

Messung der Versorgungsgerechtigkeit in Schweizer Spitälern: Machbarkeits- und Fallstudie

PRIORITY-Studie: Panorama of Indicators on Equity in Healthcare

Universitätskliniken Genf (HUG)
Unisanté, Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und Gesundheitswesen, Lausanne,
Schweiz

November 2023

Im Auftrag von



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Impressum

Diese Studie wurde von den Universitätskliniken Genf und von Unisanté Lausanne im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG durchgeführt. Die Autorinnen und Autoren sind für den Inhalt dieses Berichts verantwortlich.

Autorinnen, Autoren der Studie und institutionelle Zugehörigkeit

Pr. Delphine S. Courvoisier (1)
Pr. Patrick Bodenmann (2, 3)
Pr. Yves Jackson (5, 6)
Pr. Joachim Marti (3, 4)
Dr. Clement P. Buclin (7)
Dr. Kevin Morisod (2, 3)
Laura Bertini (8)
Dr. Stéphane Cullati (1, 9)
Pr. Arnaud Chiolerio (9 –12)
Adriana Degiorgi (13)
Moreno Doninelli (13)
Dr. Armin Gemperli (14)
Dr. Francesca Giuliani (15)
Pr. Olivier Hugli (2, 16)
Dr. Anne Jachmann (17)
Dr. Pierre-Auguste Petignat (18)
Dr. med. Florian Rüter (19)
Dr. Judith Safford (20, 21)
Dr. med. Javier Sanchis-Zozaya (16)
PD Dr. med. Matthis Schick (22, 15)

1. Service de Qualité des Soins, Hôpitaux Universitaires de Genève.
2. Chaire de médecine des populations en situation de vulnérabilité, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.
3. Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne.
4. Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne.
5. Université de Genève.
6. Service de Médecine de Premier Recours, Hôpitaux Universitaires de Genève.
7. Service de Médecine Interne Générale, Hôpitaux Universitaires de Genève.
8. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.
9. Population Health Laboratory (#PopHealthLab), Université de Fribourg.
10. School of Population and Global Health, McGill University, Montreal, Canada.
11. Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Bern.
12. Observatoire valaisan de la santé (OVS), Sion.
13. Ente Ospedaliero Cantonale.
14. Faculté de Médecine, Université de Lucerne.
15. Universitätsspital Zürich.
16. Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.
17. Inselspital, Universitätsspital Bern Universitätsklinik für Notfallmedizin.
18. Département de Médecine Interne Générale, Hôpital du Valais, Sion.
19. Univesitätsspital Basel, Medizinische Direktion
20. SCQM Foundation Zürich.
21. Sciana Health Leaders' Network, Salzburg.
22. Universität Zürich.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren dieses Berichts möchten sich herzlich bei ihren Kolleginnen und Kollegen bedanken, die durch ihre Arbeit und ihr Fachwissen die Gewinnung, Analyse und Darstellung der verwendeten Daten ermöglicht haben:

Dr. Sébastien Courvoisier; Dr. Nicole Fasel; Arnaud Iseli; Dr. Denis Mongin; Dr. Katrina Obas; Liudmila Pagnamenta, MSc; Dr. Anne-Marie Rassinoux; Sprachdienste BAG; Bereich Daten und Entscheidungshilfen HUG.

Zitierweise

Courvoisier D. et al., (2023). Messung der Versorgungsgerechtigkeit in Schweizer Spitälern: Machbarkeit und Fallstudie. PRIORITY-Studie: Panorama of Indicators on Equity in Healthcare. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BAG.

Siehe die vollständige Liste der Autoren und Autorinnen oben.

Kontakte

Delphine Courvoisier, Professeure assistante, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève. Delphine.courvoisier@hcuge.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
healthequity@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

Projektverantwortliche beim BAG

Serge Houmard und Marie Taczanowski, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit.

Originaltext und Übersetzungen

Bericht in französischer Sprache. Übersetzungen in Deutsch, Italienisch und Englisch.

Übersetzungen ins Italienische und Deutsche: Sprachdienste des BAG.

Übersetzung ins Englische: Autorinnen und Autoren.

Layout

Vorlagenbauer, www.vorlagenbauer.ch

Visualisierungen

Cognitographik, www.cognitographik.ch

Download PDF

www.miges.admin.ch > Chancengerechtigkeit messen

© BAG 2023

Zusammenfassung

Immer mehr internationale Institutionen erachten Chancengerechtigkeit («equity» auf Englisch) als wesentliches Qualitätskriterium. Auch in der Schweiz wurde im nationalen Qualitätsbericht aus dem Jahr 2019¹ die Chancengerechtigkeit als Komponente der Versorgungsqualität definiert.

Die Messung und Evaluation der Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung deuten auf systematische Chancenungleichheiten bei Zugang und Nutzung von Gesundheitsleistungen hin, dies aufgrund von individuellen Faktoren wie ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung oder sozioökonomischem Status. Dieser Mangel an Chancengerechtigkeit trifft besonders Personen in prekären Situationen, zum Beispiel Menschen mit sozioökonomischen Problemen oder asylsuchende Migranten.

Dieser Mangel an Chancengerechtigkeit sollt nicht nur aus ethischen Gründen bekämpft werden, sondern auch, weil er sich gesundheitspolitisch und -ökonomisch auf unser Gesundheitssystem auswirkt. In der Schweiz gibt es bisher keine systematische Möglichkeit, Chancenungleichheiten in Bezug auf Zugang und Qualität der Gesundheitsversorgung zu messen und aufzuzeigen. Dies ist aber ein notwendiger Schritt, um die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Dieser Bericht präsentiert eine Reihe von Indikatoren, die indirekt Hinweise zur Qualität der Versorgungsgerechtigkeit in Schweizer Spitälern geben können. Sie wurden anhand von vier Kriterien bestimmt: Validität, Machbarkeit, Patientenabdeckung und Veränderungspotential («actionability» auf Englisch). Die Indikatoren sollen die Strukturqualität (z.B. Ressourcen, Kompetenzen), die Prozessqualität (z. B. entlang der Behandlungspfade) und die Ergebnisqualität im stationären und ambulanten Kontext beschreiben.

Die Auswahl wurde von einer Begleitgruppe bestehend aus einer Patientenvertreterin und 17 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Epidemiologie, Soziologie, Versorgungsqualität und Gesundheitsüberwachung vorgeschlagen, die in Versorgungs- und Forschungsinstitutionen in den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz tätig sind.

Die Begleitgruppe legte sich auf elf Indikatoren (siehe Tabelle unten: Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren) und fünf Vulnerabilitätskriterien fest, um vulnerable Bevölkerungsgruppen in prekären Verhältnissen mit den Patientinnen und Patienten insgesamt zu vergleichen. So kann zum Beispiel die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten mit derjenigen von Personen mit Kenntnis der Landessprachen verglichen werden.

¹ Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare, C. Vincent, A. Staines, 25. Juni 2019

Die Verfügbarkeit jedes Indikators und jedes Vulnerabilitätskriteriums wurde in drei Pilotspitä-
lern in Zürich, Genf und Mendrisio getestet. Die ausgewählten Indikatoren beziehen sich auf
die Patientenzufriedenheit, den Zugang zu Informationen via Dolmetscherinnen und Dolmet-
scher sowie die Wartezeit zwischen Meldung des Bedarfs und Bereitstellung der Versorgung.
Als Vulnerabilitätskriterien wurden 1) Geschlecht, 2) Migrationshintergrund, 3) Sprache, 4) Al-
ter und 5) Status «ohne festen Wohnsitz» ausgewählt.

Die Ergebnisse der Indikatorenprüfung zeigten drei Grade von Verfügbarkeit unter den vorge-
schlagenen Indikatoren und Kriterien: weitgehend verfügbar, teilweise verfügbar und nicht er-
hoben. Die Daten zur Erstellung der meisten Indikatoren sind in jeder Einrichtung teilweise
verfügbar, mit Ausnahme von Informationen zum Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmet-
schern. Die Arbeit hat auch gezeigt, dass das Geschlecht durch eine dichotome und zeitlich
fixe Variable erhoben wird, was im Hinblick auf das Genderspektrum, mit dem sich Angehörige
der LGBTIQ+-Gemeinschaften identifizieren, eine Einschränkung darstellt. Die Zugehörigkeit
zu bestimmten Gruppen in vulnerablen Verhältnissen ist also nicht immer ersichtlich. Der
nächste Schritt wird darin bestehen, die Qualität der verfügbaren Daten zu prüfen und nach-
folgend die Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung anhand von weiteren Vulne-
rabilitätskriterien zu bewerten.

Die ausgewählten und operationalisierten Indikatoren sollen eine doppelte Funktion erfüllen:
Sie dienen als Anleitung für die Implementierung von sofort umsetzbareren Indikatoren für alle
Institutionen des Gesundheitswesens, die an der Chancengerechtigkeit interessiert sind, so-
wie als Ansatz zur Verbesserung der Messung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in
der Schweiz.

Die Rückmeldungen der konsultierten Akteure sind ermutigend. Sie beurteilen den vorgeschla-
genen Satz von Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien als valide, mit breiter Patientenabde-
ckung und Veränderungspotential. Geäußert wurden jedoch Zweifel an der Einfachheit dieser
Implementierung aus technischen sowie aus Kostengründen. Auch wurde bedauert, dass das
Geschlecht nicht im Zeitverlauf erfasst wird (bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht und
soziales Geschlecht) und dass die sozioökonomischen Verhältnisse und die psychiatrischen
Diagnosen nicht mitberücksichtigt werden. Diese drei Vulnerabilitätskriterien waren in der Se-
lektionsphase aus Gründen der Machbarkeit ausgeschlossen worden.

