

**Bericht und Antrag
des Regierungsrates an den Kantonsrat
zum Postulat KR-Nr. 266/2007 betreffend
Einheitliches patientenorientiertes Qualitätssystem
für die Listenspitäler des Kantons Zürich
sowie Veröffentlichung der Ergebnisqualität**

(vom 9. Dezember 2009)

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 17. Dezember 2007 folgendes von Kantonsrat Oskar Denzler, Winterthur, sowie von den Kantonsrätinnen Theresia Weber-Gachnang, Uetikon a. S., und Regine Sauter, Zürich, am 17. September 2007 eingereichte Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird gebeten, in den Spitälern und Kliniken der kantonalen Spitalliste ein einheitliches, einfaches und patientenorientiertes Qualitätssicherungssystem zur Verbesserung der Transparenz und der Wettbewerbsfähigkeit einzuführen. Die daraus resultierende Ergebnisqualität ist der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Der Regierungsrat erstattet hierzu folgenden Bericht:

1. Einleitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Kantone, für ihre Bevölkerung eine ausreichende Gesundheitsversorgung in der notwendigen Qualität und Menge zur Verfügung zu stellen; den gleichen Auftrag erteilt auch Art. 113 der Kantonsverfassung (LS 101). Die Qualität der gesundheitsversorgerischen Leistungen ist somit ein grundsätzlicher Gesichtspunkt der Versorgung. Gemäss allgemein anerkannten Konzepten stehen in der Gesundheitsversorgung drei Qualitätsdimensionen im Vordergrund:

- Mit der Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Leistungserbringung beschrieben. Es sind dies beispielsweise die Zahl der Mitarbeitenden und ihre fachliche

Qualifikation, die bauliche und technische Infrastruktur und die Organisationsstruktur des jeweiligen Spitäles oder Pflegeheimes.

- Die Prozessqualität stellt die Charakteristiken der Prozesse der Leistungserbringung dar. Dazu gehören nicht nur die unmittelbar an der Patientin oder am Patienten erbrachten Leistungen der Behandlung, Pflege und Hotellerie, sondern auch die Prozesse in den patientenfernen Bereichen wie beispielsweise in der Verwaltung oder der Logistik.
- Die Ergebnisqualität schliesslich ist die Gesamtheit der Eigenschaften dessen, was sich aus den Leistungserstellungsprozessen ergibt; hier wird oft auch der englische Begriff «Outcome» verwendet. Zu diesen Eigenschaften gehören in der Gesundheitsversorgung die Heilungsrate bei bestimmten Erkrankungen, beispielsweise im Sinne der Wiedererlangung einer physischen Funktionalität durch eine Behandlung, das Mass der Beschwerden nach einer Behandlung, die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und die Zufriedenheit der Patientin oder des Patienten mit dem Ergebnis sowie mit der Art und Weise der Leistungserbringung.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hält in ihren Empfehlungen «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität» (veröffentlicht in: Schweizerische Ärztezeitung, 2009, Nr. 26/27, S. 1044 ff. sowie unter www.samw.ch) fest, dass die Messung bzw. Erfassung der medizinischen Behandlungsqualität und der Vergleich zwischen verschiedenen Leistungserbringern aufwendig, methodisch schwierig und fehleranfällig sind. Dies gilt allerdings nicht für alle drei Qualitätsdimensionen im gleichen Mass. Strukturqualitätskriterien wie beispielsweise die personelle und infrastrukturelle Ausstattung eines Leistungserbringers sind verhältnismässig einfach zu messen, was auch damit zusammenhängt, dass die Strukturen eines Leistungserbringers eher statisch sind und sich leicht beobachten lassen. Deutlich aufwendiger ist es, die Prozessqualität zu messen. Hier geht es beispielsweise darum, festzustellen, ob sich ein Leistungserbringer konsequent an den geltenden medizinischen Leitlinien der Fachgesellschaften orientiert und ob die Behandlungsprozesse systematisiert und standardisiert sind.

Sowohl aus Sicht der Leistungserbringer wie auch aus jener der Leistungsempfängerinnen und -empfänger ist jedoch vorab die Ergebnisqualität entscheidend. Was für die behandelnde wie für die behandelte Person zählt, ist das Ergebnis dieser Behandlung und weniger die strukturellen und prozessbezogenen Umstände, unter denen sie durchgeführt wurde. Weil jeder einzelne Fall gemessen werden muss (dessen Outcome stets von patientenindividuellen Aspekten massgeblich mit-

bestimmt wird) und die Ergebnisse aller Einzelfälle anschliessend zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden müssen, ist gerade diese Qualitätsdimension von allen dreien am schwierigsten zu messen und sind die Messergebnisse am schwierigsten zu interpretieren.

Wegen der besonderen Anforderungen der Ergebnisqualitätsmessung wird in der Qualitätssicherung vielfach auf die Messung der Struktur- und/oder Prozessaspekte ausgewichen, auch wenn dies lediglich als «Näherungslösung» für die Messung der Ergebnisqualität angesehen werden kann.

2. Vorgaben des Bundes zur Qualitätssicherung

Gemäss Art. 22a KVG, in Kraft seit dem 1. Januar 2009, sind Leistungserbringer, die Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen, verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität dieser Leistungen zu überwachen. Zu den ausdrücklich erwähnten Angaben, welche die Leistungserbringer machen müssen, zählen auch medizinische Qualitätsindikatoren. Die Angaben sollen vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhoben werden, das diese wiederum dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und den Versicherern sowie weiteren gemäss Art. 84a KVG ermächtigten Organen zur Verfügung stellt. Die Daten sind zudem zu veröffentlichen. Der Bundesrat wird beauftragt, nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung zu erlassen.

Diese für alle ambulanten und stationären Leistungserbringer gültige Regelung ersetzt den alten Art. 21 Abs. 4 KVG, wonach die Spitäler und die Pflegeheime den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt geben müssen, die diese benötigen, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über den Kostendeckungsgrad sowie die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Sowohl gemäss der früheren als auch in der geltenden Fassung der einschlägigen Gesetzesbestimmungen ist es somit Aufgabe des Bundes zu bestimmen, welche Daten zur Überprüfung der Qualität der medizinischen Leistungserbringung beigezogen werden müssen.

In Art. 58 KVG ist festgelegt, dass der Bundesrat systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der OKP übernommenen Leistungen vorsehen kann, wobei er die Durchführung der Kontrollen den Berufsverbänden oder anderen Einrichtungen übertragen kann. Auch re-

gelt er, mit welchen Massnahmen die Qualität oder der zweckmässige Einsatz der Leistungen zu sichern ist; zu diesen vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) festzusetzenden Massnahmen zählt insbesondere die vertrauensärztliche Prüfung und die Einschränkung der Leistungserbringung auf besonders qualifizierte Personen oder Institutionen.

