden, sowie die in die Evaluation eingeschlossen wurden, ist weitgehend vergleichbar. Einzig war das Handlungsfeld Governance stärker vertreten n der Gruppe der evaluierten QVM.

Tabelle 2: Prozentuale Zuteilung der QVM zu den Handlungsfeldern gemäss 4-Jahreszielen des Bundes

Handlungsfeld (Mehrfachnennungen möglich)	n (%) QVM insgesamt	n (%) QVM implementiert	n (%) QVM evaluiert
QVM total	731 (100%)	506 (100%)	65 (100%)
Patientensicherheit	449 (61.4%)	279 (55.1%)	45 (69.2%)
(Qualitäts-) Kultur	247 (33.8%)	188 (37.2%)	16 (24.6%)
Patientenzentriertheit	182 (24.9%)	105 (20.8%)	17 (26.2%)
Evidenzbasierte Entscheidungsfindung	84 (11.5%)	35 (6.9%)	5 (7.7%)
Governance	83 (11.4%)	37 (7.3%)	13 (20.0%)
Keine Angabe	4 (0.5%)	2 (0.4%)	1 (1.5%)

3.1.2 National ausgerichtete Programme

Von den insgesamt 731 QVM wurden 74 (10.1%) als im Rahmen von national ausgerichteten Programmen deklariert (Tabelle 3). Die QVM wurden 31 verschiedenen national ausgerichteten Programmen zugeteilt (anhand ähnlicher Benennungen). Da die QVM sehr unterschiedlich benannt wurden, wird auf eine Auflistung verzichtet.

Tabelle 3: Anteil QVM im Rahmen von national ausgerichteten Programmen

	n (%) QVM insgesamt	n (%) QVM implementiert	n (%) QVM evaluiert
QVM total	731 (100%)	506 (100%)	65 (100%)
National ausgerichtete Programme (ja)	74 (10.1%)	49 (9.7%)	NA

3.1.3 Im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM

Von den insgesamt 731 QVM wurden 329 als im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM deklariert (Tabelle 4). Da die QVM sehr unterschiedlich benannt wurden, wird auf eine Auflistung verzichtet.

Tabelle 4: Anteil im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM

	n (%) QVM insgesamt	n (%) QVM implementiert	n (%) QVM evaluiert
QVM total	731 (100%)	506 (100%)	65 (100%)
Im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM	329 (45.0%)	273 (54.0%)	NA

3.1.4 Eingesetzte finanzielle Mittel (Anteil zurückbehaltene Rabatte)

Gemäss den (verwertbaren) Angaben der Leistungserbringer beliefen sich die für die QVM eingesetzten finanziellen Mittel auf insgesamt CHF 93'213'780.03. Die eingesetzten finanziellen Mittel pro QVM bewegten sich innerhalb einer Spannweite von CHF 0.00 bis CHF 4'285'182.00 und betrugen im Median CHF 31'985. Es fehlten bei 46 QVM die Angaben zu den eingesetzten finanziellen Mitteln oder es wurden z.B. nur Stunden oder Vollzeitäquivalent genannt. Bei einzelnen QVM war zudem unklar, ob es sich bei der Angabe um mehrere Teilbeträge handelt, die es zu addieren gilt, oder ob der eine Betrag dem Total entspricht und der andere Betrag als ein Teilbetrag des erstgenannten zu verstehen ist. Wo nicht spezifiziert, wurden Beträge addiert. Ebenfalls bestanden teilweise Unsicherheit, ob Tippfehler vorlagen. Weiter schienen gewisse QVM bei mehreren Leistungserbringern (Spitalgruppen) identisch erfasst zu sein inkl. Angaben zu den eingesetzten finanziellen Mitteln. Es war entsprechend unklar, ob sich die Summe auf die QVM beim jeweiligen Leistungserbringer bezieht oder auf die Kosten der Umsetzung über mehrere Leistungserbringer hinweg. Die Angaben wurden gemäss Selbstdeklaration übernommen ohne Korrekturen zu antizipieren. Gemäss *Bericht Leistungserbringer* handelt es sich bei diesen Angaben um die Höhe der finanziellen Mittel (Anteil zurückbehaltene Rabatte) pro QVM. Ob allerdings nur der Anteil aus zurückbehaltenen Rabatten oder die Kosten der QVM insgesamt angegeben wurden, kann nicht beurteilt werden.