Ausgewählte Indikatoren (Tabelle 2 des Berichts)

Thema	Indikatoren		
	Ergebnis	Prozess	Struktur
Patienten- erfahrungen	Patienten- zufriedenheit	Wartefrist: Zeit zwischen dem Auf- treten des Bedarfs einer Patientin/ei- nes Patienten und Bereitstellung der entsprechenden Versorgung	Existenz einer Fortbildung zu transkulturellen Kompetenzen
			Zugang zu Simultan- und Gebär- densprachübersetzung für gehör- lose Patientinnen und Patienten
			Existenz eines/einer institutionellen Migrationsbeauftragten
Sprachbarriere	Patienten- zufriedenheit	Anteil der Fremd- sprachigen, die Dolmetschdienste in Anspruch ge- nommen haben	Verfügbarkeit der wichtigsten Un- terlagen in verschiedenen Spra- chen
			Existenz einer ambulanten Unter- stützungsstruktur für Patientinnen und Patienten mit Migrationshinter- grund
Beiden gemeinsam			Existenz einer Fortbildung zu trans- kulturellen Kompetenzen
			Verfügbarkeit von Dolmetschenden

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Danksagung	3
Zitierweise	3
Kontakte	3
Originaltext und Übersetzungen.....	3
Layout.....	3
Visualisierungen	3
Zusammenfassung	4
Ausgangslage	8
Definition und Typen von Indikatoren.....	9
Merkmale der Indikatoren	10
Forschung zur Chancengerechtigkeit in der Schweiz.....	11
Ziele	11
Methodik	12
Einsetzen einer nationalen Expertengruppe.....	12
Auswahl von Indikatoren der Chancengerechtigkeit.....	13
Operationalisierung der Indikatoren	16
Pilotstudie zu den Indikatoren	16
Ergebnisse	16
Generierung der Indikatoren	16
Ausgewählte Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien	18
Pilotstudie zu den Indikatoren	18
Diskussion	24
Zusammenfassung der Ergebnisse.....	24
Stellungnahmen von Verbänden und wichtigen Gesundheitsakteuren.....	24
Einschränkungen des Pilotprojekts	25
Politische Auswirkungen und Verbesserungsansätze	25
Verzeichnis der Anhänge	27
Bibliografie	28

Ausgangslage

Auf internationaler Ebene richten immer mehr Institutionen, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) oder das Institute for Healthcare Improvement (IHI), ihre Aufmerksamkeit auf die Versorgungsqualität und definieren deren Komponenten. Neben der Wirksamkeit, der Sicherheit oder der Patientenzentriertheit der Versorgung betrachten sie auch die Chancengerechtigkeit («equity» auf Englisch) in der Gesundheitsversorgung als Qualitätskriterium (1–4).

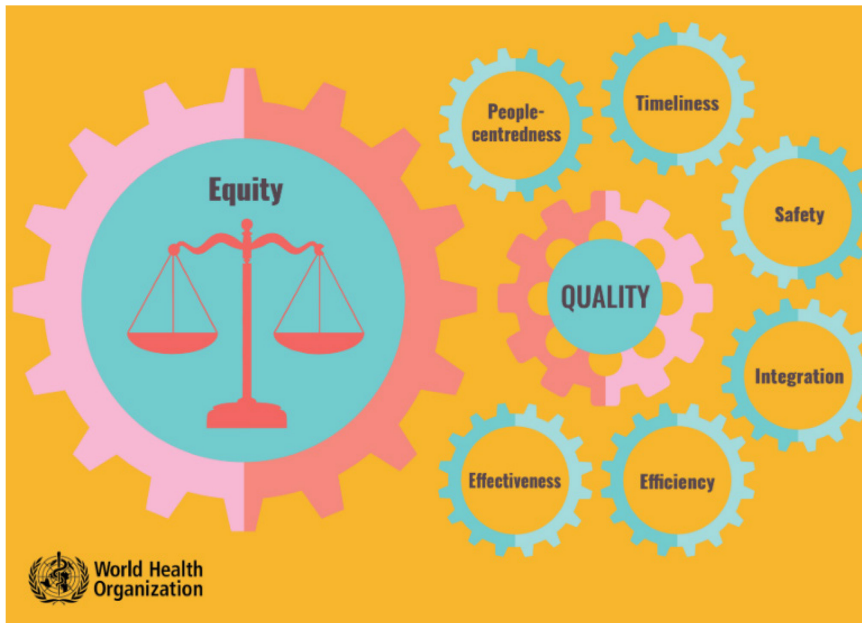


Abbildung 1: Chancengerechtigkeit als Qualitätsaspekt, WHO (5)

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bedeutet, dass es keine ungerechten und vermeidbaren Unterschiede zwischen sozial, demografisch, ethnisch, geografisch oder anderweitig definierten Gruppen gibt (6,7). Immer mehr Studien im In- und Ausland zeigen, dass individuelle Faktoren wie Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe, Geschlecht, Alter, sexuelle Orientierung oder sozioökonomischer Status den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der Patientenbetreuung beeinflussen (8–10). Es besteht also ein Mangel an Chancengerechtigkeit bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen. Diese mangelnde Chancengerechtigkeit muss bekämpft werden, nicht nur aus ethischen Gründen, sondern auch, weil sie sich auf das Gesundheitssystem auswirkt.

Dieser Mangel an Chancengerechtigkeit betrifft Patientinnen und Patienten in vulnerablen Verhältnissen. So weisen beispielsweise Patientinnen und Patienten aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen im Durchschnitt mehr Komorbiditäten auf und haben daher ein höheres Risiko für mittel- und langfristige Gesundheitsprobleme wie Komplikationen oder vorzeitige Rehospitalisierungen (11,12). Darüber hinaus haben diese Bevölkerungsgruppen häufig einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, obwohl sie einen höheren Bedarf haben. Dieses Phänomen wird als Gesetz der umgekehrten Versorgung («inverse care law») bezeichnet: Der Bedarf ist bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen zwar höher, gleichzeitig erhalten sie aber weniger oder weniger gute Leistungen der Gesundheitsversorgung (13,14).

In ökonomischer Hinsicht zeigen Schweizer Studien zum Beispiel Chancenungerechtigkeiten bezüglich Screenings auf Brustkrebs (15) oder Gebärmutterhalskrebs (16,17), also bei Krankheiten, deren Behandlung deutlich kostengünstiger ist, wenn sie frühzeitig erkannt werden – insbesondere dann, wenn die sozialen Kosten in Form von verlorenen Lebensjahren berücksichtigt werden (18–20). Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit hat die Covid-19-Pandemie deutlich gemacht, wie gross die Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind (21–25) und welche potenzielle Gefahr die Unterversorgung einer Untergruppe für die Gesamtbevölkerung darstellen kann (21, 26–28): Wenig getestete und unterversorgte Personengruppen stellten ein Virus-Reservoir dar, das zur Reaktivierung einer Infektionswelle beitrug. In der Schweiz wurde die Chancengerechtigkeit auch im nationalen Qualitätsbericht aus dem Jahr 2019, der die Grundlage für die Schaffung der Eidgenössischen Qualitätskommission bildete, als Komponente der Versorgungsqualität definiert (29).

Um diese Chancenungerechtigkeiten aufzuzeigen und letztlich die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu verbessern, muss die Versorgungsgerechtigkeit und -qualität gemessen und mit einem Monitoring überwacht werden (30,31). Die Schweiz liegt diesbezüglich deutlich hinter den USA und Grossbritannien zurück, die seit vielen Jahren systematisch Programme zur Überwachung der Versorgungsgerechtigkeit umsetzen (32,33). Dieser Rückstand schränkt die Wirkungsanalyse von Qualitätsverbesserungsprogrammen ein. Dennoch erscheinen allmählich entsprechende Studien und erste Ergebnisse, die auf Lücken im System hindeuten und neue Fragen aufwerfen. Eine praktische Herausforderung besteht darin, an bessere Daten und Informationen zu kommen, um Erscheinungsformen von Chancenungerechtigkeit und Risikogruppen besser zu erfassen und Mängel beheben zu können. Hierzu ist unbedingt zu prüfen, ob es möglich ist, eine systematische Messung der Versorgungsgerechtigkeit in der Schweiz einzuführen. Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis eines entsprechenden Auftrags des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Definition und Typen von Indikatoren

Damit der Fokus auf Chancengerechtigkeit zu institutionellen und strukturellen Verbesserungen in diesem Bereich führen kann, benötigen die Gesundheitssysteme eine Reihe von Indikatoren zur Bewertung der Versorgungsgerechtigkeit. Ein **Indikator** ist eine Messgrösse, die die Realität einer oft komplexen Situation abbilden kann. Da es sich bei der Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung um ein komplexes Phänomen handelt, müssen die gewählten Indikatoren diese Chancengerechtigkeit auf der Ebene von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen messen.

- **Strukturindikatoren** bewerten beispielsweise die Verfügbarkeit von Ressourcen.
- **Prozessindikatoren** bewerten beispielsweise den Pflegeablauf oder den Einsatz klinischer Behandlungspfade (34,35). Zusammen mit den Strukturindikatoren ermöglichen sie eine Beurteilung des aktuellen Stands der Chancengerechtigkeit bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen.
- **Ergebnisindikatoren** ermöglichen eine Wirkungsanalyse von Programmen zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit und konzentrieren sich auf die mittel- und langfristigen Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten. Sie ermöglichen zwar eine konkrete Wirkungsanalyse solcher Programme, werden aber auch leichter von den Merkmalen der Patientinnen und Patienten und den gesundheitlichen Ungleichheiten verschiedener Bevölkerungsgruppen beeinflusst.

Merkmale der Indikatoren

Damit ein Indikatorensetz in grossem Umfang implementiert werden kann und zu Veränderungen führt, müssen die Indikatoren valide, standardisiert und zumindest anfänglich einfach zu implementieren sein.

- **Valide Indikatoren** sollten eine zuverlässige Identifizierung von Chancenungerechtigkeiten ermöglichen. Die Wartezeit zwischen einer Krebsdiagnose und dem Behandlungsbeginn ist zum Beispiel ein valider Indikator. Im Gegensatz dazu werden in den Spitälern die sozioökonomischen Verhältnisse normalerweise nicht auf individueller Ebene gemessen. Stattdessen ist es zwar möglich, geografische Indikatoren zu verwenden, die auf Postleitzahlen oder dem durchschnittlichen Quadratmeterpreis für Mieten basieren, aber ein solcher Indikator hat eine geringere Validität, da er Personen mit sehr unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung umfasst (36).
- Für eine bessere Vergleichbarkeit von Institutionen ist es wichtig, deren unterschiedliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und die Indikatoren entsprechend zu standardisieren, das heisst, sie auf eine theoretische Standardpopulation zu beziehen. Da die **Standardisierung** den Vergleich von Bevölkerungsgruppen mit strukturellen Unterschieden ermöglicht, hat sie zwei wesentliche Vorteile. Erstens sollte sie einen objektiveren Blick auf die Chancengerechtigkeit in der ganzen Schweiz ermöglichen. So könnten manche Indikatoren nämlich als Erfolg einer Einrichtung dargestellt werden, obwohl sie möglicherweise eher auf vorteilhafte örtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen sind (37). Beispielsweise verfügen Städte mit internationalen Institutionen wie Genf oder Zürich über mehr Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die für interkulturelle Vermittlung medizinischer Informationen geschult sind, als andere Regionen. Dies kann fälschlicherweise zu einer vorteilhaften Qualitätsbewertung einer Institution führen. Zweitens lassen sich mit standardisierten Indikatoren Institutionen identifizieren, die in bestimmten Aspekten vorbildlich sind und als Modell für die Umsetzung von Verbesserungsprojekten in anderen Einrichtungen dienen können.
- Eine **einfache Implementierbarkeit** ist zunächst wichtig, damit ein Indikatorensetz schneller und breiter abgestützt übernommen wird. Sie sollte jedoch anschliessend kein einschränkender Faktor sein. Manche Chancenungerechtigkeiten sind zwar schwieriger nachzuweisen, aber deswegen nicht weniger ethisch inakzeptabel, kostspielig für das Gesundheitssystem und gefährlich für die Patientinnen und Patienten. Um beispielsweise eine Situation zu erkennen, in der LGBTIQ+-Personen in der Gesundheitsversorgung systematisch benachteiligt werden, müsste man in der Lage sein, diese Personen in der Patientengruppe zu identifizieren. Solche Daten werden aber in der Schweiz bisher nur selten erhoben, und der entsprechende Indikator wäre daher sehr schwer zu implementieren.

