



Qualitätscontrolling



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Ausgangslage.....	3
2.1. Rechtsgrundlagen.....	3
2.2. Historische Entwicklung kantonaler Qualitätsvorgaben	4
3. Ziele.....	5
3.1. Zielsetzung der Qualitätsprogramme	5
4. Aufbau Qualitätsprogramme	6
4.1. Kurzübersicht Qualitätsprogramme	6
4.2. Zeitplan Qualitätsprogramme	7
4.3. Aktuelle Qualitätsprogramme	7
5. Qualitätsanalysen	7
5.1. Einbezug von Fachexperten	8
5.2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren.....	8
5.3. Intervall der Analysen/Reports.....	8
5.4. Anonymität	8
5.5. Auswertungsebene Spitäler vs. Operateure/Operateurinnen	9
5.6. Zugang zu Analysen und Reports	9
5.7. Aufbau Qualitätsanalysen.....	10
5.8. Register von Fachgesellschaften.....	10
5.9. Validierung der Risikoadjustierungen	10
6. Qualitätszirkel.....	11
6.1. Organisation und Ablauf	11
6.2. Verantwortung/Funktionen.....	11
6.3. Auffälligkeiten.....	12
7. Herausforderungen und Risiken	12
7.1. Mögliche Herausforderungen	12
7.2. Risikomanagement	12
8. Methodik Datenanalyse	13
8.1. Datengrundlage	13
8.2. Qualitätsindikatoren	15
8.3. Risikoadjustierung.....	16
8.4. Validierungsprozess.....	16
9. Schlussfolgerungen und Ausblick	16

Disclaimer: Das folgende Konzept beschreibt den Aufbau und die Details der kantonalen Qualitätsprogramme. Spezifische Informationen zu den individuellen Qualitätsprogrammen werden in konkretisierten Unterlagen veröffentlicht.

1. Einleitung

Das Thema Qualität ist in der Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung. Bereits heute gibt es nationale Bestrebungen, die Versorgungsqualität der Schweizer Spitäler zu messen und zu vergleichen.

So fordert beispielsweise das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) schweizweite Spitalvergleiche zur medizinischen Ergebnisqualität, welche jährlich vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert werden. Die gemessenen Qualitätsindikatoren umfassen unter anderem Fallzahlen, Mortalitätszahlen und Aufenthaltsdauer.

Neben dem BAG veröffentlicht auch der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) jährlich national verfügbare Spitalvergleiche für die Fachbereiche Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Vergleiche umfassen neben der Patientenzufriedenheit weitere, fachbereichsspezifische Messungen (z.B. Sturz und Dekubitus in der Akutsomatik).

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) betreibt Qualitätskontrollen im Bereich der Fachfragen und die kantonalen Ärztegesellschaften im Bereich der Umsetzungsfragen¹. Die Fachgesellschaften koordinieren gesundheitsbezogene Register, wie beispielsweise das Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie, welche zur Transparenz medizinischer Leistungen und zur Qualitätssicherung beitragen.

Auch der Kanton Zürich ist auf kantonaler Ebene bestrebt, die Versorgungsqualität kontinuierlich zu verbessern. So erfolgte mit Regierungsratsbeschluss (RRB) Nr. 746/2017 parallel zur Einführung der Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur auch der Auftrag zur Implementierung eines Qualitätscontrollings mit dem Ziel, die Qualität nachhaltig anzuheben.

2. Ausgangslage

2.1. Rechtsgrundlagen

Auf Bundesebene

Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Bei der Planung der bedarfsgerechten Versorgung durch die Kantone sind unter anderem die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung zu beurteilen (Art. 58b Abs. 4 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV, SR 832.102]). Hierfür können die Ergebnisse national durchgeführter Qualitätsmessungen als Kriterien für die Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt werden (Art. 58d Abs. 3 KVV).

Kantonal

Gemäss dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz des Kantons Zürich (SPFG, LS 813.20) erteilt der Regierungsrat den Spitälern und Geburtshäusern Leistungsaufträge, die unter anderem an Qualitätsanforderungen geknüpft sind (§ 7 lit. c SPFG). Diese Anforderungen können durch die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich weiter ausgeführt werden (§ 7 Abs. 2 lit. b SPFG).

Der Kanton, vertreten durch das Amt für Gesundheit (AFG) der Gesundheitsdirektion Zürich, überprüft regelmässig die Erfüllung der Leistungsaufträge und die Einhaltung der Anforderungen (§ 21 Abs. 1 SPFG). Obwohl ein Grossteil des Qualitätscontrollings datenbasiert stattfinden kann, müssen gewisse Anforderungen anhand von Unterlagen oder durch Kontrollen vor Ort überprüft werden.

¹ <https://www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/saqm.cfm>.

Die Gesundheitsdirektion ist befugt, betriebs- und patientenbezogene Daten von den Spitälern und Geburtshäusern zu bearbeiten, soweit sie für den Vollzug des SPFG und des KVG benötigt werden, insbesondere für die Durchführung der Spitalplanung, Überprüfung der Preis- und Kostenentwicklung, Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zweckmässigkeit der Leistungserbringung sowie für die Erstellung von Qualitätsvergleichen und die Information der Bevölkerung über die Ergebnisse (§ 17 Abs. 1 SPFG).

2.2. Historische Entwicklung kantonaler Qualitätsvorgaben

Mit Regierungsratsbeschluss (RRB) Nr. 746/2017 erfolgte parallel zur Einführung der Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur auch der Auftrag für die Schaffung eines Qualitätscontrollings mit dem Ziel, die Qualität nachhaltig anzuheben. Die Strategie für die Umsetzung des Qualitätscontrollings basierte ursprünglich auf den folgenden zwei Pfeilern: 1. Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaften (Register) und 2. Qualitätssicherung durch Zertifikate.

Mit RRB Nr. 970/2023 wurde sodann ein Paradigmenwechsel eingeleitet, indem künftig auf zusätzliche Register sowie auf Vorgaben zu Zertifikaten weitgehend verzichtet wird. Stattdessen sollen Qualitätsmessungen verstärkt auf Basis bereits vorhandener Daten (Routinedaten) erfolgen.