Die eingesetzten finanziellen Mittel der 65 evaluierten QVM betrugen insgesamt CHF 7'397'325.71 und reichten pro QVM von CHF 500.00 bis CHF 832'000.00 (Median: CHF 46'167.00). Bei 3 QVM fehlten die Angaben zu den finanziellen Mitteln respektive wurde bei einer nur die aufgewendeten Vollzeitäquivalent ausgewiesen.

3.2 Anteil erreichter Zielsetzungen über alle Leistungserbringer (Verbesserung der Behandlungsqualität insgesamt)

Die Daten verdeutlichen, dass in den meisten Fällen konkrete Ausgangs- und Zielwerte sowie Angaben zu den tatsächlich erreichten Werten fehlen. Mehrheitlich vollständige numerische Werte liegen lediglich bei sieben (10.8%) aller evaluierten QVM vor. Oftmals sind die Zielerreichungskriterien lediglich implizit beschrieben. Diese impliziten Informationen, welche teilweise auf Interpretation beruhen, wurden als «Wert» berücksichtigt. So konnten bei 17 (26.2%) der 65 evaluierten QVM ein (implizierter) Ausgangswert und bei 38 (58.5%) ein (impliziter/s) Zielwert/Zielkriterium identifiziert werden. Bei 30 QVM (46.2%) lagen (implizite) Angaben zu erreichten Werten/Kriterien vor (Tabelle 5). Die Angaben zu den erreichten Werten deckten sich teilweise nicht mit der Zielsetzung oder es wurden mehrere Zielsetzungen beschrieben, aber der erreichte Wert nur für ein Ziel rapportiert.

Tabelle 5: Anteil evaluierter QVM mit Angaben zu Ausgangs- und Zielwerten sowie erreichten Werten

Anzahl (%) QVM mit (impliziten) Angaben zu Ausgangswerten	Anzahl (%) QVM mit (impliziten) Angaben zu Zielwerten	Anzahl (%) QVM mit (impliziten) Angaben zu erreichten Werten
17 (26.2%)	38 (58.5%)	30 (46.2%)

Die Angaben der Leistungserbringer zur Erreichung der Zielsetzungen beruhten auf selbstdeklarierten Daten. Von den insgesamt 65 evaluierten QVM wurden bei 19 (29.2%) Angaben gemacht, die darauf hinweisen, dass die Zielsetzung erreicht wurde. Bei weiteren sechs (9.2%) QVM wurden generalistische oder teilweise unspezifische Angaben zur Umsetzung des Projektes oder zu Teilzielerreichungen gemacht, es fehlten also konkrete Angaben mit Bezug auf die gesamte Zielsetzung. Bei den restlichen 40 (61.5%) QVM konnte keine Einschätzung vorgenommen werden, weil grundsätzlich relevante Angaben fehlten, die Angaben nicht kongruent zur Zielsetzung waren oder aufgrund der unspezifischen Zielsetzung unklar war, was eigentlich erreicht werden möchte.

Wird auch die Einschätzung der vorgelagerten Prozesse berücksichtigt, kommt die Evaluation hinsichtlich nachweislicher Verbesserung der Behandlungsqualität zu folgendem Schluss (A-D, Tabelle 6):

- Eine nachweisliche Verbesserung/Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität dürfte bei 23 (35.4%) der QVM eingetroffen sein (A&B).
- Bei 39 (60.0%) der QVM kann keine Einschätzung vorgenommen werden, da die Angaben unspezifisch, (zu) lückenhaft oder widersprüchlich sind. Bei einigen QVM wurde auch eher die Umsetzung der QVM als die Überprüfung der Verbesserung der Behandlungsqualität beschrieben (C). Zusätzlich wurden einzelne QVM auf der Ebene der Spitalgruppe berichtet. Dies hatte zur Folge, dass pro Leistungserbringer teilweise nicht evaluierbar war, ob die gesetzten Ziele für den jeweiligen Standort erreicht werden konnten.
- 3 (4.6%) der QVM dürften fälschlicherweise als implementiert rapportiert worden sein, obschon die Ergebnisse noch nicht vorliegen (D).

