

Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz

Bericht zuhanden der Krebsliga Schweiz

INHALT

0	Executive Summary	4
1	Hintergrund, Auftrag und Vorgehen	6
2	Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung: Grundlagen, Vorgaben und Akteure	7
	2.1. <i>Definition von Qualität</i>	7
	2.2. <i>Qualitätssicherung als Teil des Qualitätsmanagements</i>	8
	2.3. <i>Vorgaben: Gesetze und Empfehlungen</i>	10
	2.4. <i>Akteure</i>	12
3	Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz: Situationsanalyse	13
	3.1. <i>Onkologie als Spezialfall</i>	13
	3.2. <i>Was ist «gute Qualität» in der Onkologie?</i>	13
	3.3. <i>Qualitätssicherung in der Nationalen Strategie Krebs</i>	15
	3.4. <i>Formen der onkologischen Qualitätssicherung</i>	16
	3.4.1. <i>Tumorboard</i>	18
	3.4.2. <i>Anwendung von Guidelines oder Behandlungspfaden</i>	19
	3.4.3. <i>Erarbeitung (und Anwendung) von «Weissbüchern»/Therapieschemata/SOPs</i>	21
	3.4.4. <i>Studien/Forschung</i>	21
	3.4.5. <i>Permanente Fortbildung</i>	21
	3.4.6. <i>Mehr-Augen-Prinzip (Doppelvisum)</i>	22
	3.4.7. <i>Critical Incident Reporting System (CIRS)</i>	22
	3.4.8. <i>Zertifizierung</i>	22
	3.4.9. <i>Krebsregister</i>	26
	3.4.10. <i>Behördliche Vorgaben (HSM; Limitationen)</i>	27
	3.4.11. <i>Technische Kontrollen und Klinische Audits in der Radio-Onkologie</i>	27
	3.4.12. <i>Qualitätsindikatoren des BAG</i>	28
4	Onkologische Qualitätssicherung: ausländische Modelle	29
	4.1. <i>Deutschland</i>	29
	4.2. <i>USA</i>	30
	4.3. <i>Interessante Ansätze in weiteren Ländern</i>	31
5	Fazit	33
	5.1. <i>Schwächen</i>	33
	5.2. <i>Lösungsvorschlag</i>	34

Literatur	37
Anhang	40
<i>Anhang 1: Übersicht über verschiedene Arten von Qualitätskriterien am Beispiel Onkologie.....</i>	<i>40</i>
<i>Anhang 2: Qualitätskriterien «Tumorboard»: Vergleich verschiedener Zertifikate bzw. Label</i>	<i>42</i>
<i>Anhang 4: «Brustkrebszentrum»: Liste der zertifizierten Zentren in der Schweiz</i>	<i>50</i>
<i>Anhang 5: «Brustkrebszentrum»: Übersicht über die in den drei Labels verwendeten Qualitätsindikatoren</i>	<i>51</i>
<i>Anhang 6: Swiss Cancer Network: Zertifizierte Institutionen (Stand August 2018)</i>	<i>53</i>
<i>Anhang 7: Glossar</i>	<i>54</i>

0 Executive Summary

Die Qualitätssicherung in der Onkologie wird namentlich aus vier Gründen als wichtig erachtet:

1. Krebsdiagnose und -behandlung sind für den Patienten einschneidend und belastend.
2. Die Behandlung ist vielfach sehr komplex; bei unsorgfältiger Handhabung drohen schwerwiegende Schäden.
3. Die Behandlung erfordert in der Regel die Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen (Chirurgie, Onkologie, Radio-Onkologie, Psychoonkologie, Pflege).
4. Die Kosten für die Krebsbehandlung sind hoch.

Alle relevanten Akteure (Bund, Fachgesellschaften, Nationale Strategie gegen Krebs, Patientenorganisationen) sind sich deshalb einig, dass der Qualitätssicherung in der Onkologie ein hoher Stellenwert zukommt. Tatsächlich findet in der Schweiz die onkologische Qualitätssicherung in vielen Institutionen und in vielfältiger Form statt. Im vorliegenden Bericht wird dabei zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden.

Als *interne Qualitätssicherung* werden klinik-interne Verfahren zur Sicherstellung der Qualität bezeichnet; dazu gehören namentlich folgende Formen:

- Tumorboard
- Anwendung von Guidelines und/oder Behandlungspfaden
- Anwendung von «Weissbüchern»/Therapieschemata/Standard Operating Procedures (SOPs)
- Studien/Forschung
- Permanente Fortbildung
- Mehr-Augen-Prinzip (Doppelvisum)
- Critical Incident Reporting System (CIRS)

Bei der *externen Qualitätssicherung* ist es ein «Dritter» (d.h. eine Behörde oder eine Zertifizierungsstelle), der die Einhaltung zuvor definierter Qualitätsvorgaben überprüft; dazu gehören namentlich folgende Formen:

- Zertifizierung
- Krebsregister
- Behördliche Vorgaben (HSM; Limitationen)
- Technische Kontrollen und Klinische Audits in der Radio-Onkologie
- Qualitätsindikatoren des BAG

Der vorliegende Bericht kommt – wie die Nationale Strategie Krebs – zum Schluss, dass die onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz noch Schwächen aufweist. Diese betreffen weniger den Umfang; das heisst, es hat nicht zu wenig Zertifikate oder Guidelines. Vielmehr sind es die Art und Weise sowie inhaltliche Aspekte der Qualitätssicherung, die suboptimal sind. Bei der *Art und Weise* der Qualitätssicherung sind es die Verbindlichkeit und die Standards, bei denen Verbesserungspotential besteht. Auch *inhaltlich* steht die onkologische Qualitätssicherung in der Kritik – und zwar weltweit. Exemplarisch dafür steht der Bericht «Delivering High-Quality Cancer Care» des US-amerikanischen Institute of Medicine, der 2013 auf gravierende Mängel in der onkologischen Qualitätssicherung aufmerksam gemacht hat. Die Qualitätskriterien würden sich im Allgemeinen am Leistungserbringer (und nicht am Patienten) orientieren, würden die vorhandene Fragmentierung der Behandlung spiegeln und sich auf kurzfristige Ergebnisse konzentrieren. Und obwohl die meisten Patienten in Versorgungsnetzwerken behandelt würden, gäbe es dafür keine Qualitätsindikatoren.

Fachgesellschaften, Krebsliga Schweiz, Behörden und Patientenorganisationen haben die gemeinsame Vision, dass *alle Krebspatienten in der Schweiz eine qualitativ hochstehende Behandlung erhalten*; damit diese Vision Wirklichkeit wird, braucht es bei der Qualitätssicherung wohl eine gewisse Form der Verbindlichkeit.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass die meisten Leistungserbringer heute schon über (zu) viel administrativen Aufwand klagen, schlägt der vorliegende Bericht im Hinblick auf eine Stärkung der onkologischen Qualitätssicherung mittelfristig folgende Anpassungen vor:

1. wenige Vorgaben im Sinne von Mindeststandards, die sich primär an der Netzwerk- und an der Patientenperspektive orientieren (d.h. nicht organ-spezifisch sind) und interprofessionell sowie gemeinsam mit Patientenvertretungen ausgearbeitet werden;
2. wenig zusätzlicher Aufwand, indem hauptsächlich routinemässig erhobene, interoperable Patientendaten verwendet werden;
3. dies aber a) verpflichtend, b) überprüfbar (d.h. vergleichbar) und c) sanktionierbar.

Selbstverständlich muss die Umsetzung eines solchen Vorschlags schrittweise erfolgen, und zwar idealerweise bottom-up, durch Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern.

1 Hintergrund, Auftrag und Vorgehen

Krebs ist eine häufige Krankheit in der Schweiz; pro Jahr treten rund 40'000 neue Fälle auf. Aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung wird die Zahl der Krebserkrankungen in Zukunft noch zunehmen.

Die medizinische Betreuung von Krebspatientinnen und -patienten ist in der Schweiz grundsätzlich auf einem hohen Niveau. Studien (z.B. jene von Ess et al. aus dem Jahre 2009) haben allerdings gezeigt, dass zwischen Leistungserbringern bzw. Regionen qualitative Unterschiede bestehen und bei der Koordination der zahlreichen Akteure Defizite vorhanden sind. Heutzutage können zudem Hunderte verschiedener Krebserkrankungen unterschieden werden, die immer häufiger mit zielgenauen Therapien behandelt werden. Die dafür benötigten materiellen und personellen Ressourcen sind sehr hoch und werden noch zunehmen. Umso wichtiger ist deren optimaler Einsatz. Dieser setzt integrierte und vernetzte Versorgungsstrukturen voraus, die auf Qualität und Effizienz fokussiert sind.

Das US-amerikanische Institute of Medicine sprach in seinem 2013 veröffentlichten Bericht «Delivering High-Quality Cancer Care» von einer eigentlichen Krise in der Gesundheitsversorgung von Krebspatienten: Die Versorgung sei häufig nicht patientenzentriert, viele Patienten würden keine Palliativbehandlung erhalten, und Therapieentscheidungen würden oft nicht auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Gleichzeitig würde sich die Zahl der über 65-Jährigen – jener Gruppe, die am ehesten an Krebs erkrankt – bis 2030 verdoppeln, der Mangel an Gesundheitsfachleuten würde sich weiter verstärken, und die Kosten der Krebsbehandlung würden stärker ansteigen als in anderen Medizinbereichen.

Diese Situation hat dazu geführt, dass die Qualitätssicherung in der Onkologie in den letzten Jahren nicht nur weltweit, sondern auch in der Schweiz markant an Bedeutung gewonnen hat. Die Nationale Strategie gegen Krebs 2017-2020 hat das Thema der Qualitätssicherung in mehreren Projekten aufgenommen. Auch für die Krebsliga Schweiz (KLS) hat die Qualitätssicherung einen hohen Stellenwert; diese soll dazu beitragen, dass Patienten in der Schweiz überall Zugang zu guter Behandlungsqualität haben. Dies hat die KLS veranlasst, 2012 ein Qualitätslabel für Brustzentren zu schaffen. Nachdem das Qualitätslabel für Brustzentren auf gute Resonanz gestossen war, plant die KLS die Lancierung eines weiteren Labels, und zwar im Bereich «Versorgungspfade in onkologischen Netzwerken». Das entsprechende Projekt hat zwei Ziele:

- In der Schweiz existieren Vorgaben bezüglich der Qualitätssicherung im Bereich «Versorgungspfade in onkologischen Netzwerken», die wissenschaftlich fundiert, von den Stakeholdern akzeptiert und in der Praxis umsetzbar sind.
- Zusätzlich liegt eine Übersicht über die vorhandenen Möglichkeiten und Instrumente der Qualitätssicherung in der Onkologie vor; diese wird als Bericht veröffentlicht.

Das vorliegende Dokument setzt das zweite Ziel um; es beruht auf einer umfassenden Literaturrecherche. Eine erste, provisorische Fassung wurde mit der Projektgruppe¹, welche das erste Ziel umsetzen soll, ausführlich diskutiert; auf der Basis dieser Diskussionen wurde die vorliegende, definitive Fassung erstellt.

¹ Dieser Projektgruppe gehörten folgende Persönlichkeiten an: Irène Bachmann-Mettler, Zürich; PD Dr. Christoph Cottier, Burgdorf; Dr. Peter Durrer, Bern; Dr. Aline Flatz, Bern; Dr. Catherine Gasser, Bern; Anne-Claude Griesser, Lausanne; lic. rer. oec. Esther Kraft, Bern, Prof. Urs Lütolf, Zürich, Dr. Walter Mingrone, Olten, Rosmarie Pfau, Aesch

2 Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung: Grundlagen, Vorgaben und Akteure

2.1. Definition von Qualität

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) verpflichtet ihre Mitglieder im Artikel 1 der Standesordnung, «die Qualität ihrer Arbeit sicherzustellen». Stillschweigend wird dabei davon ausgegangen, dass für Ärztinnen und Ärzte klar ist, was unter «Qualität» zu verstehen ist. Tatsächlich macht bereits der Hippokratische Eid die Qualität zum Thema, wenn er nämlich davon spricht, dass der Arzt² dem Patienten Gutes tun und ihn vor Schaden bewahren solle. Die Qualitätssicherung gehört seit jeher zum professionellen Selbstverständnis eines Arztes, und die meisten – wenn nicht alle – Ärztinnen und Ärzte würden von sich behaupten, dass ihre Arbeit von guter Qualität ist. Das Gleiche gilt natürlich auch für alle anderen Gesundheitsfachleute; auch ihnen ist die Qualität ihrer Arbeit ein grosses und stetes Anliegen.

Es gibt mehrere Gründe, warum die Qualität in der Medizin plötzlich zum öffentlichen Thema wurde: Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass in der Medizin immer wieder Fehler passieren und dass sich die Behandlungsergebnisse zwischen Spitälern, aber auch zwischen Regionen und Ländern teilweise markant unterscheiden. Zudem hat die wachsende finanzielle Belastung des Staates durch die Gesundheitskosten dazu geführt, dass sich dieser verstärkt für Qualitätsaspekte in der Medizin zu interessieren begann, und auch der entsprechende politische Druck nahm zu.

Qualität ist allerdings ein relativer Begriff. Die Qualität der Gesundheitsversorgung kann für Patienten und ihre Angehörigen, Ärzte, Pflegefachpersonen sowie für Vertreter von Krankenversicherungen und Behörden unterschiedliche Bedeutungen haben; zudem hängt sie von vielen Faktoren ab: geeignete Infrastruktur, qualifizierte und motivierte Mitarbeitende, adäquate Führungsstrukturen und -instrumente, auf die Patienten ausgerichtete Prozesse, eine positive Fehlerkultur sowie qualitätsfördernde, rechtliche Rahmenbedingungen.

Von Avedis Donabedian, der sich als erster systematisch mit der Qualität in der Medizin befasste, stammt eine heute noch gültige Definition: «Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with preset criteria for good care.» In dieser Definition wird Qualität als Grad («extent») der Übereinstimmung definiert, die zwischen der Dienstleistung («actual care») und den Anforderungen («preset criteria for good care») besteht.

Um die Qualität von medizinischen Behandlungen zu beobachten und zu messen, werden sogenannte Qualitätsindikatoren verwendet, also Messgrössen, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität ermöglichen soll. Die Definition solcher Qualitätskriterien ist anspruchsvoll. Idealerweise erfolgt sie durch die zuständige Fachgesellschaft unter Einbezug der beteiligten Stakeholder (inkl. Patienten) und stützt sich auf die bestverfügbare Evidenz ab; diese kann in der Regel aus Guidelines bzw. aus der Literatur abgeleitet oder – falls keine empirische Evidenz vorliegt – im Expertenkonsens gebildet werden.

In der Literatur werden zahlreiche Faktoren genannt, die bei der Formulierung von Qualitätskriterien zu beachten sind, z.B.

- *die Relevanz* (Bedeutung für das Versorgungssystem; Nutzen; Berücksichtigung potenzieller Risiken/ Nebenwirkungen)
- *die Praktikabilität* (Verständlichkeit und Interpretierbarkeit für Patienten, Ärzte und Pflegenden; Datenverfügbarkeit; Erhebungsaufwand; Überprüfbarkeit der Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten)

² Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit gilt in diesem Text die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

- *Wissenschaftlichkeit* (Reliabilität; Validität; Möglichkeit zur Risikoadjustierung; Sensitivität; Spezifität)

Donabedian unterschied verschiedene Dimensionen medizinischer Versorgungsqualität: erstens die Strukturqualität, zweitens die Prozessqualität und drittens die Ergebnis- oder Outcomequalität. Diese drei Dimensionen stehen miteinander in enger Beziehung: Um eine gute Prozessqualität bieten zu können, braucht es entsprechende Strukturen, und die Ergebnisqualität wird von der Prozessqualität mitbestimmt.

Am relevantesten ist grundsätzlich die Ergebnisqualität: Mit der Ergebnisqualität wird das gemessen, was für die Patienten in der Regel die höchste Priorität hat. Allerdings ist diese auch am schwierigsten zu vergleichen, da hier zahlreiche Zusatzfaktoren (z.B. Alter und Komorbidität der Patienten) eine zentrale Rolle spielen. Unter der nicht unberechtigten Annahme, dass die Struktur- und die Prozessqualität Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben, werden bisher hauptsächlich diese beiden Dimensionen gemessen. Namentlich in den angelsächsischen Ländern gibt es jedoch Bestrebungen, vermehrt auch die Perspektive des Patienten einzubeziehen, indem «Patient-Reported Outcome Measures» (PROM) und «Patient-Reported Experience Measures» (PREM) erfasst werden.

In der Literatur findet sich eine unüberschaubare Zahl von Qualitätsindikatoren; dabei handelt es sich einerseits um organ- bzw. krankheitsspezifische Indikatoren (typisches Beispiel: Anteil der brusterhaltenden Operationen an allen Operationen bei Mammakarzinom unter Berücksichtigung der Tumorgrosse) und andererseits um Querschnitts-Indikatoren (typisches Beispiel: Frist von Diagnosemitteilung bis zum Therapiebeginn).

Qualität kann allerdings nicht nur leistungserbringer- oder patienten-bezogen, sondern auch systembezogen überprüft werden. Hier stehen wiederum andere Kriterien im Zentrum, nämlich Kosten und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Bei dieser systembezogenen Betrachtungsweise kommt es nicht nur auf die Qualität der einzelnen Leistungserbringer, sondern auch auf deren Kooperation bei der Behandlung eines Patienten an.

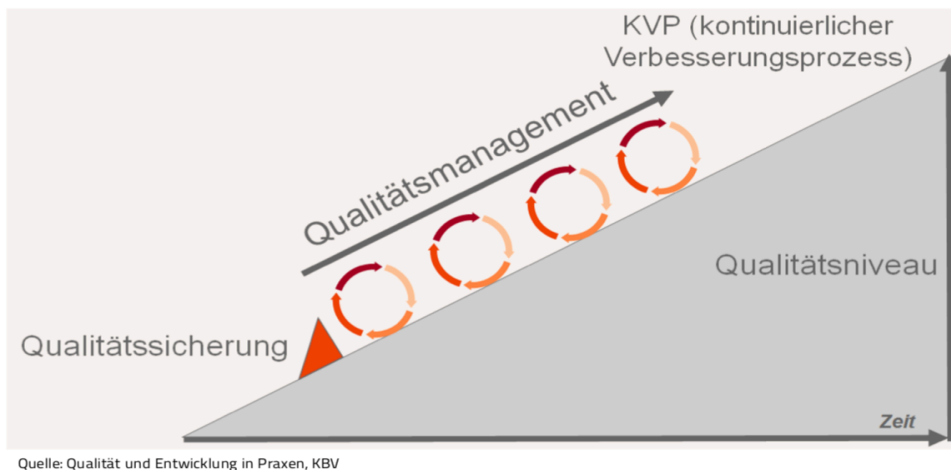
Die verschiedenen Arten von Qualitätskriterien mit ihren Stärken und Schwächen sind am Beispiel Onkologie in Anhang 1 dargestellt.

2.2. Qualitätssicherung als Teil des Qualitätsmanagements

«Qualität» ist nicht einfach vorhanden, sondern muss geplant, definiert, umgesetzt und kontrolliert werden. Das Erreichen und Halten einer guten Qualität ist ein Prozess; man spricht in diesem Zusammenhang von einem «kontinuierlichen Verbesserungsprozess» (KVP), und die Gestaltung dieses Prozesses ist eine Managementaufgabe (Qualitätsmanagement; siehe Abbildung 1).