Register: Früher und heute

Die zunehmende Anzahl von Registern führte in den Spitälern zu einem wachsenden administrativen Aufwand. Zudem veröffentlichten nicht alle Register regelmässige Qualitätsberichte, die jedoch für eine transparente und gemeinsame Diskussion zur Qualität von zentraler Bedeutung sind.

Das AFG war in Bezug auf die Register auf die Fachgesellschaften angewiesen. Beschlossen Fachgesellschaften, ein Register einzustellen oder keine Qualitätsberichte mehr zu erstellen, musste das AFG dies akzeptieren und auf ein wichtiges Instrument zur Qualitätskontrolle verzichten.

Um die klinische Qualität kontinuierlich zu überwachen und den administrativen Aufwand für die Spitäler zu minimieren, hat sich das AFG entschieden, Daten der nationalen Spitalstatistiken (Routinedaten) für die Qualitätsmessungen zu verwenden. In einzelnen Fachbereichen bleiben jedoch weiterhin spezifische Register vorgeschrieben.

Zertifikate: Früher und heute

Es wurde festgestellt, dass ungeschützte Bezeichnungen wie "Zertifikate" oder "Labels" auch im Gesundheitswesen zunehmend inflationär verwendet werden und hinsichtlich der Anforderungen erhebliche Unterschiede aufweisen. Deshalb hat das AFG entschieden, den Aufbau zusätzlicher Zertifikate nicht weiter zu fördern. Der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG-Zertifizierung) misst das AFG jedoch einen hohen Stellenwert bei und erkennt den erheblichen Aufwand, den die Kliniken im Rahmen dieser Zertifizierungen erbringen.

3. Ziele

3.1. Zielsetzung der Qualitätsprogramme

Aufgrund der im Kapitel 2 ausgeführten Ausgangslage ergeben sich für den Kanton Zürich folgende Zielsetzungen für die Qualitätsprogramme:

Übergeordnet:

1. Förderung der Qualitätsentwicklung
2. Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität im Kanton Zürich

Weitere Ziele:

3. Kantonale Anforderungen
 - Unabhängiges Qualitätscontrolling ermöglichen
 - Valide, belastbare Aussage zur klinischen Qualität
4. Unterstützung der Spitäler
 - Den Spitätern wird ein Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem sie einfache, klare und pragmatische Aussagen zu ihrer klinischen Qualität erhalten können
 - Aufzeigen von Potenzialen, in denen Leistungserbringer durch Effizienzsteigerungen oder Qualitätsverbesserungen Kosten senken können
 - Reduktion der administrativen Belastung der Spitäler durch die pragmatische Nutzung vorhandener Routinedaten
 - Möglichkeit zur Sichtbarmachung der eigenen Qualität am Markt, sollten die Ergebnisse nach der Validierung partiell öffentlich zugänglich gemacht werden
 - Zugang zu strukturierten Qualitätszirkeln, in denen sich die Teilnehmenden zu Themen wie Qualität, Best Practices, aktuellen Guidelines und weiteren relevanten Aspekten austauschen können
 - Zugang zu zusätzlichen Reports zur Unterstützung der Qualitätsarbeit
5. Unterstützung der Bevölkerung
 - Durch die Erarbeitung verlässlicher und aussagekräftiger Qualitätsindikatoren für die klinische Qualität kann künftig die Möglichkeit geschaffen werden, validierte und für die Öffentlichkeit relevante Resultate in transparenter und geeigneter Form bereitzustellen
6. Unterstützung der Fachgesellschaften

Die fortlaufende Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften hat gezeigt, dass folgende Ziele erreichbar sind:

 - Überprüfung der Vollständigkeit und Sicherstellung der Datenqualität ihrer Register
 - Entwicklung von Möglichkeiten, um den Zugang zu Abrechnungsdaten zu ermöglichen
 - Erarbeitung von Ansätzen zur Reduzierung von redundanten Parametern in ihren Registern
7. Unterstützung weiterer Kantone
 - Weitere Kantone können sich auf Wunsch den Qualitätsprogrammen anschliessen, was mit dem Kanton St. Gallen bereits erfolgte.
8. Unterstützung der Eidgenössischen Qualitätskommission
 - Die Initiative im Kanton Zürich kann als Pilotprojekt dienen, um neue Modelle und Ansätze zu erproben. Bei erfolgreicher Umsetzung können diese auf nationaler Ebene übernommen werden

4. Aufbau Qualitätsprogramme

Die Zürcher Qualitätsprogramme basieren auf zwei Säulen:

1. Qualitätsanalysen
2. Qualitätszirkel

4.1. Kurzübersicht Qualitätsprogramme

1. **Qualitätsanalysen**
In enger Zusammenarbeit mit Expertengruppen, Fachgesellschaften und den Spitälern erarbeitet die Koordinationsstelle (AFG) Qualitätsanalysen. Soweit möglich werden bereits vorhandene Routinedaten verwendet. Diese werden bei Bedarf durch zusätzliche Parameter auf Fallebene ergänzt.
Die erarbeiteten Risikoadjustierungsmodelle für einzelne Qualitätsindikatoren werden extern validiert, um eine zulässige Vergleichbarkeit der Spitäler zu gewährleisten.
2. **Qualitätszirkel**
Innerhalb der jährlichen Qualitätszirkel werden die erarbeiteten Qualitätsanalysen präsentiert und gemeinsam weiterentwickelt. Ziel ist es, transparente Qualitätsdiskussionen zu ermöglichen und so ein gemeinsames Lernen und die kontinuierliche Verbesserung der Qualität zu fördern.