Tabelle 6: Einschätzung nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität über alle evaluierten QVM

A (nachweisliche Verbesserung)	B (nachweisliche Verbesserung möglich)	C (nicht beurteilbar)	D (noch in Umsetzung)
15 (23.1%)	8 (12.3%)	39 (60.0%)	3 (4.6%)

Grundsätzlich erwies sich die Datengrundlage oftmals als lückenhaft und machte eine Interpretation der Angaben notwendig. Eine grosse Herausforderung in der Evaluation stellte die oftmals unspezifische Zielsetzung dar. Bei einer unklaren und unspezifischen Zielsetzung können die weiteren Angaben kaum evaluiert werden. Wo eine nachvollziehbare Zielsetzung vorhanden war, waren teilweise die Angaben zu den vorgelagerten Prozessen, um eine ausreichende Datengrundlage sicherzustellen, lückenhaft. Bei einigen QVM fehlten konkrete Angaben zum Ergebnis. Detailliertere Ausführungen sind unter Kapitel 3.3 erläutert.

3.3 Erkenntnisse Evaluation

Die Datengrundlage scheint sich im Vergleich zum Vorjahr teilweise verbessert zu haben. Es bedarf nach wie vor oftmals eine Interpretation der Angaben, da die Angaben teilweise zu unspezifisch oder untereinander nicht kongruent sind. Ebenfalls wird weiterhin oftmals die Umsetzung und die Massnahmen an und für sich sehr ausführlich beschrieben, dafür wird nur lückenhaft erläutert, wie der Nachweis der Verbesserung erbracht/die Erreichung der Zielerreichung überprüft wird. Dies dürfte auch mit der weiterhin oftmals eher unspezifischen Zielsetzung zusammenhängen (Umsetzung von Massnahmen anstelle, was mit einer Massnahme konkret in Bezug auf die Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden möchte [gewünschte Verbesserung/Performance/Effekt]). Tendenziell

besteht auch weiterhin ein eher heterogenes Verständnis darüber, was ein Nachweis der Verbesserung der Behandlungsqualität beinhaltet.

Nachfolgend werden die Erkenntnisse detaillierter pro Evaluationskriterium erläutert und mit Beispielen aus den Berichten der Leistungserbringer veranschaulicht.

3.3.1 Performance Gap/Relevanz

Bei knapp zwei Drittel der QVM konnte die Performance Gap/Relevanz nachvollzogen werden (Tabelle 7). Es zeichnet sich im Vergleich zum Vorjahr eine leichte Verbesserung ab (Vorjahr: knapp die Hälfte). Beim restlichen Drittel zeigten sich ähnliche Schwierigkeiten wie in den Vorjahren. So wurde teilweise zwar die generelle Relevanz einer Thematik erläutert, aber ergänzende Erläuterungen zur konkreten Situation beim Leistungserbringer und/oder der Bedeutung der Thematik hinsichtlich Qualitätsverbesserung fehlten. Wie in Kapitel 3.2. aufgezeigt, fehlten entsprechend auch oftmals Angaben zum Ausgangswert. Ebenfalls wie in den Vorjahren wurde die Evaluation dieses Kriteriums teilweise zusätzlich durch widersprüchliche Angaben erschwert. Meist enthielten die Angaben zu den weiteren Kriterien ebenfalls Angaben zur Relevanz. Diese umfassten dann jedoch andere Bereiche, als was unter Ausgangslage erläutert war.