Auch auf Verordnungsebene teilt die Bundesgesetzgebung die Aufgabe der Qualitätssicherung in erster Linie den Leistungserbringern zu: Gemäss Art. 77 der Verordnung des Bundes über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) ist es Sache der Leistungserbringer oder ihrer Verbände, Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten. Die Modalitäten – und damit auch Festlegungen zur Offenlegung der Ergebnisse der Qualitätsprogramme – sind zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern zu vereinbaren. Wenn keine Vereinbarung zustande kommt, hat der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen zu erlassen.

Auf der Ebene der Bundesgesetzgebung kommt somit den Kantonen keine ausdrückliche Rolle in der Qualitätssicherung zu.

3. Kantonale Gesetzgebung

Das Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007 (GesG; LS 810.1) verwendet den Qualitätsbegriff wie folgt:

- Im Zusammenhang mit der Bewilligung zur selbstständigen nicht-ärztlichen psychotherapeutischen Tätigkeit wählt der Regierungsrat eine Fachkommission, zu deren Aufgaben gemäss § 27 Abs. 2 lit. b GesG die Überprüfung der Qualitätsanforderungen der Institutionen und Praxen – das Vorhandensein bei der gesuchstellenden Person einer mindestens zweijährigen klinischen psychotherapeutischen Tätigkeit in unselbstständiger Stellung an einer anerkannten Institution unter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Leitung oder in einer anerkannten psychotherapeutischen Fachpraxis – gehört.
- Im Zusammenhang mit der Spital- und Pflegeheimplanung legt § 43 GesG fest, dass die Gesundheitsdirektion Vorschriften über Rechnungslegung, Leistungserfassung sowie betreffend Dokumentation von Massnahmen zur Qualitätssicherung erlassen kann.
- Im Zusammenhang mit dem Krankentransport- und Rettungswesen legt § 44 Abs. 2 GesG fest, dass die Gesundheitsdirektion Organisations- und Qualitätsvorschriften sowie Einsatzrichtlinien erlassen oder entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären kann.

- Im Zusammenhang mit der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex) erlässt gemäss § 59a Abs. 3 GesG der Regierungsrat Richtlinien über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung; er kann auch entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

Die kantonale Gesetzgebung teilt dem Kanton somit in der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung nur (aber immerhin) eine auf einzelne Gesichtspunkte eingeschränkte Rolle zu.

4. Aktivitäten der Qualitätssicherung auf nationaler Ebene

4.1 Ausgangslage

Noch bis in die Mitte der 90er-Jahre des vorigen Jahrhunderts gab es keine Vorgaben zur standardisierten Qualitätsmessung in der Schweiz. Die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung war stattdessen eine Angelegenheit der einzelnen behandelnden Personen und Institutionen. Übergreifende Anstrengungen der Qualitätssicherung, beispielsweise für Vergleiche unter den Leistungserbringern, wurden allenfalls auf Ebene der Fachgesellschaften in Form von sogenannten «Registern» unternommen. Bei diesen Registern werden mittels einer standardisierten Basisdokumentation die Charakteristika eines medizinisch abgegrenzten Patientenkollektivs (z. B. Krebspatientinnen und -patienten) bzw. einer spezifischen Erkrankung (z. B. Herzinfarkt) und die Behandlungsergebnisse erhoben und in einer zentralen Datenbank abgespeichert. Aus den so erfassten Daten können anschliessend Aussagen zur Häufigkeit einer Erkrankung, aber auch zum Erfolg einer bestimmten Behandlungsstrategie gewonnen werden.

Tatsächlich gehörte für viele Leistungserbringer die Qualitätssicherung zur selbstverständlichen Pflicht. Die Vorstellung einer systematischen Beaufsichtigung der Handlungen der Leistungserbringer durch Dritte, vor allem durch die Finanzierer, im Rahmen kantonaler oder nationaler Qualitätssicherungsprogramme hingegen fiel den Leistungserbringern bisher schwer. Auf der Grundlage der erwähnten Festlegungen des KVG (von den eidgenössischen Räten am 18. März 1994 beschlossen) kam es zwar bereits 1997 zwischen dem nationalen Spitalverband «H+ Die Spitäler der Schweiz» und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, der Vorläuferorganisation des heutigen Branchenverbandes «santésuisse», zum Abschluss eines diesbezüglichen Vertrages. Mit diesem Vertrag wurde eine gemeinsame Organisation zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in den Spitälern geschaffen. Diese Organisation – die

«Nationale Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätsförderung» (KIO) – konnte jedoch zumindest in den ersten Jahren ihres Bestehens kaum Wirkung entfalten. Sie beschränkte ihre Tätigkeit in der Folge vornehmlich auf die Ausarbeitung von Konzepten zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation und in der Psychiatrie sowie auf die Evaluation von Patientenzufriedenheitsmessungen.

Die Bestrebungen der Spitalverbände und der Organisationen der schweizerischen Ärzteschaft im Bereich der strukturierten, standardisierten Qualitätssicherung wurden erst dann nach aussen sichtbar, als in der Öffentlichkeit eine Debatte über die Qualität der medizinischen Behandlung entbrannte, die durch eine Veröffentlichung des Internet-Vergleichsdienstes Comparis im Sommer 2007 ausgelöst worden war (siehe dazu Richard Eisler: «Wiedereintritts-, Infektions- und Fehleraten in Schweizer Spitätern», vom 21. August 2007; www.comparis.ch). Im Rahmen dieser Debatte geriet auch das BAG in die Kritik, weil es der «Tatenlosigkeit» der Leistungserbringer im Bereich der vom KVG geforderten Qualitätssicherung bisher ebenso tatenlos zugeschaut haben soll.

Kurz nach der Veröffentlichung der Comparis-Studie wurden sowohl von H+ als auch durch das BAG Konzepte zur Einrichtung einer strukturierten Qualitätsmessung entwickelt bzw. vorgestellt, deren Erarbeitung allerdings schon länger im Gange gewesen war. Inwiefern diese Konzepte auch tatsächlich zum Tragen kommen werden, ist derzeit noch offen; allgemein wird davon ausgegangen, dass das BAG seine Aktivitäten dann weiter verstärken dürfte, wenn die Initiative von H+ oder anderer Organisationen zur interkantonalen bzw. nationalen Standardisierung der Qualitätsmessung mit dem Ziel einer verbesserten Qualitätstransparenz kurz- bis mittelfristig keine Wirkung zeigt.

Neben dem BAG und H+ hat u. a. auch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH ihre Überlegungen zur Qualitätsmessung und zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten bekannt gemacht. 2007 wurde zudem der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken (ANQ) gegründet, dessen Aufgabe es ist, kantonsübergreifende Messungen zu organisieren und die Ergebnisse zu veröffentlichen (Näheres vgl. Ziff. 4.3.2).