Um Chancenungerechtigkeiten aufdecken zu können, müssen die Indikatoren ausserdem einen Vergleich zwischen mehreren Patientengruppen ermöglichen, bei denen ungleiche Versorgungsqualität vermutet wird. Beispielsweise kann der Verdacht bestehen, dass ältere Patientinnen und Patienten seltener Zugang zu Dolmetscherinnen und Dolmetschern haben als jüngere. Um dieses Phänomen analysieren zu können, muss der Indikator «Zugang zu Dolmetscherinnen und Dolmetschern» nach **Kriterien der Vulnerabilität** zugeordnet werden können. Diese Vulnerabilitätskriterien müssen die gleichen Anforderungen erfüllen wie die Indikatoren, d.h. sie müssen **valide, standardisierbar** und einfach **implementierbar** sein.

Forschung zur Chancengerechtigkeit in der Schweiz

Die Schweizer Forschungsgemeinschaft ist im Bereich der Gerechtigkeit mit zahlreichen Projekten aktiv, die versuchen, örtliche Ungleichheiten aufzudecken oder zu korrigieren. So hat beispielsweise Unisanté in Lausanne im Auftrag des BAG eine Reihe von Indikatoren vorgeschlagen, darunter potenziell vermeidbare oder unangemessene Hospitalisierungen (38). In ähnlicher Weise wurde im Rahmen des Programms SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) ein Satz von 56 Qualitätsindikatoren für die medizinische Grundversorgung vorgelegt, von denen sich zwei auf den gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung beziehen (39). Ein weiteres Beispiel ist die SIHOS-Studie, die den Zusammenhang zwischen sozialen Determinanten und dem Risiko unerwünschter Gesundheitsereignisse bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten in der Schweiz untersucht (40). Mit weiteren Projekten wurde versucht, bekannte Chancenungerechtigkeiten zu korrigieren, beispielsweise durch die Bereitstellung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern in den Notaufnahmen (41) oder durch die Vernetzung von Akutspitalern zum Netzwerk Migrant Friendly Hospitals (42). Die Vielzahl und Vielfalt dieser Projektbeispiele zeigt, dass die Versorgungsqualität in der Schweiz an Bedeutung gewinnt und von einem nationalen Rahmen profitieren würde, der einen Vergleich der verschiedenen Standorte und den Austausch innovativer Lösungen zwischen den Regionen ermöglicht. Allerdings fehlt es noch an einem systematischen Ansatz zur Messung und Überwachung der Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Ein solcher Ansatz sollte idealerweise das gesamte Behandlungsspektrum abdecken. In diesem Projekt schlagen wir vor, im stationären und ambulanten Spitalbereich zu beginnen, um die ersten Schritte hin zu einem systematischen Prozess zur Bewertung der Versorgungsgerechtigkeit in der Schweiz zu ermöglichen.

Ziele

Das erste Ziel besteht darin, die Messbarkeit der Chancengerechtigkeit im klinischen Umfeld zu testen und dazu einen Satz valider, implementierbarer und praktikabler Chancengerechtigkeitsindikatoren vorzuschlagen, der sich aus Indikatoren für die Versorgungsqualität und aus Vulnerabilitätskriterien zusammensetzt. Ein Beispiel wäre ein Indikator, der bei jeder fremdsprachigen Person ermittelt, ob sie Dolmetscherdienste in Anspruch genommen hat. Dieser Indikator könnte dann nach verschiedenen Vulnerabilitätskriterien wie Migrationsstatus, Geschlecht oder Alterskategorie aufgefächert werden. Das zweite Ziel ist die Durchführung einer Pilotstudie in mehreren Spitälern, um die Verfügbarkeit der zur Erstellung dieser Indikatoren erforderlichen Daten zu ermitteln.

Methodik

Einsetzen einer nationalen Expertengruppe

Um die Validität und Repräsentativität der Indikatoren zu fördern und die verschiedenen Sensibilitäten in Bezug auf die Umsetzung der Chancengerechtigkeit im Spitalbereich zu berücksichtigen, haben wir eine Gruppe nationaler Expertinnen und Experten für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zusammengestellt. Um Fachpersonen auf breiter Basis zu rekrutieren, wurde eine Broschüre, in der das Projekt vorgestellt wird (siehe Anhang 1), an verschiedene interessierte Gesellschaften (z. B. Swiss Health Network for Equity (SH4E) sowie an H+ und Patientenorganisationen) versandt.

Dieses Vorgehen ermöglichte die Zusammenstellung einer Gruppe aus 18 Experten und Expertinnen (12 Männer, 6 Frauen) für Versorgungsgerechtigkeit in der Schweiz. Dazu gehört auch eine Patientenvertreterin. Die Expertinnen und Experten vertreten die drei grossen Sprachregionen und haben einen unterschiedlichen Hintergrund. Die Gruppe umfasst 6 Ärzte und 1 Ärztin (3 Internisten und 1 Internistin, 2 Psychiater und 1 Notfallmediziner), 1 Soziologen und 1 Soziologin, 2 Epidemiologinnen und 1 Epidemiologen sowie 6 Forschende aus den Bereichen öffentliche Gesundheit und Gesundheitssysteme und/oder Versorgungsqualität. Die Patientenvertreterin arbeitet zusätzlich zu ihrer persönlichen Erfahrung international als Expertin in zahlreichen Bereichen, einschliesslich Chancengerechtigkeit, und ist Leiterin eines nationalen Registers für chronische Krankheiten.

Die Expertinnen und Experten verfügen über Forschungs- und/oder Arbeitserfahrung im Bereich Versorgungsgerechtigkeit in der Schweiz, haben in Schweizer Universitätsspitalern in der ambulanten oder stationären Versorgung gearbeitet oder Funktionen in Schweizer Public-Health-Institutionen ausgeübt.

Der Projektaufbau entspricht der Absicht, viele verschiedene Akteure aus dem Bereich Chancengerechtigkeit einzubeziehen (Abb. 2). Es gibt ein Koordinationsteam zur Zentralisierung der Arbeit, eine Expertengruppe, die verschiedene Fachkreise vertritt, aber auch externe Evaluatorinnen und Evaluatoren, die den Bericht vor seiner Veröffentlichung prüfen.

Aufbau und Akteure des Projekts

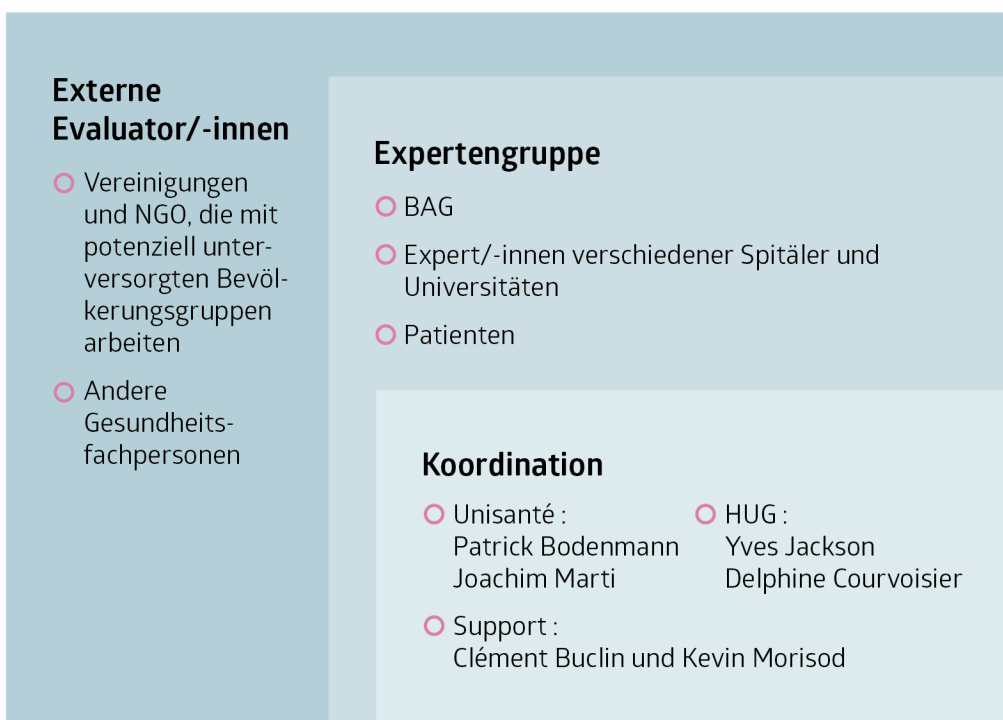


Abbildung 2: Aufbau und Akteure des Projekts

Auswahl von Indikatoren der Chancengerechtigkeit

Um eine breite Basis brauchbarer Indikatoren zu erhalten, wurde einerseits eine Literaturrecherche durchgeführt, andererseits wurden die Expertinnen und Experten gebeten, alle aus ihrer Sicht relevanten Indikatoren vorzuschlagen. Die Literaturrecherche wurde im November 2021 auf MEDLINE durchgeführt und konzentrierte sich auf Schweizer Projekte, um Indikatoren zu erhalten, die mit dem Schweizer Gesundheitssystem kompatibel sind (Recherestrategie: siehe Anhang 2). Die Recherche ergab 247 Zitate, die zunächst anhand von Titel und Abstract und anschliessend anhand des Volltextes ausgewertet wurden. In jedem der ausgewählten Artikel wurden die Gerechtigkeitsindikatoren auf Grundlage des Volltextes bestimmt.