Tabelle 7: Evaluation Kriterium Performance Gap über alle evaluierten QVM

Performance Gap/Relevanz	mehrheitlich erfüllt	teilweise erfüllt	mehrheitlich nicht erfüllt	Nicht einschätzbar
n (%)	41 (63.1%)	16 (24.6%)	8 (12.3%)	0 (0.0%)

Damit die Auswahl von QVM zielgerichtet und gestützt auf vorhandene Qualitätsverbesserungspotenziale erfolgt und dadurch eine nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität begünstigt, sollten diese entweder datenbasiert oder evidenzbasiert erfolgen. Das heisst, die Entscheide werden entweder basierend auf Evidenz (z.B. neue Empfehlungen) getroffen, die auch entsprechend referenziert wird, oder es wird anhand der aktuellen Performance des Spitals aufgezeigt, wieso eine Verbesserung anzustreben ist. Zweiteres würde bedeuten, dass die aktuelle Situation im Spital unter Angabe eines Ausgangswertes beschrieben wird.

Beispielsweise wurde bei einer QVM beschrieben, dass in Gesundheitseinrichtungen ein hohes Risiko für nosokomiale Infektionen besteht und was die Konsequenzen davon sind. Es fehlen jedoch nähere Angaben dazu, wo genau die Performance Gap beim Leistungserbringer liegt (datenbasiert oder mit Bezug auf neue Evidenz).

3.3.2 Zielsetzung

Knapp die Hälfte der Zielsetzungen wurde als mehrheitlich präzise und spezifisch eingeschätzt, d.h., dass potenziell ein Nachweis der Verbesserung der Behandlungsqualität möglich ist (Tabelle 8). Die Ergebnisse haben sich im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert (26.2% im Vorjahr). Bei den restlichen Zielsetzungen wurde zwar meist ein Ziel genannt, dies blieb jedoch eher unspezifisch. Oftmals wird eher das Umsetzen von Massnahmen als Ziel beschrieben, als was damit hinsichtlich nachweislicher Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden soll.

Tabelle 8: Evaluation Kriterium Zielsetzung über alle evaluierten QVM

Zielsetzung	mehrheitlich erfüllt	teilweise erfüllt	mehrheitlich nicht erfüllt	Nicht einschätzbar
n (%)	30 (46.2%)	26 (40.0%)	9 (13.8%)	0 (0.0%)

Beispielsweise werden bei einer QVM beschrieben: «Durch tägliche Visiten auf den Abteilungen, insbesondere bei Erstisolationen, können die Patienten direkt aufgeklärt werden und Fragen unkompliziert beantwortet werden. Es erfolgt eine Überprüfung der Isolationsform (Türschilder) sowie der bereit gestellten Materialien. Durch tägliche Präsenz auf den Abteilungen besteht für das Stationspersonal ebenfalls die Möglichkeit Fragen direkt zu stellen und Unsicherheiten zu artikulieren.» Die Zielsetzung

besteht vor allem aus einer Beschreibung der Massnahme. Es bleibt unklar, was genau mit Bezug zur Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht werden soll (korrekte Umsetzung Isolation? Mitarbeitenden-Befähigung? Patient:innenzufriedenheit? Verhinderung Infektionsübertragung?).

3.3.3 Qualitätsverbesserungsmassnahme

Bei rund zwei Fünftel der QVM wurde die Massnahme beschrieben und die vertraglich definierten Kriterien, auf die sich die Massnahme bezieht, genannt (Tabelle 9). Der Anteil der QVM, die bei diesem Kriterium als mehrheitlich erfüllt eingeschätzt wurden, hat im Vergleich zum Vorjahr zugunsten des Anteils mit mehrheitlich nicht erfüllt zugenommen (Vorjahr: knapp ein Drittel).

Eine Beurteilung, ob die angegebenen Kriterien zur durchgeführten QVM passen und die referenzierten Quellen aus wissenschaftlicher Perspektive als Grundlage für die Massnahme passend sind, war nicht Bestandteil dieser Evaluation.

