



Qualitätsprogramm Kolonchirurgie

Eine gemeinsame Initiative von:

- Chirurgengesellschaft Kanton Zürich (CGZH)
- Amt für Gesundheit, Zürich (AFG)

Letzte Änderungen:

13.07.2023



Inhaltsverzeichnis

Qualitätsprogramm Kolonchirurgie	1
Inhaltsverzeichnis	2
1. Ausgangslage	3
2. Ziele Qualitätsprogramm Kolonchirurgie	3
3. Qualitätsprogramm	3
3.1. Organisation und Rollen	3
3.2. Regelkreis des Qualitätsprogramms	4
4. Reporting	6
5. Qualitätskennzahlen	6
5.1. Risikoadjustierung.....	6
5.2. Prozesskennzahlen.....	6
5.3. Indikationsqualität	6
5.4. Ergebnisqualität	7
5.5. Spital vs. Operateure/ -innen	7
6. Datengrundlage Routinedaten	7
7. Umgang mit Auffälligkeiten	8
8. Koordination	9
9. Finanzierung	9
10. Anhang	10

1. Ausgangslage

Um eine Aussage zur Qualität in der Viszeralchirurgie (Fokus Kolonchirurgie) machen zu können und mangels nationaler Qualitätsprogramme, welche eine Qualitätsentwicklung fördern, hat der Kanton Zürich gemeinsam mit der CGZH das Qualitätsprogramm "Kolonchirurgie" aufgebaut. Seit dem 1. Januar 2023 ist die Teilnahme am Qualitätsprogramm "Kolonchirurgie" für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsauftrag VIS 1 verpflichtend (RRB 1104, 2022).

Mit dem Qualitätsprogramm "Kolonchirurgie" soll gemeinsam mit Fachexperten und der regulierenden Behörde eine innovative Struktur aufgebaut werden, welche Transparenz und Qualitätsentwicklung fördert und dazu möglichst wenig Aufwand verursacht. Da das Qualitätsprogramm "Kolonchirurgie" auf Routinedaten aufbaut, steht es optional auch anderen Kantonen oder interessierten Spitälern zur Verfügung und kann (falls erfolgreich) auch über die Kantonsgrenzen hinaus skaliert werden.

2. Ziele Qualitätsprogramm Kolonchirurgie

- Gemeinsame Qualitätssicherung und -entwicklung in der Kolonchirurgie
- Betrachtung der Qualität auf Ebene Spital sowie Operateure/ -innen
- Etablierung eines Qualitätszirkels mit Routine-Rückkoppelung zu den Leistungserbringern
- Transparenz (in Berichten an die Spitäler, Leistungserbringer, sowie im Qualitätszirkel)
- Auswertungen mit Routinedaten fördern und dadurch Ressourcen der Leistungserbringer schonen
- Entwicklung von Qualitätskennzahlen auf Basis von Routinedaten
- Evidenzbasierte Risikoadjustierung anhand Nebendiagnosen und weiterer Patientenmerkmale entwickeln
- Pilotprojekt aufbauen, was als Modell für weitere Qualitätsprogramme fungieren kann und bei dem auf Wunsch auch weitere Kantone partizipieren können

3. Qualitätsprogramm

Das Qualitätsprogramm "Kolonchirurgie" ist ein gemeinsames Projekt der CGZH und vom AFG und wird von beiden Parteien eng betreut.

Im Aufbauprozess und als fachliche Unterstützung für das AFG wurde zusätzlich eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, welche sich explizit mit den Qualitätskennzahlen und dem Reporting befasst. Dabei ist folgende Rollenverteilung vorgesehen:

3.1. Organisation und Rollen

CGZH (Vorstand)

- Bereitet die Sitzungen des Qualitätszirkels gemeinsam mit dem AFG vor
- Bespricht Auffälligkeiten und allfällige Massnahmen / Konsequenzen mit dem AFG und unterstützt bei der Auswahl von Massnahmen/Konsequenzen