Parallel dazu schlugen die Expertinnen und Experten Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten vor. Im Formular zur Erhebung dieser Informationen waren die sechs gesuchten Indikatorentypen aufgeführt (z. B. stationär, Prozessindikator) (Anhang 3: Online-Fragebogen), um sicherzustellen, dass alle Arten von Indikatoren in ihren Vorschlägen vertreten waren.

Anschliessend trafen sich die Expertinnen und Experten ein erstes Mal, um die Kriterien für die Auswahl der Indikatoren festzulegen. Die Kriterien Validität, Patientenabdeckung, Machbarkeit und Veränderungspotential («actionability» auf Englisch) wurden schlussendlich berücksichtigt (Definitionen: siehe Abb. 3).

Die Auswahl der Indikatoren erfolgte anschliessend in zwei Abstimmungsrunden nach der Delphi-Methodik. In der ersten Runde bewerteten die Expertinnen und Experten jeden Indikator und jedes Vulnerabilitätskriterium auf einer Skala von 0–10 für jedes der vier oben genannten Auswahlkriterien (Anhang 3: Online-Fragebogen). Am Ende der ersten Abstimmungsrunde blieben diejenigen Indikatoren erhalten, die eine durchschnittliche Validität von >7 aufwiesen und die $\geq 60\%$ der Expertinnen und Experten mit 7 oder mehr bewertet hatten. Dabei hatten die Expertinnen und Experten noch die Möglichkeit, einen Indikator oder ein Vulnerabilitätskriterium anzufügen, wenn sie dies für notwendig hielten.

Vor der zweiten Runde wurden die Indikatoren, die die erste Auswahlphase überstanden hatten, thematisch geordnet.

Tabelle 1:
Beispiel für ein nicht berücksichtigtes stationäres Thema: Rehospitalisierung

Thema	Indikatoren		
	Ergebnis	Prozess	Struktur
Rehospitalisierung	Rate der ungeplanten Rehospitalisierungen	Dauer des Aufenthalts	Verfügbarkeit von Sozialarbeitenden
			Verfügbarkeit von Informationsmaterial in vereinfachter Sprache

Beim Thema «Rehospitalisierung» gilt zum Beispiel folgende Logik: Die Verfügbarkeit von Sozialarbeitenden und/oder Informationen zu den Behandlungen könnte Verzögerungen in der Spitalversorgung verkürzen, was die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und das Risiko von Problemen bei Weiterüberweisungen reduzieren und so ungeplante Rehospitalisierungen verhindern würde (siehe Tabelle 1). Das Ziel war, dass diese Themen zur Bewertung eines Aspekts der Versorgungsgerechtigkeit mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren dienen können. Diese Indikatorenthemen wurden in Gruppen unterteilt, je nachdem, ob sie eher den stationären Bereich (z. B. Rehospitalisierungsrate) oder die ambulante Versorgung (z. B. Screeningrate für Gebärmutterhalskrebs) bewerten. Die Vulnerabilitätskriterien wurden gesondert betrachtet.

In der zweiten Runde stimmten die Expertinnen und Experten über die Rangfolge der Themen und Vulnerabilitätskriterien ab, indem sie diese anhand eines gemischten Kriteriums aus Machbarkeit und Veränderungspotential klassierten (Anhang 3: Online-Fragebogen).

- Validität ist die Fähigkeit eines Indikators, das zu bewerten, was er bewerten soll.
- Die Machbarkeit gibt an, wie schwierig es ist, den Indikator zu implementieren oder die für seine Erstellung erforderlichen Daten zu sammeln. Ein Indikator, der beispielsweise die Einführung eines neuen Formulars, die Kontaktaufnahme mit einzelnen Patientinnen und Patienten oder eine langwierige Datenerhebung erfordert, wäre kostspieliger und weniger umsetzbar und könnte die Einführung von Chancengerechtigkeitsindikatoren erschweren.
- Die Patientenabdeckung umschreibt die Menge der von diesem Indikator betroffenen Patientinnen und Patienten im Verhältnis zur gesamten Patientenpopulation. Ein Indikator, der sich auf alle stationären oder ambulanten Patientinnen und Patienten bezieht, die in den letzten sechs Monaten einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, hätte also eine höhere

Abdeckung als ein Indikator, der pädiatrische Patientinnen und Patienten mit einer dermatologischen Erkrankung betrifft.

- **Das Veränderungspotential** bezeichnet schliesslich das Potential des Indikators, sich im Rahmen eines Projekts zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit zu verändern. So weist ein Indikator, der eine Chancengerechtigkeit aufgrund der Höhenlage eines Spitals aufzeigt, ein schlechtes Veränderungspotential auf, da es schwierig wäre, die Lage eines Spitals zu ändern, während ein Indikator, der eine Chancengerechtigkeit aufgrund eines schlecht formulierten Textes in einem medizinischen Formular aufzeigt, sich durch ein hohes Veränderungspotential auszeichnet.

Definitionen der Auswahlkriterien für die Indikatoren




Ein Indikator soll die weissen Zahlen messen.								
Indikator								
<p>Die Validität ist die Fähigkeit des Indikators, das zu messen, was er messen soll.</p>	 <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid green; color: green;">7</td> <td style="border: 1px solid green; color: green;">5</td> <td style="border: 1px solid green; color: green;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid red; color: red;">6</td> <td style="border: 1px solid red; color: red;">9</td> <td style="border: 1px solid red; color: red;">7</td> </tr> </table>	7	5	8	6	9	7	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Gute Validität <input type="radio"/> Schlechte Validität
7	5	8						
6	9	7						
<p>Die Patientenabdeckung bezeichnet den Prozentsatz, der vom Indikator erfassten Patient/-innen.</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid green; color: green;">7</td> <td style="border: 1px solid green; color: green;">5</td> <td style="border: 1px solid green; color: green;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid red; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid red; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid red; color: red;">8</td> </tr> </table>	7	5	8			8	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Abdeckung: 100% <input type="radio"/> Abdeckung: 33%
7	5	8						
		8						
<p>Die Machbarkeit bezieht sich auf die Schwierigkeit, den Indikator zu implementieren oder die notwendigen Daten zu erheben.</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid green; color: green;">7</td> <td style="border: 1px solid green; color: green;">5</td> <td style="border: 1px solid green; color: green;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid red; color: red;">?</td> <td style="border: 1px solid red; color: red;">?</td> <td style="border: 1px solid red; color: red;">?</td> </tr> </table>	7	5	8	?	?	?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Gute Machbarkeit <input type="radio"/> Schlechte Machbarkeit: Variable fehlt oder ist schwer zu beschaffen
7	5	8						
?	?	?						
<p>Das Veränderungspotential bezeichnet das Potential des Indikators, sich im Rahmen eines Projekts zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit zu verändern.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Gutes Veränderungspotential: Veränderung der Werte des Indikators nach einer Verbesserung der Situation 						

Abbildung 3: Definitionen der Auswahlkriterien für die Indikatoren

Operationalisierung der Indikatoren

Die Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien wurden in Form von Variablenlisten und Indikator-Datenblättern mit genauen Berechnungsregeln operationalisiert. Diese Datenblätter wurden den Expertinnen und Experten zur Validierung der Implementierung vorgelegt.

Pilotstudie zu den Indikatoren

Um die Machbarkeit zu erheben, wurde nach der Auswahl des Indikatorensets die praktische Umsetzbarkeit in den Spitälern ermittelt. Dazu wurde insbesondere geprüft, ob die Daten zur Erstellung der Indikatoren verfügbar sind. Zu diesem Zweck testeten drei Spitäler – das Universitätsspital Zürich (USZ), das Universitätsspital Genf (HUG) sowie das Spital Mendrisio (OBV - Ospedale regionale Beata Vergine) im Tessin – die Erhebung von Daten aus ihren Klinikinformationssystemen. Die ausgewählten Spitäler nahmen freiwillig teil. Angestrebt wurde eine möglichst hohe Repräsentativität, indem die beteiligten Spitäler aus den drei grossen Sprachregionen stammen und unterschiedlich gross sein sollten. Das USZ und die HUG sind Universitätsspitäler und das Spital Mendrisio ist mittelgross.

Die Daten aller stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 in diesen Spitälern behandelt wurden, wurden direkt aus den Datenbanken der Spitäler entnommen. Dabei wurden nur die Variablen berücksichtigt, die in strukturierter Form vorlagen, nicht aber die Variablen in den Freitextfeldern. Die Strukturindikatoren wurden anhand eines Fragebogens erstellt, der den für die Qualitätssicherung verantwortlichen Personen in jedem Spital vorgelegt wurde.

Ergebnisse

Generierung der Indikatoren

Bei der Literaturrecherche wurden 32 Artikel ausgewählt, die die Chancengerechtigkeit im Schweizer Gesundheitswesen analysierten. Diese Artikel enthielten 34 Indikatoren. Parallel dazu schlugen die Expertinnen und Experten 195 Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikatoren vor und teilten diese in die Kategorien ambulant oder stationär ein. Nach der Korrektur von Mehrfachnennungen und der Zusammenführung der Indikatoren aus der Literaturrecherche mit den von der Expertengruppe vorgeschlagenen Indikatoren wurden den Expertinnen und Experten 159 Einzelindikatoren und 15 Vulnerabilitätskriterien zur Abstimmung vorgelegt. Die vollständige Liste der Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien ist im Anhang zu finden (siehe Anhang 4).

In der ersten Abstimmungsrunde wurden 35 Indikatoren und 8 Vulnerabilitätskriterien ausgewählt, die nach Themen geordnet wurden. Es gab drei ambulante Themen –«Sprachbarriere», «Wirtschaftliche Einschränkungen» sowie «Prävention und Früherkennung» – und drei stationäre Themen – «Rehospitalisierung», «Aufnahme» und «Patientenerfahrungen». Die Themen wurden so konzipiert, dass strukturelle Faktoren die Effizienz der Prozesse beeinflussen und letztlich die Ergebnisse verbessern können. Die vollständige Liste der nach Themen geordneten Indikatoren ist im Anhang zu finden (siehe Anhang 5).