Tabelle 9: Evaluation Kriterium Qualitätsverbesserungsmassnahme über alle evaluierten QVM

Qualitätsverbesserungsmassnahme	mehrheitlich erfüllt	teilweise erfüllt	mehrheitlich nicht erfüllt	Nicht einschätzbar
n (%)	27 (41.5%)	31 (47.7%)	7 (10.8%)	0 (0.0%)

3.3.4 Messkonzept

Bei knapp zwei Fünftel aller QVM wurde ein nachvollziehbares Messkonzept beschrieben (Tabelle 10). Das ist eine geringfügige Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr (Vorjahr: 32.3%). Bei den weiteren QVM waren die Angaben zu Methode/Instrument, Datengrundlage, Zeitintervall und Berechnungen wie in den Vorjahren lückenhaft oder nicht vorhanden. Bei 9 QVM (13.8%) konnten die Angaben aufgrund der unklaren Zielsetzung nicht eingeschätzt werden. Bei diesem Kriterium zeigte sich, dass oftmals eher die Umsetzung der QVM als die Messung des Nachweises/Zielerreichung beschrieben wurde. Grundsätzlich ist ein geeignetes Messkonzept nebst einer spezifischen Zielsetzung essenziell, um einen Nachweis der Verbesserung sicherstellen zu können. Überlegungen zur Datenqualität sowie zu deren Sicherstellung fehlen mehrheitlich. Bei den Berechnungen wird, wo Angaben vorhanden, meist beschrieben, wie die Daten verwertet werden. Angaben, wie die erzielten Werte ins Verhältnis z.B. zum Ausgangswert gesetzt werden, wird kaum beschrieben.

Tabelle 10: Evaluation Kriterium Messkonzept über alle evaluierten QVM

Messkonzept	mehrheitlich erfüllt	teilweise erfüllt	mehrheitlich nicht erfüllt	Nicht einschätzbar
n (%)	25 (38.5%)	21 (32.3%)	10 (15.4%)	9 (13.8%)

Beispielsweise setzte sich ein Leistungserbringer zum Ziel: «Schnelle und sichere Reaktion in Reanimations- / Notfallsituationen». Im Messkonzept wird beschrieben, dass Schulungen angeboten werden und auf Listen ersichtlich ist, welche Mitarbeitenden geschult wurden. Hinsichtlich der Reaktionszeit, die unter Ergebnis dann auch adressiert wird, fehlen jedoch Informationen, wie diese gemessen wird.

3.3.5 Bewertungskonzept

Bei rund einem Sechstel wurden konkrete und nachvollziehbare Angaben zu Zielerreichungskriterien, und wie (respektive wann) diese eingeschätzt werden, gemacht (Tabelle 11). Dieser Wert ist vergleichbar mit dem Vorjahr. Der Anteil an QVM, die als teilweise erfüllt eingeschätzt wurden – da entweder die Zielkriterien lediglich inhaltlich oder implizit beschrieben waren oder eher die generalistische Umsetzung der QVM im Vordergrund stand – im Vergleich zum Vorjahr deutlich zugenommen. Bei QVM, die bei diesem Kriterium als mehrheitlich nicht erfüllt eingeschätzt wurden, lagen keine Angaben zu Zielwerten oder Kriterien o.ä. vor. Bei vier QVM konnte keine Einschätzung vorgenommen werden aufgrund der zu unklaren Zielsetzung.

Tabelle 11: Evaluation Kriterium Bewertungskonzept über alle evaluierten QVM

Bewertungskonzept	mehrheitlich erfüllt	teilweise erfüllt	mehrheitlich nicht erfüllt	Nicht einschätzbar
n (%)	11 (16.9%)	27 (41.5%)	23 (35.3%)	4 (6.2%)

Beispielsweise wird bei einer QVM als Zielsetzung beschrieben: «Lückenlose Sicherstellung der Temperaturkontrollen an allen Bereichen der Medikamentenlagerung und OP-Einheiten». Als Ergebnis wird beschrieben: «Läuft kontinuierlich». Anhand welcher Kriterien die lückenlose Kontrolle identifiziert wird, bleibt unklar.

3.4 Fazit unabhängige Evaluation zur Verbesserung der Behandlungsqualität

Im Vergleich zum Vorjahr hat die Anzahl der Leistungserbringer, die gemäss Vereinbarung Vergünstigungen zur nachweislichen Verbesserung der Behandlungsqualität eingesetzt haben, um den Faktor 1.7 zugenommen. Auch die Anzahl der durchgeführten und berichteten QVM ist entsprechend um den Faktor 1.8 gestiegen. In der Folge hat sich die relative Häufigkeit der QVM, die im Rahmen der vorliegenden Evaluation bewertet werden konnten, von 15.8% im Vorjahr auf 8.9% weiter verringert.