Die Qualitätsanalysen und die Qualitätszirkel, in denen diese vorgestellt und diskutiert werden, verfolgen die folgenden Ziele:

- Den Spitalern gezielte Rückmeldungen zu Ihrer Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität geben, um die kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu unterstützen
- Dem Kanton ein systematisches Qualitätsmonitoring sowie den Vergleich der Spitäler gemäss §7 Abs. 1 lit. c und §17 Abs. 1 lit. b und c SPFG ermöglichen

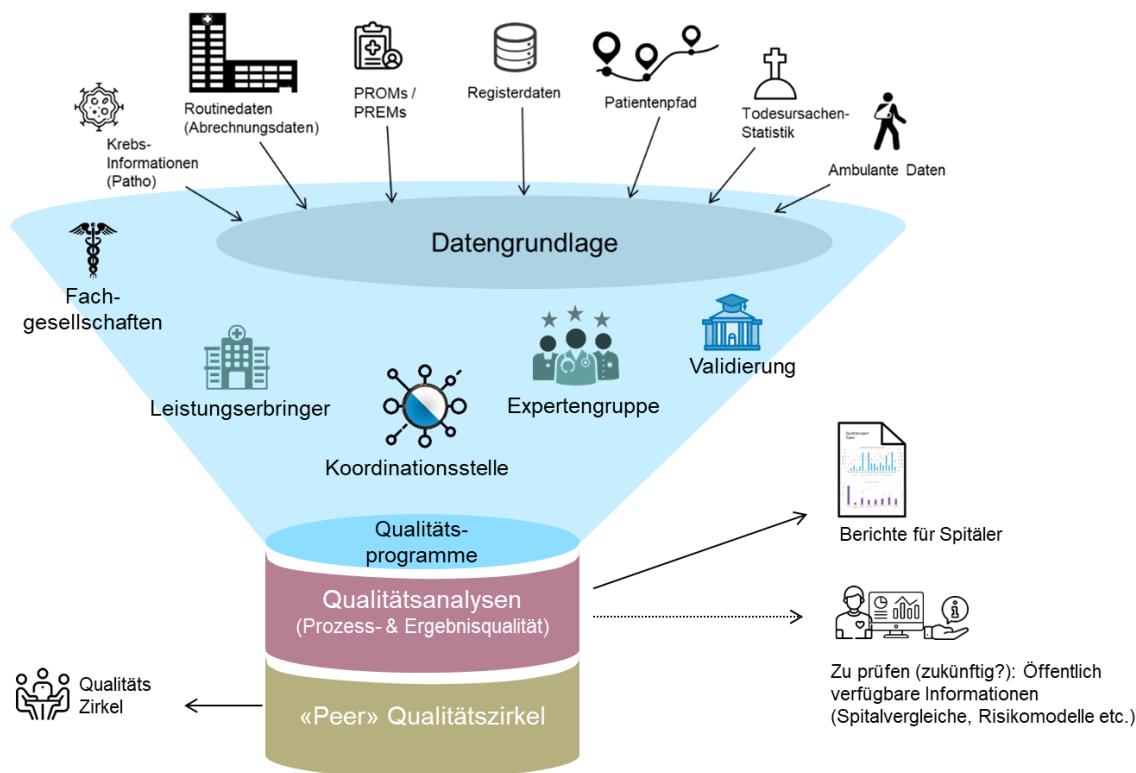


Abbildung 1: Eigene Darstellung zum Aufbau der Qualitätsprogramme

4.2. Zeitplan Qualitätsprogramme

Wie in Abbildung 2 dargestellt, liegt der Fokus im ersten Halbjahr jeweils auf den Hintergrundarbeiten zu den Qualitätsprogrammen. Dabei werden der Zugang zu fehlenden Daten verbessert, neue Programme evaluiert sowie Inhalt, Struktur und Ablauf bestehender Programme verbessert.

Ende Sommer werden die Termine für die jeweils im Herbst/Winter geplanten Qualitätszirkel koordiniert. Im Herbst finden für jedes Qualitätsprogramm Workshops mit ausgewählten Fachexperten statt, in welchen die Reports (inkl. Indikatoren) vom Vorjahr optimiert und weiterentwickelt werden. Zudem werden die Ergebniskennzahlen und deren Risikoadjustierungsmodelle weiter präzisiert und ausgeweitet. Die Qualitätszirkel finden im Anschluss jeweils im November statt.

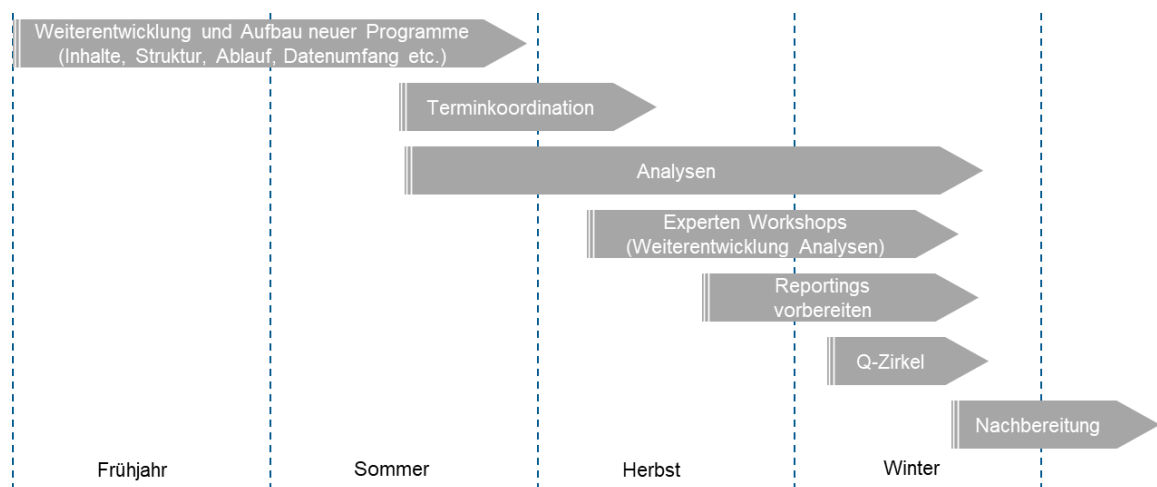


Abbildung 2: Organisatorischer Ablauf der Qualitätsprogramme

4.3. Aktuelle Qualitätsprogramme

Qualitätsprogramme im Aufbau (Stand 2024):

1. Herzchirurgie
2. Gefäßchirurgie
3. Viszeralchirurgie (Kolon)
4. Orthopädie (Knie-/Hüftprothetik)
5. Urologie (Prostatektomien)

5. Qualitätsanalysen

Das folgende Kapitel beschreibt primär die Organisation der Qualitätsanalysen. Technische Details (Daten, Methodik, Validierung) werden im Kapitel 8 aufgeführt.