Qualitätsmanagement umfasst das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung; diese Tätigkeiten lassen sich auch mit dem PDCA-Zyklus beschreiben. Die Abkürzung PDCA steht für «plan – do – check – act», einen ständigen Kreislauf, in dem das geplante Tun immer wieder überprüft und die Ergebnisse der Überprüfung im Hinblick auf Verbesserung in den Prozess zurückgespiegelt werden. Übersetzt in die Praxis heisst das: Die tägliche Routine (*do*) sollte auf Planungen (*plan*: Konzepte, Leitlinien, Standards) beruhen, regelmässig überprüft (*check*) und weiterentwickelt (*act*) werden.

Abbildung 1: Qualitätsmanagement und kontinuierlicher Verbesserungsprozess



Die ISO-9000-Normenreihe definiert «Qualitätssicherung» (QS) als jenen «Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden». Als «Qualitätssicherung» wird also jener Teil des Qualitätsmanagements bezeichnet, der die Einhaltung von Qualitätsvorgaben überprüft bzw. dokumentiert. Beispiele dafür sind technische Kontrollen, Register oder Zertifizierungen.

Es gibt jedoch noch eine weitere, häufig anzutreffende Bedeutung von «Qualitätssicherung», nämlich «Verfahren zur Sicherstellung der Qualität»; dazu gehören namentlich Fallbesprechungen, die Anwendung von Guidelines oder das Vier-Augen-Prinzip. Diese Form der Qualitätssicherung wird häufig als «interne Qualitätssicherung» bezeichnet. Im Gegensatz zur internen QS, für die die Klinik selbst verantwortlich ist, ist es bei der externen Qualitätssicherung ein «Dritter» (d.h. eine Behörde oder eine Zertifizierungsstelle), der die Einhaltung der Qualitätsvorgaben überprüft (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Vergleich von interner und externer Qualitätssicherung

	Fokus	Zuständigkeit	Beispiele
Interne Qualitätssicherung	Sicherstellung der Qualität	Leistungserbringer (Spitäler, Gesundheitsfachleute)	Tumorboard Anwendung von Guidelines Vier-Augen-Prinzip
Externe Qualitätssicherung	Überprüfung und Dokumentation, ob Qualitätsvorgaben eingehalten werden	«Dritte» (Behörde oder Zertifizierungsstellen)	Technische Kontrollen Register Zertifizierungen

Die grosse Herausforderung besteht darin, die Qualität so sicherzustellen,

- dass es mit vertretbarem Aufwand realisiert werden kann und gleichzeitig ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) damit verbunden ist – das spricht für die interne Qualitätssicherung;
- dass es für Aussenstehende glaubwürdig ist – das spricht für die externe Qualitätssicherung.

2.3. Vorgaben: Gesetze und Empfehlungen

Die Sicherung der medizinischen Behandlungsqualität ist seit 1996 im Krankenversicherungsgesetz (KVG) gesetzlich verankert; damit wurde gleichzeitig die bisher übliche, professionelle Selbstregulierung eingeschränkt. Mit Art. 58 KVG bekam der Bundesrat die Möglichkeit, Qualitätssicherung zu überprüfen und aktiv anzugehen. Allerdings begnügte er sich damals, die Vertragspartner zu beauftragen, die Qualitätsthemen vertraglich miteinander zu regeln. Seit dem 1. Januar 2009 ist zudem ein neuer Art. 59a KVG in Kraft, der die Leistungserbringer «verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die [...] Qualität der Leistungen zu überwachen».

Für die Beeinflussung der Qualität der Leistungen im Rahmen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) können folgende drei Ansatzpunkte unterschieden werden:

- Zulassung von Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Bezeichnung der Leistungsbereiche in den Art. 24–31 KVG sowie Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten nach Art. 32 KVG und Bezeichnung der Leistungen nach Art. 33 KVG);
- Zulassung der Leistungserbringer einschliesslich der kantonalen Planung der Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Art. 36–40 KVG);
- Sicherung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes (Angemessenheit) der Leistungen (Art. 56, 58 und 59 KVG; Qualitätsinformationen nach Art. 59a KVG).

Konkret sieht das KVG für die einzelnen Akteure die folgenden Aufgaben vor:

Bund: Er regelt die Voraussetzungen zur Zulassung der Leistungserbringer, legt Eckwerte fest für die Entwicklung, Erhebung und die Publikation von Qualitätsinformationen. Falls die Tarifpartner hinsichtlich vertraglicher Qualitätssicherung oder die Kantone in ihrer Versorgungsplanung im Bereich der hoch spezialisierten Medizin ihren Aufgaben nicht nachkommen, kann der Bund subsidiäre Massnahmen beschliessen.

Kantone: Sie beurteilen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Spitäler im Rahmen der Versorgungsplanung und unterstützen die Verbindlichkeit von Vorgaben qualitätssichernder Massnahmen und Qualitätsmessungen des Bundes bei den Leistungserbringern.

Leistungserbringer: Sie erbringen wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, setzen die qualitätssichernden Massnahmen gemäss den Vorgaben des Bundes, der Kantone und den Verträgen mit den Versicherern um, und sie erheben Daten zur Ermittlung von Qualitätsinformationen und stellen diese kostenlos zur Verfügung des Bundes.

Versicherer: Sie vereinbaren mit den Leistungserbringern Tarife und Massnahmen zur Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen; zudem überprüfen sie die Leistungserbringer hinsichtlich Erfüllung der Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen und beantragen Sanktionen bei den kantonalen Schiedsgerichten.

2007 hielt ein Bericht der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates fest, dass die Qualitätssicherung im Schweizer Gesundheitssystem ungenügend sei und der Bund seine Aufgabe nicht wahrnehme. Als Reaktion darauf hat der Bund seither verschiedene Massnahmen ergriffen:

- 2009 erschien die «Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen»; gleichzeitig begann das BAG, Qualitätsindikatoren der Spitäler zu veröffentlichen. Unter anderem als Reaktion darauf veröffentlichte die SAMW die Empfehlungen «Erhebung... von Qualitätsdaten» (siehe unten).
- In der 2013 veröffentlichten Strategie «Gesundheit 2020» war die Erhöhung der Versorgungsqualität einer von vier Schwerpunkten.
- 2015 hat der Bundesrat die Botschaft zu einer KVG-Revision mit Schwerpunkt «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» veröffentlicht. Mit der Revision verfolgt der Bundesrat folgende Stossrichtung:
 - Steuerung der Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundesrates über die Vorgabe von Zielen;
 - Entwicklung, Durchführung und Auswertung nationaler Programme zur Förderung der Qualität und der Patientensicherheit durch flächendeckend eingeführte Standards und Methoden;
 - Durchführung und Auswertung von weiteren Projekten durch Vergabe von Finanzhilfen, insbesondere zur Erarbeitung notwendiger Grundlagen zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren in Bereichen, in denen solche noch nicht in allgemein verwendbarer Form zur Verfügung stehen;
 - Stärkung der Verbindlichkeit von Qualitätsmassnahmen und Schaffung von Transparenz hinsichtlich Umsetzung und erzielter Ergebnisse, in Zusammenarbeit mit den Partnern (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer).

Daneben gibt es noch weitere Bundesgesetze, die einen Bezug zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung haben, z.B. das Medizinal- und das Gesundheitsberufegesetz (→ Qualität in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachleute), das Epidemien-gesetz (→ Vermeidung von Krankenhausinfekten), das Heilmittelgesetz (→ Zulassung von Arzneimitteln und Medizinprodukten) oder das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (→ Schutz der Menschenwürde und Sicherstellung der Qualität genetischer Untersuchungen am Menschen).

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2009 Empfehlungen zur «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität» veröffentlicht. Die Empfehlungen (die keinen bindenden Charakter haben) halten fest, dass die Öffentlichkeit das Recht hat, über die Qualität der medizinischen Leistungen informiert zu werden. Allerdings seien neben den beabsichtigten Effekten – Qualitätsverbesserung, Transparenz und Wahlmöglichkeit für die Patienten – auch die unerwünschten Folgen, nämlich Fehlinformationen und damit Fehlentscheide durch mangelhaft erhobene oder inkorrekt analysierte Daten, in Betracht zu ziehen.

Die Empfehlungen beschreiben die Voraussetzungen, die bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu berücksichtigen sind; deren Beachtung biete Gewähr, dass die erhobenen Qualitätsdaten relevant, korrekt und verständlich seien.

2011 hat die SAMW erneut Empfehlungen veröffentlicht, und zwar zum Thema «Zertifizierung im medizinischen Kontext». Auslöser war die zunehmende Zahl von Zertifikaten und Qualitätslabels im Gesundheitsbereich; häufig sei dabei unklar, wofür diese genau stünden, auf welchen Grundlagen sie beruhten und welches ihre Gültigkeitsdauer sei.

Die Empfehlungen halten fest, dass eine Zertifizierung nur dann angezeigt ist, wenn ein zusätzlicher Nutzen nach Innen oder nach Aussen zu erwarten ist. Innerhalb der Organisation sollen Anhaltspunkte gefunden werden, ob und wo Verbesserungspotential besteht. Nach Aussen soll die Zertifizierung eine gute Sichtbarkeit des Leistungsangebotes und idealerweise auch der Ergebnisse der erbrachten Leistungen bewirken, und zwar sowohl für nach Orientierung suchende Patienten, als auch für Krankenversicherer, politische Behörden und nicht zuletzt für potenzielle Mitarbeiter. Darüber hinaus definieren die Empfehlungen Kriterien, welche ein Zertifikat erfüllen sollte. Die SAMW geht davon aus, dass Zertifikate, die diesen Empfehlungen Folge leisten, in der Regel als vertrauenswürdig und sinnvoll gelten können.

2.4. Akteure

Alle Leistungserbringer sind gemäss KVG angehalten, die Qualität ihrer Leistungen sicherzustellen (vgl. Kap. 2.3.), und gehören damit automatisch zu den «Akteuren».

Daneben gibt es jedoch weitere Akteure, die unterschiedliche Aspekte des Qualitätsmanagements bearbeiten:

- Der Bund macht Vorgaben und ist damit zuständig für die *Qualitätspolitik*.
- Mehrere Organisationen befassen sich mit *Qualitätsentwicklung*, so die Stiftung Patientensicherheit, die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) und die Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (SQmh), sowie – sofern sie Guidelines ausarbeiten – die Fachgesellschaften.
- Weitere Organisationen befassen sich mit der *Qualitätsmessung*: BAG, ANQ, Zertifizierungsstellen (u.a. EQUAM, Sanacert, SQS, Concert).

Im Vergleich mit anderen Ländern fällt auf, dass es in der Schweiz bisher keine Institution gibt, die im Bereich Qualitätssicherung auf nationaler Ebene Vorgaben machen könnte, so wie es in Deutschland das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), in Frankreich die Haute Autorité de Santé (HAS) oder in Grossbritannien das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) vermögen.

3 Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz: Situationsanalyse

3.1. Onkologie als Spezialfall

Bei der Behandlung onkologischer Patienten existieren besondere Herausforderungen:

- Krebs ist eine lebensbedrohliche Krankheit und bedeutet für den Patienten ein einschneidendes Erlebnis. Das Krankheitsgeschehen und auch die Behandlung (z.B. Chemotherapie) sind für die betroffenen Patienten sehr belastend.
- Die Behandlungen sind häufig sehr komplex; bei unsorgfältiger Handhabung drohen schwerwiegende Schäden.
- In der Regel erfolgt die Behandlung in Versorgungsnetzwerken, das heisst, es sind verschiedene Disziplinen und Berufsgruppen involviert und häufig auch verschiedene Settings (ambulant, stationär, Reha, Spitex); dies ergibt zahlreiche fehleranfällige Schnittstellen.
- Die onkologische Behandlung ist oft mit sehr hohen Kosten verbunden; diese Kosten sind nur gerechtfertigt, wenn die Behandlungsqualität entsprechend gut ist.

Diese Situation erklärt, weshalb der Qualitätssicherung in der Onkologie mehr Gewicht beigegeben wird als in anderen Medizinbereichen, und zwar nicht nur von Leistungserbringern, sondern auch von Behörden und Öffentlichkeit, und dies nicht nur in der Schweiz, sondern weltweit.

3.2. Was ist «gute Qualität» in der Onkologie?

Wie in Kap. 2.1. dargelegt, ist das Ausmass der Qualität in der Gesundheitsversorgung davon abhängig, inwiefern ein untersuchtes Struktur-, Prozess- oder Ergebnis-Merkmal (bzw. Qualitätskriterium) die zuvor definierten Anforderungen erfüllt. Diese Anforderungen können sich je nach Perspektive desjenigen, der sie formuliert, unterscheiden. Für die Leistungserbringer sind andere Anforderungen an die Gesundheitsversorgung wichtig als für die Patienten. So hat z.B. der verstärkte Fokus auf die Patientenperspektive dazu geführt, dass neue Qualitätskriterien zur Anwendung kommen (Patient-Reported Outcome Measure; Patient-Reported Experience Measure).

Zudem ist Qualität kein statisches, sondern ein dynamisches Konzept: Angesichts der Fortschritte in der Diagnostik und Therapie (Stichwort «Personalisierte Medizin» mit einer zunehmenden Subtypisierung der Krebsformen), aufgrund neuer Bedürfnisse von Patienten oder im Zusammenhang mit staatlichen Gesundheitsplanungen sind die Anforderungen einem steten Wandel unterworfen.

Vor diesem Hintergrund gibt es keine «gute Qualität in der Onkologie», die nach dem Prinzip «one size fits all» für jeden Fall und in jedem Setting gelten würde. Auch bei der «krankheitsspezifischen Mortalität», die diesem Anspruch am nächsten kommt, gilt es patienten-bezogene Unterschiede (z.B. Alter, Komorbidität) zu beachten. Hingegen gibt es eine Vielzahl von Qualitätskriterien, die entweder organ- bzw. indikations-spezifisch sind (vgl. Tabelle 2 für Qualitätskriterien bei Brustkrebs) oder aber Querschnitts-Indikatoren sind, die bei jeder Art von Krebs zur Anwendung kommen können (vgl. Tabelle 3). Alle diese Qualitätsindikatoren müssen in einem sorgfältigen, standardisierten Prozess und unter Einbezug der relevanten Stakeholder (inkl. Patienten) formuliert und evaluiert werden (vgl. Kap. 2.1.).

Tabelle 2. Beispiele für organ-spezifische Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien in der Onkologie (Quelle: Q-Label «Brustkrebszentrum» der KLS)

Dimension	Qualitätskriterium
<i>Strukturqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Anzahl neuer Brustkrebsfälle – Anzahl operativer Behandlungen von Erstkarzinomen – Anzahl onkologischer Eingriffe – Anzahl plastisch-rekonstruktiver Eingriffe an der Brust – Anzahl Befunde in der Pathologie – Anzahl durch die Pathologie neu diagnostizierter Karzinome – Anzahl durch die Onkologie durchgeführter Chemotherapiezyklen – Anzahl Mammografie-Befunde Radiologie – Anzahl Radiotherapien – Anzahl in Studien eingebrachte Fälle
<i>Prozessqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Frist visuellen Erstkontakt bis zur Diagnosemitteilung – Frist von Diagnosemitteilung bis zum Therapiebeginn – Prätherapeutische Besprechung – Postoperative Besprechung – Prätherapeutische Diagnosesicherung
<i>Ergebnisqualität</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Reoperationsrate – Anteil der R0 / R1-Resektionen bei invasiven Tumoren – Anteil der brusterhaltenden Operationen – Dokumentation der SLN-Prozeduren – Dokumentation Lymphknoten bei non-sentinel Axilla-Operation

Tabelle 3. Beispiele für patienten-relevante Querschnitts-Indikatoren in der Onkologie (Quelle: National Voluntary Consensus Standards for Quality of Cancer Care: Symptom Management and End-of-Life Care)

<ul style="list-style-type: none"> – Family Evaluation of Hospice Care (FEHC) – Comfortable dying – Chemotherapy in the last 14 days of life – More than one emergency room visit in the last 30 days of life – More than one hospitalization in the last 30 days of life – Intensive care unit admission in the last 30 days of life – Dying in an acute care setting – Not admitted to hospice – Admitted to hospice for less than three days
--

3.3. Qualitätssicherung in der Nationalen Strategie Krebs

Wer sind die «Driving Forces» in der onkologischen Qualitätssicherung? Tatsächlich lassen sich diesbezüglich vier unterschiedliche Akteure unterscheiden, nämlich

- die Behörden (Bund und Kantone),
- die Leistungserbringer und deren Verbände (FMH, H+ und unimeduisse),
- die Fachverbände (SGMO, SRO, weitere Fachgesellschaften, Krebsliga Schweiz) und
- Interesseorganisationen (Oncosuisse, Patientenorganisationen).

Die *Behörden* haben realisiert, dass sie mit dem KVG einen gesetzlichen Auftrag haben, den sie ausführen müssen; zudem gehen sie davon aus, dass die Qualitätssicherung auch mithilft, Kosten zu sparen oder zumindest den Kostenanstieg zu dämpfen.

Die *Leistungserbringer*, namentlich die Spitäler, erhoffen sich von QS-Massnahmen gewisse Vorteile beim Wettbewerb um Patienten; gleichzeitig sind die Verbände darum bemüht, dass von Seiten der Behörden nicht zu viele Vorgaben erfolgen.

Die *Fachverbände* sehen sich als die Experten für die Bezeichnung von Qualitätskriterien und haben den Anspruch, entsprechend in die QS-Aktivitäten eingebunden zu sein.

Die *Interesseorganisationen* tragen das Anliegen in die Öffentlichkeit bzw. in die Politik; dabei sind allerdings im Moment die Patientenorganisationen noch wenig sichtbar.

Erfreulicherweise ist es gelungen, dass die genannten Akteure ihre Aktivitäten relativ rasch koordinierten: 2011 wurde im Parlament von Ständerat Hans Altherr eine Motion eingereicht, die den Bundesrat beauftragte, «unter Einbezug betroffener Organisationen, Fachpersonen, Fachschaften und der Kantone eine nationale Strategie für eine verbesserte Krebsvermeidung und -bekämpfung zu erarbeiten». Konkret forderte diese Motion 11.3584:

- «die Harmonisierung und Koordination der Strategien und Massnahmen auf der gesamten Abfolge von Monitoring, Früherkennung, Diagnose, Therapie, Pflege, Psychoonkologie und Palliativpflege;
- eine schweizweit harmonisierte Datenbank zu Krebserkennung (Wissenssicherung und -vermittlung betreffend Diagnose, Verlauf und Behandlung);
- Rahmenbedingungen für eine optimale Zusammenarbeit aller Fachpersonen, Fachschaften und verantwortlichen Instanzen für die Krebsbekämpfung;
- den rechtsgleichen Zugang zu Früherkennung, Diagnostik und Therapie für alle Bewohner der Schweiz;
- Aufbau nationaler Kompetenzzentren.»

In diesem Forderungskatalog taucht zwar der Begriff «Qualität» nicht auf; die in der Motion enthaltenen Forderungen weisen jedoch auf Mängel hin, die auch Auswirkungen auf die Qualität haben.