Von den 65 evaluierten QVM kam die Evaluation basierend auf den Angaben im Datenerhebungsraster zum Schluss, dass bei 15 (23.1%) QVM eine Verbesserung/Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität durch die QVM eingetroffen ist und bei 8 (12.3%) QVM möglicherweise eine Verbesserung/Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität eingetroffen ist. Bei zweiteren war jeweils ein gewisser Interpretationsaufwand nötig und/oder es fehlten vereinzelt Angaben. Bei 39 (60.0%) QVM war die Zielsetzung und/oder weitere Angaben zu unspezifisch/unvollständig, um eine Aussage zur Verbesserung/Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität machen zu können. Weitere drei (4.6%) QVM schienen anhand der Angaben noch in Umsetzung zu sein, weshalb das Ergebnis noch nicht vorlag. Entweder wurden diese QVM fälschlicherweise als «in Betrieb (kontinuierliche Verbesserung)» angegeben oder aber es kam im Projektverlauf zu Verzögerungen, so dass die Ergebnisse der Schlussevaluation noch nicht vorgelegen haben.

Insgesamt hat sich die angelieferte Datengrundlage im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessert. Dies zeigte sich darin, dass bei allen Beurteilungskriterien der Anteil an QVM, die als mehrheitlich erfüllt beurteilt wurden, zugenommen hat – beziehungsweise der Anteil jener, die als mehrheitlich nicht erfüllt beurteilt wurden, abgenommen hat. In der Datengrundlage scheint inhaltlich weiterhin die Schwierigkeit zu bestehen, was als nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität gilt. Wie in den Vorjahren stand in den Beschreibungen weiterhin oftmals das Umsetzen von Massnahmen im Vordergrund. Die Umsetzung der Massnahmen wurden entsprechend auch sehr ausführlich beschrieben. Dafür blieb weiterhin die Beschreibung, wie die nachweisliche Verbesserung geplant und ausgewiesen wird, lückenhaft. Obwohl im Datenerhebungsraster explizit die Angabe von Ausgangs- und Zielwerten verlangt wird, fehlen diese weitgehend. Das legt die Vermutung nahe, dass die QVM wenig zielgerichtet geplant/umgesetzt werden. Zielgerichtete QVM mit einer entsprechend spezifischen Zielsetzung sind jedoch eine Voraussetzung, um einen Nachweis der Verbesserung der Behandlungsqualität erzielen zu können. Bei einigen Leistungserbringern schien die individualisierte Rückmeldung zur Evaluation einer ihrer QVM aus dem letzten Jahr zu einer Verbesserung der Datengrundlage geführt zu haben. Bei anderen blieb die Qualität der Datengrundlage jedoch weitgehend unverändert.

4 Empfehlungen

Eine auf wissenschaftlichen Kriterien basierende Evaluation wird nur möglich sein, wenn auch die QVM nach wissenschaftlichen Kriterien konzipiert, geplant und umgesetzt werden (Schaffung Datengrundlage). Es gilt somit den erwarteten Grad an Wissenschaftlichkeit auch für die Leistungserbringer zu klären. International gibt es diverse Instrumente, die aufzeigen, welche Aspekte bei der Planung und Umsetzung respektive Rapportierung von QVM berücksichtigt werden müssen, wenn anschliessend eine aussagekräftige Evaluation erfolgen soll. Es gilt zu prüfen, ob eine Auswahl an Instrumenten (oder eine reduzierte Form) den Leistungserbringern zur Planung ihrer QVM empfohlen wird (z.B. Reporting Guideline SQUIRE: <https://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&PageID=471> oder die umfassenden Hilfestellungen von Better Evaluation <https://www.betterevaluation.org/frameworks-guides/rainbow-framework>). Was die Instrumente gemeinsam haben, ist, dass zur Durchführung einer Evaluation auch konkrete Indikatoren erforderlich sind, die entsprechend gemessen werden (Outcome- oder Prozess-, ev. Struktur- sowie Implementierungsindikatoren). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob im Sinne der Vereinbarung eine nachweisliche Verbesserung zwingend die Berichterstattung eines numerischen Wertes erfordert oder ob auch die blossе Umsetzung von Massnahmen ausreichend sein kann. Grundsätzlich behalten jene Empfehlungen aus den vorangehenden Berichten, die bis anhin nicht umgesetzt wurden, weiterhin Gültigkeit. Basierend auf den Erkenntnissen der diesjährigen Evaluation können Empfehlungen hinsichtlich der Anforderungen an die Genauigkeit einer retrospektiven Datenangabe sowie Datenabfrage bei Leistungserbringergruppen, ergänzt werden. Diese sowie ein Ausblick sind nachfolgend beschrieben.