Das Ziel der Qualitätsanalysen ist ein aussagekräftiger und fairer Vergleich der klinischen Qualität der Spitäler. Diese Analysen liefern wertvolle Kenntnisse, welche für die Qualitätssicherung und -entwicklung genutzt werden können. Damit die Spitalvergleiche belastbar sind, müssen sich die Analysen auf möglichst objektive Datenquellen stützen und, wo notwendig, um zusätzliche Daten ergänzt werden. Zudem ist die Berücksichtigung von Patientencharakteristika unerlässlich, um faire Spitalvergleiche zu gewährleisten (Krankheitsgrad, Nebendiagnosen, Patientengeschichte, Patientenwünsche etc.).

5.1. Einbezug von Fachexperten

Für die Entwicklung und den Aufbau der Qualitätsanalysen ist eine enge Zusammenarbeit mit Fachexperten der Spitäler sowie mit kantonalen und/oder nationalen Fachgesellschaften unerlässlich. Nur wenn die Fachexperten ihre Arbeit in den entwickelten Qualitätsindikatoren wiedererkennen und diese anerkennen, kann ein konstruktiver Diskurs zur Qualität entstehen, der die Qualitätsentwicklung fördert.

Jedes Qualitätsprogramm wird von einer Expertengruppe fachlich unterstützt, die dem AFG beratend zur Seite steht. Die Expertengruppe wird vom AFG zusammengesetzt und aus organisatorischen Gründen klein gehalten. In der Regel sind Fachexpertinnen und -experten der Zürcher Listenspitäler sowie ausserkantonalen Spitäler, die an den Qualitätsprogrammen teilnehmen, in der Expertengruppe vertreten. Ebenfalls vertreten sind die Registerverantwortlichen der nationalen Fachgesellschaften, sofern in den jeweiligen Fachbereichen Register vorhanden sind und eine Zusammenarbeit mit der jeweiligen Fachgesellschaft besteht. Die Expertengruppen beraten das AFG fachlich, beantworten Fragen und wirken somit aktiv bei der Ausgestaltung der Analysen und Reports mit. Die Zusammensetzung der Expertengruppen wird jährlich in den Qualitätszirkeln diskutiert und gegenüber den Spitälern transparent kommuniziert.

5.2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren können nur basierend auf verfügbaren und verlässlichen Daten erarbeitet werden. Fehlen Daten für aussagekräftige Qualitätsindikatoren, müssen Lösungen entwickelt werden. Stehen die notwendigen Daten zur Verfügung, entscheiden einerseits die Fachexperten über den Inhalt und die Aufbereitung der Analysen und Reports. Andererseits wird auf anerkannte internationale und/oder nationale Fachliteratur sowie auf neu generiertes Wissen aus den verfügbaren Daten (explorative Herangehensweise) zurückgegriffen. Die statistische Aufbereitung und Risikoadjustierung muss extern überwacht und validiert werden. Vorschläge für weitere und aussagekräftigere Qualitätsindikatoren können von den Teilnehmenden in den jährlichen Qualitätszirkeln eingebracht werden, ebenso wie von der Expertengruppe oder weiteren involvierten Partnern, wie den Fachgesellschaften.

Aufgaben	Rolle AFG	Rolle Fachexperten
Auswahl Qualitätsindikatoren	Sammelt und macht Vorschläge	Bringt Input und entscheidet
Aufbereitung der Qualitätsindikatoren (Reports)	Macht Vorschläge	Bringt Input und entscheidet
Risikoadjustierung für Spitalvergleiche	Macht Vorschläge	Bringt Input und entscheidet

5.3. Intervall der Analysen/Reports

Die Qualitätsanalysen werden jährlich durchgeführt und basierend darauf werden ebenfalls jährlich Reports erstellt.

5.4. Anonymität

Anonyme Darstellungen erschweren eine offene und kollegiale Diskussion über Qualität. Daher strebt das AFG transparente Analysen/Reports an, in denen die Teilnehmenden die Namen der involvierten und dargestellten Spitäler sehen. Jede teilnehmende Klinik stimmt dem Transparenzprinzip zu und erhält nicht nur ihre eigenen Daten, sondern sieht auch gleichzeitig die Resultate der anderen Kliniken. Dies fördert die Qualitätsentwicklung, birgt jedoch auch das Risiko eines Missbrauchs. Zentral ist daher das Vertrauen in die Teilnehmenden,

dass diese Informationen nicht ausserhalb ihrer Klinik weitergegeben oder missbraucht werden. Die Analysen und Reports sind daher vertrauliche, klinikintern zu behandelnde Dokumente.

Während der Aufbauphase von Qualitätsanalysen werden teilweise noch nicht validierte Qualitätsindikatoren sowie Risikoadjustierungsmodelle in den Qualitätszirkeln besprochen und gemeinsam weiterentwickelt. Obwohl in dieser Phase bereits Spitalvergleiche ausgewiesen werden, sind diese nicht belastbar.

5.5. Auswertungsebene Spitäler vs. Operateure/Operateurinnen

Für die Eingriffe, welche im Rahmen der Qualitätsprogramme betrachtet werden, sind mehrheitlich auch die jeweiligen Operierenden bekannt, weil diese Informationen mit den kodierten Daten mitgeliefert werden. Somit können Auswertungen nicht nur auf Ebene der Spitäler, sondern auch auf Ebene der Operierenden durchgeführt werden. Da die Ergebnisqualität jedoch nicht ausschliesslich von den Fähigkeiten der Operierenden abhängt, sind solche Auswertungen mit Risiken verbunden. Aus diesem Grund liegt der primäre Fokus der Qualitätsanalysen auf der Aggregationsebene «Spitäler». Auf Wunsch der am Qualitätszirkel teilnehmenden Spitäler können zukünftig auch Analysen auf Ebene der jeweiligen Operierenden zur Verfügung gestellt werden.