Im Gefolge dieser Motion erteilte der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» 2012 Oncosuisse den Auftrag zur Erarbeitung einer «Nationalen Strategie gegen Krebs» (NSK). Mit der NSK 2014-2017 sollen folgende Ziele erreicht werden:

- eine schweizweit einheitliche Erhebung der Daten (Rahmengesetz, Finanzierung, Koordination und Aufbereitung der Daten),
- eine koordinierte und effiziente Betreuung über Patientenpfade,
- eine hohe Qualität aller angebotenen Leistungen (Qualitätsstandards, Richtlinien),
- Daten, die Aussagen über Erfolge in der Behandlung und in der Versorgung zulassen (Krebsregister, Versorgungsforschung),
- Forschung, die Fortschritte für die Heilung von Krebs erbringen kann.

Die NSK hat eine Priorisierung der bereits in den Nationalen Krebsprogrammen I und II beschriebenen wichtigsten Handlungsfelder und Projekte in den drei Bereichen Prävention, Betreuung und Forschung vorgenommen und insgesamt sieben Handlungsfelder (HF) mit ausgewählten Projekten definiert; in zwei dieser Handlungsfelder sind explizit Qualitätsaspekte angesprochen:

HF 3: Patientenpfade / Qualitätsentwicklung

Umsetzung einer integrierten Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebs, ausgehend von der Diagnosestellung über die Therapie und Pflege bis hin zu ergänzenden und sich anschließenden Angeboten aus der psychosozialen Betreuung, Psychoonkologie, der Onko-Rehabilitation und der onkologischen Palliativmedizin.

HF4: Versorgung

Aufbau von Versorgungsstrukturen auf den Grundsätzen Qualität, Effizienz und Transparenz.

Der NSK-Jahresbericht 2016 hielt fest, dass bei der Umsetzung der drei Projekte im Handlungsfeld 3 bis Ende 2017 keine wesentlichen Fortschritte zu erwarten seien; die Projekte würden einen langen und aufwändigen Prozess erfordern, der so viele Ressourcen binde, dass zu viele Akteure den Aufwand dazu nicht leisten könnten.

In der Zwischenzeit hat der zuständige «Nationale Dialog Gesundheitspolitik» beschlossen, die NSK bis 2020 zu verlängern. Im NSK-Weiterführungsbericht 2017-2020 wird das Thema Qualität als ein Schwerpunkt neben Innovation und Koordination genannt, und in mehreren Projekten wird das Thema Qualität explizit aufgenommen.

3.4. Formen der onkologischen Qualitätssicherung

Bisher existiert in der Schweiz noch kein übergeordnetes bzw. allgemein akzeptiertes Konzept für eine onkologische Qualitätssicherung. Dies hängt ohne Zweifel mit der föderalistischen Struktur des Schweizer Gesundheitssystems zusammen. Hingegen entfalten einzelne Organisationen, aber auch die zahlreichen Leistungserbringer in Praxis und Klinik schon bisher vielfältige QS-Aktivitäten.

In der Schweiz gibt es keine Übersicht darüber, welche Verfahren wo zur Anwendung kommen – ausser es handle sich um Zertifikate (hier gibt es Listen der Institutionen, die zertifiziert sind) oder sie seien vorgeschrieben (siehe unten bzw. Tabelle 4). Es übersteigt die Möglichkeiten dieses Berichts, eine entsprechende Bestandsaufnahme vorzunehmen.

Die onkologische Qualitätssicherung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von jener in den anderen Bereichen der Medizin; alle nachstehend beschriebenen Verfahren kommen in der einen oder anderen Form auch andernorts zur Anwendung. Allenfalls haben sie in der Onkologie eine andere Gewichtung. Dies trifft namentlich zu für den Einsatz von Tumorboards, den es in vergleichbarer Form in keinem anderen medizinischen Bereich gibt.

Auch in der onkologischen Qualitätssicherung gibt es interne und externe Verfahren. Wie in Kap. 2.1. bzw. Tabelle 1 beschrieben, werden die Verfahren zur Sicherstellung der Qualität als «interne Qualitätssicherung» bezeichnet. Die «externe Qualitätssicherung» hingegen überprüft bzw. dokumentiert die Einhaltung von Qualitätsvorgaben.

Zur *internen Qualitätssicherung* zählen namentlich die folgenden Verfahren:

1. Tumorboard
2. Anwendung von Guidelines oder Behandlungspfaden
3. Anwendung von «Weissbüchern»/Therapieschemata/Standard Operating Procedures (SOPs)
4. Studien/Forschung
5. Permanente Fortbildung
6. Mehr-Augen-Prinzip (Doppelvisum)
7. Critical Incident Reporting System (CIRS)

Die *externe Qualitätssicherung* umfasst die folgenden Verfahren:

8. Zertifizierung
9. Krebsregister
10. Behördliche Vorgaben (HSM; Limitationen)
11. Technische Kontrollen und Klinische Audits in der Radio-Onkologie
12. Qualitätsindikatoren des BAG

Diese Verfahren unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht (vgl. Tabelle 4):

- bezüglich des Aufwands,
- bezüglich des Ansatzes (freiwillig bzw. bottom-up vs. verordnet bzw. top-down),
- bezüglich der Überprüfbarkeit, ob sie eingehalten werden,
- bezüglich der Verbindlichkeit,
- bezüglich der nachgewiesenen Wirksamkeit.

Die Hauptunterschiede betreffen den Ansatz und die Überprüfbarkeit: Die Verfahren der internen Qualitätssicherung sind (mit Ausnahme der Fortbildung) typischerweise freiwillig, dafür nur aufwändig überprüfbar, jene der externen Qualitätssicherung (mit Ausnahme der Zertifizierung) sind vorgeschrieben, dafür (mit Ausnahme der Zertifizierung) relativ einfach überprüfbar.

Tabelle 4. Übersicht über die verschiedenen Formen der onkologischen QS

QS-Verfahren	Aufwand*	Ansatz**	Überprüfbarkeit durch Ext.	Verbindlichkeit	Wirksamkeit ***
<i>Interne Qualitätssicherung</i>					
Tumorboard	mittel	freiwillig	einfach bez. Struktur, aufwändig bez. Prozess	hoch	(noch) nicht nachgew.
Anwendung von Guidelines oder Behandlungspfaden	mittel	freiwillig	aufwändig	mittel	(noch) nicht nachgew.
Erarbeitung (und Anwendung) von «Weissbüchern»	gross	freiwillig	aufwändig	hoch	(noch) nicht nachgew.
Studien/Forschung	gross	freiwillig	einfach	hoch	nachgewiesen

Permanente Fortbildung	klein	vorge-schrieben	einfach für FG, aufwändig für Ext.	mittel	(noch) nicht nachgew.
Mehr-Augen-Prinzip (Doppelvisum)	klein	freiwillig	einfach	hoch	(noch) nachge-wiesen
CIRS	mittel	freiwillig	aufwändig	mittel	(noch) nicht nachgew.
Externe Qualitätssicherung					
Zertifizierung	gross	freiwillig	aufwändig	mittel	(noch) nicht nachgew.
Krebsregister	gross	vorge-schrieben	einfach	hoch	(noch) nicht nachgew.
Behördliche Vorgaben (z.B. HSM)	mittel	vorge-schrieben	einfach	hoch	(noch) nicht nachgew.
Tech. Kontrollen + Klin. Audits in der Radio-On-kologie	mittel	vorge-schrieben	einfach	hoch	(noch) nicht nachgew.
Q-Indikatoren BAG	klein	vorge-schrieben	einfach	hoch	(noch) nicht nachgew.

* geschätzt

** «Vorgeschieden» ist ein QS-Verfahren dann, wenn sämtliche Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte) dazu verpflichtet sind.

*** Die Wirksamkeit lässt sich in der Regel nicht nachweisen; allenfalls gibt es Hinweise darauf.

3.4.1. Tumorboard

In der Schweiz kommen Tumorboards seit gut 50 Jahren zum Einsatz. Es ist davon auszugehen, dass heutzutage alle Spitäler (sowohl öffentliche als auch private), die Krebspatienten behandeln, über organ-spezifische Tumorboards verfügen. Im Rahmen eines Tumorboard treffen sich Spezialisten verschiedener Fachrichtungen, um die komplexe Therapie aufeinander abzustimmen und die einzelnen Behandlungsschritte zu koordinieren. Ständige Mitglieder des Tumorboards sind in der Regel der Onkologe, der Chirurg, der Pathologe, der Radiologe sowie der Radio-Onkologe. Bei Bedarf können weitere Fachspezialisten hinzugezogen werden.

Neben den organ-spezifischen Tumorboards gibt es seit einiger Zeit auch «molekulare Tumorboards», die sich mit der genetischen Subtypisierung von Karzinomen befassen, oder «Car Boards» zur interprofessionellen Besprechung komplexer Patientensituationen.

Tumorboards sind eine wichtige Form der Qualitätssicherung, indem sie die Expertise zahlreicher Fachleute zusammenführen, um so die bestmögliche Behandlung für die Patienten festzulegen; zudem dienen sie der Koordination und der Kommunikation. Aus diesem Grund

nennen zahlreiche Onkologie-Zertifikate, aber auch der «Sektorenübergreifende Behandlungspfad Kolorektalkarzinom» der SAQM sowie die Entscheide der IVHSM im onkologischen Bereich das Vorhandensein von Tumorboards als ein wichtiges Kriterium für die Prozessqualität. Allerdings gibt es keine wissenschaftliche Evidenz, die den Nutzen von Tumorboards nachweisen würde.

In der Ausgabe Nr.4/2018 des Schweizer Krebsbulletins erschienen zwei Artikel zum Pro und Kontra von Tumorboards. Während der eine die Vorteile der multidisziplinären Entscheidungsfindung betonte, wies der andere auf offensichtliche Schwächen hin, namentlich die zunehmende Zahl von Tumorboards (neben organ-spezifischen neu auch molekulare oder Care Boards), die mögliche Verzögerung des Behandlungsbeginns, die (schwierige) Vorgabe, *alle* Patienten zu besprechen und nicht zuletzt das Fehlen der Patienten am Tumorboard.

Die Tatsache, dass ein Tumorboard durchgeführt wird, garantiert für sich allein noch keine Qualität. Deshalb wird auch an Tumorboards der Anspruch gestellt, gewisse zusätzliche Qualitätskriterien zu erfüllen. Allerdings unterscheiden sich diese in den genannten Fällen markant sowohl bezüglich des Umfangs als auch bezüglich des Inhalts (vgl. Anhang 2).

3.4.2. Anwendung von Guidelines oder Behandlungspfaden

Guidelines sind gemäss einer Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) «systematisch entwickelte Entscheidungen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen». Guidelines sollen helfen, im Interesse der bestmöglichen Behandlung der Patienten evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen.

Für die onkologische Behandlung steht heute eine ganze Reihe von Guidelines zur Verfügung. Im Gegensatz zur Situation in anderen Ländern gibt es jedoch aktuell keine schweiz-spezifischen Guidelines. Im Zusammenhang mit dem Label «Swiss Cancer Network» nennt die SGMO folgende Guidelines, auf die sich in der Schweiz ein Arzt beziehen kann:

- ESMO Clinical Practice Guidelines
- NCCN Guidelines for Treatment of Cancer
- Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft
- Leitlinien der DGHO (Onkopedia)
- ASCO Clinical Practice Guidelines
- St. Gallen Consensus on Early Breast Cancer
- Ontario Cancer Care
- NHS NICE Clinical Guidelines
- Columbia Cancer Agency
- Physician Data Query (National Cancer Institute)
- SOR patients (Standards, Options et Recommendations) de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
- Arbeitsgemeinschaft gynäkologischer Onkologie (AGO)

Die Onkologie-Pflegenden beziehen sich daneben auch auf die Guidelines und Standards der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), der European Oncology Nursing Society (EONS) und der Onkologiepflege Schweiz (OPS).

Bei der Ausarbeitung von Guidelines (oder Behandlungspfaden; siehe unten) handelt es sich um Qualitätsentwicklung; dafür zuständig sind (bzw. wären) Fachgesellschaften mit Unterstützung von dafür kompetenten Institutionen (in Deutschland: AWMF; in der Schweiz kämen dafür die SAQM oder Institute für Sozial- und Präventivmedizin in Frage).

Die Ausarbeitung von Guidelines ist ein klar strukturierter und aufwändiger Prozess und hat hohen Qualitätsanforderungen zu genügen; eine Guideline muss sowohl evidenz- als auch konsensbasiert sein und in regelmässigen Abständen revidiert werden. Aus Ressourcengründen können in Europa die meisten nationalen Fachgesellschaften diese Aufgabe nicht wahrnehmen und haben sie an die European Society of Medical Oncology (ESMO) delegiert; die ESMO-Guidelines werden dann jeweils im Rahmen von Konsensus-Konferenzen verabschiedet.

Guidelines können auch nur dann einen Beitrag zur internen Qualitätssicherung leisten, wenn sie in die Praxis implementiert werden. Damit dies gelingt, braucht es allerdings zahlreiche Schritte: Zuerst muss eine Fachperson realisieren, dass eine Guideline existiert; dann muss sie mit ihr einverstanden sein und sie in die tägliche Praxis integrieren, und schliesslich muss sie sie kontinuierlich befolgen (sofern dies – was nicht bei jedem Patienten zutrifft – angezeigt ist). Aktuell lässt sich nur schwierig bzw. gar nicht feststellen, ob bzw. wie viele Guidelines befolgt werden.

Die grosse Zahl parallel existierender Guidelines könnte ein Hinweis darauf sein,

- dass nur wenige in der Praxis implementiert sind und deren Stellenwert entsprechend nicht sehr hoch ist,
- dass ein Onkologie-Facharzt oder eine Onkologie-Pflegefachperson, die sich regelmässig fortbilden, die adäquate Therapie und Pflege aus der aktuellen Literatur kennen,
- dass bei «einfachen Fällen» eine Standardtherapie zur Anwendung kommt, für die es keine Guideline braucht,
- dass bei «komplexen Fällen» sowieso von einer Guideline abgewichen wird (werden muss).

Der Wert einer Guideline wäre am ehesten darin zu sehen, dass sie die aktuelle Evidenz zusammenfasst und den «state of the art» abbildet; daraus liessen sich in der Folge Hinweise für die Formulierung von Qualitätsindikatoren ableiten. Allerdings sind nicht alle Guidelines immer auf dem neuesten Stand.

Von Guidelines zu unterscheiden ist der «Behandlungspfad»; dieser beschreibt explizit die Ziele und Schlüsselemente der Behandlung und Pflege, welche auf evidenzbasierten Guidelines, Best Practice sowie der Erwartung der Patienten beruhen. Der Behandlungspfad unterstützt die Kommunikation, Koordination und Ablaufplanung der Aktivitäten des multidisziplinären Behandlungsteams, der Patienten und ihrer Angehörigen durch Bereitstellung der notwendigen Ressourcen sowie Dokumentation, Monitoring und Evaluation der Ergebnisse. Das Ziel eines Behandlungspfades ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Risiken zu reduzieren, die Zufriedenheit der Patienten zu steigern und eine effektivere Verwendung der Ressourcen zu bewerkstelligen.

Für die «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017» ist die Erarbeitung von Behandlungspfaden zwar ein Kernelement, doch fehlen bislang Daten zum Aufwand der Erarbeitung von Behandlungspfaden und zum Mehrwert ihrer Implementierung. Um diese Fragen zu beantworten, initiierte die SAQM im Jahr 2013 ein Pilotprojekt. Mit der Verabschiedung und Publikation des «Sektorenübergreifenden Behandlungspfades Kolorektalkarzinom» Anfang 2018 ist der SAQM und den 20 beteiligten Organisationen ein erster Meilenstein gelungen; allerdings waren die Reaktionen aus der Praxis teilweise skeptisch. Im Rahmen der Weiterführung der Nationalen Strategie gegen Krebs 2017-2020 ist dieses Projekt als assoziiertes Projekt aufgenommen.

3.4.3. Erarbeitung (und Anwendung) von «Weissbüchern»/Therapieschemata/SOPs

Im Gegensatz zu Guidelines oder Behandlungspfaden sind «Weissbücher», Therapieschemata oder SOPs klinik- bzw. netzwerk- oder praxis-intern erarbeitete Vorgaben für bestimmte Interventionen. Dies macht gleichzeitig ihre Stärke und ihre Schwäche aus: Stärke insofern, als sie üblicherweise in einem Bottom-up-Ansatz erarbeitet werden und damit ihre Implementierung wesentlich einfacher ist als jene von Guidelines; Schwäche insofern, als jede Klinik und jedes Netzwerk über ein eigenes «Weissbuch» verfügt und damit keine Vergleichbarkeit gegeben ist. Auch wenn sich solche internen Vorgaben in der Regel an existierenden Guidelines oder an der wissenschaftlichen Literatur orientieren, haben Aussenstehende (Patienten, Krankenversicherungen, Behörden) keine Gewissheit, dass sie dem aktuellen «State of the Art» entsprechen.

3.4.4. Studien/Forschung

Es besteht klare wissenschaftliche Evidenz, dass Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, einen besseren Outcome haben als jene, die nicht in einer Studie eingeschlossen sind, und zwar unabhängig davon, ob die untersuchte Intervention wesentlich wirksamer ist. Bereits die Tatsache, dass das Studienprotokoll alle Abläufe klar vorschreibt und die Fachpersonen sich daran zu halten haben, ist für diesen Effekt verantwortlich. Zudem stellt die Teilnahme an Studien sicher, dass die betreffenden Fachleute mit der aktuellsten wissenschaftlichen Literatur vertraut sind.

Nicht ohne Grund ist deshalb die Teilnahme an Studien eines der Qualitätskriterien, das für die Erlangung gewisser Zertifikate zu erfüllen ist.

3.4.5. Permanente Fortbildung

Das Medizinalberufegesetz schreibt den Ärzten in Art. 40 vor, dass sie ihre beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Interesse der Qualitätssicherung durch lebenslange Fortbildung zu vertiefen, zu erweitern und zu verbessern haben. Die kantonalen Gesundheitsbehörden haben die Einhaltung dieser Berufspflicht zu überwachen; mögliche Sanktionen sind Verweis oder Busse.

Gemäss Fortbildungsordnung (FBO) der FMH sind jährlich 50 Stunden (50 Credits) strukturierter Fortbildung sowie 30 Stunden Selbststudium nachzuweisen. Alle Inhaber eines eidgenössischen oder anerkannten ausländischen Weiterbildungstitels sind zur Fortbildung gemäss den Bestimmungen der FBO verpflichtet, solange sie in der Schweiz eine ärztliche Tätigkeit ausüben.

Die zuständigen Fachgesellschaften konkretisieren diese Vorgaben in ihren Fortbildungsprogrammen. So verlangt die Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie, dass mindestens 25 Stunden *fachspezifische onkologische Kernfortbildung* absolviert werden müssen. Als Kernfortbildung für die medizinische Onkologie gilt eine Fortbildung, die für ein onkologisches Zielpublikum bestimmt ist; sie muss dem Erhalt sowie der Aktualisierung des im Rahmen des Facharztstitels *Medizinische Onkologie* erworbenen medizinischen Wissen dienen, das für die einwandfreie Betreuung (Untersuchung, Diagnose, Behandlung, Beratung und Prävention) von Patienten erforderlich ist. Anrechenbar sind alle Fortbildungen, die von der SGMO automatisch oder auf Antrag eines Anbieters als fachspezifische Kernfortbildung anerkannt sind.

Es ist davon auszugehen, dass alle Ärzte diese Fortbildungspflicht erfüllen. Allerdings gibt es keine frei verfügbaren Informationen darüber, in welcher Form dies geschieht.