Arbeitsgruppe Qualitätsreporting

- Entwickelt Qualitätsreportings (Initialentwicklung sowie jährliche Weiterentwicklung)
- Entwickelt konkrete Qualitätskennzahlen (Indikations- und Ergebnisqualität), wo möglich anhand von bestehenden Daten um den Administrationsaufwand der Spitäler klein zu halten
- Entwickelt (bei Bedarf mit externem Partner) eine angemessene Risikoadjustierung
- Interpretiert allfällige Auffälligkeiten und schlägt Massnahmen vor

Teilnehmer Arbeitsgruppe Qualitätsreporting

Titel, Vorname, Name	Institution	Funktion
Dr. med. Vital Schreiber	Spital Uster	Leiter Ressort Qualität CGZH
Prof. Dr. med. Matthias Turina	Universitätsspital Zürich	Vertreter Wissenschaft CGZH
Dr. Alice Giese	AFG	Qualitätsverantwortliche Abteilung Versorgungsplanung

Qualitätszirkel

Der Qualitätszirkel wird vom AFG und vom Vorstand CGH gemeinsam durchgeführt. Die Teilnahme am Qualitätszirkel ist für Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag VIS 1 verpflichtend. Erwartet wird mindestens die Teilnahme der Klinikdirektion (Chefärzte/ -innen). Bei Verhinderung muss eine Stellvertretung organisiert werden.

AFG

- Führt Datenanalyse durch und erstellt (im Bereich Kolonchirurgie mit der Arbeitsgruppe Qualitätsreporting) die Qualitätsreportings (Jahresberichte) zu Händen der Spitäler
- Koordiniert den Qualitätszirkel in Absprache mit Geschäftsführung CGZH
- Überwacht Auffälligkeiten in der Qualität (Verbesserungsprozess)

3.2. Regelkreis des Qualitätsprogramms

1. Reporting wird erstellt
2. Vorbesprechung zwischen CGZH und AFG
 - a. Auffälligkeiten definieren
 - b. Ablauf Qualitätszirkel gemeinsam planen
 - c. Terminfindung Qualitätszirkel mit Versand Einladungen
3. Durchführung Qualitätszirkel
4. Verteilung der Berichte (Reportings) an die Teilnehmer (Anschluss an Qualitätszirkel)
5. Definition und Überprüfung von Prozessen und Verbesserungsmaßnahmen bei Auffälligkeiten
6. Wiederbeginn bei Punkt 1.