4.2 Bereichsübergreifende Aktivitäten

4.2.1 Das Programm von H+

Der Verband der Schweizer Spitäler hat unter dem Begriff «H+qualität» ein vier «Produkte» umfassendes Programm vorgestellt:

- Eine internetbasierte Spitalsuchmaschine, die den Patientinnen und Patienten je nach Behandlungsbedarf einen Leistungserbringer in einer gewünschten Region vorschlägt – die Adressinformationen zu den Leistungserbringern sind, sofern vorhanden, verlinkt mit weiteren Angaben, insbesondere zu allfälligen Qualitätsberichten.
- Einen in seinem Aufbau standardisierten, spitalindividuellen Qualitätsbericht; dieser Bericht fasst Informationen zusammen zu:
 - Qualitätsorganisation und -aktivitäten des betreffenden Spitals;
 - betriebliche Kennzahlen (Personalressourcen, Fallzahlen, häufigste Diagnosen und Prozeduren, Angaben zum Patientenkollektiv, Mortalitätszahlen);
 - Ergebnisse von Zufriedenheitsmessungen (Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende, Zuweiser);
 - Qualitätsindikatoren (u. a. ungeplante Rehospitalisationen, Infektionen, Komplikationen, Sturzgefährdung, Dekubitus).
- Einen Branchenbericht, der die Berichte der einzelnen Leistungserbringer zusammenfasst.
- Das Label «H+qualität» als «normative Grundlage» – dieses wird verliehen an Spitäler, Kliniken und Pflegeheime, welche die von H+ definierten Standards erfüllen.

H+ führt selbst keine Qualitätsmessungen durch und überprüft die Angaben auch nicht auf ihre Richtigkeit. Die in den standardisierten Qualitätsberichten angeführten Daten beruhen vielmehr auf der Selbstdeklaration der Spitäler. Die Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Spitalern ist nur bedingt gegeben, weil die zu einem bestimmten Indikator anzuwendende Messung nicht standardisiert ist. Das gleiche Thema, beispielsweise spitalinduzierte Infektionen, kann somit von den Spitalern mit unterschiedlichen Messinstrumenten gemessen werden.

Im Kanton Zürich haben bisher 13 kantonale und staatsbeitragsberechtigzte Spitäler und Kliniken (das USZ, das Kantonsspital Winterthur, die Spitäler Affoltern, Bülach, Männedorf, Uster, Waid, Zimberberg und Zollikerberg, die Kliniken Balgrist und Schulthess sowie die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich und die psychiatrische Klinik Clenia Schlössli) auf der Plattform von H+ einen Qualitätsbericht vorgelegt.

4.2.2 Qualitätsstrategie des BAG

Das BAG stellte der Öffentlichkeit Anfang November 2009 die vom Bundesrat verabschiedete «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen» vor. Die diesbezüglichen Aktivitäten des BAG in der Qualitätssicherung wurden durch einen entsprechenden Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S) vom 5. September 2007 ausgelöst («Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG»; Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle [PVK] der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates; veröffentlicht unter www.parlament.ch/organe-mitglieder/kommissionen).

Das Konzept verzeichnet insgesamt neun Aktionsfelder. Dieser segmentierte Ansatz soll es erlauben, spezifische Handlungsoptionen mit entsprechenden Massnahmenpaketen und Aktionsprogrammen zu bestimmen. Für die einzelnen Aktionsfelder gelten folgende Zielsetzungen:

- Aktionsfeld 1 «Führung und Verantwortung»: Der Bund nimmt seine Führungsaufgabe wahr und schafft die Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Rollen auf den verschiedenen Ebenen der Verantwortlichkeit.
- Aktionsfeld 2 «Umsetzungskapazitäten und Ressourcen»: Der Bund setzt für die Umsetzung der Qualitätsstrategie eine nationale Organisation ein. Er setzt sich zudem dafür ein, dass die nötigen Umsetzungskapazitäten und Mittel bereitgestellt werden.
- Aktionsfeld 3 «Information»: Der Bund sorgt dafür, dass valide und angemessene Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, mit denen die verschiedenen Akteure des Versorgungssystems qualitätsrelevante Sachverhalte erkennen und Entscheidungen treffen können.
- Aktionsfeld 4 «Anreize»: Der Bund formuliert Qualitätsanforderungen und unterstützt Initiativen mit Anreizkomponenten zur Verbesserung und Honorierung der Qualität.
- Aktionsfeld 5 «Design Versorgungssystem»: Zur Verbesserung der Qualitätsorientierung der Versorgungskette soll die bestehende segmentierte Betrachtungsweise des Leistungsprozesses durch eine integrierende Sicht abgelöst werden.
- Aktionsfeld 6 «Versorgungs- und Begleitforschung»: Der Bund stellt den Bedarf fest und überprüft die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Massnahmen zur Verbesserung der Qualität.

- Aktionsfeld 7 «Bildung»: Der Bund unternimmt die nötigen Schritte, um die Qualitäts- und Sicherheitsthematik in der Aus-, der Weiter- und der Fortbildung von medizinischem Personal zu verankern.
- Aktionsfeld 8 «Einbezug Patienten und Bevölkerung»: Der Bevölkerung stehen verständliche und valide Informationen zur Beurteilung der Leistungserbringung zur Verfügung.
- Aktionsfeld 9 «Direkte Intervention»: Der Bund übernimmt die Federführung bei der Bestimmung, Priorisierung und Auswahl von Qualitätsschwerpunkten (sogenannten «Hotspots»).

Zu den neun Aktionsfeldern werden in der Strategie des Bundes insgesamt 42 priorisierte Handlungsempfehlungen formuliert und der jeweilige Umsetzungszeitrahmen festgestellt. Für die Umsetzung der Strategie ab 2010 hat das BAG mit deren Verabschiedung durch den Bundesrat einen Auftrag erhalten. Bis Ende 2011 sollen die für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen notwendigen Mittel bewilligt, die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten aller Beteiligten geklärt, kurzfristig wirksame Massnahmen eingeleitet bzw. umgesetzt und das Projekt in eine ordentliche Betriebsstruktur übergeführt sein. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Aktivitäten sollen die laufenden, bereits 2006 vom Bund bezeichneten Schwerpunktprogramme weitergeführt werden. Es handelt sich dabei um Massnahmen im Bereich «Patientensicherheit», um die Vorgabe von Mindestfallzahlen für bestimmte operative Eingriffe, um die Überprüfung der Angemessenheit von medizinischen Massnahmen und um die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren.

4.2.3 Grundlagen der FMH zur Qualitätstransparenz

In der Ausgabe Nr. 26/27 der Schweizerischen Ärztezeitung vom Juni 2009 (S. 1037 ff.) veröffentlichte die FMH ein Grundlagenpapier zur Qualitätstransparenz, verfasst von der FMH-Arbeitsgruppe «Qualität» (AGQ-FMH). In diesem Grundlagenpapier geht es sowohl um die Qualität im niedergelassenen ärztlichen als auch im institutionellen Bereich. Bezüglich der Erhebung und Veröffentlichung von Qualitätsdaten fordert die AGQ-FMH, dass dafür drei Kriterien erfüllt sein müssen:

- Die Daten müssen wesentlich sein, d. h., sie müssen die medizinische Behandlungsqualität auch tatsächlich abbilden.
- Die Daten müssen korrekt sein, die Instrumente zu ihrer Erhebung valide und verlässlich. Die Messparameter (Definition, Zeitraum, Repräsentativität) müssen bekannt sein und erwähnt werden.