3.4.6. Mehr-Augen-Prinzip (Doppelvisum)

Bei der Behandlung von Krebspatienten kommen häufig Medikamente zur Anwendung, die bei falscher oder unsachgemässer Anwendung schwere Schäden verursachen können. Um das Risiko solcher Zwischenfälle zu minimieren, wenden zahlreiche Kliniken das Vier-Augen-Prinzip an, das heisst, für bestimmte Verordnungen und Anwendungen braucht es ein doppeltes Visum.

Diese Qualitätssicherungsmassnahme ist relativ einfach umsetzbar, und ihre Wirksamkeit ist unbestritten.

3.4.7. Critical Incident Reporting System (CIRS)

Als Critical Incident Reporting Systeme, kurz CIRS, werden klinik-interne oder -externe Fehlermeldesysteme bezeichnet; sie ermöglichen die anonyme Meldung von offensichtlichen Fehlern (*critical incident*) oder auch Beinahe-Fehlern (*near miss*). Das Ziel von CIRS ist es, ein anonymes, wechselseitiges Lernen aus kritischen Ereignissen zu gewährleisten; dadurch sollen Fehler, die im Alltag auftreten können, künftig vermieden werden. Dazu dient einerseits die initiale Einschätzung des Autors, andererseits auch die Lösungs- und Präventionsmassnahmen, die von speziell geschultem Personal am Ende des Beitrags eingefügt werden.

Das Critical Incident Reporting & Reacting NETwork ist das Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz. CIRNET wurde in Kooperation mit der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation und mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit aufgebaut.

In CIRNET werden Meldungen aus lokalen Fehlermeldesystemen auf überregionalem Niveau zusammengefasst, den angeschlossenen Gesundheitsinstitutionen zugänglich gemacht und gemeinsam mit Experten bearbeitet. CIRNET unterscheidet sich von den meisten CIRS-Netzwerken dadurch, dass aus den lokalen Fehlermeldungen überregional relevante Problemfelder identifiziert und Verbesserungsempfehlungen von Fachleuten entwickelt und durch die Stiftung für Patientensicherheit via «Quick-Alert» verbreitet werden. Ein Quick-Alert betraf die Vermeidung von oralen Überdosierungen mit Methotrexat.

3.4.8. Zertifizierung

Im Gegensatz zur blossen Behauptung, dass «die Qualität gut ist», sind Zertifikate oder Label (die Begriffe werden synonym gebraucht) im Idealfall der Nachweis dafür, dass ein Qualitätsmanagementsystem installiert ist bzw. dass Standards für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung definiert sind. Ein Zertifikat sollte jedoch selbst gewissen Qualitätskriterien genügen, damit es einen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten kann; die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat deshalb 2011 entsprechende Empfehlungen veröffentlicht.

Auch «gute» Zertifikate sind noch keine Garantie für Qualität, und es gibt auch keine Evidenz dafür, dass Zertifikate zwingend bessere Ergebnisqualität sicherstellen. Zertifikate können jedoch eine Aussage darüber machen, wie gut die Voraussetzungen in einer Organisation sind, Qualität zu produzieren. Aus diesem Grund sehen moderne Zertifizierungssysteme als integralen Bestandteil Kontrollen dazu vor, ob Qualitätsmessungen durchgeführt werden. Damit sollen einerseits die Qualitätsnachweise überprüft und andererseits die Wirksamkeit von repetitiven Zertifizierungsverfahren und der Zertifikate dokumentiert werden.

Im Moment haben die Zertifikate in der Onkologie noch wenig Konsequenzen; einzig im Kanton Zürich ist das Vorhandensein eines Labels «Brustkrebszentrum» die Voraussetzung dafür, dass eine Klinik für Leistungen in diesem Bereich auf die Spitalliste gesetzt wird. Zertifikate werden grundsätzlich auf freiwilliger Basis erworben. Es ist anzunehmen, dass jene mitmachen, die

sowieso gut sind. Der Erwerb eines Zertifikats ist in der Regel mit einem grossen zeitlichen Aufwand verbunden. Ihr Mehrwert besteht darin,

- dass sie einen klinik-internen QM-Prozess initiieren bzw. unterstützen können, indem sie Dialoge zwischen den Gesundheitsfachleuten auslösen und damit auch den Teamgeist stärken;
- dass sie gegen Aussen (übrige Leistungserbringer, Patienten, Krankenversicherungen, Behörden) signalisieren, dass die Klinik/die Praxis/das Netzwerk einer guten Qualität verpflichtet ist;
- dass sich die Klinik im Wettbewerb mit anderen Kliniken unter Umständen besser positionieren kann.

In der Schweiz gibt es zahlreiche Zertifikate im Bereich Onkologie:

- Qualitätslabel der KLS für Brustkrebszentren
- Zertifikate der DKG für Organkrebszentren (inkl. Brustkrebs) und Onkologiezentren
- Qualitätslabel der EUSOMA für Brustkrebszentren
- Zertifikat der SGMO «Swiss Cancer Network»
- Label «Qualität in Palliative Care» (qualitépalliative)
- und ausserdem: Zertifikat ISO 9000: 2015 für QM-Systeme; Zertifikat des Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT (JACIE) für autologe Stammzelltransplantationen; Zertifikat der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) für Tumordokumentar

Die Zertifikate der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) (vgl. Kap. 4.1.) sind am weitesten verbreitet, allerdings mehrheitlich in der Deutschschweiz. Die Website www.oncomap.de der DKG weist für die Schweiz folgende Zertifikate aus:

- Organkrebszentrum (Center, C): 102, nämlich
 - Brust: 10
 - Darm: 9
 - Endokrine Malignome: 3
 - Gynäkologie: 6
 - Harnblase: 5
 - Haut: 5
 - Hoden, Penis: 6
 - Hämatologische Systemerkr. 5
 - Kinderonkologie: 1
 - Kopf-Hals-Tumore: 5
 - Leber: 1
 - Leukämie: 5
 - Lunge: 2
 - Lymphom: 5
 - Magen: 1
 - Neuroonkologie: 3
 - Niere: 5
 - Pankreas: 7
 - Prostata: 10
 - Sarkome: 2
 - Sonstige gastroint. Tumore: 3
 - Speiseröhre: 3
- Onkologisches Zentrum (Cancer Center, CC): 7

Der Grossteil der Organkrebszentrum-Zertifikate, nämlich 91, verteilt sich auf die 7 Onkologischen Zentren (siehe Anhang 3). Die restlichen 11 Organkrebszentrum-Zertifikate verteilen sich auf einzelne Spitäler; dazu gehören typischerweise auch Privatspitäler.

Im Bereich «Brustkrebszentrum» gibt es in der Schweiz drei verschiedene Zertifikate bzw. Labels, nämlich jenes der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweiz. Gesellschaft für Senologie (SGS), jenes der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und jenes der European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA).

18 Kliniken besitzen das KLS-SGS-Label, 10 Kliniken das DKG-Label und 4 Kliniken das EUSOMA-Label. 9 Kliniken besitzen 2 Zertifikate (6 KLS-SGS und DKG; 2 KLS-SGS und EUSOMA; 1 DKG und EUSOMA) (siehe Anhang 4).

Tabelle 5 gibt eine kursorische und Anhang 5 eine detaillierte Übersicht über die in den drei Zertifikaten verwendeten Qualitätskriterien. Offensichtlich sind die Anforderungen der drei Zertifikate nicht identisch.

Für Aussenstehende ist es schwierig nachvollziehbar,

- warum es für den gleichen Bereich verschiedene Zertifikate gibt,
- welches die wesentlichen Unterschiede sind,
- welches Zertifikat aus welchen Gründen zur Anwendung kommt.

Tabelle 5: Vergleich der drei in der Schweiz verwendeten Zertifikate für Brustkrebszentren

	EUSOMA	DKG/DGS	KLS-SGS
Anzahl geforderte Kriterien	129 total 64 obligatorisch 65 fakultativ	173 total obligatorisch 137 Mindestvorgaben	ca. 100 total (hauptsächlich Struktur- und Prozesserhebungen)
Qualitätsmanagementsystem	nein	ja	nein
Studienteilnahme	keine Vorgabe	mind. 10% der Primärfälle	30 Pat./Jahr
Primärfallzahl	150	150 nach 3 Jahren	125 nach 3 Jahren
Audits	Re-Zertifizierung alle 3 Jahre	Re-Zertifizierung alle 3 Jahre	Re-Zertifizierung alle 4 Jahre
	Überwachungsaudit jährlich	Überwachungsaudit jährlich	Einreichung von Qualitätsbogen jährlich
Netzwerkbildung	nicht möglich	nicht möglich	möglich

Aktuell werden in der Schweiz über die Hälfte der Patientinnen mit Brustkrebs in einem zertifizierten Zentrum behandelt.

Ein weiteres Label, das in der Schweiz zur Anwendung kommt, ist das Label «Swiss Cancer Network» (SCN) der Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie. Es basiert auf einem gemeinsam von der SGMO, der Schweizerischen Gesellschaft für Radio-Onkologie (SRO) und der Onkologiepflege Schweiz (OPS) erarbeiteten Qualitätskonzept. Im Vergleich zu den übrigen Zertifikaten sind die Anforderungen relativ bescheiden (vgl. Tabelle 6); das heisst, es definiert weniger ein Exzellenzniveau, sondern beschreibt eher Mindeststandards.

Das SCN-Label ist eine Reaktion auf den 2012 erfolgten Vorschlag des Fachgremiums «Hochspezialisierte Medizin» (HSM), in der Schweiz nach ausländischem Vorbild sog. «Comprehensive Cancer Centers» (CCC) zu bezeichnen und gewisse Krebsbehandlungen aus Qualitätsüberlegungen auf diese CCC zu beschränken. Die Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SGMO) opponierte damals heftig gegen diesen Vorschlag und gründete in der Folge bzw. als Reaktion darauf das Swiss Cancer Network; dieses war klar als Alternative zum HSM-Vorschlag angelegt.

Tabelle 6: Anforderungen des SCN-Labels

Anzahl geforderte Kriterien	26 total bei Erst-Zertifizierung 80% erfüllt, 5 obligatorisch nach 1 Jahr
Qualitätsmanagementsystem	nein
Studienteilnahme	keine Vorgabe
Primärfallzahl	keine Vorgabe
Audits	Jährliche Re-Zertifizierung
	Jährlich wird stichprobenweise bei 10% der zertifizierten Institutionen ein Audit vor Ort durchgeführt, um zu überprüfen, ob die deklarierten Qualitätskriterien eingehalten werden. Die Auswahl der zu auditierenden Institutionen erfolgt nach Zufall.
Netzwerkbildung	ja

Das SCN-Label verfolgt folgende Ziele:

- Die Etablierung von einheitlichen Qualitätskriterien in der Behandlung und Betreuung von Krebspatienten.
- Jeder neudiagnostizierte Krebspatient soll in einem Tumorboard besprochen werden, an dem Spezialisten verschiedener Fachrichtungen teilnehmen und eine Therapieempfehlung abgeben
- Mitglieder des Swiss Cancer Network verpflichten sich, ihre Behandlungsdaten zur systematischen Analyse und Auswertung in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen, um so zu einer Verbesserung der Behandlungs- und Ergebnisqualität beizutragen. Mit dem Krebsregistrierungsgesetz ist dieses Ziel allgemeinverbindlich geworden.

Aktuell besitzen 30 Kliniken und Praxen das SCN-Label (vgl. Anhang 6).

Vor Kurzem haben sich sieben Krebszentren der Deutschschweiz zur Arbeitsgemeinschaft Krebszentren zusammengeschlossen (KS Aarau / Baden / Luzern / Winterthur, Claraspital BS, Hirslanden & Triemli Zürich). Sechs weitere Spitäler sind als assoziierte Mitglieder angeschlossen. Die AG Krebszentren setzt sich zum Ziel, verschiedene Herausforderungen gemeinsam anzugehen, beispielsweise das Thema «Swissness der Qualitätszertifizierungen».

3.4.9. Krebsregister

In der Schweiz wurden 1969 in Basel und 1970 in Genf die ersten Krebsregister gegründet; 2014 wurden in 15 kantonalen oder kantonsübergreifenden Registern die Krebserkrankungen von rund 94 Prozent der Schweizer Bevölkerung erfasst.

Die kantonalen Krebsregister sind epidemiologische, d.h. bevölkerungsbezogene Register mit der Aufgabe, alle Krebserkrankungen von im Kanton wohnhaften Personen zu erfassen und zu archivieren. Eine weitere Aufgabe besteht darin, diese Krebsregisterdaten zu analysieren und zu interpretieren, sowie die Daten für die Forschung zur Verfügung zu stellen.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Krebsregistrierungsgesetzes Anfang 2020 werden Krebserkrankungen künftig in der ganzen Schweiz vollzählig und einheitlich erfasst. Damit sollen Prävention und Früherkennung sowie Versorgung, Diagnose und Behandlung verbessert werden.

Die Krebsregister erfassen sowohl Personendaten (wie z.B. Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Wohnort, Nationalität und Vitalstatus) als auch Tumordaten (wie z.B. Erstdiagnosedatum, Art und Lokalisation des Tumors, Tumorstadium und Behandlungen). Erfasst werden alle Krebserkrankungen und auch einige Frühformen von Krebs (in-situ Tumoren) sowie einzelne gutartige Tumoren (Hirntumoren). Die Erfassung von Tumordaten erfolgt nach nationalen und internationalen Richtlinien (ICD-10, ICD-O und TNM).

Die Datenverwaltung und -sicherung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Pathologielaboratorien, Spitälern, Hausärzten und Fachärzten sowie anderen Fachpersonen, Meldeämtern sowie dem Bundesamt für Statistik (BFS). Die behandelnden Ärzte werden über die Aufnahme neuer Patienten informiert und unterrichten ihrerseits ihre Patienten, welche die Aufnahme ihrer Daten in das Register ablehnen können. Im Register werden die Daten anonymisiert und nur in anonymisierter Form bearbeitet. Die Identifikation und Weiterverfolgung einer einzelnen Person ist daher unmöglich.

Mit dem Gesetz können die nötigen Datengrundlagen geschaffen werden, um schweizweit die Entwicklung von Krebserkrankungen zu beobachten. Langfristiges Ziel wäre es, auch im Erwachsenenbereich die Qualität der Versorgung, der Diagnosen und der Behandlungen beurteilen und die Versorgungsplanung sowie die Forschung unterstützen zu können, so wie dies mit dem Kinderkrebsregister bereits heute möglich ist.

Eine Verordnung regelt die Meldung und Erfassung der Daten. Von jeder Krebserkrankung werden einheitliche Basisdaten registriert. Dazu gehören die Art und das Stadium der Krebserkrankung sowie die Erstbehandlung. Bei Brust-, Prostata- oder Darmkrebs werden Zusatzdaten zu Veranlagungen sowie Vor- und Begleitkrankheiten erfasst, bei Kindern und Jugendlichen detaillierte Angaben zum gesamten Verlauf der Krankheit, deren Behandlung und zur Nachsorge.

2007 wurde die Stiftung «National Institute for Cancer Epidemiology and Registration» (Stiftung NICER) gegründet. Sie hat die Aufgabe, die Daten der einzelnen Register zusammenzuführen und aufzubereiten sowie Berichte zu publizieren. Die Publikation des nationalen Berichtes «Krebs in der Schweiz» erfolgt gemeinsam mit dem Bundesamt für Statistik, der erste erschien 2011, der zweite 2016.

Um ihre Hauptaufgaben als nationales Koordinationszentrum für Krebs epidemiologie und Registrierung wahrnehmen zu können, wird die Stiftung NICER durch Leistungsbeiträge des BAG unterstützt. Die Hauptaufgaben von NICER umfassen folgende Bereiche:

- Unterstützung des BAG bei Planung, Monitoring und Evaluierung des Nationalen Krebsprogrammes
- Kompetenzzentrum für Fragen/Gesuche im Bereich Krebsregistrierung
- Publikation und Berichterstattung
- Kollaboration in Projektgruppen z.B. Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik

NICER wird zudem ab 2020 die im Krebsregistrierungsgesetz vorgesehene Nationale Krebsregistrierungsstelle betreiben.

3.4.10. Behördliche Vorgaben (HSM; Limitationen)

Im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) wurden auch Bereiche geregelt, die explizit zur onkologischen Behandlung zu zählen sind:

- Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen
- Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)
- Behandlung von Neuroblastomen
- Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren
- Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems
- Oesophagusresektion
- Leberresektion
- Pankreasresektion
- Tiefe Rektumresektion

Für diese Eingriffe gibt es gesicherte wissenschaftliche Evidenz, dass Spitäler mit grösseren Behandlungsvolumina eine niedrigere Mortalität und bessere Langzeitergebnisse aufweisen. In der Schweiz wurden diese Eingriffe an zahlreichen grösseren und kleineren Spitälern vorgenommen, z.T. mit sehr kleinen Fallzahlen von weniger als 10 Eingriffen pro Spital und Jahr. Das HSM Beschlussorgan geht deshalb davon aus, dass eine verstärkte Koordination bzw. Konzentration dieser Eingriffe zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität führt.

3.4.11. Technische Kontrollen und Klinische Audits in der Radio-Onkologie

Medizinphysiker sind für den einwandfreien Zustand und die fachgerechte Verwendung sämtlicher Geräte und technischer Hilfsmittel verantwortlich, die für die Planung, Durchführung und Dokumentation der Strahlentherapie verwendet werden. Sie begleiten die MTRAs und Ärzte bei sämtlichen Prozessen, die zur Durchführung der Strahlentherapie durchlaufen werden müssen. Zudem sind sie zuständig für die Dosimetrie der Bestrahlungsgeräte, die Planung und Dosiskontrolle von VMAT- und Tomo-Bestrahlungen und die statistische Auswertung der Bestrahlungsdaten, und sie achten darauf, dass die Empfehlungen der Schweiz. Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik (SGSMP) und die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden.

Die Strahlenschutzverordnung hält fest, dass bei Therapieanlagen oder Bestrahlungseinrichtungen die sicherheitsrelevanten und die dosisbestimmenden Elemente mindestens jährlich sowie nach jeder Änderung einer Komponente, welche die Dosisleistung beeinflussen kann, überprüft werden müssen.

Seit 1.1.2018 ist die revidierte Strahlenschutzverordnung in Kraft; sie bildet die rechtliche Grundlage für die Durchführung Klinischer Audits. Es handelt sich dabei weder um behördliche Kontrollen der technischen Qualität noch um Inspektionen der Aufsichtsbehörden, sondern um Begutachtungen unter Fachkollegen. Auf Europäischer Ebene wurde das Konzept der Klinischen Audits bereits 1997 eingeführt. Mit der Euratom Richtlinie 2013/59 müssen alle Mitgliedstaaten bis 2018 Klinische Audits einführen. Unmittelbar nach dem Inkrafttreten der revidierten Strahlenschutzverordnung sind die Klinischen Audits vorerst noch freiwillig. Eine zweijährige Übergangsphase (2018-2019) soll sicherstellen, dass die Betriebe sich optimal auf die definitiven Audits vorbereiten und ein Qualitätshandbuch gemäss Strahlenschutzverordnung erarbeiten können. Nach der Übergangsphase können Klinische Audits obligatorisch veranlasst werden.