5.6. Zugang zu Analysen und Reports

- **Spitäler**
Zum aktuellen Zeitpunkt (Stand 2024) erhalten nur die Klinikleitungen, die am Qualitätszirkel teilnehmen, sowie die Spitaldirektionen der teilnehmenden Zürcher Listenspitäler Zugang zu den Reports. Sollten Spitäler weitere Involvierte (Bsp.: Direktionsmitglieder, Ärztliche Leitung oder Qualitätsmanagement) benennen und diese ebenfalls im Auftrag des Spitals an den Qualitätszirkeln teilnehmen, so erhalten auch diese Personen Kopien der Analysen.
- **Fachgesellschaften**
Nehmen Vertreter von Fachgesellschaften mit ihren Kliniken an den Qualitätszirkeln teil, erhalten sie Zugang zu den Reports. Ein Teilen der Reports mit Vertretern von Fachgesellschaften, deren Kliniken jedoch nicht am Qualitätsprogramm teilnehmen, ist derzeit nicht vorgesehen. In Ausnahmefällen kann dies ermöglicht werden, setzt jedoch stets das Einverständnis der teilnehmenden Spitäler voraus.
- **Andere Kantone**
Weitere Kantone erhalten nur dann Einblick in die Reports, wenn sie ihren Listenspitäler eine Teilnahme an den jeweiligen Qualitätsprogrammen vorschreiben.
- **Weitere Stakeholder**
Auf Wunsch des Verbands der Zürcher Krankenhäuser (VZK) werden die Analysen der Zürcher Listenspitäler jährlich ebenfalls mit dem VZK geteilt.

Weitere Gäste an Qualitätszirkeln (Bsp. Gäste aus anderen Kantonen) erhalten nur Zugang zu den geteilten Reports, wenn sie mit ihren Kliniken ebenfalls als Teilnehmende aufgeführt sind.
- **Öffentlichkeit**
Während der Aufbauphase der Qualitätsprogramme, in der die erarbeiteten Kennzahlen noch nicht validiert sind, ist ein Teilen einzelner relevanter Qualitätskennzahlen mit der Öffentlichkeit nicht vorgesehen. Nach Abschluss des Aufbaus, sobald die Reports

standardisiert und validiert sind, wird unter Einbezug der Expertengruppen sorgfältig geprüft, ob und in welchem Umfang die Analysen und Reports mit der Öffentlichkeit geteilt werden sollen. Es ist zu betonen, dass die Erarbeitung belastbarer und vergleichbarer Qualitätskennzahlen viel Sorgfalt erfordert und aufgrund der noch aufzubauenden Risikoadjustierungen und Validierungen von einem Prozess über mehrere Jahre ausgegangen wird.

- **Fachveranstaltungen und Kongresse**

Die Qualitätsanalysen enthalten sensitive Daten der Zürcher Spitäler. Werden Informationen aus den Analysen und Reports für Fachveranstaltungen verwendet, so ist eine Anonymisierung der Daten, insbesondere der Kliniken, zwingend erforderlich. Es ist sicherzustellen, dass keinerlei Rückschlüsse auf spezifische Kliniken möglich sind. Sollten Kennzahlen ausgewiesen werden, die auf noch nicht validierten Risikoadjustierungsmodellen basieren, ist dies deutlich zu kennzeichnen. Spitalvertreter, die Auszüge aus den Reports anderweitig präsentieren oder Dritten zugänglich machen, müssen ebenfalls sicherstellen, dass eine Anonymisierung erfolgt.

5.7. Aufbau Qualitätsanalysen

Wie bereits ausgeführt, basieren die Qualitätsanalysen primär auf den ohnehin vorhandenen Routinedaten (Medizinische Statistik, zukünftig SpiGes) der Spitäler. Sofern nötig und sinnvoll, werden diese um weitere Parameter ergänzt.

5.8. Register von Fachgesellschaften

In mehreren Fachbereichen, für welche Qualitätsprogramme bestehend, existieren national etablierte Register, die von den jeweiligen Fachgesellschaften koordiniert und den Spitälern befüllt werden. Diese sind vom AFG unabhängige Datensammlungen. Da viele Register detaillierte klinische Parameter enthalten, kann eine Verknüpfung der Routinedaten mit den Registerdaten sinnvoll sein. Das AFG hat gestützt auf § 17 Abs. 1 SPFG die Möglichkeit, auf diese Registerdaten zuzugreifen. Eine Verknüpfung kann für die Registerbetreiber und die involvierten Spitäler den Vorteil bieten, dass die Vollständigkeit und Qualität der Dokumentation in den Registern abgeglichen und allfällige Doppelspurigkeiten identifiziert werden können. Langfristig kann es sinnvoll sein, Doppelspurigkeiten zu reduzieren, um den administrativen Aufwand der Spitäler zu verringern. Das AFG kann hierbei unterstützend wirken, jedoch liegt die Entscheidung über die Inhalte der Register bei den Fachgesellschaften.

5.9. Validierung der Risikoadjustierungen

Um Spitalvergleiche in Bezug auf Prozess-/Indikations- und Ergebnisqualität erstellen zu können, sind Risikoadjustierungen erforderlich, welche die relevanten Unterschiede der Patientinnen und Patienten berücksichtigen (Patientengeschichte, Nebendiagnosen, weitere Behandlungen etc.). Nur so kann sichergestellt werden, dass ein fairer Vergleich der Spitäler erfolgt und keine Spitäler bevor- oder benachteiligt werden. Die Risikoadjustierungen werden intern entwickelt und extern validiert. Die Validierungen werden dabei eng vom AFG sowie der Expertengruppe der jeweiligen Fachbereiche begleitet. Ist die Validierung für eine Kennzahl abgeschlossen, so wird die Methodik der Risikoadjustierung und deren Validierung auf der Homepage vom AFG publiziert.

6. Qualitätszirkel

Das Ziel der Qualitätszirkel ist es, eine Plattform für die Spitäler zu schaffen, auf der vertrauensvoll und kollegial über Qualitätsfragen diskutiert werden kann. Dadurch soll die Qualitätsentwicklung im Kanton gefördert werden.