In der zweiten Abstimmungsrunde, die hauptsächlich auf die Machbarkeit und das Veränderungspotential ausgerichtet war, wurden zwei Themen ausgewählt: «Patientenerfahrungen» und «Sprachbarriere», was 5 Ergebnis- oder Prozessindikatoren und 10 Strukturindikatoren entspricht. Die Expertinnen und Experten stimmten auch für den Ausschluss eines Indikators, der zwar als valide erachtet wurde, aber in keines der Themen passte.

Generierung der Indikatoren via Abstimmungsprozess

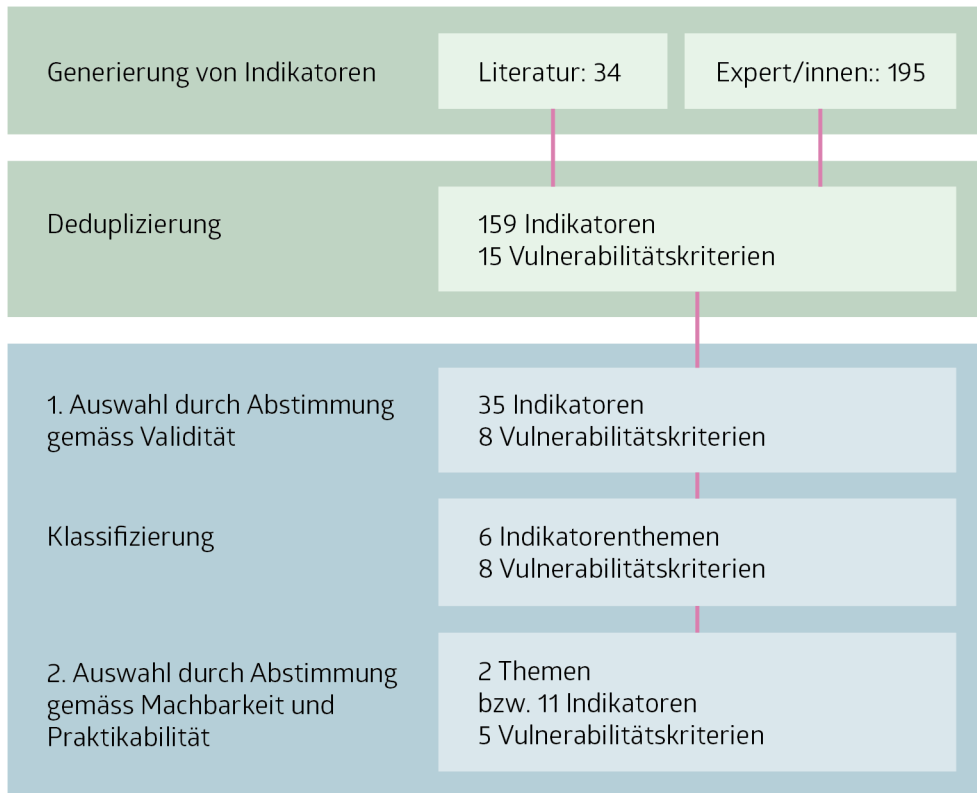


Abbildung 4: Generierung der Indikatoren via Abstimmungsprozess

Ausgewählte Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien

Im Auswahlprozess wurden somit zwei Themen festgelegt: «Patientenerfahrungen» und «Sprachbarriere». Dies entspricht 11 Indikatoren und 5 Vulnerabilitätskriterien, gemäss denen die Indikatoren stratifiziert werden können: Gender, mit dem sich die Patientinnen und Patienten identifizieren (in Abgrenzung zum Geschlecht), Migrationsstatus, Fremdsprachigkeit, Alter sowie der Status «ohne festen Wohnsitz».

Tabelle 2: Ausgewählte Indikatoren

Thema	Indikatoren		
	Ergebnis	Prozess	Struktur
Patientenerfahrungen	Patientenzufriedenheit	Wartefrist: Zeit zwischen dem Auftreten des Bedarfs einer Patientin/eines Patienten und Bereitstellung der entsprechenden Versorgung	Existenz einer Fortbildung zu transkulturellen Kompetenzen
			Zugang zu Simultan- und Gebärdensprachübersetzung für gehörlose Patientinnen und Patienten
			Existenz eines/einer institutionellen Migrationsbeauftragten
Sprachbarriere	Patientenzufriedenheit	Anteil der Fremdsprachigen, die Dolmetschdienste in Anspruch genommen haben	Verfügbarkeit der wichtigsten Unterlagen in verschiedenen Sprachen
			Existenz einer ambulanten Unterstützungsstruktur für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund
Beiden gemeinsam			Existenz einer Fortbildung zu transkulturellen Kompetenzen
			Verfügbarkeit von Dolmetschenden

Pilotstudie zu den Indikatoren

Um einen konkreten Vortest der Indikatoren an den Implementierungsstandorten zu ermöglichen, wurde für jeden ausgewählten Indikator ein Datenblatt erstellt (siehe Anhang 6). Diese Datenblätter dienen als Gebrauchsanweisung für jede Institution, die die jeweiligen Indikatoren verwenden möchte. Sie enthalten alle Informationen über die zu extrahierenden Variablen sowie eine detaillierte Berechnungsanleitung für den Indikator.

Tabelle 3: Beispiel für ein Indikator-Datenblatt «Anteil der unzufriedenen Patientinnen und Patienten»

Indikator	Anteil der unzufriedenen Patientinnen und Patienten
Masseinheit	Prozent
Berechnungsmethode:	Anteil
Zähler	Anzahl der unzufriedenen Patientinnen und Patienten gemäss dem Gesamt-Zufriedenheitswert. Wenn der verwendete Fragebogen keinen Gesamtwert ausweist, ist der Wert für den Gesamteindruck oder die Einzelfrage zum Gesamteindruck heranzuziehen. Unzufriedene Patientinnen und Patienten definieren sich gemäss der im jeweiligen Fragebogen verwendeten Definition. Enthält der Fragebogen keine validierte Definition des Begriffs «unzufriedener Patient», gilt die folgende Definition: Ein unzufriedener Patient ist ein Patient, dessen Antworten im Fragebogen zur Patientenzufriedenheit bei mindestens der Hälfte der Fragen in der unteren Hälfte der Skala liegen. Wenn der verwendete Fragebogen beispielsweise aus 4 Fragen mit jeweils 5 möglichen Antworten besteht (z. B. von «überhaupt nicht zufrieden» = 1 bis zu «sehr zufrieden» = 5), würde ein unzufriedener Patient mindestens 2 Fragen mit 1 oder 2 beantworten.
Nenner	Gesamtzahl der hospitalisierten Patientinnen und Patienten
Stichdatum	Austrittsdatum
Datenquelle	Fragebögen zur Patientenzufriedenheit (z. B. Picker)
Patientenkreis	Erwachsene hospitalisierte Patientinnen und Patienten: alle für mindestens 24 Stunden in die Einrichtung aufgenommen volljährigen Patientinnen und Patienten
Zusätzliche Informationen erforderlich	Austrittsdatum

Diese Datenblätter wurden an die drei Pilotspitäler weitergegeben mit der Anweisung, die Indikatoren aus ihren Datenbanken für das gesamte Jahr 2021 zu extrahieren. In den Universitätsspitalern betraf dies mehrere zehntausend Aufenthalte und mehrere hunderttausend Konsultationen. Das Spital Mendrisio ist mit 155 Betten etwas kleiner, was sich in der Anzahl der über das Jahr aufgenommenen Patientinnen und Patienten widerspiegelt. Tabelle 4 zeigt für jedes Pilotspital die Verfügbarkeit jedes Indikators und jedes Vulnerabilitätskriteriums unter zwei Gesichtspunkten: erstens, ob die erforderlichen Variablen existieren («Verfügbarkeit») und zweitens, ob es zu diesen Variablen tatsächlich Daten gibt («Information»). Beispielsweise kann es sein, dass es eine Variable zur Erfassung der vom Patienten oder von der Patientin gesprochenen Sprache gibt, diese Information aber nur bei 10 Prozent der Patientinnen und Patienten effektiv erfasst wird. Bei den Vulnerabilitätskriterien zeigt die Tabelle auch, wie detailliert das Kriterium in den verschiedenen Einrichtungen angewendet wird. Beispielsweise wird das Geschlecht in Mendrisio mittels einer dichotomen Variablen (männlich /weiblich) definiert, während es im USZ und im HUG drei Kategorien (männlich/weiblich/unbestimmt) gibt. In der Praxis wird jedoch im HUG bei der Erfassung des Geschlechts nur zwischen männlich und weiblich unterschieden, obwohl es eine dritte Option gäbe. Bei den Strukturindikatoren gibt die Tabelle an, ob die für die Qualitätssicherung zuständige Person über geeignete Informationen verfügte, um die Fragen zur Verfügbarkeit der angegebenen Strukturen oder Dienste zu beantworten (siehe Fragebogen im Anhang 7).

Tabelle 4: Verfügbarkeit der Indikatoren nach Implementierungsstandort

Implementierungsstandort	HUG		USZ		Mendrisio	
Aufenthalte insgesamt	262'317		380'972*		61'595	
Stationär	49'820	(19.0%)	40'667	(10.7%)	5'801	(9.4%)
Ambulant	212'497	(81.0%)	340'305	(89.3%)	55'794	(90.6%)
Indikatoren stationär***	Verf.**	Inform.**	Verf.**	Inform.**	Verf.**	Inform.**
Zufriedenheit	Ja	17.1%	Ja	6.2%****	ANQ*****	4.5%
Übersetzung/Dolmetschen	Nein	0%	Ja	100%	Nein	0%
Wartezeit	Ja	100%	Ja	100%	Ja	72.0%
Indikatoren ambulant***						
Zufriedenheit	Ja	3.0%	Ja	6.1%****	Nein	0%
Übersetzung/Dolmetschen	Nein	0%	Ja	100%	Nein	0%
Vulnerabilitätskriterien***						
Geschlecht	(M/W/U)	100%	(M/W/U)	100%	(M/W)	100%
Migration	Ja	89.0%	Ja	98.2%	Ja	78.4%
Fremdsprachigkeit	Ja	86.7%	Ja	99.9%	Ja	8.8%
Alter	Ja	100%	Ja	100%	Ja	100%
ohne festen Wohnsitz	Ja	100%	Nein	0%	Nein	0%
Strukturindikatoren***						
Dokumente	Ja		Ja		Ja	
Dolmetscher	Ja		Ja		Ja	
Gebärdensprache	Ja		Ja		Ja	
Kulturell	Ja		Ja		Ja	
Sans-Papiers	Ja		Ja		Ja	
Migration	Ja		Ja		Ja	

* Teilstationäre Patientinnen und Patienten sind in der Gesamtsumme USZ nicht eingeschlossen.