3.4.12. Qualitätsindikatoren des BAG

Das BAG ist gesetzlich beauftragt, Betriebskennzahlen und medizinische Qualitätsindikatoren der Schweizer Spitäler zu veröffentlichen. Die Qualitätsindikatoren bestehen aus verschiedenen Typen; zwei davon sind auch für die Onkologie relevant:

- Typ F: Fallzahlen (z. B. D.3.1.F: Anzahl stationäre Behandlungen wegen Lungenkrebs)
- Typ M: Mortalität (z. B. E.7.2.M: Mortalität nach Pankreasresektionen bei bösartigen Neubildungen des Pankreas (Alter >19))

Qualitätsindikatoren sind Hinweise auf die Qualität in den einzelnen Spitälern; so lassen sich z.B. die Anzahl Operationen (z.B. Pankreasresektionen oder Oesophagusresektionen) pro Spital und Jahr wie auch die postoperative Sterberate einsehen. Bei «Pankreasresektionen insgesamt» findet man für das Jahr 2016, dass insgesamt 53 verschiedene Schweizer Spitäler solche Eingriffe durchgeführt haben. Davon haben 25 Spitäler im Jahre 2016 weniger als 5 Pankreasresektionen und 18 Spitäler gar nur eine einzige Pankreasresektion durchgeführt. Wenig überraschend unterscheiden sich auch die Raten der postoperativen Mortalität; diese reichen von 0% bis über 20%.

4 Onkologische Qualitätssicherung: ausländische Modelle

Die onkologische Qualitätssicherung ist aus ähnlichen Gründen wie in der Schweiz in den meisten Ländern ein wichtiges Thema (vgl. Kap. 3.1.). Die OECD hat 2013 in einer Studie die Situation in ihren 34 Mitgliedstaaten verglichen und dabei grosse Unterschiede festgestellt. Die jeweilige Ausgestaltung ist immer auch abhängig von den länderspezifischen Strukturen. Für die Schweiz von Interesse sind primär ähnlich strukturierte Systeme wie Deutschland oder die USA; auf diese beiden Länder wird deshalb nachfolgend ausführlicher eingegangen. Zusätzlich werden aus weiteren Ländern (Niederlande, Frankreich, Dänemark) interessante Ansätze beschrieben.

4.1. Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist wie das schweizerische durch föderale Vielfalt und die starke professionelle Selbstregulierung geprägt. Auch in Deutschland konzentrieren sich die Ansätze zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung auf den stationären Bereich. Die stationäre Qualitätssicherung ist seit 2001 gesetzlich vorgeschrieben. Aktuell sind 26 Leistungsbereiche dokumentationspflichtig. Ein einziger dieser Leistungsbereiche liegt ausschließlich auf dem Gebiet der Onkologie, nämlich die Chirurgie des Mammakarzinoms. Es werden dazu zehn Qualitätsindikatoren – alle zur Prozessqualität – erhoben. Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden jährlich publiziert.

Im ambulanten Bereich gibt es das WINHO-Qualitätsindikatorenprojekt. Das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen HämatologInnen und OnkologInnen (WINHO) veröffentlicht in unregelmässigen Abständen Qualitätsberichte der beteiligten Praxen. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Schwerpunkt wird auf Strukturqualität gelegt. Genutzt werden einerseits ärztliche Abrechnungsdaten und andererseits die Ergebnisse einer schriftlichen Erhebung zur Struktur- und Prozessqualität.

Die Erkenntnis, dass Krebserkrankungen interdisziplinär zu behandeln sind, hat in Deutschland schon relativ früh zur Bildung von Zentren geführt. Zentren sollen durch Interdisziplinarität, grössere Erfahrung (Fallzahl) und Spezialisierung zu besseren Behandlungsergebnissen führen. Es werden drei Arten von Zentren unterschieden:

- Organkrebszentrum (Center, C) ist ein auf ein Organ oder ein Fachgebiet spezialisiertes Zentrum
- Onkologisches Zentrum (Cancer Center, CC) erstreckt sich auf mehrere Organe oder Fachgebiete
- Onkologisches Spitzenzentrum (Comprehensive Cancer Center, CCC) ist ein Onkologisches Zentrum mit Forschungsschwerpunkten.

Die Zertifizierungsverfahren stehen im Kontext dieser Zentrumsbildungstendenz. Sie konzentrieren sich auf Aspekte der Strukturqualität und teilweise der Prozessqualität. In Bezug auf die Ergebnisqualität werden kaum Vorgaben gemacht, die Erfüllung konkreter Ergebnisziele (wie etwa Überlebensraten oder Patientenzufriedenheit) sind nicht vorgesehen. Für die Zukunft wird angestrebt, dass sich alle onkologischen Behandlungseinrichtungen einer Zertifizierung unterziehen müssen.

Der Nationale Krebsplan, im Jahr 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren initiiert, soll die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer aufeinander abstimmen und ein zielorientiertes Vorgehen forcieren. Der Krebsplan enthält 13 Ziele in vier Handlungsfeldern. Das Handlungsfeld 2 betrifft die Weiterentwicklung der onkologischen

Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung; zu diesem Handlungsfeld gehören namentlich die folgenden Ziele:

- Es existieren einheitliche Konzepte und Bezeichnungen für die Qualitätssicherung und Qualitätsförderung sowie für die Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen.
- Für alle häufigen Tumorarten existieren evidenzbasierte Behandlungsleitlinien der höchsten methodischen Entwicklungsstufe (sog. S3-Leitlinien), die von den onkologischen Behandlungseinrichtungen umgesetzt werden.
- Eine sektorenübergreifende, integrierte onkologische Versorgung ist gewährleistet durch eine Verbesserung der interdisziplinären Kooperation (z. B. Tumorkonferenzen), durch eine bessere sektoren- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung der onkologischen Versorgung sowie durch eine engere Einbindung der Selbsthilfe in die Versorgung.
- Es existiert eine aussagekräftige onkologische Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten.

Zwar wurden in Deutschland 2015 über 90% der neuerkrankten Mammakarzinom-Patientinnen in zertifizierten Brustzentren primär versorgt. Bei anderen Tumorarten ist dieser Anteil wesentlich tiefer: Darmkrebs 25%, Prostatakrebs 26%, gynäkologische Tumore, Lungentumor, Hauttumore noch weniger.

Als Gründe für die unzureichende Zielerreichung werden mehrere genannt:

- Freiwilligkeit der Zertifizierung
- Parallele Zertifizierungsverfahren
- Aufwand und Vergütung der Zertifizierung
- Rahmenbedingungen der Dokumentation der Krankheits- und Behandlungsverläufe und deren Auswertung
- Rahmenbedingungen für nicht-kommerzielle klinische Studien und Versorgungsforschung
- Mangelnde Umsetzung der Vernetzung

2017 hat eine Experten-Arbeitsgruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Umsetzung des Nationalen Krebsplans überprüft. Aus den zahlreichen Empfehlungen, die sie ausgesprochen hat, lässt sich ablesen, dass im Handlungsfeld 2 des Nationalen Krebsplanes immer noch erheblicher Handlungsbedarf besteht.

4.2. USA

Auch das US-amerikanische Gesundheitssystem hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem schweizerischen und ist damit mit vergleichbaren Herausforderungen konfrontiert. Es gibt wenig staatliche Vorgaben; lediglich der Affordable Care Act von 2010 enthält Bestimmungen zur onkologischen Qualitätsberichterstattung. Vielmehr sind es wie in der Schweiz primär private (Fach-)Organisationen, die sich im Bereich der onkologischen Qualitätssicherung engagieren, namentlich die American Society of Clinical Oncology, das National Quality Forum, das National Comprehensive Cancer Network und die National Cancer Data Base. Die einzige staatliche Einrichtung ist die *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, die sich mit Fragen der Qualität, Sicherheit, Effizienz und Effektivität in der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Sie ist Teil des Bundesgesundheitsministeriums und veröffentlicht jährlich den «National Healthcare Quality Report». Die von der AHRQ betreuten «National Quality Measures Clearinghouse» (eine öffentliche Datenbank, um evidenzbasierte Qualitätsindikatoren zu finden und miteinander zu vergleichen) und «National Guideline Clearinghouse» (eine Plattform für Behandlungsleitlinien) stellten im Juli 2018 ihren Dienst ein, weil die Regierung die Finanzierung stoppte.

Der Bericht «Ensuring Quality Cancer Care» des Institute of Medicine hat 1999 auf gravierende Mängel in der onkologischen Versorgung hingewiesen. Als Reaktion darauf hat die *American Society of Clinical Oncology (ASCO)* die *Quality Oncology Practice Initiative (QOPI)* lanciert; es handelt sich dabei um ein speziell für niedergelassene Ärzte entwickeltes freiwilliges Programm zur Unterstützung der Selbsteinschätzung der onkologischen Behandlungsqualität. Das Erheben sogenannter Kernmodule (Dokumentation der Behandlung, Planung und Dokumentation der Chemotherapie, Erheben der Schmerzbelastung, psychosoziale Unterstützung) ist für alle teilnehmenden Praxen verpflichtend. Zusätzlich stehen spezifische Krankheitsmodule (u.a. Brustkrebs, nicht-kleinzelliger Lungenkrebs, Kolorektalkrebs, Non-Hodgkin-Lymphom) und Bereichs-Module (Versorgung am Ende des Lebens, Assessment für Teilnahme an klinischer Studie, Symptome, Toxizität) mit insgesamt 87 Indikatoren zur Verfügung. Die Ergebnisse werden mit nationalen Vergleichswerten vertraulich zurückgespielt. Die Teilnahme an QOPI ist in der Praxis auch für ein universitäres Kompetenzzentrum möglich.

Die ASCO entwickelt und veröffentlicht daneben auch Guidelines und betreibt *CancerLinQ* (Cancer Learning Intelligence Network for Quality). Diese Datenbank führt die Daten von Krebspatienten zusammen; für jede Krebsart und jeden Subtyp kann so rasch herausgefunden werden, welche Behandlung die beste ist. So hatte CancerLinQ Ende 2016 bereits mehr als 400 Männer mit männlichem Brustkrebs erfasst und damit mehr Betroffene, als die größte Studie je rekrutieren konnte.

Das *National Quality Forum (NQF)* ist eine nicht-profitorientierte Organisation mit breitgefächelter Mitgliedschaft unter den Stakeholdern des US-amerikanischen Gesundheitssystems. Das Etablieren von Standards für die Qualitätsmessung, das Festlegung von priorisierten Zielen, öffentliches Reporting und Unterstützung für Umsetzungsinitiativen gehören zu den Aufgaben des NQF. 2002 startete das NQF ein Projekt zur Messung der Qualität von Krebsbehandlungen. Drei Schwerpunktbereiche wurden priorisiert: Diagnose und Behandlung von Brustkrebs, Diagnose und Behandlung von Kolorektalkrebs, Symptombehandlung und Versorgung am Lebensende für Krebspatienten. In einem Konsenspapier wurden dazu zusammen 19 Qualitätsindikatoren festgelegt.

Die *National Cancer Data Base (NCDB)* wird gemeinsam von der amerikanischen chirurgischen Fachgesellschaft (American College of Surgeons), der amerikanischen Krebsgesellschaft (American Cancer Society) und der Commission on Cancer betrieben. Dort werden etwa 70% der in den USA jährlich neu diagnostizierten invasiven Karzinome erfasst. Die Daten können für Initiativen zur Qualitätsverbesserung wie Benchmarking von Krankenhäusern herangezogen werden oder dienen klinischen Studien.

Das *National Comprehensive Cancer Network (NCCN)* ist eine nicht auf Gewinn orientierte Allianz von 21 der renommiertesten Krebszentren der USA mit dem Ziel, Ressourcen für die Verbesserung der onkologischen Behandlung bereitzustellen. Unter anderem werden Behandlungsleitlinien erstellt. Das NCCN Outcomes Project ist eine Datenbank, in der prospektiv Daten zu Patienten mit neu diagnostiziertem Krebs gesammelt werden. Aus den Daten lassen sich im Zeitverlauf Unterschiede in den Behandlungsmustern zwischen Krebszentren belegen. Zudem ist es möglich, die Einhaltung von Leitlinien zur Brustkrebsbehandlung in der niedergelassenen Praxis zu überprüfen

4.3. Interessante Ansätze in weiteren Ländern

2012 wurde in den *Niederlanden* die Stichting Oncologische Samenwerking (*SONCOS*; Stiftung für onkologische Zusammenarbeit; www.soncos.org) gegründet; ihr gehören 28 Fachgesellschaften an, die in die Behandlung von Krebspatienten involviert sind. Ziel von SONCOS ist es, Standards für die multidisziplinäre Behandlung von Krebspatienten zu definieren. Jährlich wird

ein Report veröffentlicht, der einerseits die allgemein gültigen Rahmenbedingungen für Krebsbehandlungen (Information und Organisation; Infrastruktur; Behandlung; Forschung) beschreibt und andererseits für die spezifischen Tumorarten die aktuellen Vorgaben festhält.

Seit 2010 müssen in *Frankreich* alle Gesundheitsinstitutionen, die eine Bewilligung zur Krebstherapie haben, der Haute Autorité de Santé (HAS) einen Datensatz liefern, mit dem Qualitätsindikatoren (Indicateurs de qualité et de sécurité des soins, IQSS) berechnet werden können. Einer dieser Indikatoren betrifft die Sitzungen des Tumorboards («Réunion de concertation pluridisciplinaire», RCP). Er beschreibt, ob bzw. wie viele Patienten von einem adäquat zusammengesetzten Tumorboard gesehen wurden. Die nationalen RCP-Kampagnen werden zusammen mit dem Institut National du Cancer durchgeführt. Die Datenerfassung erfolgt retrospektiv, indem die Dossiers von 60 Patienten einer Klinik analysiert werden.

In *Dänemark* gibt es seit 1942 ein nationales Krebsregister (Danish Cancer Registry; DCR); es ist damit weltweit eines der ältesten bevölkerungsbezogenen nationalen Krebsregister. Nachdem die Datenübermittlung in den ersten Jahren freiwillig war, ist sie seit 1987 obligatorisch, und seit 2004 erfolgt sie elektronisch direkt aus dem nationalen Patientenregister. Studien haben gezeigt, dass praktisch 100% der Fälle erfasst werden. Das DCR erfasst persönliche Angaben und Charakteristika des Tumors. In der Zwischenzeit gibt es für zahlreiche Tumorarten spezifische Datenbanken, so u.a. die «Danish Prostate Cancer Database», die «Danish National Penile Cancer Quality Database» (DaPeCa-data) oder das «Danish Neuro-Oncology Registry».

5 Fazit

Die Qualitätssicherung in der Onkologie wird namentlich aus vier Gründen als wichtig erachtet (vgl. Kap. 3.1.):

1. Krebsdiagnose und -behandlung sind für den Patienten einschneidend und belastend.
2. Die Behandlung ist komplex; bei unsorgfältiger Handhabung drohen schwerwiegende Schäden.
3. Die Behandlung erfordert in der Regel die Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen (Chirurgie, Onkologie, Radio-Onkologie, Psychoonkologie, Pflege).
4. Die Kosten für die Krebsbehandlung sind hoch.

Alle relevanten Akteure (Bund, Fachgesellschaften, NSK, Patientenorganisationen) sind sich deshalb einig, dass der Qualitätssicherung in der Onkologie ein hoher Stellenwert zukommt. Tatsächlich findet in der Schweiz die onkologische Qualitätssicherung in vielen Institutionen und in vielfältiger Form statt; alle in Kap. 3.4 beschriebenen Formen kommen irgendwo, irgendwie und irgendwann zur Anwendung.

5.1. Schwächen

Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen – und bestätigt es die NSK durch ihre Schwerpunktsetzung –, dass die onkologische Qualitätssicherung noch Schwächen aufweist. Das Problem liegt namentlich darin, dass es keine Übersicht und damit auch keine Transparenz gibt, wo und wie die Qualitätssicherung stattfindet. Und wo es eine Übersicht gibt, nämlich bei den Zertifizierungen, ist die Beteiligung (mit wenigen Ausnahmen, z.B. für Brustkrebszentren im Kanton Zürich) freiwillig. Gemäss Angaben der KLS werden aktuell über die Hälfte der Brustkrebspatientinnen in einem zertifizierten Zentrum behandelt; im Umkehrschluss heisst dies aber, dass fast die Hälfte der Brustkrebspatientinnen *nicht* in einem zertifizierten Zentrum behandelt werden. Dies bedeutet zwar nicht, dass diese Patientinnen deshalb schlecht behandelt würden; es ist jedoch nicht möglich, irgendwelche Aussagen zur Qualität zu machen.

Die Zahl der Kliniken und Praxen, die das SCN-Label erworben haben, ist mit rund 30 ebenfalls sehr überschaubar. Es ist anzunehmen, dass zusätzliche Zertifikate an dieser unbefriedigenden Situation nichts oder nur wenig ändern werden, und nur jene Spitäler, die sich verpflichtet fühlen, alle Zertifikate zu erwerben, zusätzlich belastet würden.

Die Schwächen in der Qualitätssicherung betreffen denn auch weniger den Umfang; das heisst, es hat nicht zu wenig Zertifikate oder Guidelines. Vielmehr sind es die *Art und Weise* sowie *inhaltliche Aspekte* der Qualitätssicherung, die suboptimal sind.

Bei der Art und Weise der Qualitätssicherung sind es die *Verbindlichkeit* und die *Standards*, bei denen Verbesserungspotential besteht: Zwar ist davon auszugehen, dass grundsätzlich alle Leistungserbringer in der einen oder andern Form Qualitätssicherung betreiben. So ist z.B. die permanente Fortbildung gesetzlich vorgeschrieben, und irgendeine Art von Tumorboard ist überall vorhanden. Wie diese Tumorboards ausgestaltet sind und wie sie funktionieren, ist jedoch nicht bekannt; ebenso wenig ist von aussen einsehbar, wie der einzelne Arzt sich fortbildet. Und wo die Vorgaben bekannt sind, wie bei den Zertifikaten oder den Guidelines, ist offensichtlich, dass sie nur an ausgewählten Orten zur Anwendung kommen.

Ebenso unklar ist die Qualitätssicherung in der onkologischen Pflege oder der Psychoonkologie. Einige wenige Qualitätskriterien sind in den organspezifischen Qualitätslabels enthalten (Brustzentrum KLS), und es bestehen anerkannte Guidelines und Standards, von denen allerdings nicht bekannt ist, ob und in welchem Ausmass sie beachtet werden. Aktuell werden vom Fachverband Onkologiepflege Schweiz Qualitätskriterien für die onkologische Pflege erarbeitet;

deren Umsetzung und Überprüfung in der Praxis werden jedoch noch viele Jahre beanspruchen.

In der Schweiz existieren zudem keine einheitlichen Qualitätsvorgaben. Jeder Leistungserbringer kann theoretisch selbst definieren, was er unter «guter Qualität» versteht. Zwar geben die Zertifikate gewisse Standards vor, aber insofern die Zertifikate freiwillig sind oder mehrere ähnliche parallel existieren (z.B. Brustkrebszentrum), gelingt es ihnen nicht, schweizweite Standards zu setzen.

Zusammengefasst gibt es keine Gewissheit, dass in der Schweiz bei der Behandlung und Pflege *aller* Krebspatienten und -patientinnen gewisse Mindeststandards beachtet werden – so wie das beispielsweise beim Einsatz bildgebender Verfahren als selbstverständlich erachtet wird.

Auch *inhaltlich* steht die onkologische Qualitätssicherung in der Kritik – und zwar weltweit. Exemplarisch dafür steht der Bericht «Delivering High-Quality Cancer Care» des US-amerikanischen Institute of Medicine, der 2013 auf gravierende Mängel in der onkologischen Qualitätssicherung aufmerksam gemacht hat. Die Qualitätskriterien würden sich im Allgemeinen am Leistungserbringer (und nicht am Patienten) orientieren, würden die vorhandene Fragmentierung der Behandlung spiegeln und sich auf kurzfristige Ergebnisse konzentrieren. Und obwohl die meisten Patienten in Versorgungsnetzwerken behandelt würden, gäbe es dafür keine Qualitätsindikatoren.