4.1 Anforderungen an die Genauigkeit einer retrospektiven Datenangabe

Es wird empfohlen, dass die Leistungserbringer bei einer retrospektiven Datenangabe, was die vorliegende Evaluation darstellt, ein konkretes Datum nennen können müssen, wann die (Zwischen)Evaluation stattfand. Oftmals wird angegeben, dass die Evaluation «jährlich» stattfindet. Ein konkretes Datum würde hierzu zumindest einen etwas konkreteren Anhaltspunkt bieten.

4.2 Datenabfrage bei Leistungserbringergruppen

Bei der diesjährigen Evaluation fiel auf, dass bei gewissen Leistungserbringern die Ergebnisse nicht auf Ebene des Leistungserbringer, sondern auf Ebene der Leistungserbringergruppe (Spitalgruppe) berichtet wurden. Dies führte dazu, dass bei gewissen QVM keine Einschätzung möglich war, ob eine nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität beim Leistungserbringer erreicht werden konnte. Die Einheit, die es zu evaluieren gilt, muss geklärt und einheitlich gehandhabt werden. Aktuell gibt es Leistungserbringergruppen, die einen gemeinsamen Bericht einreichen und andere, die pro Leistungserbringer einen Bericht einreichen. Bei ersteren ist die Berichterstattung über die gesamten Leistungserbringergruppe hinweg evaluierbar. Bei zweiteren kann das Ergebnis, wenn nicht auf Leistungserbringer heruntergebrochen, nicht evaluiert werden. Es wird empfohlen, die Ergebnisberichterstattung auf der geforderten Ebene zu vereinheitlichen und zu überprüfen. Grundsätzlich ist es nachvollziehbar, wenn bei einer Leistungserbringergruppe alle Leistungserbringer dieselbe(n) QVM umsetzen. Sofern eine Evaluation auf Leistungserbringerebene gefordert ist, müssten die Ergebnisse entsprechend auf die Ebene des jeweiligen Leistungserbringer heruntergebrochen berichtet werden. Das bedeutet, dass bei Leistungserbringergruppe Ausgangs-, Zielwert und erreichter Wert pro Leistungserbringer berichtet werden sollten.

Die neue, seit dem 01.01.2025 gültige Vereinbarung bringt diesbezüglich Klarheit, in dem in Artikel 6.1 Ziffer 7 klar definiert wurde, dass die Datenabfrage zukünftig einheitlich auf der Ebene der Unternehmens-Identifikationsnummer (UID) erfolgen wird. Die entsprechende technische Umsetzung via spitalinfo.ch, welche systembedingt in der elektronischen Datenabfrage nur noch eine Erfassung auf der Ebene UID zulassen wird, wird aktuell entwickelt und implementiert.

4.3 Ausblick

Mit Blick auf die neue Vereinbarung werden voraussichtlich diverse Schwachstellen in der bisherigen Datenerhebung sowie Herausforderungen in der Evaluation behoben. Die Vereinbarung bringt eine neue Systematik der Datenerhebung mit sich. Es ist zu erwarten, dass durch die elektronische

Erfassung die Vollständigkeit der Angaben besser gesteuert und somit die Datenqualität weiter verbessert werden kann.