- Die Daten müssen verständlich sein; wenn nötig müssen angemessene Interpretationshilfen beigelegt, Fachbegriffe erläutert werden.

4.3 Aktivitäten in der Akutsomatik

4.3.1 Pilotstudie «Qualitätsindikatoren» des BAG

Zu den unter 4.2.2 im Aktionsfeld 3 der BAG-Strategie erwähnten Qualitätsinformationen gehören auch Indikatoren auf der Grundlage von sogenannten Routinedaten (Daten der routinemässig erhobenen Leistungsstatistik der Spitäler). Dazu hat das BAG bereits 2007 im Auftrag des EDI und mit dem Ziel der Auswertung und Veröffentlichung von nationalen Qualitätsindikatoren ein Pilotprojekt eingeleitet. Im Pilotprojekt wurde untersucht, ob bestimmte im Ausland angewandte Indikatorensets auch in der Schweiz erhoben werden können; es zeigte sich, dass lediglich die Indikatorengruppen «Fallzahlen» und «Mortalität» statistisch ausreichend robuste Daten lieferten.

Der entsprechende Bericht wurde unter dem Titel «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006» im Februar 2009 veröffentlicht. Er hat teilweise sehr kritische Reaktionen vonseiten der Leistungserbringer hervorgerufen. Zum einen wurde die Qualität der Datengrundlage – die Einheitlichkeit und Verlässlichkeit der Leistungserfassung in den Spitälern – in Zweifel gezogen. Vor allem aber kritisierten die Leistungserbringer, dass eine einseitige Ausrichtung einer derartigen Qualitätsstatistik auf die Mortalität – die sich sehr einfach direkt aus der Leistungsstatistik ermitteln lässt – bei den Spitälern Anreize schaffe, Patientinnen und Patienten mit hohem Mortalitätsrisiko ab- bzw. an ein anderes Spital weiterzuweisen oder kurz vor Todeseintritt in eine andere Institution zu verlegen, um später in der Statistik besser dazustehen, was kaum im Sinne der Patientinnen und Patienten sei.

4.3.2 Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)

Aus den Aktivitäten des vom Kanton Zürich zusammen mit den Versicherern und den Leistungserbringern gegründeten Verein Outcome (dazu hinten Ziff. 5.2) heraus wurden durch die Kantone ZH und BE bereits vor einigen Jahren auch die Idee und erste Statutenentwürfe für eine Organisation zur Durchführung von interkantonalen Vergleichen auf der Grundlage von Ergebnisqualitätsmessungen bzw. zur Koordination entsprechender Aktivitäten entwickelt.

Diese Idee führte zur Gründung des Interkantonalen Vereins Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in den Spitälern IVQ; der Verein wurde vor Kurzem mit der oben erwähnten KIQ zum Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, ANQ) fusioniert.

Der Kanton Zürich ist Mitglied dieses Vereins und beteiligte sich auch an den für 2009 vorgesehenen Messprogrammen: Es sind dies die Patientenzufriedenheitsmessung mit dem Kurzfragebogen zur Patientenzufriedenheit PEQ und die Messung der nosokomialen Infekte nach der Methode SwissNOSO. Es ist vorgesehen, die Messergebnisse aller beteiligten Spitäler im Jahr 2010 zu veröffentlichen.

Für 2010 werden vom ANQ folgende Messungen vorgeschlagen: Ungeplante Rehospitalisationen mit der routinedatenbasierten Anwendung SQLape; ungeplante Reoperationen mit SQLape; Messung der Nosokomialen Infekte nach der Methode der SwissNOSO. Zudem soll ein sogenanntes «Implantateregister» eingerichtet werden. Die Teilnahme des Kantons Zürich an diesen Messungen ist noch offen.

4.4 Aktivitäten in der Psychiatrie

Die KIQ hat 2001 eine Expertengruppe «Ergebnisqualität in der Psychiatrie» (EQP) mit der Analyse von Möglichkeiten zur Einführung der Ergebnisqualitätsmessung auch in der Psychiatrie beauftragt. In der Expertengruppe waren Fachleute aus verschiedenen psychiatrischen Kliniken vertreten.

Im August 2002 erstellte die Expertengruppe zuhanden der beiden Organisationen H+ und santésuisse sowie der psychiatrischen Kliniken einen Zwischenbericht mit Vorschlägen zur Ergebnisqualitätsmessung in der Psychiatrie. Die Arbeiten der Expertengruppe wurden zwischen 2002 und 2004 sistiert. Ab dem März 2005 erstellten KIQ und BAG gemeinsam beruhend auf den Arbeiten der von der KIQ eingesetzten Expertengruppe ein Konzept für das Vorgehen im Fachbereich Psychiatrie. Dieses Konzept bildete die Grundlage für ein Pilotprojekt zur Ergebnisqualitätsmessung in der Psychiatrie. Die Messungen für das auf zwei Jahre angelegte Pilotprojekt wurden im Oktober 2008 eingeleitet. Insgesamt 14 Kliniken beteiligen sich am Projekt, darunter allerdings keine Klinik aus dem Kanton Zürich. Im Rahmen des Pilotprojektes werden die drei Indikatoren «Symptombelastung», «Lebensqualität» und «Zwangsmassnahmen» gemessen.

5. Qualitätssicherung im Kanton Zürich seit 1998

5.1 Grundsätzliche Zuständigkeit des Kantons

Die Kantonsverfassung teilt dem Kanton und den Gemeinden die Verantwortung für die Versorgungssicherstellung zu, doch die Möglichkeiten der direkten Versorgungssteuerung und der Einflussnahme sind auf den institutionellen öffentlichen Bereich beschränkt. Für den sogenannten «niedergelassenen Bereich» – die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten – gelten lediglich die Beschränkungen der gesundheitspolizeilichen Zulassung zur Berufsausübung. Der Staat kann nur eingreifen, wenn Anzeichen für ein gesetzwidriges Verhalten seitens eines Leistungserbringers vorliegen. Dies gilt im Wesentlichen auch für die ambulante Leistungserbringung durch die Spitäler in deren Notfallstationen sowie den Poli- und Tageskliniken. Der stationäre Bereich hingegen unterliegt sowohl gemäss KVG (Art. 39 Abs. 1 lit. d und e sowie Abs. 2) als auch gemäss GesG (§§ 41–43) der direkten kantonalen Leistungsplanung und -steuerung.

Bezüglich der Messung und Sicherstellung der Qualität als einem wesentlichen Gesichtspunkt der Leistungserbringung ist der Kanton – wie dargelegt – weder gemäss Bundesgesetzgebung noch gemäss kantonalen Gesetzgebung in der Pflicht. Dennoch hat der Kanton Zürich diesbezüglich eine Vorreiterrolle in der Schweiz eingenommen.