** Verf. = Verfügbarkeit; Inform. = Information

*** Die Bezeichnungen der Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien sind abgekürzt. Die vollständigen Bezeichnungen und Definitionen sind im Anhang 6 zu finden: Indikator-Datenblätter, Seite «Übersicht über die Indikatoren».

**** Der Zufriedenheitsfragebogen existiert nur auf Deutsch.

***** ANQ: Nicht in der Institution selbst erhobene Daten, sondern aus Teilnahme an der Erhebung durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) nach dessen Zeitplan.

Mit diesem Implementierungstest liess sich prüfen, ob die konkrete Erhebung der Variablen, die für die Erstellung der Indikatoren notwendig sind, möglich ist. Der Test führte zu einigen Präzisierungen der Indikator-Datenblätter. Insgesamt sind die Daten zur Erstellung der stationären Indikatoren leichter zu gewinnen als diejenigen zur Erstellung der ambulanten Indikatoren. Die Universitätsspitäler Zürich und Genf weisen im Durchschnitt eine bessere Verfügbarkeit der Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien auf als das Spital Mendrisio. Dies ist vielleicht

auf die Kosten und den Arbeitsaufwand für die Datenerhebung zurückzuführen. Dieser Aufwand kann von einer grossen Einrichtung, die über mehr finanzielle und personelle Mittel verfügt, leichter getragen werden. Eine weitere mögliche Erklärung für diesen Unterschied liegt im geografischen und politischen Kontext von Zürich und Genf, die stärker mit dem Thema Interkulturalität und Multikulturalismus konfrontiert sind und daher früher Daten zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung erhoben haben.

Interessant ist auch, dass die Patientenzufriedenheit manchmal direkt von den betreffenden Einrichtungen – so im HUG und im USZ – erhoben wird, wie auch auf nationaler Ebene. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) erhebt seit vielen Jahren die Patientenzufriedenheit für jede Gesundheitseinrichtung in der Schweiz über bestimmte Zeiträume des Jahres. Die Zufriedenheitsfragebögen des ANQ beinhalten jedoch keine Fragen zu den Vulnerabilitätskriterien (z.B. gesprochene Sprachen) und ermöglichen auch keine Verknüpfung mit patientenspezifischen demografischen Informationen in den Spitalinformationssystemen.

Die Abbildungen 5 und 6 stellen die Ergebnisse der Datenverfügbarkeit in grafischer Form dar. Dabei ist für jeden Indikator und jedes Vulnerabilitätskriterium der Prozentsatz der in der jeweiligen Einrichtung verfügbaren Daten zu sehen. Bei den Indikatoren (Abb. 5) sind in jeder Institution drei Grade der Verfügbarkeit der benötigten Daten zu sehen:

1. Weitgehend verfügbare Indikatoren wie die «Wartefrist bis zur Behandlung» in allen drei Einrichtungen oder die «Übersetzung» im USZ. Diese Indikatoren basieren auf Variablen, die bereits routinemässig erhoben werden und daher leicht zu messen sind.
2. Teilweise verfügbare Indikatoren wie «Zufriedenheit der stationären oder ambulanten Patientinnen und Patienten». Aufgrund der relativ niedrigen Antwortquote sind diese Indikatoren in der Praxis nur für eine Minderheit der Patientinnen und Patienten verfügbar.
3. Fehlende Indikatoren wie «Übersetzungen für stationäre oder ambulante Patientinnen und Patienten» im Universitätsspital Genf und im Spital Mendrisio. Es ist anzumerken, dass der Einsatz von Dolmetschen oder schriftlichen Übersetzungen zwar nicht systematisch in den Patientendossiers verzeichnet wird, beide Spitäler aber angeben, auf viele Dolmetscherinnen und Dolmetscher zurückgreifen zu können.

Verfügbarkeit der Indikatoren in den Einrichtungen

Prozentualer Anteil der Aufenthalte mit verfügbaren Daten für den Indikator

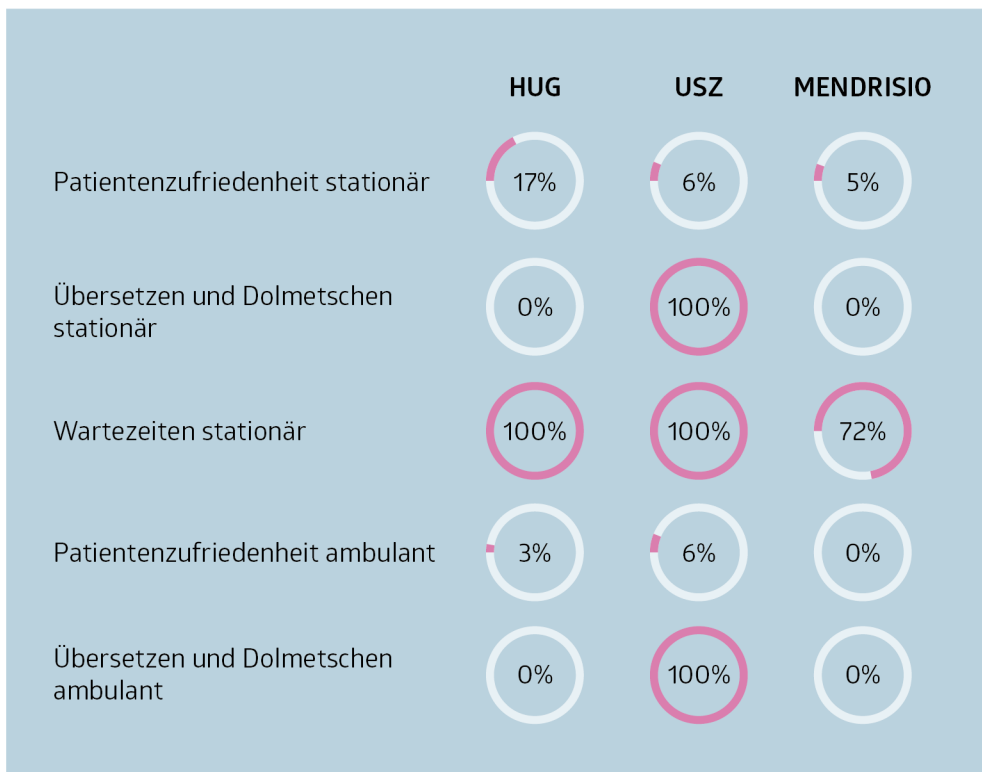


Abbildung 5: Verfügbarkeit der Indikatoren in den Einrichtungen

Bei den Vulnerabilitätskriterien (Abb. 6) sind Alter und Geschlecht immer verfügbar. Der Migrationsstatus ist nicht direkt verfügbar. Er wurde daher aus der Staatsangehörigkeit, dem Wohnsitzland, der Art der Versicherung (Grundversicherung, halbprivate oder private Versicherung) und der Art der Aufenthaltsbewilligung abgeleitet. Dieser hergeleitete Indikator für den Migrationsstatus ist ebenfalls weitgehend verfügbar. Interessanterweise wurde die gesprochene Sprache im HUG und im USZ erfasst, im Spital Mendrisio jedoch viel weniger. Schliesslich ist das Vulnerabilitätskriterium «ohne festen Wohnsitz» nur im HUG verfügbar.

Verfügbarkeit der Vulnerabilitätskriterien in den Einrichtungen

Prozentualer Anteil der Aufenthalte mit verfügbaren Daten

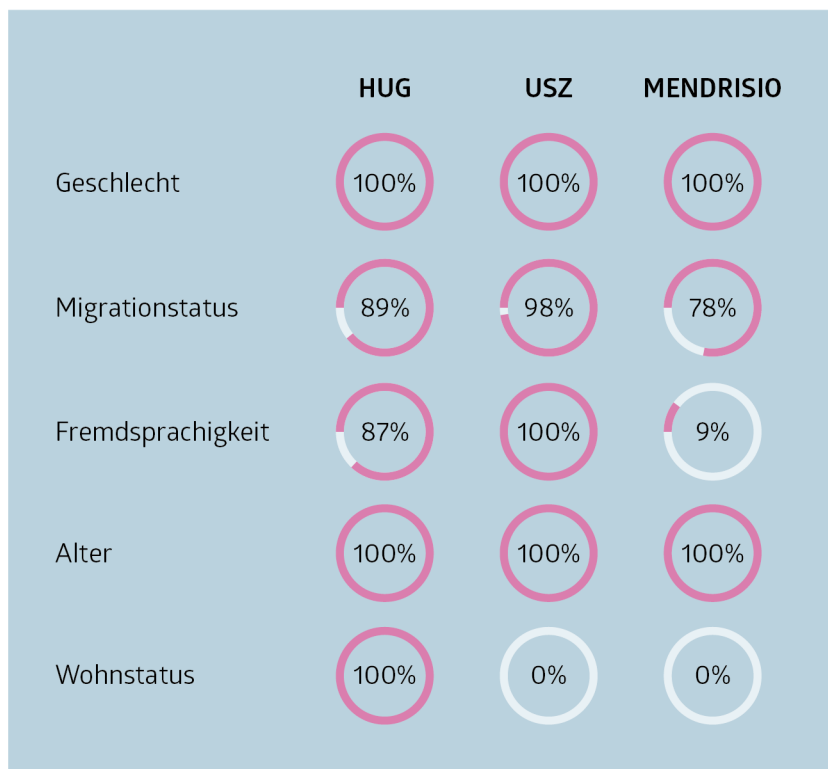


Abbildung 6: Verfügbarkeit der Vulnerabilitätskriterien in den Einrichtungen

Neben der Verfügbarkeit muss auch berücksichtigt werden, wie bestimmte Vulnerabilitätskriterien gemessen werden. Beispielsweise wird die Genderidentität weitgehend durch die Variable «Geschlecht» in dichotomer Form (männlich/weiblich) dokumentiert, was im Hinblick auf das Genderspektrum, mit dem sich Patientinnen und Patienten der LGBTIQ+-Gemeinschaften identifizieren, nicht aussagekräftig ist. Es ist also mit den vorliegenden Daten nicht möglich, den Grad der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit für diese Bevölkerungsgruppen angemessen zu bewerten. Ähnlich verhält es sich mit dem Migrationsstatus, den es nicht als routinemässig erfasste Variable gibt. Somit werden Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund und insbesondere Asylsuchende nicht in die Auswertung von Chancenungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung einbezogen.