Gründe für diese insgesamt unbefriedigende Situation lassen sich zahlreiche finden:

- In der Schweiz haben sowohl der Föderalismus als auch die Handels- und Gewerbefreiheit einen hohen Stellenwert und sorgen dafür, dass allzu zentralistische und/oder dirigistische Eingriffe keine Chance haben.
- Qualitätssicherung ist freiwillig, aber gleichzeitig mit finanziellem und personellem Aufwand verbunden.
- Es gibt keine finanziellen Anreize für Qualitätssicherung; es ist unbefriedigend, mit viel Aufwand ein Zertifikat zu erwerben, wenn damit kein offensichtlicher bzw. sichtbarer Nutzen verbunden ist.
- Es gibt keine einheitlichen Empfehlungen für die Qualitätssicherung (typisches Beispiel: drei verschiedene Label für «Brustkrebszentren»).

Die Parlamentarischen Verwaltungskontrolle (PVK) hat in ihrem 2007 veröffentlichten Bericht «Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG» darauf hingewiesen, dass ein Hauptproblem der Qualitätssicherung (QS) nach KVG darin bestehe, dass qualitätssichernde Massnahmen der Leistungserbringer nicht belohnt würden; dies führe dazu, dass Leistungserbringer nicht dazu bewegt würden, solche Massnahmen auch effektiv umzusetzen. Ein weiteres Problem sieht die PVK darin, dass der mangelnde Qualitätsnachweis nicht sanktioniert wird. Dies führe dazu, dass die Versicherer keine Anreize hätten, Qualitätssicherung auch effektiv einzufordern.

5.2. Lösungsvorschlag

Um die beschriebenen Schwächen zu beheben, braucht es einen Ansatz, der einerseits die *Art und Weise* und andererseits den *Inhalt* der Qualitätssicherung verändert, der aber auch die in Schweiz gültigen und breit akzeptierten Rahmenbedingungen, namentlich den Föderalismus und die Handels- und Gewerbefreiheit, respektiert.

Fachgesellschaften, Krebsliga Schweiz, Behörden und Patientenorganisationen haben die gemeinsame Vision, dass *alle Krebspatienten in der Schweiz eine qualitativ hochstehende*

Behandlung erhalten; damit diese Vision Wirklichkeit wird, kommt man bei der Qualitätssicherung um eine gewisse Form der Verbindlichkeit nicht herum.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass die meisten Leistungserbringer heute schon über (zu) viel administrativen Aufwand klagen, könnten für die Schweiz die Anpassungen bei der onkologischen Qualitätssicherung wie folgt aussehen:

1. wenige Vorgaben im Sinne von Mindeststandards, die sich primär an der Netzwerk- und an der Patientenperspektive orientieren (d.h. nicht organ-spezifisch sind), und interprofessionell sowie gemeinsam mit Patientenvertretungen ausgearbeitet werden;
2. wenig zusätzlicher Aufwand, indem für die Qualitätsindikatoren hauptsächlich routinemässig erhobene, interoperable Patientendaten verwendet werden;
3. dies aber a) verpflichtend, b) überprüfbar (d.h. vergleichbar) und c) sanktionierbar.

Tatsächlich gibt es, wie oben erwähnt, ähnliche Regelungen bereits in anderen Bereichen der Medizin: Wer z.B. in der eigenen Praxis eine Ultraschall- oder Laboruntersuchung durchführen bzw. über die OKP abrechnen will, muss zwingend gewisse Vorgaben erfüllen (u.a. Fähigkeitsausweis; Teilnahme an Labor-Ringversuchen).

Von den drei genannten Anpassungen ist die dritte die wichtigste: Nur wenn die Qualitätssicherung einen verpflichtenden Charakter hat, lässt sich die Vision realisieren, nur dann macht es Sinn, die Vorgaben (d.h. Qualitätskriterien) zu überprüfen und anzupassen.

Für die Umsetzung von Punkt 3 kommt am ehesten eine Vereinbarung (gemäss Art. 43 KVG) zwischen den involvierten Leistungserbringern (H+, SGMO, SRO, SGAIM, SGGG, SGU und weitere) und den Krankenversicherungen in Frage, die festhält, dass und welche Mindeststandards die Leistungserbringer, die Krebsbehandlungen zulasten der OKP abrechnen wollen, zu beachten haben. In einem ersten Schritt könnte es für Leistungserbringer, die sich auf die Mindeststandards verpflichten, höhere Taxpunktwerte geben; in einem zweiten Schritt wären Leistungserbringer, die sich nicht verpflichten, von der Abrechnung von Krebsbehandlungen zulasten OKP auszuschliessen.

Für die Umsetzung von Punkt 2 bietet das Inkrafttreten des neuen Krebsregistrierungsgesetzes Anfang 2020 ein eigentliches «Window of Opportunity»: Erstmals werden schweizweit für gewisse Krebsbehandlungen identische Daten zur Verfügung stehen (auch wenn diese vorerst nur grobe Analysen ermöglichen werden).

Bei der Umsetzung von Punkt 1 (d.h. der Formulierung von Mindeststandards) lohnt sich ein Blick ins Ausland. Das National Comprehensive Cancer Network in den USA hat im Herbst 2017 einen Workshop zum Thema «Redefining Quality Measurement in Cancer Care» durchgeführt. Die Experten waren sich einig,

- dass in der Qualitätssicherung sowohl die System-Perspektive als auch die Patientenperspektive stärker zu berücksichtigen sind;
- dass die Patienten bei der Entwicklung entsprechender Qualitätsindikatoren von Beginn weg involviert sein sollten;
- dass Qualitätsindikatoren im Hinblick auf nationale Benchmarks für alle Versorgungssettings standardisierbar sein sollten,
- dass die zunehmende Fraktionierung der Krebsarten in Subtypen die Entwicklung von allgemeinen bzw. Querschnittsindikatoren nahelegt,
- dass routinemässig erhobene, interoperable Patientendaten für die Qualitätssicherung verfügbar gemacht werden sollten.

Die Arbeitsgruppe, welche im Auftrag der Krebsliga Schweiz das Projekt «Qualitätssicherung im Bereich ‚Versorgungspfade in onkologischen Netzwerken‘» realisiert, könnte zu Punkt 1 Vorschläge formulieren. Die Einigung auf schweizweit gültige und allgemein akzeptierte

Mindeststandards bzw. Qualitätskriterien müsste dann selbstverständlich anschliessend in einem breit abgestützten, demokratischen Prozess unter Einbezug der relevanten Stakeholder erfolgen.

Die Leistungserbringer betonen zu Recht immer wieder, dass sie Qualitätssicherung als *ihre* Aufgabe (und nicht als jene der Behörden) betrachten. Angesichts der Tatsache, dass erste Kantone damit beginnen, aufgrund der offensichtlich vorhandenen Schwächen Qualitätsvorgaben im Bereich Onkologie zu machen, wäre es wichtig, mit der Umsetzung des vorliegenden Vorschlages ein starkes Signal zu senden.

Literatur

- Abenhardt W.: Tumorboards: Bessere Kooperation erforderlich. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 1547-1550.
- Altherr H.: Nationale Strategie der Krebsbekämpfung. Für mehr Chancengleichheit und Effizienz. Motion 11.3584. Bern, 2011.
- Baumann W.: How do we measure quality in Medical Oncology? ESMO Congress, Vienna 2012.
- Benz S. et al.: Verbessert die Zentrenbildung die klinische Versorgungsqualität? Onkologe 2016; 22:167–176.
- Bundesamt für Gesundheit: Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bern, 2009.
- Bundesrat: Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit). Bern, 2015.
- Bundesrat: Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern). Bern, 2018.
- Costa A.: Multidisciplinary Approach to Cancer: A True Progress. Schweiz. Krebsbulletin 2018; Nr. 4: 332-334.
- Deutsche Krebsgesellschaft (Hrsg.): Jahresbericht 2018 der zertifizierten Onkologischen Zentren. Berlin, 2018.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.): Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017. Bern, 2014.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (Hrsg.): Nationale Strategie gegen Krebs 2017-2020. Bern, 2017.
- Donabedian A.: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Band 1. Health Administration Press, 1980.
- European Partnership Action Against Cancer consensus group (Hrsg.): Policy statement on multidisciplinary cancer care. European Journal of Cancer 2014; 50: 475–480.
- Fey M.: The case against multidisciplinary tumour boards. Schweiz. Krebsbulletin 2018; Nr. 4: 335-337.
- GDK: Empfehlungen des HSM-Fachorgans zur Organisation und Durchführung der HSM-Tumorboards. Bern, 2015.
- Güntert B.: Wie kommt Qualität in die Gesundheitsversorgung? Schweiz. Ärztezeitung 2017; 98: 675-678.
- Haier J.: Aufgaben und Grenzen von Tumorkonferenzen. Onkologe 2016 · 22:184–191.
- Haute Autorité de Santé (Hrsg.): Fiche descriptive de l'indicateur : Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/ipaqss_fiche_descriptive_rcp.pdf
- Haute Autorité de Santé (Hrsg.): Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins: Réunion de Concertation pluridisciplinaire en cancérologie. Paris, 2016.
- Hermes-Moll K. et al.: WINHO-Qualitätsindikatoren für die ambulante onkologische Versorgung in Deutschland. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2013; 107: 548-559.
- Homayounfar K. et al.: Multidisziplinäre Tumorboards – trotz Problemen unverzichtbar. Deutsches Ärzteblatt 2014; 111: 998-1001.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Methodische Grundlagen V1.0. https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf

- Institute of Medicine (Hrsg.): Ensuring Quality Cancer Care. National Academies Press, Washington D.C. 1999.
- Institute of Medicine (Hrsg.): Delivering High-Quality Cancer Care – Charting a New Course for a System in Crisis. National Academies Press, Washington D.C. 2013.
- Klinkhammer-Schalke M. et al.: Nutzung von Krebsregisterdaten zur Messung der Qualität in der klinischen Onkologie und für Versorgungsforschung. *Onkologie* 2016; 22: 192-197.
- Kraft E. et al.: Meilenstein beim Behandlungspfad Kolorektalkarzinom erreicht! *Schweiz. Ärztezeitung* 2018; 99: 198–201.
- Langer Th. et al.: Qualitätsindikatoren in der Onkologie. *Onkologie heute* 2017; Nr. 4: 52-53.
- LeBlanc T.W. et al.: Patient-reported outcomes in cancer care - hearing the patient voice at greater volume. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017;14:763-772.
- Ludwig Boltzmann Institut (Hrsg.): Behandlungsqualität in der Onkologie und deren Messung. Ludwig Boltzmann Institut, Wien 2011.
- Mooney K. et al.: Improving Cancer Care Through the Patient Experience: How to Use Patient-Reported Outcomes in Clinical Practice. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2017;37: 695-704.
- Nardi E.A. et al.: Redefining Quality Measurement in Cancer Care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 2018; 16: 473-478.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Redefining Quality Measurement in Oncology. NCCN Policy Summit 2017.
- National Quality Forum (Hrsg.): National Voluntary Consensus Standards for Quality of Cancer Care. National Quality Forum 2009
- NHS National Cancer Action Team (Hrsg.): Multidisciplinary team members' views about MDT working: Results from a survey. Report, London 2009.
- OECD (Hrsg.): Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival. OECD health Policy Studies. OECD Publishing, Paris 2013.
- OECD/WHO (Hrsg.): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. OECD Publishing, Paris 2011.
- Parlamentarische Verwaltungskontrolle (PVK) der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates: Die Rolle des Bundes bei der Qualitätssicherung nach KVG. Bern, 2007.
- Schmalenberg H. et al. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und Zertifizierung in der Onkologie. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2010.
- Schrauder M.G. et al.: Versorgungsnetze in der Onkologie. Das Dreieck – Forschung, Qualität und Konkurrenz. *Onkologie* 2016; 22:142–151.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen. Basel, 2009.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.): Zertifizierung im medizinischen Kontext. Empfehlungen. Basel, 2011.
- Sens B. et al.: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Auflage. *GMA Med Inform Biom Epidemiol.* 2007; 3: Doc05.
- SGMO (Hrsg.): Konzept Zertifizierung „Swiss Cancer Network“. http://www.sgmo.ch/wp-content/uploads/Konzept_SCN.pdf
- Spinks T. et al.: Improving Cancer Care Through Public Reporting of Meaningful Quality Measures. *Health Affairs* 2011; 30: 664-672.
- Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) (Hrsg.): Standardisation of Multidisciplinary Cancer Care in the Netherlands. SONCOS Standardisation Report 5 2017. <https://www.soncos.org/wp-content/uploads/2017/10/46SONCOS-standardisation-report.pdf>

Valuck T. et al.: Improving Oncology Quality Measurement in Accountable Care: Filling Gaps with Cross-Cutting Measures. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 2017; 23: 174-171.

Van der Wees P.J. et al.: Integrating the use of patient-reported outcomes for both clinical practice and performance measurement: views of experts from 3 countries. *Milbank Q.* 2014; 92:754-75.

Wesselmann S. et al.: Qualitätssicherung in der Onkologie – zertifizierte Netzwerke für Patienten. *Z Allg Med* 2014; 90: 464-468.

Wesselmann S. et al.: Perspektiven der Zertifizierung von Organkrebszentren. *Onkologie* 2016; 22:177–183.

Anhang

Anhang 1: Übersicht über verschiedene Arten von Qualitätskriterien am Beispiel Onkologie

(aus: Institute of Medicine: Delivering High-Quality Cancer Care. The National Academies Press, Washington D.C. 2013)

Type	Description	Benefits	Challenges
Structure	Measures the settings in which clinicians deliver health care, including material resources, human resources, and organizational structure (e.g., types of services available, qualifications of clinicians, and staffing hierarchies)	Identifies core infrastructure needed for high-quality care	Difficult to compare across settings of variable sizes and resources; implications for patients' outcomes not always clear
Process	Measures the delivery of care in defined circumstances (e.g., screening the general populations, psychosocial evaluations of all newly diagnosed patients, care planning before starting chemotherapy)	Encourages evidence-based care and is generally straightforward to measure	Need to consider patient choices that differ from standard of care and contraindications; implications for patients' outcomes not always clear
Clinical Outcome	Measures personal health and functional status as a consequence of contact with the health care system (e.g., survival, success of treatment)	Allows assessment of ultimate endpoints of care	Need to risk adjust for comorbidities; difficult to compare across settings with variable populations
Patient-Reported Outcome	Measures patients' perceived physical, mental, and social well-being based on information that comes directly from the patient (e.g., quality of life, time to return to normal activity, symptom burden)	Integrates the patient's "voice" into the medical record	Some outcomes are outside the scope of clinical care (e.g., social well-being)
Patients' Perspective on Care	Measures patients' satisfaction with the health care they received	Gathers data on patients' experience throughout the health care delivery cycle	Need to account for patients' limitations in assessing technical aspects of care

Cost	Measures the resources required for the health care system to deliver care and the economic impact on patients, their families, and governmental and private payers	Allows parties to weigh the relative values of potential treatment options, when combined with outcome measures	Difficult to measure the true cost of care given the range of prices and expenses in medical care; costs vary according to perspective (patients, payer, society, etc.); need to distinguish between costs and charges
Efficiency	Measures the time, effort, or cost to produce a specific output in the health care system (e.g., time to initiate therapy after diagnosis, coordination of care)	Reflects important determinants of patients' outcomes and satisfaction with care and is a major driver of cost	Need to correlate with outcome measures; need to account for patient characteristics and preferences
Cross-Cutting	Measures issues that cross cancer or disease types (e.g., patient safety, care coordination, equity, and patients' perspective on care)	Aligns with measurement of other cancers or conditions and reflects true multidisciplinary nature of cancer care	Difficult to capture the unique characteristics of cancer
Disease- Specific	Measures issues within a specific cancer type (e.g., clinicians' concordance with clinical practice guidelines for breast, prostate, and colon cancer)	Reflects diversity of cancer and tumor biology	Need to account for stage of disease at presentation and comorbidities

Anhang 2: Qualitätskriterien «Tumorboard»: Vergleich verschiedener Zertifikate bzw. Label

SGMO-Label «Swiss Cancer Network»

B1

Das Tumorboard besteht aus fachspezifischen Entscheidungsträgern mit Facharzttiteln FMH bzw. mit in der Schweiz anerkannten gleichwertigen Ausbildungsbescheinigungen.

B2

Im Tumorboard vertreten sind die prozessverantwortliche Fachperson und die Vertreter der diagnostisch und therapeutisch involvierten Fachrichtungen. Die Fachpersonen und Entscheidungsträger können über elektronische Medien am Board teilnehmen. In der Regel sind die Vertreter der Medizinischen Onkologie, der Radio-Onkologie, der Radiologie, des zuständigen chirurgischen Fachs und der Pathologie am Board beteiligt. Der Pathologe ist zumindest auf Abruf zur Teilnahme bereit.

B3

Mitgliedern des Swiss Cancer Network steht der Zugang zu allen Tumorboards offen, an denen andere Mitglieder des Swiss Cancer Network teilnehmen.

B4

Der Hausarzt sowie die in der Patientenbetreuung involvierten Pflegefachpersonen sind generell zur Teilnahme am Tumorboard eingeladen

B5

Bei jeder neu diagnostizierten Tumorerkrankung wird der Behandlungsplan an einem multidisziplinären Tumorboard festgelegt.

Ebenfalls am Tumorboard besprochen werden Patienten mit Krankheitsverläufen, die auf Grund der Guidelines oder der klinischen Situation ein Multidisziplinäres Behandlungskonzept erfordern.

B6

Jede Sitzung des Tumorboards wird von einer Fachperson geleitet und die Entscheide werden protokolliert.

B7

Das Tumorboard findet in der Regel einmal pro Woche statt.

B8

Zytologische/histologische und diagnostische Befunde müssen in schriftlicher Form vorliegen oder im Protokoll die notwendigen Vorbehalte formuliert werden.

B9

Der individuelle Behandlungsplan wird im Tumorboard-Bericht schriftlich festgehalten und allen, am Behandlungsprozess beteiligten Ärzten zur Verfügung gestellt.

B10

Der Tumorboard-Bericht umfasst folgende Punkte:

- Datum des Tumorboards mit Personendaten des Patienten
- Inhalt der Therapieempfehlung⁸
- Bezugnahme auf Guidelines oder Literatur
- Begründung, wenn von einer Guideline abgewichen wird
- Informationen zu klinischen Studien, für die der Patient qualifiziert
- Die Namen aller für die Therapieempfehlung verantwortlichen Vertreter der Fachdisziplinen
- Bezeichnung der Person, die für die Führung des Patienten im Behandlungsprozess verantwortlich ist
- Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist
- Festlegung des Zeitpunkts, wann die Situation des Patienten, falls angebracht, erneut am Tumorboard besprochen wird, sonst nach allgemeinen Richtlinien.

B11

Der Tumorboard-Bericht enthält eine für die Tumorboard-Teilnehmer verbindliche Empfehlung und wird mit dem Patienten besprochen. Über die Umsetzung der Therapie-Empfehlung entscheidet der Patient. Die Patientenentscheidung wird schriftlich in der Krankengeschichte dokumentiert.

B12

Die Mitglieder des Tumorboards erstellen jährlich einen Qualitätsbericht, der auch die Massnahmen zur Entwicklung der Qualität beschreibt.