5.2 Qualitätssicherung in der Akutsomatik

Im Bereich der stationären akutsomatischen Versorgung hat der Kanton mit der Einführung der wirkungsorientierten Verwaltungsführung im Gesundheitsbereich im Rahmen des Projektes LORAS («Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich»; Führen über Leistungsaufträge und Globalbudgets) über das Teilprojekt «Outcome 98» als erster Kanton in der Schweiz eine systematische Ergebnisqualitätsmessung aufgebaut. Er tat dies in vertraglich gesicherter Kooperation mit den Leistungserbringern und den Krankenversicherern (Verankerungsvertrag vom 31. August 1999), wobei die drei Vertragspartner zur Entwicklung, Durchführung und Auswertung von Ergebnisqualitätsmessungen ein gemeinsames Institut gründeten – den Verein Outcome.

Dem System der Ergebnisqualitätsmessung mit der vom Verein Outcome entwickelten Messmethodik und den entsprechenden Messwerkzeugen schlossen sich inzwischen auch die Kantone Bern, Solothurn und Aargau an. Obwohl die entsprechenden Anschlussver-

träge mittlerweile gekündigt worden sind, beteiligen sich alle drei Kantone nach wie vor auch an den Ergebnisqualitätsmessungen des Verein Outcome. Andere Schweizer Kantone hingegen setzten bis anhin schwergewichtig auf Qualitätsmassnahmen im Struktur- und Prozessbereich, indem sie in ihren Spitälern und Kliniken beispielsweise die Qualitätzertifizierung durchsetzten.

Im Verein Outcome sind die drei tragenden Parteien paritätisch in sämtlichen Führungsgremien vertreten. Die Organe des Vereins regeln die betrieblichen Aktivitäten und legen in Absprache mit den Spitälern die jährlichen Messpläne fest. Das Präsidium des Verein Outcome hat ein Vertreter der Leistungserbringer inne. Über den Verein Outcome wird die Ergebnisqualitätsmessung in den staatlichen und staatlich subventionierten Spitälern im Kanton Zürich organisiert. Die Aktivitäten des Vereins werden zunächst durch die Spitäler finanziert, welche die Messungen beim Verein einkaufen. Die Kostenträger (Kanton und Versicherer) entschädigen die Spitäler sowohl für die Kosten, die aus der Rechnungsstellung durch den Verein Outcome entstehen, als auch für den internen Aufwand in den Spitälern über eine Fallpauschale. Diese beträgt derzeit Fr. 20 pro stationär behandelte Patientin bzw. behandeltem Patienten; sie wird je zur Hälfte durch den Kanton und durch die Versicherer bezahlt. Im Durchschnitt verbleiben rund 70% der Pauschale beim Spital, der Rest geht an den Verein Outcome.

Der Verein entwickelt durch seine Geschäftsstelle in Zusammenarbeit mit Fachleuten aus dem Kanton Zürich und aus anderen Kantonen neue Messungen und aktualisiert bestehende. Die Messungen sind in aller Regel fragebogenbasierte Erhebungen zu bestimmten Themen, die von den Leistungserbringern selbst durchgeführt werden (sogenannte «Selbstmessungen»). Teilweise werden diese Erhebungen durch die Auswertung von Leistungsdaten vervollständigt, die im Rahmen der ordentlichen betrieblichen Leistungsstatistik erhoben werden (sogenannte «Routinedaten»). Der Verein Outcome unterstützt die Spitäler bei der Durchführung der Messungen und bietet ihnen über sogenannte «Peer Reviews» eine strukturierte Plattform für die Ergebnisanalyse und den Erfahrungsaustausch. Diese Peer Reviews sind für die Finanzierer nicht zugänglich. Gemäss dem Datenreglement des Verein Outcome haben die Finanzierer jedoch das Recht, die Messergebnisse auch der einzelnen Spitäler einzusehen; sie dürfen diese Daten jedoch lediglich zu Qualitätszwecken und nicht für die Leistungs- und Kostensteuerung (Benchmarking) verwenden. Damit soll die Integrität und Validität der Messungen sichergestellt bzw. die Gefahr von Manipulationen bei der Selbstmessung so gering wie möglich gehalten werden. Der Öffentlichkeit dürfen die Messergebnisse der einzelnen Spitäler nur mit deren Einwilligung bekannt gegeben werden.

Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen zeigen Unterschiede zwischen den Spitälern und teilweise auch zwischen einzelnen Abteilungen innerhalb eines Spitals. Sie liegen aber in aller Regel auf eher hohem bis sehr hohem Niveau und gaben bisher keinen Anlass zu direktem Eingreifen, sodass grundsätzlich von einer guten bis sehr guten Qualität der Leistungserbringung in den Zürcher Spitälern ausgegangen werden kann.

5.3 Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Im Unterschied zum akutsomatischen Bereich gibt es in der Psychiatrie auch im Kanton Zürich derzeit keine kantonal koordinierte, systematische Qualitätsmessung. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass der akutsomatische Bereich gegenüber dem psychiatrischen ein Vielfaches an Mitteln beansprucht, weshalb sich die kantonalen Anstrengungen in der Qualitätssicherung bisher fast ausschliesslich auf den akutsomatischen Bereich bezogen. Zudem gelten die eingangs gemachten Aussagen zu den methodischen Schwierigkeiten der Erfassung der medizinischen Behandlungsqualität bei der Psychiatrie in ganz besonderem Masse. Wie in der Akutsomatik ist auch in der Psychiatrie die Ergebnisqualität einer medizinischen Behandlung zunächst das zentrale Kriterium, um den Erfolg der Leistungserbringung zu messen. Während es jedoch im akutmedizinischen Bereich in vielen Fällen Ergebnisparameter gibt, die sich metrisch erfassen lassen (beispielsweise die Funktionalität eines orthopädischen Gelenkersatzes gemessen am Bewegungsradius des Körperglieds, die Beeinträchtigung durch Schmerzen gemessen anhand normierter Skalen, oder das Auftreten von nosokomialen Infekten), sind sowohl der Messbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung vor Behandlungsbeginn als auch jener nach abgeschlossener Behandlung in der Psychiatrie enge Grenzen gesetzt, und auch die Surrogatmessungen der Struktur- bzw. Prozessqualität sind in der Psychiatrie weniger aussagekräftig als in der Akutsomatik.

5.4 Qualitätssicherung in der Langzeitversorgung

Im Kanton Zürich ist die Langzeitversorgung (ambulant und stationär) in der Zuständigkeit der Gemeinden. Ihnen obliegt, eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner bereitzustellen und dafür zu sorgen, dass die Patientinnen und Patienten in den Pflegeheimen und durch die Spitex-Organisationen fachlich-pflegerisch angemessen betreut werden; damit gehört auch die Quali-

tätssicherung im Langzeitbereich zu den Aufgaben der Gemeinden. Da jede Pflegeleistung ärztlich verordnet sein muss und da unter dieser Voraussetzung keine überflüssigen Pflegeleistungen erbracht werden, kann auf eine kantonale Angebotsplanung und -steuerung im stationären Langzeitbereich verzichtet werden. Die Aktivitäten des Kantons beschränken sich dementsprechend auf den Erlass von Richtlinien und Weisungen zur Vereinheitlichung des durch die Gemeinden zu gewährleistenden Leistungsangebots.