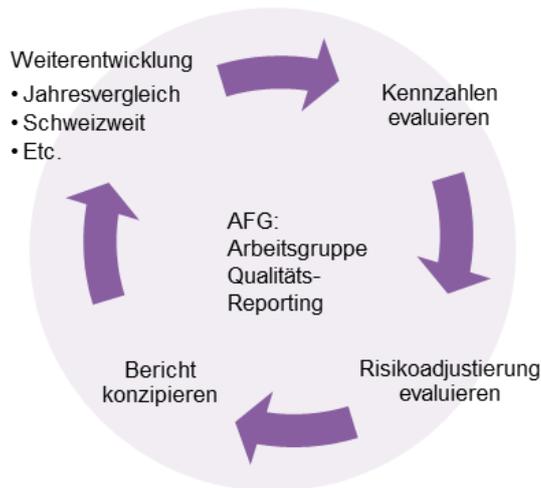


Abbildung 1: Prozess Qualitätsreporting

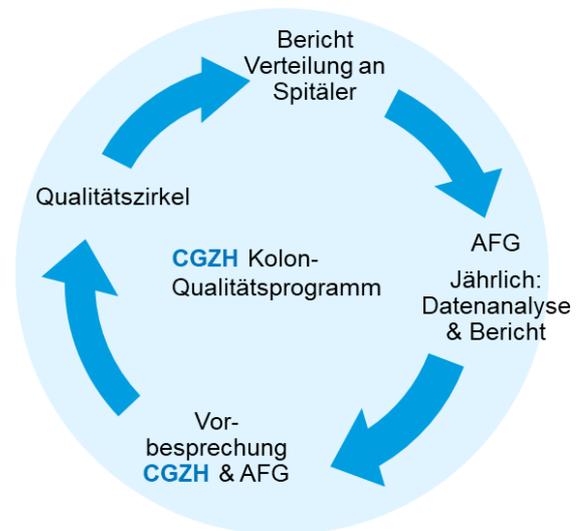


Abbildung 3: Prozess Qualitätszirkel

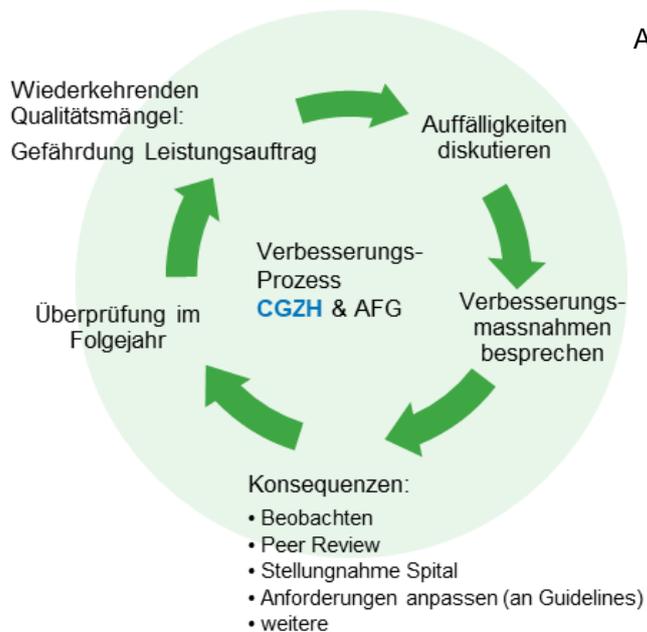


Abbildung 2: Prozess bei Auffälligkeiten

4. Reporting

- Intervall: Jährlich (inkl. Vergangene 3-5 Jahre)
- Ebene: Spital & Operateure/ -innen
- Transparenz (Innerhalb des CGZH Vorstandes und den Leitern der Chirurgischen Kliniken der Listenspitäler im Sinne eines geschlossenen Kreises, nicht nach aussen. Spital erhält Auswertungen zu Operateure/-innen)
- Die Spitäler erhalten Informationen zur Erfüllung der Bedingungen für den Leistungsauftrag und ein Benchmarking des eigenen Spitals gegenüber den anderen.
- Eine allfällige Publikation von Daten erfolgt obligat in Absprache zwischen CGZH Vorstand und AFG.

5. Qualitätskennzahlen

In der Arbeitsgruppe Qualitätsreporting werden aussagekräftige Qualitätskennzahlen zur Analyse der Indikations- und Ergebnisqualität erarbeitet. Dabei wird evidenzbasiert vorgegangen und anhand der verfügbaren Datengrundlagen versucht, die bekannten/gängigen Qualitätskennzahlen abzubilden. Wo bestehende Daten für notwendige Aussagen nicht ausreichen, kann eine zusätzliche Datenerhebung geprüft werden. Sobald die Qualitätskennzahlen in der Arbeitsgruppe festgelegt werden konnten, werden sie im Anhang von diesem Dokument aufgeführt.

5.1. Risikoadjustierung

Um aussagekräftige Qualitätsanalysen durchführen zu können, müssen die Daten korrekt risikoadjustiert werden. Dazu werden neben weiteren Patientenmerkmalen und Informationen zum Eintritt und der Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen der Patienten verwendet. Es dürfen nur Nebendiagnosen zur Adjustierung verwendet werden, welche nicht als Folge (Komplikation) aufgetreten sind. Diabetes oder Adipositas beispielsweise bestehen mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits beim Eintritt. Ein kardiogener Schock hingegen, kann nur zur Risikoadjustierung verwendet werden, wenn er klar als "present on admission", also bei Eintritt vorhanden deklariert ist. Andernfalls würde schlechtere Qualität weg-adjustiert werden.

Ablauf: Die Risikoadjustierung soll gemeinsam mit einer Expertengruppe sowie anhand der Literatur eine korrekte Risikoadjustierung auf Ebene der Diagnose erarbeitet werden.

5.2. Prozesskennzahlen

- Fallzahlen (Anzahl elektive / Anzahl Notfälle etc.) pro Spital und Operateuren
- Hauptdiagnose
- Operation
- Aufenthaltsdauer der Patienten (in Abhängigkeit weiterer Merkmale/Eingriffe)
- etc.