SAQM «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Begriffsklärung

Unter einem Tumorboard wird in diesem Behandlungspfad ein interdisziplinäres medizinisches Fachgremium verstanden, welches bei Patienten mit einer bösartigen Erkrankung (in diesem Fall eines Kolorektalkarzinoms) einen individuellen Behandlungsplan entwickelt.

Qualitätskriterien

Damit die interdisziplinäre Besprechung (Tumorboard), den grösstmöglichen Nutzen erzielen kann, sollen die folgenden Minimalkriterien eingehalten werden:

- Das Tumorboard besteht aus fachspezifischen Entscheidungsträgern mit eidgenössischem Facharztstitel (bzw. mit in der Schweiz anerkannten gleichwertigen Weiterbildungsbescheinigungen) oder eine anerkannte äquivalente Ausbildung in der jeweiligen Disziplin.
- Im Tumorboard vertreten sind die prozessverantwortlichen Fachperson und die Vertreter der diagnostisch und therapeutisch involvierten Fachrichtungen. Die Fachpersonen und Entscheidungsträger können über elektronische Medien am Board teilnehmen. Am Board sind die Vertreter der Medizinischen Onkologie, der Radio-Onkologie, der Radiologie, des zuständigen chirurgischen Fachs und der Pathologie beteiligt. Abhängig von der klinischen Situation des Patienten steht das Tumorboard ergänzend auch den nicht-ärztlichen Fachpersonen offen, die an der Behandlung involviert sind. Selbstverständlich ist es jedem Tumorboard überlassen, die Zusammensetzung der ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachpersonen festzulegen.
- Jede Sitzung des Tumorboards wird von einer Fachperson geleitet und die Entscheide werden protokolliert.
- Zytologische/histologische und diagnostische Befunde müssen in schriftlicher Form vorliegen oder im Protokoll die notwendigen Vorbehalte formuliert werden. (Als „Vorbehalt“ gilt, wenn der Befund des Pathologen oder eines anderen Facharztes erst in mündlicher oder provisorischer Form vorliegt, weil das Resultat oder der Bericht von Spezialuntersuchungen noch aussteht).
- Der individuelle Behandlungsplan wird im Tumorboard-Bericht schriftlich festgehalten und allen am Behandlungsprozess beteiligten Ärzten (miteingeschlossen der Hausarzt) zur Verfügung gestellt. Weiteren Fachpersonen nach Bedarf.
- Die Angaben aus der Basisabklärung (Pflegediagnosen, Ernährungsstatus, Komorbidität etc.) müssen am Tumorboard vollständig vorliegen.
- Der Tumorboard-Bericht umfasst folgende Punkte:
 - Datum des Tumorboards mit Personendaten des Patienten
 - Inhalt der Therapieempfehlung (ohne Details zu individuellen Dosierungen von Chemotherapeutika oder Strahlenbehandlungen)
 - Bezugnahme auf Guidelines oder Literatur
 - Begründung, wenn von einer Guideline abgewichen wird
 - Informationen zu klinischen Studien, für die der Patient qualifiziert
 - Informationen zum Nutritional Risk Screening (NRS)
 - Die Namen aller für die Therapieempfehlung verantwortlichen Vertreter der Fachdisziplinen (Unterzeichnet wird der Bericht von der Fachperson, die das Tumorboard leitet und vom Protokollführer)
 - Bezeichnung der Person, die für die Führung des Patienten im Behandlungsprozess verantwortlich ist
 - Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist. Festlegung des Zeitpunkts, wann die Situation des Patienten, falls angebracht, erneut am Tumorboard besprochen wird, sonst nach allgemeinen Richtlinien
- Die möglichen Therapieoptionen sind im Anschluss an das Tumorboard durch den betreuenden Arzt und unter möglichem Einbezug weiterer Fachpersonen mit den Patienten und Angehörigen zu besprechen und zu koordinieren.
- Der Tumorboard-Bericht enthält eine für die Tumorboard-Teilnehmer verbindliche Empfehlung und wird mit

dem Patienten besprochen. Über die Umsetzung der Therapie-Empfehlung entscheidet der Patient. Die Patientenentscheidung wird schriftlich in der Krankengeschichte dokumentiert. (Die Dokumentation ist vollständig, wenn Ort, Datum, beteiligte Personen und die Gründe für den Entscheid niedergelegt sind. Wünschenswert, aber nicht obligatorisch ist die Abgabe einer schriftlichen Information zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie, die der Patient unterzeichnet und so bestätigt, dass er die Information erhalten hat.)

KLS-Label «Brustkrebszentrum»

30

Alle Patientinnen mit malignen Befunden oder mit Verdacht auf Malignität, für die eine Operation geplant wird, werden vorgängig interdisziplinär besprochen.¹⁵

31

Alle loko-regionären Rezidive sind vor und nach einer therapeutischen Intervention (Operation, Radiotherapie, systemische Therapie) zu besprechen.¹⁶

32

Postoperative Besprechung: Alle Patientinnen mit malignen Befunden werden nach der initialen Therapie (Operation, oder neoadjuvante Therapie) am Tumorboard besprochen (Onkochirurg / medizinischer Onkologe / Radio-Onkologe / Radiologe / Pathologe / optional Breast Care Nurse)¹⁷

33

Für die Empfehlung der weiteren Behandlung wird immer ein interdisziplinärer Konsens angestrebt. Ziel ist die interdisziplinäre Entscheidung für eine Therapieempfehlung.¹⁸

Fussnote 15 zu 30:

Dabei sind mindestens anwesend: Kernteammitglieder der Onkochirurgie, medizinischen Onkologie, Radiologie und Pathologie (sofern schon eine aktuelle Zytologie oder Histologie vorhanden ist), und beim loko-regionären Rezidiv auch der Radio-Onkologie. Die Fälle, bei denen ein Bedarf nach plastischer Chirurgie besteht, werden bis zur ersten Rezertifizierung besonders gekennzeichnet, so dass der plastische Chirurg an der Besprechung teilnehmen kann. Spätestens ab dem dritten Jahr nach Erstzertifizierung wird seine Mitwirkung obligat.

Fussnote 16 zu 31:

Dabei sind mindestens anwesend: Kernteammitglieder der Onkochirurgie, Radiologie, Pathologie (sofern schon eine aktuelle Zytologie oder Histologie vorhanden ist), plastische Chirurgie und Radio-Onkologie. Die Liste der zu besprechenden Patientinnen muss an alle Fachdisziplinen des Brustzentrums gehen, so dass der jeweilige Fachvertreter der übrigen beteiligten Fachdisziplinen (Med. Onkologie) selbst beurteilen kann, ob er an dieser Fallbesprechung teilnimmt. Bei speziellem Bedarf kann eine weitere Fachdisziplin (Med. Onkologie) vom Fall vorstellenden Arzt für diese Besprechung angefordert werden.

Fussnote 17 zu 32:

Mindestanforderungen an das Tumorboard:

- a. Eine Namensliste der Teilnehmenden wird erstellt, auf welcher die Teilnahme mit Unterschrift quittiert ist;
- b. Alle im Kriterium 32 genannten Disziplinen sind am Tumorboard vertreten;
- c. Ein Protokoll wird erstellt und nach dem Tumorboard an die Teilnehmenden und die Abwesenden verteilt oder elektronisch zugänglich gemacht;
- d. Die Beschlüsse bzw. Empfehlungen des Tumorboards werden präzise, verständlich und für Dritte nachvollziehbar formuliert;
- e. Abweichende Empfehlungen von KTM werden dokumentiert.

Die vom Tumorboard ausgearbeiteten Empfehlungen werden unmittelbar nach dem Tumorboard in die individuellen Dossiers der vorgestellten Patientinnen übertragen.

Fussnote 18 zu 33:

Wenn kein Konsens erreicht wird, entscheidet der klinische Direktor des Brustzentrums, bzw. in dessen Abwesenheit sein Stellvertreter.

DKG-Zertifikat «Brustkrebszentrum»

1.2.1

a) Zyklus

Die Tumorkonferenz hat mindestens 1 x wöchentlich stattzufinden.

Web/Online-Konferenz

- Sofern Web-Konferenzen genutzt werden, sind Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Es muss die Möglichkeit bestehen, dass jeder Hauptkooperations-partner, eigenständig Unterlagen/Bildmaterial vorstellen kann.
- Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind keine Alternative.

b) Teilnehmer Tumorkonferenz

Für folgende Fachrichtungen ist eine Teilnahme auf Facharzzebene an der Konferenz verbindlich und über eine Teilnehmerliste nachzuweisen:

- Brustoperateur
- Radiologe
- Pathologe
- Strahlentherapeut
- Internistischer Onkologe
- Gynäkologischer Onkologe (sofern Chemotherapie von der Gynäkologie durchgeführt wird)

Bedarfsgerecht sind assoziierte Fachgruppen (z.B. Psychoonkologe, Pflege, Plastischer Chirurg) in die Tumorkonferenz einzubeziehen.

Sind für eine Fachrichtung mehrere Kooperationspartner benannt, dann ist die Anwesenheit eines Vertreters ausreichend, wenn zwischen diesen ein geregelter Informationsaustausch eingerichtet ist (z.B. über Qualitätszirkel).

Jeder Kooperationspartner hat unabhängig davon mind. 1x pro Monat an der Tumorkonferenz teilzunehmen.

c) Vorbereitung Tumorkonferenz

Die wesentlichen Patientendaten sind im Vorfeld schriftlich zusammenzufassen und an die Teilnehmer zu verteilen. Eine Vorabbeurteilung von geeigneten Studienpatienten ist vorzunehmen.

d) Demonstration Bildmaterial

Patientenbezogenes Bildmaterial (radiologisch / pathologisch) muss bei der Tumorkonferenz verfügbar sein und es muss eine geeignete techn. Ausstattung für die Darstellung des Bildmaterials vorhanden sein.

e) Protokoll Tumorkonferenz

- Das Ergebnis der Tumorkonferenz besteht u.a. aus einem schriftlichen, interdisziplinären Behandlungsplan („Protokoll Tumorkonferenz“).
- Das Protokoll Tumorkonferenz muss Teil der Patientenakte sein und kann gleichzeitig auch den Arztbrief darstellen.
- Die Verteilung des Behandlungsplanes an die einzelnen Behandlungspartner (inkl. Einweiser) ist sicherzustellen.
- Das „Protokoll Tumorkonferenz“ sollte automatisch aus dem Tumordokumentationssystem generiert werden.

1.2.2

Postoperative Fallbesprechungen

Umfang der besprochenen Primärfälle: ≥ 95%

1.2.3

Prätherapeutische Fallbesprechungen

Teilnehmer: Operateur (Gyn u./o. Chirurg u./o. plast. Chirurg), Radiologe, Pathologe, indikationsbezogen sind weitere Teilnehmer (Internistischer Onkologe, Gynäkologischer Onkologe, Strahlentherapie etc.) einzuladen.

Die Kooperationspartner Plastische Chirurgie sind einzuladen

Die Screening-Konferenz kann anerkannt werden, wenn der Teilnehmerkreis den geforderten Teilnehmern entspricht.

Im BZ durchgeführte Vakuum- und Stanzbiopsien sollten möglichst alle innerhalb der präoperativen TK besprochen werden. Zumindest sollten Vakuum- und Stanzbiopsien mit BIRADS 4 und 5 und pathologisch B1- B4 besprochen werden.

Zusätzlich sollten Patientinnen mit einer geplanten Mastektomie in der präoperativen TK vorgestellt werden (siehe „Verfahrensanweisung zum Umgang mit onkoplastischen und rekonstruktiven Operationen in zertifizierten Brustkrebszentren“ unter diesem [Link](#)).

Anteil der prätherapeutischen Vorstellungen

1.2.4

a) Patientinnen mit (Lokal-)rezidiv / Fernmetastasierung

Alle Patientinnen des Brustkrebszentrums mit Lokalrezidiv/Metastasen sind in der prä- und/oder posttherapeutischen interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen.

Die Vorstellung muss über alle Kooperationspartner des BZ erfolgen.

Zusätzlich zu den unter 1.2.1 b) Benannten sollten entsprechend der Metastasenlokalisation (Basis S3-Leitlinie) z.B. folgende Fachrichtungen in die Therapieentscheidung einbezogen werden:

Neurochirurg, Orthopäde, Allgemein- u. Viszeralchirurg, Thorax- bzw. Unfallchirurg, Palliativmedizin

Die Tumorkonferenzprotokolle sind nachzuweisen.

b) Anzahl der Fälle mit Lokalrezidiv / neudiagnostizierten Metastasen, die in der TK vorgestellt werden.

1.2.5

Therapieabweichung

- Grundsätzlich sind Behandlungspläne bzw. Empfehlungen der Tumorkonferenz bindend.
- Falls Abweichungen zur ursprünglichen Therapieplanung, bzw. Abweichung von den Leitlinien festgestellt werden, müssen diese protokolliert und bewertet werden. Entsprechend der Ursache sind Maßnahmen zur Vermeidung von Abweichungen zu treffen.
- Wird eine Therapie auf Wunsch der Patientin (trotz bestehender Indikation) nicht begonnen oder vorzeitig abgebrochen, muss auch dies protokolliert werden.

1.2.6

Behandlungsplan

Für alle Patienten ist ein interdisziplinärer Behandlungsplan zu erstellen. Dies betrifft auch Patienten, die in keiner Tumorkonferenz vorgestellt werden.

HSM

(Empfehlungen des HSM-Fachorgans zur Organisation und Durchführung der HSM-Tumorboards auf Grundlage der Empfehlung SAKK «Generelle Prinzipien und Anforderungen an ein interdisziplinäres Tumorboard»)

1. Organisation des Tumorboards

1.1. Das Tumorboard (TB) bestimmt einen Moderator. Dieser leitet das TB und ist für die Organisation und Durchführung des TB-Meetings verantwortlich.

Der Verantwortungsbereich des Moderators umfasst:

- » Bestimmung der Reihenfolge der Fallpräsentationen unter Berücksichtigung der Fallkomplexität;
- » Miteinbezug aller Teilnehmenden in die Diskussion;
- » Diskussion über den Einschluss in eine klinische Studie, resp. über die Weiterleitung des Patienten an andere Studienzentren;
- » Klärung aller relevanten Fragen zur Diagnose, Therapie und Pflege des Patienten vor dem Abschluss der Sitzung;
- » Herbeiführung von möglichst evidenzbasierter und patientenorientierter Entscheidungen als auch verständlicher präziser Beschlüsse des TBs, so dass diese für Dritte nachvollziehbar sind;
- » Sicherstellung eines effektiven und korrekten Ablaufs des Meetings;
- » Bestimmung des Protokollführers und Sicherstellung der Protokollierung der nächsten Schritte inkl. der dafür verantwortlichen Personen.

Diese Aufgaben können auch vom Koordinator oder Dritten übernommen werden, der Moderator bleibt jedoch für diese Aufgaben verantwortlich.

1.2. Das TB bestimmt einen Koordinator, welcher den Moderator in seinen Aufgaben unterstützt. Der Moderator ist dem Koordinator gegenüber weisungsbefugt.

Der Zuständigkeitsbereich des Koordinators umfasst:

- » die Ausarbeitung und den frühzeitigen Versand der Agenda und der zu besprechenden Patientenliste; der Verantwortliche für die entsprechende Fallpräsentation ist dabei klar ersichtlich;
- » die Zusammenstellung aller notwendigen Unterlagen für die Fallpräsentation;
- » die Zustellung einer aktuellen Liste laufender klinischer Studien (inklusive Einschlusskriterien), welche in der Schweiz in denjenigen Entitäten durchgeführt werden, die das TB betreut
- » Zustellung des Protokolls

1.3. Der fallführende Arzt, oder sein Stellvertreter, stellt den Fall im TB vor.

1.4. Jedes TB-Mitglied bezeichnet seinen Stellvertreter.

2. Durchführung von Tumorboard-Meetings

2.1. Vorbereitung der Meetings

- Die TB-Meetings finden mindestens einmal pro Woche statt und können bei Bedarf auch kurzfristig einberufen werden.
- Jede Primärdiagnose eines Karzinoms wird an einem interdisziplinären TB vorgestellt.
- Grundsätzlich wird jeder Patientenfall vor der Initiierung von therapeutischen Schritten und Eingriffen vorgestellt. Allfällige Ausnahmen von diesem Vorgehen sind in den SOPs der Institution festgehalten.
- Falls eine sofortige Intervention notwendig ist (z.B. Notfallindikation für sofortige Operation) wird der betreffende Primärfall post-interventionell im nächsten TB vorgestellt.
- Die zu besprechenden Patienten werden bis zu einem vom TB bestimmten Termin dem Moderator angemeldet. Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Besprechung eines Patienten kurzfristig angekündigt werden, wobei auch hier vorgängig der Moderator und Koordinator und nach Möglichkeit das Kernteam des TBs zu informieren sind.

2.2. Der zu präsentierende Patient

- Es besteht eine strukturierte Anmeldeplattform, die auch für Ärzte aus dem Netzwerk zugänglich ist.
- Ein Patient wird über die Vorstellung seines Falles am TB vorgängig informiert.
- Wenn möglich stellt der fallführende Arzt den Patienten vor.
- Der fallführende Arzt legt die Fragestellungen an das TB fest.
- Der minimale Datensatz für die Besprechung steht zur Verfügung und kann jederzeit für alle visualisiert werden. Zytologische/histologische und diagnostische Befunde müssen schriftlich vorliegen und können idealerweise bildlich präsentiert werden. Sämtliche Basisinformationen, welche den Entscheid über die weitere Therapie beeinflussen können, werden aufbereitet und präsentiert.

2.3. Durchführung des Meetings

Präsenz an den Meetings

- Das Kernteam des TBs ist bei allen Sitzungen vollständig anwesend. Weitere Teilnehmer können über Videokonferenz teilnehmen.
- Falls an einer Institution mehrere verschiedene TBs tagen, sind die Fachvertreter innerhalb einer Disziplin fix bestimmten TBs zugewiesen.
- Die Präsenz der am Meeting anwesenden Personen, Gäste und anderen eingeladenen Teilnehmenden wird erfasst.
- Die Teilnahme an den TB-Sitzungen steht sämtlichen Ärzten der durchführenden Institution sowie Ärzten aus dem Netzwerk offen - auch wenn sie aktuell keinen Patienten vorstellen

Best practice

- An der TB-Sitzung ist mindestens ein Arzt präsent, welcher den zu besprechenden Patienten persönlich kennt.

2.4. Entscheidungsfindung

- Die Entscheidungsfindung während des Meetings resultiert in einer klaren Empfehlung für die weitere Betreuung (schriftlicher Behandlungsplan). Diese Empfehlungen sind patientenorientiert.