6. Qualitätskonzept der Gesundheitsdirektion für die Akutsomatik vom November 2006

6.1 Elemente des Qualitätskonzepts

Mit der Einführung der wirkungsorientierten Steuerung und der Globalbudgetierung im Spitalbereich wurde zur Verhinderung negativer Auswirkungen der damit verbundenen Anreize die Qualitätssicherung mit Ergebnisqualitätsmessungen eingeführt. Vor dem Hintergrund der weiterhin zunehmenden unternehmerischen Spielräume der Spitäler wollte sich die Gesundheitsdirektion auch im Bereich der Qualitätssicherung vermehrt auf die Festlegung strategischer Vorgaben konzentrieren, gleichzeitig aber auch eine sinnvolle Erweiterung der bisherigen Qualitätssicherungsstrategie anstreben.

In einem Konzeptpapier mit dem Titel «Qualitätssicherung in der stationären Akutsomatik im Kanton Zürich», verabschiedet im September 2006, wurden die Eckpfeiler der Qualitätssicherung in der stationären Akutsomatik im Kanton Zürich skizziert. Gemäss diesem Konzept soll die Qualitätssicherung in der stationären somatischen Akutversorgung im Kanton Zürich auf folgenden fünf Säulen beruhen:

1. Qualitätskennzahlen auf der Grundlage der medizinischen Leistungsstatistik (Routinedaten-Analyse)
2. Outcome-Messungen zur vertieften Untersuchung der Ergebnisqualität
3. Patientenzufriedenheitsmessungen
4. Massnahmen zur Patientensicherheit: Einrichtung von Fehlermeldesystemen wie beispielsweise sogenannte «Critical Incident Reporting Systems» (CIRS)
5. Befragungen zur Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung

Die in den Spitälern sicherzustellenden Säulen 2 bis 4 der Strategie wurden in den Rahmenkontrakten mit den Spitälern verankert; die Säule

len 2 und 3 – die bisher mit dem Verein Outcome durchgeführten Messungen – sind zudem auch über die Tarifverträge abgesichert. Diese spitalbezogenen Strategieelemente sollen durch die Routinedaten-Analyse (Säule 1 der Strategie) ergänzt werden. Dabei soll die Routinedaten-Analyse der Bereitstellung allgemeiner Leistungsparameter dienen, wie beispielsweise die Häufigkeit bestimmter Diagnosen und Prozeduren und die prozentualen Anteile bestimmter Ergebnisse am Gesamttotal (Infektionsraten, Sterbeziffern). Die Routinedaten-Analyse ist eine fortlaufende Massnahme, indem die gleichen Kennzahlen jedes Jahr auf Grundlage der neuen Leistungsstatistik neu berechnet werden; dies ermöglicht sowohl Quervergleiche zwischen einzelnen Spitälern und Spitalgruppen als auch zeitliche Entwicklungsreihen. Routinedaten-Analyse und Outcome-Messung ergänzen sich insofern, als Erstere eine umfassende Analyse an der «Oberfläche» der Leistungserbringung ermöglicht, während Letztere die Leistungserbringung nur sehr selektiv analysiert, dafür aber wesentlich tiefere Einblicke gewährt.

6.2 Stand der Umsetzung

6.2.1 Routinedaten-Analyse

Gestützt auf das Bundesstatistikgesetz (BstatG; SR 431.01) und auf die dazugehörige Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung; SR 431.011) wird in den Schweizer Spitälern flächendeckend die medizinische Statistik erhoben (Anhang zur VO, Ziff. 62). Erhebungsgegenstand dieser Statistik sind soziodemografische Merkmale stationär behandelte Personen, Angaben über ihren Spitalaufenthalt und Informationen über die im Rahmen des Aufenthaltes bzw. der Behandlung ermittelten Krankheitsdiagnosen und die durchgeführten Behandlungen.

Über die Diagnose- und Prozedurencodes werden die in einem Spital erbrachten Behandlungsleistungen zunächst fallscharf erfasst. Sie stellen zusammengenommen das gesamte stationäre Leistungsgeschehen eines Spitaldar. In den Vereinigten Staaten von Amerika und in anderen Ländern werden solche «routinemässig», d. h. im Rahmen der ordentlichen Statistik, erhobenen Gesamtleistungsdaten eines Spitals schon seit einigen Jahren nach Aussagen zur Qualität der Leistungserbringung in diesem Spital durchforstet. Auch in Deutschland haben sich verschiedene Anbieter – allen voran die private Klinikgruppe HELIOS – mit der Analyse der Routinedaten für Qualitätsdaten auseinandergesetzt und im Falle der HELIOS-Gruppe die Daten auch veröffentlicht.

Tatsächlich eignen sich diese Diagnose- und Behandlungscodes beispielsweise für die Ermittlung der Häufigkeit bestimmter Ereignisse in einem Spital, wie Krankheiten und Behandlungen sowie Infektions- und Sterberaten. Mit verhältnismässig geringem organisatorischem und finanziellem Aufwand können so Informationen gewonnen werden, die zumindest eine allgemeine Analyse der Qualität der Leistungserbringung ermöglichen. In der Schweiz wurden erstmals 2007 durch das Universitätsspital Basel Qualitätsdaten auf der Grundlage der Routinedaten-Analyse nach dem Muster der deutschen HELIOS-Kliniken veröffentlicht. In der Folge beauftragte das EDI das BAG mit der Auswertung der schweizerischen Medizinstatistik nach diesem Muster. Der entsprechende Bericht «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006» wurde oben bereits erwähnt; er enthält Kennziffern von insgesamt 29 Spitälern, die dafür freiwillig ihre Daten zur Verfügung stellten.

Eine Spurgruppe unter der Leitung der Gesundheitsdirektion und unter Beteiligung der Leistungserbringer (Vertreter des VZK) untersucht ebenfalls seit 2007, wie und unter welchen Rahmenbedingungen die von den Zürcher Spitälern im Rahmen ihrer Statistikpflicht erhobenen Daten für die Messung der Ergebnisqualität herbeigezogen werden könnten. Dabei wurden auch Testberechnungen auf der Grundlage der Daten 2007 und nach der Vorgabe der HELIOS-Systematik erstellt. Erhoben wurden insgesamt 118 Merkmale zu 30 Bereichen (u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall, Geburten, Brustkrebs, Hüftgelenkersatz elektiv, Entfernung der Prostata und Sepsis).

Es zeigte sich auch hier, was bereits im Rahmen der Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren durch das BAG von den Leistungserbringern vorgebracht worden war, dass derartige Kennzahlen zwar leicht und in grosser Zahl zu ermitteln sind, aber nicht ohne Weiteres klare Rückschlüsse auf Qualitätsunterschiede erlauben und damit auch nur wenige Anhaltspunkte für die angestrebten Verbesserungsprozesse in den Spitälern liefern. Die Kennzahlen müssen zwingend zum Patientenkollektiv des untersuchten Spitals und zu seiner Position in der Versorgungskette in Beziehung gesetzt werden. So haben beispielsweise Spitäler mit einem verhältnismässig alten Patientenkollektiv ebenso wie Endversorgerspitäler (hochspezialisierte bzw. universitäre Versorgung) unter Umständen alleine aus diesen Gegebenheiten systembedingt höhere Ereigniszahlen wie beispielsweise Mortalität bei Herzinfarkt als andere Kliniken. Diese Umstände müssen bei der Routinedaten-Analyse selbst untersucht und vor allem auch kommuniziert werden. Eine einfache, plakative Darstellung im Sinne beispielsweise einer Rangliste wird dadurch wesentlich erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht.