5.3. Indikationsqualität

Beim Start der neuen Form des Qualitätsprogramms Kolonchirurgie kann die Indikationsqualität nicht beurteilt werden. Spätestens nach 2-3 Jahren sollen jedoch explizite Kennzahlen zur Indikationsqualität erfasst und überprüft werden.

5.4. Ergebnisqualität

Zur Abbildung der Ergebnisqualität werden folgende Qualitätskennzahlen betrachtet. Die Liste hierzu ist nicht abschliessend:

- Anastomosensuffizienz und weitere kolonspezifische Komplikationen
- Gängige prä-/postoperative Komplikationen (Blutung, Harnwegsinfekt, Wundinfekte)

Folgende Punkte können bei abweichender Häufigkeit gegenüber dem Durchschnitt zu vertiefterem Studium der Krankengeschichte führen:

- Reoperationen (gleicher Aufenthalt, erneuter Aufenthalt)
- Rehospitalisationen/Reoperationen ausserhalb 30 Tagen
- Verstorben während Aufenthalt
- Überlebensrate nach Eingriff (Matching mit Sterberegister)

Patientenorientiert:

Es wird geprüft inwiefern bei einem Teil der Kolon-Eingriffe die Erfassung von Patient reported outcome Daten (PROMs) sinnvoll ist. Sollten solche bei einzelnen Diagnosen/Eingriffsarten wie beispielsweise bei Divertikulose sinnvoll sein, so wird eine einheitliche Erfassung für alle teilnehmenden Leistungserbringer angestrebt. Ziel ist es hierbei, möglichst digitale Lösungen aufzubauen und weiterhin die Spitalressourcen zu schonen.

5.5. Spital vs. Operateure/ -innen

Spitalvergleich

Eine Betrachtungsebene der Reports ist der kantonale Spitalvergleich. Dabei können sich die teilnehmenden Spitäler untereinander transparent vergleichen. Die Auswertungen betrachten dabei alle definierten Eingriffe, die in dem jeweiligen Spital durchgeführt wurden.

Operateur-Vergleich

Qualitätsanalysen auf Ebene der Operateure/ -innen sind mit Vorsicht zu geniessen. Die Fähigkeiten und Kompetenzen der Operateure/-innen sind nur ein Faktor, welcher für ein gutes Ergebnis relevant sind. Teamkonstellationen, Anästhesie, Spitalprozesse etc. beeinflussen die Ergebnisse ebenfalls und werden bei der Betrachtung auf Ebene Operateure/ -innen vernachlässigt. Trotz dieser Limitierung sollen im Rahmen dieses Qualitätsprogrammes Erfahrungen mit Auswertungen auf verschiedenen Ebenen gesammelt werden.

6. Datengrundlage Routinedaten

Die Anzahl medizinischer Register nimmt stetig zu aufgrund der breiten Akzeptanz für Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Ein Grossteil der eingriffsorientierten Register weist jedoch hohe Doppelspurigkeiten mit den codierten Abrechnungsdaten (Routinedaten) auf. In Anbetracht der knapper werdenden Spitalressourcen, sollten Doppelspurigkeiten abgebaut werden.

Vorteile des "Qualitätsprogrammes Kolonchirurgie"

- Keine parallele Dokumentation & somit keinen Zusatzaufwand seitens Klinik (preiswert und ressourcenschonend)
- Es werden alle Eingriffe codiert (und abgerechnet) und daher ist der Datensatz vollständig

- Komplikationen werden codiert (weil sie teilweise erlösrelevant sind) und ab 2024 werden mit der "present on admission" Abgrenzung die Komplikationen noch sauberer von weiteren (bereits bei Eintritt vorhandenen) Nebendiagnosen separierbar.¹
- Es kann mit Nebendiagnosen risikoadjustiert werden (was die Aussagekraft der Qualitätskennzahlen erhöht)
- Operateure/ -innen sind codiert (was Auswertungen auch auf dieser Ebene ermöglicht)