Anhang 6 der neuen Vereinbarung regelt zudem eindeutig, welche fachlich und vertraglich anerkannten QVM von den Leistungserbringern umgesetzt werden dürfen. Diese Einschränkung wird zu einer Vereinheitlichung und Standardisierung der QVM auf nationaler Ebene führen.

Zudem ist davon auszugehen, dass durch die im Rahmen des Anerkennungsprozesses erfolgende fachliche Prüfung sichergestellt werden kann, dass ein Zusammenhang zwischen der jeweiligen QVM und der angestrebten Verbesserung der Behandlungsqualität besteht.

Die neue elektronische Datenabfrage ermöglicht es darüber hinaus, für jede QVM klare Vorgaben zu den zu berichtenden Ausgangs-, Ziel- und erreichten Werten festzulegen. Um eine auf wissenschaftlichen Kriterien basierende Evaluation zusätzlich zu unterstützen, wird insbesondere empfohlen, bereits im Anerkennungsprozess verbindliche und klar definierte Ergebnis- und/oder Implementierungsindikatoren zu verlangen. Dadurch könnte sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer bei der Umsetzung der QVM die Messung der vordefinierten Indikatoren von Beginn an einplanen, die Datenerhebungen dann effektiv durchführen und so die Verbesserung der Behandlungsqualität datenbasiert rapportieren können.

5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht und Beschreibung der Kriterien im Evaluationsraster mit skizzenhaften Beispielen zur Veranschaulichung	6
Tabelle 2: Prozentuale Zuteilung der QVM zu den Handlungsfeldern gemäss 4-Jahreszielen des Bundes	13
Tabelle 3: Anteil QVM im Rahmen von national ausgerichteten Programmen.....	14
Tabelle 4: Anteil im Rahmen des QV58a bereits anerkannte QVM.....	14
Tabelle 5: Anteil evaluierter QVM mit Angaben zu Ausgangs- und Zielwerten sowie erreichten Werten	15
Tabelle 6: Einschätzung nachweisliche Verbesserung der Behandlungsqualität über alle evaluierten QVM	15
Tabelle 7: Evaluation Kriterium Performance Gap über alle evaluierten QVM.....	16
Tabelle 8: Evaluation Kriterium Zielsetzung über alle evaluierten QVM	16
Tabelle 9: Evaluation Kriterium Qualitätsverbesserungsmassnahme über alle evaluierten QVM	17
Tabelle 10: Evaluation Kriterium Messkonzept über alle evaluierten QVM.....	17
Tabelle 11: Evaluation Kriterium Bewertungskonzept über alle evaluierten QVM.....	18

6 Literaturverzeichnis

1. H+: Die Spitäler der Schweiz. Vereinbarung betreffend die nicht vollständige Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3bis KVG. 2021.
2. Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen der SAMW. Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90(26-27):1044-54.
3. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 53, editor. Copenhagen European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
4. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Methodische Grundlagen. <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen/>. Accessed 31.03.2022.
5. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren. <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>. Accessed 31.03.2022.
6. National Quality Forum (NQF). Measure Evaluation Criteria https://www.qualityforum.org/measuring_performance/submitting_standards/measure_evaluation_criteria.aspx. Accessed 31.03.2022.
7. Institut for Healthcare Improvement (IHI). Science of Improvement: Tips for Setting Aims. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementTipsforSettingAims.aspx>. Accessed 31.03.2022.
8. Institut for Healthcare Improvement (IHI). Science of Improvement: Setting Aims. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementSettingAims.aspx>. Accessed 31.03.2022.
9. National Health Service (NHS) England and National Health Service (NHS) Improvement. Quality, Service Improvement and Redesign Tools: Project management: an overview. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-project-management-an-overview.pdf>. Accessed 31.03.2022.
10. Bowman J, Mogensen L, Marsland E, Lannin N. The development, content validity and inter-rater reliability of the SMART-Goal Evaluation Method: A standardised method for evaluating clinical goals. Australian occupational therapy journal. 2015;62(6):420-7. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12218>.