6.2.2 Ergebnisqualitätsmessung

Innerhalb des Verein Outcome lag der Fokus der Entwicklungsarbeit in den letzten rund drei Jahren auf der weiteren Ergänzung des Messportefeuilles um pflegebezogene Messungen. Zusätzlich zur bestehenden Dekubitusmessung wurde eine Messung zur Sturzgefährdung entwickelt; die entsprechende Pilotphase wird derzeit ausgewertet. Zudem laufen Arbeiten für eine Messung zum Thema «Schmerzmanagement». Ebenfalls neu im Messportefeuille ist auch eine Zuweiserbefragung.

Die Veröffentlichung von Ergebnisdaten zu den Messungen des Verein Outcome unterliegt den Bestimmungen des Datenreglements, das von den drei Parteien verabschiedet worden ist. Gemäss diesem Reglement dürfen die finanzierenden Parteien (Kanton und Versicherer) die Ergebnisse für die Zwecke der Qualitätssicherung einsehen.

Die Outcome-Daten selbst gehören den Spitälern, welche die Messungen durchführen; diese entscheiden über deren Veröffentlichung. Die Spitäler sind sich der Forderung der Öffentlichkeit nach grösserer Transparenz bewusst. Der Verband Zürcher Krankenhäuser VZK, der Dachverband der öffentlichen und privat-gemeinnützigen Spitäler des Kantons Zürich, hat eine Arbeitsgemeinschaft «Qualität» geschaffen, in der unter anderem sämtliche Aktivitäten der Zürcher Spitäler mit dem Ziel der Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsdaten koordiniert werden sollen.

Ein erster Schritt wurde bereits im Sommer 2009 gemacht, indem die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsmessungen 2007/2008 von insgesamt sieben VZK-Mitgliedsspitälern der Öffentlichkeit vorgestellt wurden (die Ergebnisse sind einsehbar unter www.vzk.ch). Die Ergebnisse dieser Messungen sind für die Spitäler erfreulich. Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den Zürcher Spitälern ist sehr hoch. Dieser Befund deckt sich im Übrigen mit den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragungen der Gesundheitsdirektion, die seit rund acht Jahren durchgeführt werden (Säule 5 des Qualitätskonzepts).

Weitere drei Spitäler, welche die Messung erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt haben, werden ihre Ergebnisse demnächst veröffentlichen. Zur schrittweisen Schaffung von mehr Transparenz laufen ausserdem Vorbereitungen für die Veröffentlichung weiterer Outcome-Messungen.

7. Konzepte zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Der Kanton Zürich hat 2006 mit der Entwicklung eines eigenen Systems zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie begonnen. Mit dem System soll nicht isoliert die Qualität gemessen werden. Stattdessen sollen die Messungen zusätzlich auch eine kostenhomogene Fallgruppierung ermöglichen, die wiederum die Grundlage für ein Kosten-Benchmarking unter den Kliniken bildet. Das System beruht im Wesentlichen auf einer strukturierten Erfassung der Eintritts- und Austrittszustände der Patientinnen und Patienten. Über das Assessment der Patientinnen und der Patienten bei Behandlungsbeginn werden Art und Schweregrad der Erkrankung ermittelt (Fallgruppierung), während die Differenz zwischen dem Status bei Eintritt und jenem bei Austritt Auskunft darüber gibt, wie erfolgreich eine Behandlung ist. Mit der Erfassung von Daten zur Fallgruppierung und Qualitätssicherung über besondere, EDV-gestützte Anamnesewerkzeuge wurde 2008 begonnen. Auf der Grundlage der Daten 2008 wird die Methode derzeit rechnerisch bezüglich ihrer Aussagekraft evaluiert. Die entsprechenden Erkenntnisse dürften bis Ende 2009 / Anfang 2010 vorliegen. Der mit der Datenerfassung und -auswertung entstehende zusätzliche betriebliche Aufwand bei Ein- und Austritt ist im Vergleich zum Gesamtaufwand aus der medizinischen Betreuung sehr gering. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den psychiatrischen Kliniken von rund 35 bis 40 Tagen beträgt der zusätzliche Zeitaufwand für die Erfassung des Patientenstatus bei Behandlungsbeginn und -ende insgesamt etwa ein bis zwei Stunden. Wie die Qualitätssicherungssysteme der Akutsomatik ist auch die Aussagekraft dieser neu entwickelten Methode für die Psychiatrie stark von der Qualität und der Vollständigkeit der Datenerfassung abhängig; die Erfahrungen bei der Einführung der medizinischen Leistungsstatistik seit 1998 zeigen, dass es in den Kliniken einige Zeit in Anspruch nehmen dürfte, bis die Datenerfassung vollständig ist. Falls sich das System methodisch bewährt, soll es in den nächsten ein bis zwei Jahren auch auf nationaler Ebene vorgestellt werden.

8. Schlussfolgerung

Aufgrund der vorangehenden Darlegungen lassen sich zu den Vorschlägen des Postulats folgende Feststellungen machen:

Die Forderung nach Einführung eines einheitlichen Qualitätssicherungssystems ist nachvollziehbar. Bei genauerer Analyse zeigt sich allerdings, dass sich die Qualität in der Akutsomatik und in der Psych-

iatrie nicht mit den gleichen Methoden messen lassen, da die Problemstellungen bei somatischen und psychiatrischen Erkrankungen ganz unterschiedlich sind. Die Einführung eines bereichsübergreifend einheitlichen Systems ist deshalb nicht möglich.

Der Wunsch nach einer auch von den Patientinnen und Patienten einsehbaren Qualitätsstatistik, die umfassend über die Qualität der Leistungserbringung in den Spitälern informiert, leuchtet zunächst ebenfalls ein. Er ist aber unter den heutigen Rahmenbedingungen nicht erfüllbar und seine Erfüllung derzeit auch nicht sinnvoll. Zwar sind Qualitätsvergleiche im heutigen Alltag weitverbreitet, sowohl im Bereich der Konsumgüter als auch der Dienstleistungen. Meistens geht es bei diesen Vergleichen jedoch um weitgehend vordefinierte, standardisierte Güter, die nicht nach den individuellen Bedürfnissen der Konsumentinnen und Konsumenten und somit gewissermassen «nach Mass» hergestellt werden und deren Beschaffenheit zudem verhältnismässig einfach messbar ist. Auch steht es der Leistungsempfängerin oder dem Leistungsempfänger in der Regel völlig frei, ob sie oder er die betreffende Leistung konsumieren will oder nicht. Diesbezüglich ist die Situation bei Gesundheitsleistungen ganz anders:

- Die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger ist in einer möglicherweise lebensbedrohenden Notlage und daher nicht frei in ihren bzw. seinen Entscheidungen.
- Die Leistungen, die sie oder er benötigt, sind oft hochkomplex und zudem gar nicht im Voraus bestimmbar, da sie in ihrem ganzen Ausmass erst während der Leistungserbringung – im Rahmen der Anamnese bzw. Diagnosestellung – bestimmt werden.
- Die Zielerreichung (die Heilung oder Minderung eines Leidens) ist zu Behandlungsbeginn stets unsicher und sehr stark auch von patientenspezifischen Faktoren abhängig, die wiederum dem Leistungserbringer nicht vollständig bekannt sind.
- Die möglichen Wege zur Zielerreichung – ob beispielsweise eine Erkrankung konservativ oder operativ behandelt wird – sind unterschiedlich und die Wahl des richtigen Weges ist oft eine komplexe Entscheidung.