6.1. Organisation und Ablauf

Intervall: jährlich

- **Termine**
Das AFG koordiniert die Termine mit den jeweiligen Expertengruppen und versendet diese mit einer Vorlaufszeit von etwa sechs Monaten an die Spitaldirektionen der jeweiligen Listenspitäler.
- **Teilnehmende**
Für Listenspitäler im Kanton Zürich mit Leistungsaufträgen in Fachbereichen, in denen ein Qualitätsprogramm vorgeschrieben ist, ist die Teilnahme am jeweiligen Qualitätszirkel verpflichtend.² Es wird eine Teilnahme der Klinikleitung angestrebt (Chefärztinnen und Chefarzte). Weitere eng involvierte Ärztinnen und Ärzte können nach Rücksprache ebenfalls teilnehmen. Auf Wunsch der Kliniken kann zudem eine weitere Begleitperson hinzugezogen werden (Bsp. Ärztliche Direktion, Leitung Qualitätsmanagement etc.). Sollten mehrere Teilnehmende pro Klinik gewünscht sein, so muss dies vorgängig mit dem AFG abgesprochen werden

Um den VZK über die Inhalte und die Arbeitsweise der Qualitätszirkel zu informieren, kann auch eine Person im Namen des VZK am Qualitätszirkel anwesend sein.

Nach Rücksprache können auch weitere inner- sowie ausserkantonale Spitäler an den Qualitätszirkeln teilnehmen und Zugang zu den Analysen erhalten, sofern sie ihre Daten ebenfalls zur Verfügung stellen.
- **Vorabversand**
Auf Wunsch der Zürcher Spitaldirektionen erhalten die Spitäler vor dem Qualitätszirkel bereits vorläufige Analysen, um eine angemessene Vorbereitung zu ermöglichen. Dieser Vorabversand kann sich auf Fallzahlen und Prozesskennzahlen beschränken. Solange die Kennzahlen der Ergebnisqualität noch nicht validiert sind, werden diese beim Vorabversand nicht berücksichtigt. Sobald die Analysen und Reports finalisiert und standardisiert sind, kann ein umfassenderer Vorabversand in Betracht gezogen werden.
- **Protokoll**
Auf Wunsch der Zürcher Spitaldirektionen werden die Unterlagen des Qualitätszirkels (Präsentation sowie Kurzprotokoll) sowohl an die Teilnehmenden als auch an die jeweiligen Spitaldirektionen (in Kopie) versendet.

6.2. Verantwortung/Funktionen

Aktuell trägt das AFG die Hauptverantwortung für die Qualitätsprogramme. Sollten sich die Qualitätsprogramme jedoch in Zukunft auf nationaler Ebene entwickeln, wird das AFG seine Koordinationsrolle an die entsprechende Stelle übertragen.

² Siehe auch die Generellen Anforderungen an die Zürcher Listenspitäler.

6.3. Auffälligkeiten

Im Rahmen der Qualitätsanalysen werden möglicherweise Auffälligkeiten bei Spitälern festgestellt. Sollte dies der Fall sein, werden diese vor der Durchführung des Qualitätszirkels mit dem jeweiligen Spital besprochen, um eine frühzeitige Klärung zu ermöglichen. Um den Teilnehmenden am Qualitätszirkel einen offenen Diskurs zu ermöglichen, bietet das AFG an, den Raum während dieser Diskussionen zu verlassen. Dadurch soll den Anwesenden ermöglicht werden, auch politisch sensible Themen offen anzusprechen.

Hauptziel der Qualitätsanalysen und -zirkel ist, für die Spitäler einen internen Mehrwert zu bieten durch die Möglichkeit eines kollegialen Austauschs in einem geschützten und vertrauensvollen Rahmen. Die Verantwortung für die Umsetzung von Erkenntnissen aus den Qualitätszirkeln liegt bei den Spitälern. Nur bei deutlichen Auffälligkeiten, welche weder auf eine unzureichende Datenlage noch auf eine nicht finalisierte Auswertungsmethodik zurückzuführen sind, werden die Spitäler aufgefordert, eine Ursachenanalyse durchzuführen sowie Verbesserungsmassnahmen zu definieren und umzusetzen. Bei wiederholten Auffälligkeiten im Folgejahr müssen die Spitäler zusätzliche Massnahmen ergreifen und deren Umsetzung und Wirksamkeit überwachen. Sollten die Auffälligkeiten dennoch weiter bestehen bleiben, behält sich das AFG Massnahmen wie z.B. die Erteilung eines provisorischen Leistungsauftrags vor. Da jedoch eine Vertrauenskultur unter den Teilnehmenden für die Qualitätsentwicklung entscheidend ist, hat das AFG frühzeitig klargestellt, dass die Qualitätsprogramme primär der Eigenkontrolle dienen. Der Fokus liegt dabei auf dem Nutzen für die Spitäler, um Weiterentwicklungen anzustossen.

7. Herausforderungen und Risiken

7.1. Mögliche Herausforderungen

- **Akzeptanz der Qualitätsprogramme**
Um belastbare und faire Spitalvergleiche zu gewährleisten, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Werden beispielsweise nicht risikoadjustierte Daten verwendet, kann dies zu verzerrten und unfairen Vergleichen führen. Aus diesem Grund legt das AFG grossen Wert darauf, dass die Qualitätsanalysen vorerst nur innerhalb eines kleinen Kreises (Klinikleitungen und Spitaldirektionen) diskutiert werden. Dies ermöglicht, die Analysen bei Bedarf zu überarbeiten und weiterzuentwickeln.
- **Datenzugang**
Gewisse notwendige Parameter für die Analyse der Ergebnisqualität sind entweder nicht vorhanden oder nur schwer zugänglich.

7.2. Risikomanagement

- **Fehlender Datenzugang**
Sind für bestimmte Qualitätsindikatoren Parameter und Daten notwendig, die nicht anderweitig substituiert oder nicht mit vertretbarem Aufwand gewonnen werden können, muss der Aufbau dieser Qualitätsindikatoren pausiert werden, bis geeignete Daten verfügbar sind. In der Zwischenzeit können vorläufige, nicht validierte Schätzungen verwendet werden, welche jedoch mit höchster Sorgfalt zu interpretieren sind.