Nachteile

- Aktuell besteht noch keine Möglichkeit der Verknüpfung von spitalambulanten Daten mit den spitalstationären Daten. Eine solche wird jedoch angestrebt damit Vor- und Nachkontrollen sowie Bildgebung oder weitere Diagnostik/Behandlungen als Patientenprozess abgebildet werden können.
- Klinische Detailinformationen: Sollten gravierende Informationen fehlen, können diese separat pro definierten Patient erhoben werden. Anhand der Fall-ID können Ende Jahr die umfangreicheren Abrechnungsdaten dem Fall zugeführt werden. Insbesondere für die Überprüfung der Indikationsqualität könnte das sinnvoll werden.
- Da Routinedaten für die Erstellung der Qualitätsberichte genutzt werden, entfällt für Fachgesellschaften die Datenhoheit. Ein Datenzugang müsste – falls von der Fachgesellschaft erwünscht – in einem weiteren Prozess aufgegleist werden. Optional können Mitglieder (Leistungserbringer) freiwillig ihre Abrechnungsdaten mit den Fachgesellschaften teilen.

Weitere spezifische Anforderungen im Kontext vom Qualitätsprogramm Kolonchirurgie:

- Seit Januar 2023 werden die Operateure (GLN-Nr.) für die in diesem Programm definierten Koloneingriffe erfasst. Bei den Eingriffen mit Mindestfallzahlen war das bis anhin ohnehin schon der Fall. Das ermöglicht eine Analyse auf Ebene Operateur.

7. Umgang mit Auffälligkeiten

Auffälligkeiten werden am Qualitätszirkel gemeinsam besprochen. Im besten Fall sind diese bereits bei den Vorbesprechungen zwischen der CGZH und dem AFG bekannt. Während dem Qualitätszirkel sollen Auffälligkeiten gemeinsam, kollegial reflektiert werden. Dabei können gemeinsam Erklärungen sowie Lösungen diskutiert werden, mit dem Ziel gemeinsam zu lernen und sich zu verbessern. Auffälligkeiten werden im Protokoll festgehalten und werden im Folgejahr erneut aufgegriffen und untersucht.

Seitens AFG besteht bei gravierenden Auffälligkeiten die Möglichkeit (in Absprache mit dem Vorstand der CGZH) weitere Massnahmen einzufordern. Diese könnten sein:

- Stellungnahme zum Sachverhalt durch das Listenspital einfordern, mit expliziten Verbesserungsmassnahmen und einer definierten Überprüfung der Wirksamkeit dieser Massnahmen
- Peer Review (in Zusammenarbeit mit der CGZH, der nationalen Fachgesellschaft SGVC und Sanacert)
- Fallprüfungen durch das AFG selber (mit weiteren, potentiellen aufsichtsrechtlichen Massnahmen)
- Androhung und Entzug Leistungsauftrag

¹ https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/daten_und_statistik_der_listenspitaeler/datenerhebung/datenerhebung-2022/datenerhebung-dez--2022/poa%20informationen.pdf

8. Koordination

Kurzfristig

Bis das Qualitätsprogramm Kolonchirurgie etabliert ist, die Reports standardisiert werden konnten und eine ausreichende Lern- und Erfahrungskurve besteht, wird das Qualitätsprogramm eng durch die Qualitätsverantwortliche der Abteilung für Versorgungsplanung vom AFG koordiniert.

Langfristig

Längerfristig sollen Auswertungen standardisiert werden und entweder durch die Datenanalyse vom AFG automatisiert oder von einem externen Institut durchgeführt werden können. Ebenfalls längerfristig gilt zu prüfen welche Rolle das AFG in den Qualitätszirkeln einnimmt. Es ist denkbar, dass die Qualitätszirkel zunehmend durch Fachexperten der CGZH geführt werden und das AFG lediglich Teilnehmer und nicht mehr im Lead ist. Dazu muss zuvor aber eine Kultur der Transparenz und der gemeinsamen Qualitätsentwicklung aufgebaut werden.

9. Finanzierung

Durch die Arbeit mit Routinedaten werden Spitalressourcen und Kosten gespart. Aufwände wie die externe Entwicklung der Risikoadjustierung werden im Kontext vom Pilotprojekt und den Aufbauarbeiten durch das AFG übernommen. Die Mitarbeit im Expertengremium für das Qualitätsreporting sowie die Arbeitszeit vom Vorstand der CGZH wird nicht vergütet.