Viel mehr als in anderen Versorgungsbereichen geht es in der Gesundheitsversorgung in hohem Mass um eine Vertrauensbeziehung zwischen der behandelnden und der behandelten Person. Allein durch Qualitätsdaten und Kennzahlen-Rankings wird kaum je genügend Transparenz über die Fähigkeit eines Gesundheitsversorgers geschaffen werden können, um den Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, informiert eine sichere Auswahl zwischen verschiedenen Anbietern zu treffen. Zweifellos gibt es ein grundsätzliches Recht der Patientin oder des Patienten zu wissen, ob ein Leistungserbringer gut

oder schlecht arbeitet. Ob ihr oder ihm jedoch damit gedient ist, wenn sie oder er in erster Linie anhand von einfachen, einheitlichen und deshalb unkomplexierten und undifferenzierten Kennzahlen über den Leistungserbringer entscheiden soll, ist mehr als fraglich. Diese Erwartungen werden Qualitätsstatistiken kaum je erfüllen können. Aus den gleichen Gründen ist auch der Einbezug von Qualitätsvergleichen in die finanzielle Steuerung und Entschädigung in der Gesundheitsversorgung fragwürdig. Die Messung der Qualität einer Versorgungsleistung ist bedeutend schwieriger als beispielsweise die technische Beurteilung eines Gerätes. Mit der Messung alleine ist es zudem nicht getan, denn aus den Qualitätsmessungen ergeben sich keine Zahlen, die ohne Weiteres in mathematische Formeln beispielsweise für ein Kostenbenchmarking einbezogen werden können. Die Zahlen müssen vielmehr selbst wieder analysiert, interpretiert, bewertet und kommentiert werden. Mortalitätsstatistiken und andere Ranglisten sagen für sich selbst nichts über die Qualität der Leistungserbringung in einem Spital aus; sie müssen vielmehr in Beziehung zu verschiedenen Faktoren gesehen werden, die von Spital zu Spital unterschiedlich sind, von den Spitälern aber nur bedingt oder gar nicht beeinflusst werden können, wie beispielsweise die zeitliche Erreichbarkeit der Institution, die Versorgungsstufe und die Charakteristika des Patientenkollektivs.

Alle diese Umstände stehen einer Verdichtung der Information zur Qualität der Leistungserbringung auf eine einzige Zahl im Sinne eines Ranglistenplatzes oder auf wenige Kennwerte im Sinne einer Benotung diametral entgegen. Im Zentrum der Qualitätssicherung kann und darf deshalb nicht die Produktion von Kennziffern und damit letztlich von Ranglisten stehen (auch wenn in der Öffentlichkeit der Wunsch danach geäussert wird). Vielmehr geht es darum, der Patientin oder dem Patienten die grösstmögliche Gewissheit zu schaffen, von einem Leistungserbringer behandelt zu werden, dem die Qualität ein grundsätzliches Anliegen ist, ohne dass dieses Commitment in einem Rang in einer veröffentlichten Rangliste abgebildet sein muss und vor allem ohne dass die Qualitätssicherung dadurch selbst wieder qualitätsvermindernde Anreize schafft, beispielsweise durch das «Abstossen» von Problempatientinnen und -patienten von einer Institution zu einer anderen.

Der Kanton Zürich hat deshalb seine Anstrengungen bisher darauf ausgerichtet, ein System zu schaffen, das unter anderem über Peer Reviews zur Verankerung einer betrieblichen Qualitätskultur, zu betrieblichen Verbesserungsprozessen und insgesamt zu einem umfassenden betrieblichen Qualitätsverständnis beiträgt. Externe Supervisionselemente (Routinedaten-Analyse, Veröffentlichungen von Outcome-Daten) werden nur mit Umsicht nach und nach in das System eingeführt. Die Patientinnen und Patienten haben so letztlich grössere Chancen,

dass sich die gesamte Dienstleistung des Spitals an hohen Qualitätsstandards orientiert, als wenn die Qualitätssicherung einseitig auf Ranglisten abstellen würde.

Während einige Kantone vorrangig die Zertifizierung der Spitäler und damit die Messung der Struktur- und Prozessqualität anstreben oder gar keine kantonal einheitlichen, systematischen Qualitätssicherungsaktivitäten entwickelten, hat der Kanton Zürich von Anfang an sein Augenmerk stets auch auf die vor allem aus der Sicht der Patientinnen und Patienten zentrale Frage der Ergebnisqualität gelegt. Innerhalb der Akutsomatik wird im Kanton Zürich ein mehrteiliges, aber für alle öffentlichen bzw. öffentlich subventionierten Spitäler einheitliches System angewendet, das auf der Fünf-Säulen-Qualitätsstrategie der Gesundheitsdirektion beruht und spitalbezogen die Routinedaten-Analyse (im Aufbau), die Ergebnisqualitätsmessung und die Patientenzufriedenheitsmessung sowie die Einrichtung von Fehlermeldesystemen in den Spitälern umfasst. Das für die Psychiatrie einheitliche System ist derzeit noch im Aufbau bzw. in der technischen Überprüfung.

Die Gesundheitsdirektion und der Regierungsrat werden bei der Neufestlegung der Spitalliste auf den 1. Januar 2012 die Leistungsaufträge auf Grundlage des seit Anfang Dezember 2009 in die Vernehmlassung gegebenen Versorgungsberichts an die Spitäler vergeben. Neben der Wirtschaftlichkeit wird die Qualität ein zweites zentrales Kriterium dieser Vergaben sein. Gemäss Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG ist es am Bundesrat, einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen; er hat dazu bisher die bereits erwähnten Grundlagenpapiere veröffentlicht (vgl. Ziff. 4.2.2 «Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen» bzw. Ziff. 4.3.1 Pilotstudie «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006»). Zusätzlich verfügt der Kanton Zürich aufgrund seiner umfangreichen Vorarbeiten im Bereich der Qualitätsmessung über eine methodische und statistische Grundlage (Ergebnisqualitätsdaten), die bei der Vergabe der Leistungsaufträge wichtig sein wird.

Über alles betrachtet kann festgehalten werden, dass sich der Kanton Zürich im interkantonalen Vergleich in einer vorzüglichen Ausgangslage befindet.

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 266/2007 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin: Der Staatsschreiber:
Acpli Husi