Diese Ergebnisse sind vielversprechend, da sie zeigen, dass Gesundheitseinrichtungen, die die Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung überprüfen möchten, dies tun können, indem sie unter ihren routinemässig erfassten Variablen diejenigen identifizieren, die zur Messung der Chancengerechtigkeit verwendet werden könnten. Die Ergebnisse weisen aber auch auf Datenlücken hin, d.h. auf die kaum oder gar nicht vorhandene Daten, die von den Spitälern zur Beurteilung der Chancengerechtigkeit erhoben werden könnten. Die erstellten Indikator-Datenblätter erfüllen somit eine doppelte Funktion: Sie dienen als Anleitung für sofort umsetzbare Indikatoren für alle Institutionen des Gesundheitswesens, die an der Chancengerechtigkeit interessiert sind, sowie als Ansatz, die Messung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in der Schweiz zu verbessern.

Diskussion

Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine nationale Expertengruppe für gesundheitliche Chancengerechtigkeit hat elf Chancengerechtigkeitsindikatoren entwickelt, die sich durch Validität, Veränderungspotential und eine gute Patientenabdeckung auszeichnen und aufgrund ihres Veränderungspotentials zur Steuerung von Projekten zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit eingesetzt werden können. Neben den Indikatoren gibt es fünf Vulnerabilitätskriterien, mit denen sich die Indikatoren stratifizieren lassen, um Bevölkerungsgruppen in vulnerablen Verhältnissen mit der Gesamtheit der Patientinnen und Patienten zu vergleichen. So lässt sich zum Beispiel ermitteln, ob die Zufriedenheit mit der Versorgung bei fremdsprachigen Patientinnen und Patienten anders ist als bei Personen, deren Muttersprache der Ortssprache entspricht. Zu den Indikatoren wurden Datenblätter erstellt, die als Anleitung für die Implementierung in den Schweizer Gesundheitseinrichtungen dienen. Eine Machbarkeitsstudie in drei Spitälern aus den drei grossen Sprachregionen der Schweiz zeigt, dass zwei der fünf Indikatoren, die auf Patientenebene gemessen werden, bereits mithilfe von Daten implementiert werden können, die routinemässig von den Spitälern und dem ANQ erhoben werden. Die sechs Strukturindikatoren können durch Befragung der Qualitätsverantwortlichen in den Einrichtungen evaluiert werden.

Stellungnahmen von Verbänden und wichtigen Gesundheitsakteuren

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Arbeit einer relativ breit abgestützten Expertengruppe und eines Pilottests in drei Spitälern. Chancengerechtigkeit ist ein sehr komplexes Thema, und es konnten daher nicht alle Sensibilitäten und Interessen aller Akteure berücksichtigt werden. Deshalb wurden dieser Bericht und die detaillierten Anhänge mit den Ergebnissen vor Erstellung der endgültigen Fassung zahlreichen Verbänden und Institutionen vorgelegt (vollständige Liste der Verbände und Institutionen: siehe Anhang 8). Nachfolgend sind die wichtigsten Rückmeldungen und Kommentare sowie Vorschläge zur Fortführung des Projekts festgehalten.

Die sieben Verbände und Institutionen, die ein Feedback abgaben, waren der Ansicht, dass der Bericht verständlich und leicht zu lesen ist (Mittelwert (m): 7,7/10) und einem echten Bedürfnis nach Indikatoren für die Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung entspricht. Sie vertraten mehrheitlich die Auffassung, dass die Indikatoren im Falle ihrer Einführung eine gute Validität (m: 6,7/10) und Patientenabdeckung (m: 5,9/10) aufweisen. Somit könnten sie auch konkret dazu beitragen, die Chancengerechtigkeit zu verbessern (1 ganz einverstanden; 6 teilweise einverstanden). Die Rückmeldungen sind jedoch pessimistischer, was die Einfachheit der Implementierung betrifft (m: 4,4/10). Die meisten der antwortenden Akteure waren der Meinung, dass die Implementierung dieser Indikatoren eine hohe Motivation seitens der Spitäler erfordern und hohe Kosten verursachen würde – zwei Faktoren, welche die Implementierung dieser Indikatoren erheblich erschweren würden.

Die Interessenverbände der LGBTQIA+-Gemeinschaften begrüßten insbesondere, dass der Aspekt des Geschlechts in die Vulnerabilitätskriterien einbezogen wurden, bedauerten jedoch, dass der Bericht nicht weiter auf diese Fragen, insbesondere auf Transidentität, eingeht. Sie wiesen darauf hin, dass der dichotome Charakter der Variable Geschlecht nicht das einzige

Problem sei. Die zeitliche Fixierung der Ermittlung von biologischem oder sozialem Geschlecht verunmögliche es, die Geschlechtsangleichung von Transgender-Patientinnen und -Patienten zu erfassen. Sie schlugen die Einführung zweier Variablen vor, einer Variablen für das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht und einer für das soziale Geschlecht, um eine Differenzierung dieser beiden Aspekte zu ermöglichen. Manche der antwortenden Akteure bedauerten auch, dass keines der ausgewählten Vulnerabilitätskriterien die sozioökonomischen Verhältnisse betrifft. Akteure aus dem Bereich psychische Gesundheit bedauerten das Fehlen eines Vulnerabilitätskriteriums zur Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen. Schliesslich merkte ein Verband aus dem Bereich Krankenpflege in seiner Rückmeldung an, dass die Expertengruppe durch die Einbeziehung von Pflegefachpersonen an Repräsentativität gewonnen hätte.

Einschränkungen des Pilotprojekts

Die Ergebnisse dieses Pilotprojekts geben einen Überblick über die Verfügbarkeit von Daten, aus denen die Werte der Indikatoren extrahiert werden können, sind aber mit Vorsicht zu interpretieren. Dieses Pilotprojekt konzentrierte sich auf die Datenverfügbarkeit, bewertete jedoch nicht die Qualität der vorliegenden Daten. Manche unserer Expertinnen und Experten, die klinisch in den Pilotspitälern gearbeitet haben, wiesen beispielsweise darauf hin, dass die Qualität der Variable «fremdsprachig» mässig ist. Dies liegt daran, dass die Ortssprache häufig als Standard gewählt wird, wenn der Patient oder die Patientin keine andere Landessprache spricht. Dies führt zu einer Verzerrung der Einteilung und dürfte sich auf die Qualität der aufgrund dieser Indikatoren erstellten Analysen auswirken. In ähnlicher Weise sind Strukturindikatoren wie die Existenz eines Dolmetschdienstes ohne Ergebnisindikatoren wenig informativ. Beispielsweise werden bestimmte Übersetzungsdienste den Patientinnen und Patienten nur selten angeboten, da die Kosten dafür vom Spital getragen werden müssen. Das Pilotprojekt soll die Verfügbarkeit der Daten belegen, aber es müssen noch Analysen zur Datenqualität folgen und zum konkret erhobenen Grad der Versorgungsgerechtigkeit in den untersuchten Spitälern.

Politische Auswirkungen und Verbesserungsansätze

Ein erster Schritt zur Überwachung der Chancengerechtigkeit ist bereits machbar, wenn man sich ausschliesslich auf die von den Schweizer Spitälern und dem ANQ routinemässig erhobenen Daten stützt. Es ist also möglich, die Spitälern zu ermutigen, diese Indikatoren zu nutzen, um einen Vergleich und ein Benchmarking zwischen Spitälern zu ermöglichen, wirksame Strategien zur Verbesserung der Chancengerechtigkeit aufzuzeigen und die Bereiche zu ermitteln, die von mehr Investitionen profitieren könnten. Infrastrukturen wie SPHN (Swiss personalized health network) (43) können die Bewertung von Chancengerechtigkeitsindikatoren mittels landesweit ausgetauschten anonymisierten Daten ermöglichen. Dies würde die Arbeit zentralisieren und verhindern, dass kleine Spitälern zu viel Aufwand haben, um die Indikatoren regelmässig bereitzustellen. Manche Einrichtungen wie das USZ haben bereits eine bessere routinemässige Erhebung von Indikatoren. Andere wie das HUG und das Spital Mendrisio haben demgegenüber einen weniger umfassenden Datenumfang für die Messung der Indikatoren.

Bestimmte Variablen, die eine Einschätzung von Bevölkerungsgruppen in vulnerablen Verhältnissen ermöglichen, werden nicht gemessen. Die Daten zur Patientenzufriedenheit des ANQ sind beispielsweise anonym und ermöglichen daher keine Erstellung von stratifizierten Chancengerechtigkeitsindikatoren zu Risikogruppen, da sie keine Informationen zu den Patientinnen und Patienten liefern. Um dies zu ändern, müsste entweder die Patientenzufriedenheit in

jeder Einrichtung erhoben werden, wobei das Risiko einer mangelnden Standardisierung aufgrund der unterschiedlichen Wahl von Zufriedenheitsfragebögen besteht, oder der ANQ müsste die Zufriedenheit anders erheben, damit die Zufriedenheitsdaten einen Rückschluss auf persönliche Patientendaten zulassen. Weitere Beispiele sind der Status «ohne festen Wohnsitz», der oft fehlt, oder das Geschlecht, das immer in dichotomer Form erfasst wird und damit weit von der Realität des Genderspektrums entfernt ist, mit dem sich LGBTIQ+-Patientinnen und -Patienten identifizieren. Ausserdem bildet die Variable Geschlecht oft das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht ab und nicht das soziale Geschlecht des Patienten oder der Patientin zu einem bestimmten Zeitpunkt. Diese Informationslücke könnte durch eine vermehrte Erfassung von Variablen geschlossen werden, die mit den Patientinnen und Patienten zu tun haben, aber keine medizinischen Daten sind. Eine Stossrichtung könnte sein, das Gespräch mit den Bevölkerungsgruppen zu suchen, die dem Risiko von Chancenungerechtigkeiten ausgesetzt sind, um besser zu verstehen, wo die Grenze zwischen ihrem Privatleben und der Informationserfassung zur Ermittlung allfälliger Chancenungerechtigkeiten zu ziehen ist.

Sobald die Indikatoren in den Spitälern implementiert sind, lassen sich diejenigen Einrichtungen erkennen, die bei bestimmten Indikatoren eine bessere Chancengerechtigkeit aufweisen. Es sind dann spitalübergreifende Recherchen zur Datenqualität und zur konkreten Chancengerechtigkeitslage erforderlich, um die Erfolgsfaktoren besser zu verstehen. Daraus könnten Verbesserungsansätze für andere Schweizer Gesundheitseinrichtungen abgeleitet werden.