Wird aufgrund von Auffälligkeiten ein externes Peer Review in einem Betrieb notwendig, so hat dieser Betrieb dafür die Kosten zu tragen.

10. Anhang

Liste der aktuell zu betrachtenden Eingriffen (für diejenigen im Kanton Zürich die Operateure zu kodieren sind):

Ileozökalresektion

CHOP	Beschreibung
45.72.11	Ileozäkale Resektion, offen chirurgisch
45.72.12	Ileozäkale Resektion, laparoskopisch

Kolonsegmentresektion

CHOP	Beschreibung
45.78.11	Segmentresektion, offen chirurgisch
45.78.12	Segmentresektion, laparoskopisch
45.78.21	Multiple Segmentresektion, offen chirurgisch
45.78.22	Multiple Segmentresektion, laparoskopisch
45,79	Teilresektion am Dickdarm, sonstige

Hemikolektomie rechts

CHOP	Beschreibung
45.73.11	Hemikolektomie rechts, offen chirurgisch
45.73.12	Hemikolektomie rechts, laparoskopisch
45.77.11	Erweiterte Hemikolektomie rechts, offen chirurgisch
45.77.12	Erweiterte Hemikolektomie rechts, laparoskopisch

Transversumresektion

CHOP	Beschreibung
45.74.11	Resektion des Colon transversum, offen chirurgisch
45.74.12	Resektion des Colon transversum, laparoskopisch

Hemikolektomie links

CHOP	Beschreibung
45.75.11	Hemikolektomie links, offen chirurgisch
45.75.12	Hemikolektomie links, laparoskopisch
45.75.21	Hemikolektomie links mit Sigmoidektomie, offen chirurgisch

45.75.22	Hemikolektomie links mit Sigmoidektomie, laparoskopisch
45.77.21	Erweiterte Hemikolektomie links, offen chirurgisch
45.77.22	Erweiterte Hemikolektomie links, laparoskopisch

Rektosigmoidresektion

CHOP	Beschreibung
45.76.00	Sigmoidektomie, n.n.bez.
45.76.09	Sigmoidektomie, sonstige
45.76.11	Sigmoidektomie, offen chirurgisch
45.76.21	Sigmoidektomie, laparoskopisch

Kolostoma-Anlage

CHOP	Beschreibung
46.12.11	Endständige Kolostomie, offen chirurgisch
46.12.12	Endständige Kolostomie, laparoskopisch
46.15.11	Doppelläufige Kolostomie, offen chirurgisch
46.15.12	Doppelläufige Kolostomie, laparoskopisch

Wiederherstellung der Darmkontinuität (Kolostomarückverlagerung)

CHOP	Beschreibung
46.52.00	Verschluss einer Kolostomie, n.n.bez.
46.52.10	Verschluss einer doppelläufigen Kolostomie
46.52.20	Verschluss einer endständigen Kolostomie
46.52.99	Verschluss einer Kolostomie, sonstige

Totale Kolektomie (nur falls nicht C20)

CHOP	Beschreibung
45.8	Totale Kolektomie, n.n.bez.
45.89	Totale Kolektomie, sonstige

Kolektomie INKL. Subtotale Kolektomie

CHOP	Beschreibung
45.81.11	Kolektomie, offen chirurgisch

45.81.12	Kolektomie, laparoskopisch
----------	----------------------------

Proktokolektomie INKL. Kolektomie mit Proktomukosektomie (nur falls nicht C20)

CHOP	Beschreibung
45.82.11	Proktokolektomie, offen chirurgisch
45.82.12	Proktokolektomie, laparoskopisch

Weitere

CHOP	Beschreibung
48.66.2	Anteriore Rektumresektion
48.71	Naht einer Rektumverletzung
48.75	Abdominale Rektopexie Abdominale Proktopexie * Operation nach Frickman Rektumprolaps-operation nach Ripstein
48.76 ff (alle Unterkategorien)	Sonstige Rektopexie Proktosigmoidopexie Puborektalisschlingenoperation Rektumprolapsoperation nach Delorme EXKL. Manuelle Reposition eines Rektumprolapses (96.26) 48.76.o Detail der Subkategorie
generell	Nicht-HSM Fälle, die das Rektum mitbetreffen