- **Einbezug von Expertengruppen**
Sind nationale oder kantonale Fachgesellschaften nicht bereit, im Rahmen der Qualitätsprogramme mitzuwirken, ist die Fachexpertise auf andere Weise sicherzustellen. Dies kann durch die Zusammenarbeit mit Expertengruppen geschehen.

8. Methodik Datenanalyse

8.1. Datengrundlage

Folgende Datengrundlagen werden verwendet:

8.1.1. Routinedaten

Als Routinedaten werden die im Rahmen der nationalen Spitalstatistiken erhobenen Daten (Medizinische Statistik, zukünftig SpiGes) bezeichnet. Diese werden, wo notwendig, mit kantonalen Daten ergänzt.

Vorteile der Routinedaten

- **Effiziente Datenerfassung**
Ein grosser Teil dieser Daten wird für Abrechnungszwecke durch die Spitäler ohnehin erfasst. Ein weiterer Teil dieser Daten wird schweizweit vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben. Dabei handelt es sich um eine Vollerhebung, das heisst, die Spitäler müssen diese Daten dem BFS liefern. Diese Daten sind somit unabhängig von den Qualitätsprogrammen verfügbar. Die Nutzung dieser Daten für Qualitätsanalysen generiert keinen Zusatzaufwand für die Spitäler (im Gegensatz zur manuellen Dokumentation der Registerdaten).
- **Vollständige Datenerfassung**
Im Gegensatz zu Registern oder anderen manuellen Datensammlungen sind Routinedaten (Abrechnungsdaten) in der Regel vollständig. Die Daten weisen eine gute Qualität auf, weil ein grosser Teil davon auch für die Abrechnung benötigt wird. Zudem werden die Daten im Rahmen der Datenerhebung intensiv geprüft.
- **Objektive Datenerfassung**
Da die Kodierung in den Spitälern in der Regel zentral erfolgt (und nicht durch jede Klinik individuell), kann von einer gewissen Objektivität ausgegangen werden. Zudem kann das Dokumentieren von Komplikationen für die Kodierabteilung aufgrund der Tarifmechanismen von Interesse sein.
- **Valide und nur begrenzt manipulierbare Datengrundlage**
Schweizweit gelten einheitliche Kodierrichtlinien und die Kodierung der Spitäler wird jährlich extern überprüft (Kodierrevision). Die entsprechenden Revisionsberichte liegen dem AFG vor. Sollten Fehlanreize für eine bestimmte Kodierpraxis bestehen, sind diese für alle Spitäler identisch und somit in ihrer Wirkung begrenzt.

Neben der jährlichen Kodierrevision gibt es auch statistische Methoden, mit denen auffällige Fälle gezielt auf mögliche Fehlkodierungen überprüft werden können.

- **Aktuelle Daten**

Für das AFG sind Routinedaten relativ zeitnah verfügbar. Bereits im Mai des Folgejahres können die Daten der Zürcher Spitäler genutzt werden, während die schweizweiten Daten im Herbst (September) folgen. Dies stellt sicher, dass die Analyse und Durchführung der Qualitätszirkel im darauffolgenden Jahr gewährleistet ist.

- **Unterscheidung zwischen Komplikationen und Komorbiditäten**

Seit 2024 kodieren die Zürcher Listenspitäler den Zusatzcode «present on admission» (POA)³. Dieser Code, der bei definierten Diagnosen angewendet wird, ermöglicht es den Spitälern, zu unterscheiden, ob eine Komplikation während des Spitalaufenthalts aufgetreten ist («not present on admission», also: nicht bei Eintritt vorhanden), oder ob es sich um eine bereits bestehende Komorbidität handelt, die «present on admission», also bei Eintritt bereits vorhanden war.

Mit diesem Zusatzcode können Spitäler ihre Komplikationen präziser identifizieren und selbständig messen. Der Code stärkt zudem das «once only»-Prinzip, weil die Kodierexperten der Spitäler die relevanten Informationen ohnehin lesen und kodieren, wodurch alle Daten zentral erfasst werden. Für eine korrekte Kodierung ist jedoch eine saubere klinische Dokumentation unerlässlich, insbesondere die Nennung von Komplikation in den klinischen Berichten.

Nachteile der Routinedaten

- **Nicht für Qualitätsanalysen vorgesehen**

Die Grundlage der Routinedaten bilden die ICD-Kodes (Diagnosekodes) sowie die CHOP-Kodes (Operationsklassifikationen). Diese Informationen werden primär für Abrechnungszwecke erfasst und gruppiert, wobei Qualitätsanalysen nicht das Hauptziel sind. Nichtsdestotrotz können diese Daten für Qualitätsanalysen verwendet werden, da sie auf umfassenden Klassifikationskatalogen basieren, die eine fundierte Auswertung ermöglichen.

- **Teilweise unzureichende Detailtiefe**

ICD- und CHOP-Kodes wurden nicht für die klinische Grundlagenforschung entwickelt. Daher können wichtige klinische Zusatzinformationen fehlen, die jedoch für die Analyse der Indikations- und Ergebnisqualität relevant wären. Es gilt somit festzustellen, welche klinischen Zusatzinformationen unverzichtbar sind und wie diese anderweitig erhoben werden können.

- **Entwicklung einer Systematik erforderlich**

Um Routinedaten für Qualitätsanalysen in den verschiedenen Fachbereichen verwenden zu können, muss für jeden Bereich eine spezifische Analysesystematik aufgebaut werden. Die Qualitätsindikatoren sowie die dazugehörige Systematik und Risikoadjustierung müssen individuell und eigenständig entwickelt werden, um den Besonderheiten des jeweiligen Fachbereichs gerecht zu werden.