Dieses Projekt hat in der Forschung echtes Interesse an der Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung geweckt, was für die Zukunft der Chancengerechtigkeit und der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen ermutigend ist. Aus Sicht der Forschenden sollte dies alle Akteure anspornen, die Chancengerechtigkeit mithilfe dieser neu entwickelten Indikatoren zu bewerten.

Insgesamt hat dieses Projekt einerseits die unmittelbare Messbarkeit der Versorgungsgerechtigkeit in der Schweiz veranschaulicht, andererseits aber auch aufzeigt, was vertieft werden müsste, um eine bessere Kenntnis der Chancenungerechtigkeiten im klinischen Kontext zu gewinnen:

- Die vom ANQ erhobene Patientenzufriedenheit kann zurzeit nicht gemäss Vulnerabilitätskriterien ausgewertet werden.
- Bestimmte Patientendaten wie die Genderidentität in einem Spektrum oder der Status «ohne festen Wohnsitz» werden nicht erhoben, so dass die Chancenungerechtigkeiten im Zusammenhang mit diesen Vulnerabilitätskriterien nicht ersichtlich sind.
- Die Verfügbarkeit von Daten zur Erstellung der Indikatoren widerspiegelt weder die effektive Chancengerechtigkeit noch die Qualität der Daten, zum Beispiel in Bezug auf die gesprochene Sprache.
- Diese erste Indikatorenliste bildet daher nur einen kleinen Teil der Chancengerechtigkeit ab und muss sicherlich noch erweitert werden.

Alle erstellten Unterlagen sind frei zugänglich: Indikator-Datenblätter, vollständige Liste der Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien und ihre Bewertung sowie die nicht berücksichtigten Themen. Wir hoffen, auf diese Weise alle Projekte zur Messung oder Verbesserung der Chancengerechtigkeit zu erleichtern, so dass wir gemeinsam eine gerechtere und damit qualitativ hochwertigere Gesundheitsversorgung für die Schweiz aufbauen können.

Verzeichnis der Anhänge

- Anhang 1: Strategie für die Literaturrecherche
- Anhang 2: Broschüre zur Rekrutierung der Expertengruppe
- Anhang 3: alle für die Abstimmungsrunden verwendeten REDCap-Fragebögen
- Anhang 4: Liste aller vorgeschlagenen Indikatoren und Vulnerabilitätskriterien
- Anhang 5: vorgeschlagene Themen
- Anhang 6: Indikator-Datenblätter
- Anhang 7: Fragebogen zu den Strukturindikatoren
- Anhang 8: Liste der in die Vorkonsultation einbezogenen Partner

Bibliografie

1. World Health Organization website. Fact sheet: Quality health services [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Mayberry RM, Nicewander DA, Qin H, Ballard DJ. Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. *Proc Bayl Univ Med Cent.* 2006 Apr;19(2):103–18.
3. Culbert J. Health Equity: Prioritization, Perception, and Progress. *Inst Healthc Improv.* 2021;IHI 2021 Pulse Report.
4. OECD Study on Measuring Equity of Access to Health Care - OECD [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/oecdstudyonmeasuringequityofaccesstohealthcare.htm>
5. World Health Organization website. Quality of healthcare infographic [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: https://www.who.int/images/default-source/infographics/quality-of-care/equity.png?sfvrsn=da343895_1
6. World Health Organization website. Health topic: Equity [Internet]. World Health Organization website. [cited 2023 Apr 11]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-equity>
7. Weber D. Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK); 2020.
8. Davidson C, Denning S, Cains C, Belfort MA, Gandhi M. 20 Examining the effect of quality initiatives on decreasing racial disparities in maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Feb 1;224(2):S14.
9. Lay B, Lauber C, Nordt C, Rössler W. Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Mar;41(3):199–207.
10. Braun AL, Kässner A, Syrogiannouli L, Selby K, Bulliard JL, Martin Y, et al. Association between colorectal cancer testing and insurance type: Evidence from the Swiss Health Interview Survey 2012. *Prev Med Rep.* 2020 Sep;19:101111.
11. Choi ES, Wiseman T, Betihavas V. Biomedical, Socioeconomic and Demographic Predictors of Heart Failure Readmissions: A Systematic Review. *Heart Lung Circ.* 2021 Jun;30(6):817–36.
12. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19–31.
13. Hart JT. THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet.* 1971 Feb 27;297(7696):405–12.
14. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet Lond Engl.* 2021 Feb 27;397(10276):828–38.
15. Sandoval JL, Theler JM, Cullati S, Bouchardy C, Manor O, Gaspoz JM, et al. Introduction of an organised programme and social inequalities in mammography screening: A 22-year population-based study in Geneva, Switzerland. *Prev Med.* 2017 Oct;103:49–55.

16. Burton-Jeangros C, Cullati S, Manor O, Courvoisier DS, Bouchardy C, Guessous I. Cervical cancer screening in Switzerland: cross-sectional trends (1992-2012) in social inequalities. *Eur J Public Health*. 2017 Feb 1;27(1):167–73.
17. Jolidon V, De Prez V, Willems B, Bracke P, Cullati S, Burton-Jeangros C. Never and under cervical cancer screening in Switzerland and Belgium: trends and inequalities. *BMC Public Health*. 2020 Oct 7;20(1):1517.
18. Mühlberger N, Sroczynski G, Esteban E, Mittendorf T, Miksad RA, Siebert U. Cost-effectiveness of primarily human papillomavirus-based cervical cancer screening in settings with currently established Pap screening: a systematic review commissioned by the German Federal Ministry of Health. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2):184–92.
19. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghate S, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1615–34.
20. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013 Jun 11;108(11):2205–40.
21. Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K, et al. Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*. 2021 Sep 1;6(9):e683–91.
22. Morisod K, Durand MA, Selby K, Le Pogam MA, Grazioli VS, Sanchis Zozaya J, et al. Asylum Seekers' Responses to Government COVID-19 Recommendations: A Cross-sectional Survey in a Swiss Canton. *J Immigr Minor Health*. 2022 Dec 12;1–10.
23. Morisod K, Grazioli VS, Schlüter V, Bochud M, Gonseth Nusslé S, D'Acremont V, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 infection and associated risk factors among asylum seekers living in asylum centres: A cross-sectional serologic study in Canton of Vaud, Switzerland. *J Migr Health*. 2023;7:100175.
24. Solar O, Valentine N, Castedo A, Brandt GS, Sathyandran J, Ahmed Z, et al. Action on the social determinants for advancing health equity in the time of COVID-19: perspectives of actors engaged in a WHO Special Initiative. *Int J Equity Health*. 2023 Jan 24;21(3):193.
25. Mongin D, Cullati S, Kelly-Irving M, Rosselet M, Regard S, Courvoisier DS, et al. Neighbourhood socio-economic vulnerability and access to COVID-19 healthcare during the first two waves of the pandemic in Geneva, Switzerland: A gender perspective. *EClinicalMedicine*. 2022 Apr;46:101352.
26. Yi H, Ng ST, Farwin A, Pei Ting Low A, Chang CM, Lim J. Health equity considerations in COVID-19: geospatial network analysis of the COVID-19 outbreak in the migrant population in Singapore. *J Travel Med*. 2021 23;28(2).
27. Genovese E, Page KR, Cailhol J, Jackson Y. Learning from the COVID-19 pandemic response to strengthen undocumented migrant-sensitive health systems: case studies from four countries. *Lancet Reg Health - Eur*. 2023 Feb 28;100601.
28. BMJ. Neglect of low-income migrants in covid-19 response [Internet]. *The BMJ*. 2020 [cited 2023 May 19]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/29/neglect-of-low-income-migrants-in-covid-19-response/>
29. Vincent C, Staines A. Enhancing the quality and safety of swiss healthcare. Federal Office of Public Health on quality and safety of healthcare in Switzerland; 2019 Jun.

30. Chiolero A, Cullati S, Tancredi S, Méan M, Rodondi N, Raileanu LE, et al. De la pratique fondée sur les preuves à l'amélioration de la qualité pour des soins de haute valeur centrés sur le patient. *Rev Med Suisse*. 2022 Jul 13;790:1402–5.
31. Chiolero A, Buckeridge D, Cullati S. Renforcer la culture de la surveillance sanitaire et du monitoring de la santé des populations. *Rev Med Suisse*. 2021 Mar 17;730:534–7.
32. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001 Nov 1;53(9):1149–62.
33. Sivashanker K, Duong T, Resnick A, Eappen S. Health Care Equity: From Fragmentation to Transformation. *Catal Non-Issue Content [Internet]*. 2020 Sep [cited 2023 May 19];1(5). Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0414>
34. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23;260(12):1743–8.
35. Lorini C, Porchia BR, Pieralli F, Bonaccorsi G. Process, structural, and outcome quality indicators of nutritional care in nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 26;18(1):43.
36. Panczak R, Galobardes B, Voorpostel M, Spoerri A, Zwahlen M, Egger M. A Swiss neighbourhood index of socioeconomic position: development and association with mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Dec;66(12):1129–36.
37. Kounev S, Lange KD, Kistowski J von. Standardization. In: Kounev S, Lange KD, von Kistowski J, editors. *Systems Benchmarking: For Scientists and Engineers [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2021 Nov 25]. p. 203–27. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-41705-5_9
38. Spycher J, Morisod K, Egli Y, Moschetti K, Le Pogam MA, Peytremmann-Bridevaux I, et al. Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. *New Evidence and Challenges. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP*. 2021.
39. Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Serv Res*. 2017 Nov 29;17(1):789.
40. Zumbunn A, Bachmann N, Bayer-Oglesby L, Joerg R, SIHOS Team. Social disparities in unplanned 30-day readmission rates after hospital discharge in patients with chronic health conditions: A retrospective cohort study using patient level hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PloS One*. 2022;17(9):e0273342.
41. Buser S, Gessler N, Gmuender M, Feuz U, Jachmann A, Fayyaz J, et al. The use of intercultural interpreter services at a pediatric emergency department in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2022 Nov 17;22(1):1365.
42. Hudelson P, Dominice Dao M, Perneger T, Durieux-Paillard S. A 'migrant friendly hospital' initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PloS One*. 2014;9(9):e106758.
43. SPHN - Swiss Personalized Health Network (SPHN) [Internet]. SPHN. [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://sphn.ch/>