- Falls notwendig, gibt das TB bedingungsabhängige Behandlungspläne vor, insbesondere wenn sich bei der Diskussion herausstellt, dass diagnostische Daten fehlen. Das Fehlen von Daten wird protokolliert.
- Das TB erwägt alle Therapiemöglichkeiten, auch wenn diese Form der Therapie nicht vor Ort angeboten wird.
- Falls keine Einigkeit betreffend der empfohlenen Behandlung oder Abklärung erreicht werden kann, widerspiegelt das Protokoll die Diskussion und die unterschiedlichen Standpunkte.
- Falls es für eine spezifische Fragestellung erforderlich ist, so werden die entsprechenden Experten beigezogen. Die Zuweisung an weitere spezialisierte TBs sollte nur im Ausnahmefall erfolgen und nur, wenn keine relevante Verzögerung eintritt.
- Es ist im Team bestimmt, wer den Patienten, den zuweisenden Arzt – sofern dieser nicht anwesend ist – und allenfalls weitere Personen wie und bis wann informiert. Die Information erfolgt zeitnah.
- Ein Beschlussprotokoll, das die Namen der beteiligten Mitglieder des Kernteams enthält, ist für jede TB-Vorstellung obligatorisch.
- Das Beschlussprotokoll umfasst folgende Punkte:
 - » Datum des TBs mit Personendaten des Patienten;
 - » Inhalt der Therapieempfehlung;
 - » Begründung, wenn von einer Guideline abgewichen wird;
 - » Informationen zu klinischen Studien, für die der Patient qualifiziert ist;
 - » die am Beschluss beteiligten Fachvertreter werden pro Patient namentlich erfasst;
 - » eine Vorgabe, ob die Therapie im Netzwerk durchgeführt werden kann;
 - » Bezeichnung der Person, die für die Führung des Patienten im Behandlungsprozess verantwortlich ist (der fallführende Arzt);
 - » Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist (in der Regel der fallführende Arzt);
 - » Festlegung des Zeitpunkts, wann die Situation des Patienten erneut im TB besprochen wird (falls angebracht).

2.5. Nachbearbeitung der Meetings und Koordination der Entscheidungen

- Es sind Prozesse implementiert, die folgendes sicherstellen:
 - » den Versand, das Review (falls anwendbar) und die elektronische Zugänglichkeit des Beschlussprotokolls für alle Teilnehmer des TB-Meetings;
 - » die Kommunikation des TB-Entscheidens an die entsprechenden Adressaten (Ärzte, Patient und anderen Berufsgruppen).
- Die Rückmeldung von allfälligen Therapieänderungen an das TB ist garantiert. Wenn nicht die vom TB empfohlene Betreuung durchgeführt wird, ist dies in der Patientenakte vermerkt.
- Die Querschnittsfächer sind für den Patienten innerhalb der Klinik verfügbar oder können innerhalb nützlicher Frist zugezogen werden.

2.6. Kommunikation mit dem Patienten

Die empfohlene Vorgehensweise aus dem TB wird vom fallführenden Arzt mit dem Patienten besprochen. Grundsätzlich sind die Empfehlungen des TBs verbindlich, d.h. der fallführende Arzt muss die TB Empfehlung mit dem Patienten besprechen. Sofern die Präferenz des Patienten von der Empfehlung des TB abweicht, wird dies in der Patientenakte festgehalten.

Falls im TB keine Einigkeit betreffend die empfohlene Behandlung erreicht werden kann, oder mehrere Optionen in Frage kommen, so ist dem Patienten die ganze Breite der Möglichkeiten darzustellen.

2.7. Nachsorge

Die Nachsorge kann von Ärzten an der Institution oder im Netzwerk durchgeführt werden. Sie muss nach festgelegten Kriterien erfolgen und soll soweit möglich nach anerkannten, nationalen oder internationalen Richtlinien durchgeführt und dokumentiert werden.

Anhang 3: Übersicht über DKG-zertifizierte «Onkologische Zentren (CC)» in der Schweiz

(Quelle: DKG-Jahresbericht 2018 der zertifizierten Onkologischen Zentren)

Klinikum / Standort Onkologisches Zentrum (nach Bundesland sortiert)																									
	Bundesland	Mehrstandortiges Onkolog. Zentrum	Darm	Pankreas	Magen	Leber	Speiseröhre	Sonst. Gastrointestinale Tumoren	Endokrine Malignome	Lymphom	Leukämie	Hämatolog. Systemerkrankungen	Brust	Gynäkologische Tumoren	Haut	Prostata	Hoden, Penis	Niere	Harnblase	Muskuloskeletale Tumoren	Kopf-Hals-Tumoren	Neuroonkologische Tumoren	Lunge	Kinderonkologie	
Inselsspital Bern	CH		■	■	■ ^M	■ ^M			■				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kantonsspital Aarau	CH		■	■						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Kantonsspital Baden	CH		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	□		■	■	■	■	■					
Luzerner Kantonsspital	CH		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■			
Universitätsspital Basel	CH		□		■	■	■	■					■	■	■	□						■			
Universitätsspital Zürich	CH		■					■		■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	■		

Legende

- Organkrebszentrum (Z), Modul (M), Schwerpunkt (S)
- ^N Brustkrebszentrum nach Zertifizierung NRW anerkannt (kein DKG-Zertifikat)
- ^M Modul Magen / Leber
- Transfer-/Transit (T)

Anhang 4: «Brustkrebszentrum»: Liste der zertifizierten Zentren in der Schweiz

Ort	Brustzentrum	KLS/SGS	DKG	EUSOMA
Aarau Olten	Brustzentrum Mittelland Kantonsspitaler Aarau und Olten ²		 Aarau	
Baden	Interdisziplinäres Brustzentrum Baden			
Basel	Brustzentrum des Universitätsspitals Basel		 KREBSGESELLSCHAFT	
Basel	Brustzentrum Basel Bethesda Spital			
Bellinzona Lugano	Brustzentrum der italienischen Schweiz			
Bern	Brustzentrum Bern (Lindenhofgruppe)			
Bern Solothurn	Brustzentrum Bern (Inselspital) und Solothurn (Bürgerspital) ¹		 Bern	
Chur	Brustkrebszentrum Kantonsspital Graubünden		 KREBSGESELLSCHAFT	
Frauenfeld Münsterlingen	Brustzentrum Thurgau			
Freiburg	Brustzentrum Freiburg Daler-Spital und freiburger spital (HFR)			
Genf	Brustzentrum des HUG			
Genolier Fribourg	Brustzentrum GSMN			
La Chaux-de-Fonds Neuenburg Couvet	Brustzentrum Spital Neuenburg			
Lausanne	Brustzentrum des CHUV			
Luzern	Brustzentrum Luzern			
Luzern	Brustzentrum St. Anna			
Rheinfelden	Brustzentrum Rheinfelden			
St.Gallen Grabs	Brustzentrum St. Gallen Brustzentrum Grabs			
St. Gallen	Brustzentrum ZeTuP Klinik Stephanshorn			
Winterthur	Brustzentrum Kantonsspital Winterthur		 KREBSGESELLSCHAFT	
Zürich	Brust-Zentrum Zürich		 KREBSGESELLSCHAFT	
Zürich	Brustzentrum des Universitätsspitals Zürich			
Zürich	Brustzentrum Zürich West Stadspital Triemli ³ und Spital Limmattal		 Triemli	

¹ ECC nur Inselspital Bern

² ECC nur Kantonsspital Aarau

³ DKG nur Stadspital Triemli

Anhang 5: «Brustkrebszentrum»: Übersicht über die in den drei Labels verwendeten Qualitätsindikatoren

KLS-Label Brustkrebszentrum	DKG-Zertifikat Brustkrebszentrum	EUSOMA Label
<p>I. Qualitätskriterien</p> <p>A. Verantwortlichkeiten (7)</p> <p>B. Interdisziplinäres Leistungsangebot (16)</p> <p>C. Diagnostik / Behandlung / Follow-up (12)</p> <p>D. Patienteninformation (2)</p> <p>E. Rechte der Patientin (3)</p> <p>F. «Palliative care» (4)</p> <p>G. Nachsorge (4)</p> <p>H. Medizinische Qualitätskriterien (3)</p> <p>I. Weiterbildung und Forschung (8)</p> <p>II. Quality-Dashboard</p> <p><i>Strukturqualität</i></p> <p>1. Neue Brustkrebsfälle</p> <p>2. Operative Behandlung von Erstkarzinomen</p> <p>3. Onkochirurgische Eingriffe</p> <p>4. Plastisch rekonstruktive Eingriffe an der Brust</p> <p>5. Befundungen in der Pathologie</p> <p>6. Durch die Pathologie neu diagnostizierte Karzinome</p> <p>7. Durch die Onkologie durchgeführte Chemotherapiezyklen</p> <p>8. Mammografie-Befundungen Radiologie</p> <p>9. Radiotherapien</p> <p>10. In Studien eingebrachte Fälle</p> <p><i>Prozessqualität</i></p> <p>11. Frist visuellen Erstkontakt bis zur Diagnosemitteilung</p> <p>12. Frist von Diagnosemitteilung bis zum Therapiebeginn</p> <p>13. Prätherapeutische Besprechung</p> <p>14. Postoperative Besprechung</p> <p>15. Prätherapeutische Diagnosesicherung</p> <p><i>Ergebnisqualität</i></p> <p>16. Reoperationsrate</p> <p>17. Dokumentation der R0 / R1-Resektionen bei invasiven Tumoren</p> <p>18. Dokumentation der brusterhaltenden Operationen</p> <p>19. Dokumentation der SLN-Prozeduren</p> <p>20. Dokumentation Lymphkn. bei non-sentinel Axilla-Operation</p>	<p>1. Allgemeine Angaben zum Brustkrebszentrum</p> <p>1.1. Struktur des Netzwerks</p> <p>1.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit</p> <p>1.3. Kooperation Einweiser und Nachsorge</p> <p>1.4. Psychoonkologie</p> <p>1.5. Sozialarbeit und Rehabilitation</p> <p>1.6. Patientenbeteiligung</p> <p>1.7. Studienmanagement</p> <p>1.8. Pflege</p> <p>1.9. Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)</p> <p>2. Organspezifische Diagnostik</p> <p>2.1. Sprechstunde</p> <p>2.2. Diagnostik</p> <p>3. Radiologie</p> <p>4. Nuklearmedizin</p> <p>5. Operative Onkologie</p> <p>5.1. Organübergreifende operative Therapie</p> <p>5.2. Organspezifische operative Therapie</p> <p>6. Medikamentöse / Internistische Onkologie</p> <p>6.1. Hämatologie und Onkologie</p> <p>6.2. Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie</p> <p>7. Radioonkologie</p> <p>8. Pathologie</p> <p>9. Palliativversorgung und Hospizarbeit</p> <p>10. Tumordokumentation / Ergebnisqualität</p>	<p>1. General requirements</p> <p>1.1. Breast Centre</p> <p>1.2. Critical mass</p> <p>1.3. Clinical lead</p> <p>1.4. Protocols</p> <p>1.5. Audit</p> <p>1.6. Multidisciplinary case management meetings</p> <p>1.7. Screening</p> <p>1.8. Communication of the diagnosis, treatment plan and waiting time</p> <p>1.9. Patient information</p> <p>1.10. Teaching</p> <p>1.11. Research</p> <p>2. Core team</p> <p>2.1. Breast radiology</p> <p>2.2. Breast surgery and reconstructive surgery (oncoplastic surgery)</p> <p>2.3. Breast pathology</p> <p>2.4. Breast medical oncology</p> <p>2.5. Breast radiation oncology</p> <p>2.6. Breast care nursing</p> <p>3. Other services and non-core team members</p> <p>3.1. Clinics</p> <p>3.2. Clinical genetics clinic</p> <p>3.3. Advanced breast cancer clinics</p> <p>3.4. Second opinion</p> <p>3.5. Psychological support</p> <p>3.6. Follow-up of primary breast cancer</p> <p>3.7. Prosthesis</p> <p>3.8. Physiotherapy and lymphoedema</p> <p>3.9. Nuclear medicine</p> <p>3.10. Palliative care</p>

<p>III. Strukturhebungsbogen</p> <p>A. Allgemeine Merkmale</p> <p>B. Personalarbeitstellung</p> <p> B.1 Ärztliche Bereitstellung</p> <p> B.2 Vertraglich geregelte Zusammenarbeit, Forschung und Datenerhebung</p> <p> B.3 Bereitstellung von Angehörigen weiterer Berufsgruppen</p> <p>C. Apparative Ausstattung des Brustzentrums / Spitals</p>		
---	--	--

Anhang 6: Swiss Cancer Network: Zertifizierte Institutionen (Stand August 2018)

Cabinet Oncologique Dr. méd. Vito Spataro	Praxis Dr. med. Christoph Gwerder, Bern
Centre de Chimiothérapie Anti-Cancéreuse	Praxis Dr. med. Esther Bärtschi, Bern
Clinica Luganese Moncucco	Praxis Dr. med. Thomas Furrer, Bern
Clinica Santa Chiara	Regionalspital Emmental AG, Spital Emmental
Clinique des Grangettes	Spital Dornach
Genolier Swiss Oncology Network	Spital Thun
GHOL Hôpital de Zone de Nyon	Spital Uster
Kantonsspital Olten	Stadtspital Waid
Oncologia Varini Calderoni Christinat	TUCARE, Bülach
Onko-Hämatologisches Zentrum Zug	TUCARE, Zürich
Onkologie Schaffhausen	Tumor – und Brustzentrum ZeTuP St. Gallen
Onkologie Spitäler Schaffhausen	Tumorzentrum ZeTuP Chur
Onkologie Zentrum Spital Männedorf	Tumorzentrum ZeTuP Rapperswil-Jona
Onkologiezentrum Solothurn	Tumor Zentrum Aarau
Onkozentrum Hirslanden Zürich	
OnkoZentrum Luzern	

Akkreditierung

Akkreditierung bedeutet die formelle Anerkennung der fachlichen und organisatorischen Kompetenz einer Stelle, eine konkrete, im Geltungsbereich der Akkreditierung beschriebene Dienstleistung (z.B. eine Zertifizierung) durchzuführen.

Prüfprozess, Assessment, Audit

Aussenstehende Dritte haben vor Ort zu prüfen, ob die normativen Anforderungen erfüllt werden. Wir sprechen von «Fremdbewertung», die Überprüfungsmethode ist das Audit. Diese Methode wird durch die Norm EN ISO 19011:2002 international geregelt.

Einzelne Zertifikate oder Labels werden ausschliesslich aufgrund einer «Selbstbewertung» (z. B. mittels Ausfüllens einer Checkliste oder eines Fragebogens) erteilt. Hier entfällt der Prüfprozess, wie ihn die Arbeitsgruppe der SAMW postuliert.

Peer

Ein Peer ist ein «Gleichrangiger» oder «Ebenbürtiger». Die Gleichrangigkeit des Peers bezieht sich sowohl auf die hierarchische Stellung in einer Einrichtung als auch auf die fachliche Kompetenz und den beruflichen Erfahrungshintergrund. Übernimmt der Peer die Funktion des Auditors, ist eher Gewähr für fachgerechte und inhaltlich vertiefte Prüfung, Empathie auf Seiten des Auditteams sowie Akzeptanz der Bewertung auf Seiten der Auditierten geboten.

Qualität

Qualität ist ein relativer Begriff. Die Qualität der Gesundheitsversorgung kann für Patienten und ihre Angehörigen, Ärzte, Pflegefachpersonen sowie für Vertreter von Krankenversicherungen und Behörden unterschiedliche Bedeutungen haben; zudem hängt sie von vielen Faktoren ab: geeignete Infrastruktur, qualifizierte und motivierte Mitarbeitende, adäquate Führungsstrukturen und -instrumente, auf die Patienten ausgerichtete Prozesse, eine positive Fehlerkultur sowie qualitätsfördernde, rechtliche Rahmenbedingungen.

Von Avedis Donabedian stammt eine heute noch gültige Definition: «Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with preset criteria for good care.» In dieser Definition wird Qualität als Grad («extent») der Übereinstimmung definiert, die zwischen der Dienstleistung («actual care») und den Anforderungen («preset criteria for good care») besteht.

Qualitätskriterien bzw. -indikatoren

Um die Qualität von medizinischen Behandlungen zu beobachten und zu messen, werden sogenannte Qualitätsindikatoren verwendet, also Messgrössen, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität ermöglichen soll. Die Definition solcher Qualitätskriterien ist anspruchsvoll. Idealerweise erfolgt sie durch die zuständige Fachgesellschaft unter Einbezug der beteiligten Stakeholder (inkl. Patienten) und stützt sich auf die bestverfügbare Evidenz ab; diese kann in der Regel aus Guidelines bzw. aus der Literatur abgeleitet oder – falls keine empirische Evidenz vorliegt – im Expertenkonsens gebildet werden.

Ein Indikator ist kein direktes Mass der Qualität. Er ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung genutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potenzielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb der Organisation bedürfen könnten.

Donabedian unterschied verschiedene Dimensionen medizinischer Versorgungsqualität: erstens die Strukturqualität, zweitens die Prozessqualität und drittens die Ergebnis- oder Outcomequalität. Diese drei Dimensionen stehen miteinander in enger Beziehung: Um eine gute

Prozessqualität bieten zu können, braucht es entsprechende Strukturen, und die Ergebnisqualität wird von der Prozessqualität mitbestimmt. Namentlich in den angelsächsischen Ländern gibt es Bestrebungen, vermehrt auch die Perspektive des Patienten einzubeziehen, indem «Patient-Reported Outcome Measures» (PROM) und «Patient-Reported Experience Measures» (PREM) erfasst werden.

Qualitätsmanagement

«Qualität» ist nicht einfach vorhanden, sondern muss geplant, definiert, umgesetzt und kontrolliert werden. Das Erreichen und Halten einer guten Qualität ist ein Prozess; man spricht in diesem Zusammenhang von einem «kontinuierlichen Verbesserungsprozess» (KVP), und die Gestaltung dieses Prozesses ist eine Managementaufgabe (Qualitätsmanagement).

Qualitätsmanagement (QM) umfasst das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung; diese Tätigkeiten lassen sich auch mit dem PDCA-Zyklus beschreiben. Die Abkürzung PDCA steht für «plan – do – check – act», einen ständigen Kreislauf, in dem das geplante Tun immer wieder überprüft und die Ergebnisse der Überprüfung im Hinblick auf Verbesserung in den Prozess zurückgespiegelt werden.

Qualitätspolitik

Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität.

Qualitätssicherung

Die ISO-9000-Normenreihe definiert «Qualitätssicherung» (QS) als jenen «Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden». Als «Qualitätssicherung» wird also jener Teil des Qualitätsmanagements bezeichnet, der die Einhaltung von Qualitätsvorgaben überprüft bzw. dokumentiert. Beispiele dafür sind technische Kontrollen, Register oder Zertifizierungen.

Es gibt jedoch noch eine weitere, häufig anzutreffende Bedeutung von «Qualitätssicherung», nämlich «Verfahren zur Sicherstellung der Qualität»; dazu gehören namentlich Fallbesprechungen, die Anwendung von Guidelines oder das Vier-Augen-Prinzip. Diese Form der Qualitätssicherung wird häufig als «interne Qualitätssicherung» bezeichnet. Im Gegensatz zur internen QS, für die die Klinik selbst verantwortlich ist, ist es bei der externen Qualitätssicherung ein «Dritter» (d.h. eine Behörde oder eine Zertifizierungsstelle), der die Einhaltung der Qualitätsvorgaben überprüft.

Zertifikat

Urkunde oder Bestätigung, die beschreibt, aufgrund welcher Prüfprozesse zu welchem Zeitpunkt und durch wen festgestellt worden ist, dass ein Qualitätsmanagementsystem, ein Produkt oder eine Leistung die definierten normativen Anforderungen zum Zeitpunkt des Audits erfüllte.

Zertifizierung

Zertifizierung bezeichnet ein Verfahren, mit dessen Hilfe die Einhaltung bestimmter Anforderungen nachgewiesen wird. Zertifizierungen werden oft zeitlich befristet von unabhängigen Zertifizierungsstellen vergeben und die Standards unabhängig kontrolliert.