8.1.2. Kantonale Zusatzdaten (SDEP)

Gestützt auf § 17 SPFG, kann das AFG neben den national vorgeschriebenen Routinedaten (Medizinische Statistik, zukünftig SpiGes) weitere Parameter zu erheben. Auf diese Weise können zusätzliche Patienteninformationen, Angaben zu den Operierenden sowie der neue Zusatzcode «present on admission» im kantonalen Datensatz erfasst werden.

³ https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/daten_und_statistik_der_listenspitaeler/datenerhebung/poa_informationen.pdf.

Dies unterscheidet den Zürcher Datensatz von demjenigen anderer Kantone. Werden für Qualitätsindikatoren schweizweite Daten verwendet (z.B. für eine Risikoadjustierung als Grundgesamtheit), so muss berücksichtigt werden, dass der kantonale vom nationalen Datensatz abweicht. Durch die Einführung von SpiGes ab Datenjahr 2024 wird der Unterschied zwischen den kantonalen und den nationalen Daten aber stark reduziert.

8.1.3. Patientenpfad

Bei Patienten aus dem Kanton Zürich kann der stationäre Patientenpfad über verschiedene Zürcher Kliniken hinweg nachvollzogen werden. Das bedeutet, dass vorherige stationäre Aufenthalte in Zürcher Spitälern sowie die dazugehörigen Diagnosen und Behandlungen in die Qualitätsanalysen einbezogen werden, unabhängig vom einzelnen Spital.

8.1.4. Patient Reported Outcome Measures (PROMs)

In einigen Qualitätsprogrammen (z.B. Urologie und Orthopädie) spielt der subjektive Behandlungserfolg eine zentrale Rolle als Qualitätsindikator (Ergebnisqualität). Aktuell sind die Erhebungsmethoden der Spitäler jedoch zu heterogen, um belastbare Aussagen bei Spitalvergleichen durchführen zu können. Um künftig solche Vergleiche zu ermöglichen, ist eine Standardisierung der PROMs sowie der Erfassungsmethodik erforderlich. Daher ist der Einbezug von PROMs in die Qualitätsprogramme erst für einen späteren Zeitpunkt geplant.

8.1.5. Klinische Parameter

Klinische Parameter, welche zur Bildung der Qualitätsindikatoren unerlässlich sind, müssen separat beschafft werden, falls sie nicht ausreichend in den Routinedaten abgebildet werden können. Das kann entweder durch ein Matching mit klinischen Registern oder durch eine zusätzliche Datenlieferung der Spitäler erfolgen.

8.1.6. Todesursachenstatistik

Die langfristige Überlebensrate der Patientinnen und Patienten (über die Spitalaufenthaltsdauer hinweg) ist eine zentrale Kennzahl für die Qualitätsprogramme. Das Ziel besteht darin, künftig durch den Zugriff auf die Todesursachenstatistik des BFS die Überlebensrate risikoadjustiert in die Analysen einbeziehen zu können.

8.1.7. Onkologische Zusatzinformationen

Ein Export von Daten aus dem kantonalen Krebsregister zur Nutzung für Qualitätsindikatoren (z.B. zur Risikoadjustierung anhand des Tumorstadiums) ist nicht möglich. Das Ziel ist es, einen Zugang zu den Daten zu erhalten, bevor sie im kantonalen Krebsregister erfasst werden, damit onkologische Zusatzinformationen künftig in die Analysen einbezogen werden können.

8.2. Qualitätsindikatoren

Das Qualitätscontrolling konzentriert sich auf die Indikations-, Prozess- und Ergebnisqualität.

8.2.1. Indikationsqualität

Losgelöst von den Qualitätsprogrammen hat der Kanton Zürich entschieden, bei zehn ausgewählten Indikationen ein spezifisches Qualitätscontrolling aufzubauen. Eine Expertengruppe Indikationsqualität unterstützt das Vorgehen und berät das AFG. Weitere Informationen dazu werden demnächst online zur Verfügung gestellt.

8.2.2. Prozessqualität

Die Aufenthaltsdauer (abhängig von Diagnosen/Behandlungen/Behandlungsarten oder weiteren Parametern) ist für die Spitäler eine der interessantesten Prozesskennzahlen und eignet sich hervorragend für Diskussionen in den Qualitätszirkeln. Weitere Prozesskennzahlen

wie die Eingriffsarten, Behandlungseigenheiten, Patientenpfade sowie diagnostische Tätigkeiten vor, während und nach den Eingriffen bieten den Spitälern spannende Vergleichsmöglichkeiten ihrer internen Prozesse.

8.2.3. Ergebnisqualität

Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, um belastbare Aussagen zur kurz- und langfristigen Ergebnisqualität im Kanton Zürich treffen zu können. In den Qualitätsprogrammen werden fachspezifische Komplikationen untersucht und allgemein die Art, der Auslöser und die Häufigkeit von Reoperationen und Rehospitalisationen sowie die Mortalität analysiert.

8.3. Risikoadjustierung

Das Kernstück der Qualitätsanalysen ist deren Risikoadjustierung, um faire und belastbare Spitalvergleiche bei den Qualitätsindikatoren zu ermöglichen. Die Risikoadjustierung wird für jeden Qualitätsindikator gemeinsam mit Fachexperten, unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur sowie statistischer Expertise, entwickelt.

8.4. Validierungsprozess

Nachdem die Risikoadjustierung erarbeitet wurde, muss sie extern validiert werden, um dem zugrundeliegenden Qualitätsindikator die erforderliche Glaubwürdigkeit zu verleihen. Der Validierungsprozess erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Expertengruppe und den Fachgesellschaften, durch ein anerkanntes wissenschaftliches Institut, und wird durch das AFG koordiniert.

9. Schlussfolgerungen und Ausblick

Mit den Qualitätsprogrammen verfolgt der Kanton Zürich das Ziel, die Versorgungsqualität nachhaltig anzuheben. Gleichzeitig soll die Kommunikation und Transparenz im Bereich der Qualität gefördert werden.

Derzeit konzentrieren sich die im Aufbau befindlichen Qualitätsprogramme ausschliesslich auf die Akutsomatik. Künftig sollen weitere Fach- und Versorgungsbereiche, wie Rehabilitation und Psychiatrie, integriert werden.