

Stand der onkologischen Qualitätssicherung in der Schweiz

Dr. med. Hermann Amstad, MPH (Leiter Projektgruppe)

Roundtable NSK

Bern, 18. Juni 2019

Nationale Strategie Krebs (NSK)

3.2.1: Qualitätskriterien, Zertifizierung & Outcome

Eine aktuelle Übersicht über bestehende Zertifizierungen wird erstellt. (...)

3.2.2: Qualität in Netzwerken

Ein Qualitätslabel für regionale Netzwerke /
Behandlungsnetzwerke wird erarbeitet. (...)

Mandat Krebsliga Schweiz (Dr. Rolf Marti): Projektziele

1. 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.
2. Zusätzlich liegt eine **Übersicht über die vorhandenen Möglichkeiten und Instrumente der Qualitätssicherung in der Onkologie** vor; diese wird als Bericht veröffentlicht.

Projektgruppe

Dr. med. Hermann Amstad, Basel

Irene Bachmann-Mettler, Zürich

PD Dr. med. Christoph Cottier, Burgdorf

Dr. phil. Peter Durrer, Bern

Dr. phil. Aline Flatz, Bern

Dr. iur. Catherine Gasser, Bern

Anne-Claude Griesser, Lausanne

lic. rer. oec. Esther Kraft, Bern

Prof. Dr. med. Urs Lütolf, Zürich

Dr. med. Walter Mingrone, Olten

Rosmarie Pfau, Aesch

Projektleitung; Bericht

Pflege (Onkologiepflege Schweiz)

Qualitätssicherung (SanaCERT)

Qualitätssicherung (SAKK)

Krebsliga Schweiz

NSK

Qualitätssicherung (CHUV)

Qualitätssicherung (SAQM FMH)

Radioonkologie (ehem. USZ)

Onkologie (SGMO)

Patientin (Lymphome.ch)

Bericht

«Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz»

1. Hintergrund, Auftrag und Vorgehen
2. Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung: Grundlagen, Vorgaben und Akteure
3. Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz: Situationsanalyse
4. Onkologische Qualitätssicherung: ausländische Modelle
 - 4.1. Deutschland
 - 4.2. USA
 - 4.3. Interessante Ansätze in weiteren Ländern
5. Fazit
 - 5.1. Lücken
 - 5.2. Lösungsvorschlag

Bericht

«Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz»

1. Hintergrund, Auftrag und Vorgehen
2. **Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung: Grundlagen, Vorgaben und Akteure**
3. **Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz: Situationsanalyse**
4. Onkologische Qualitätssicherung: ausländische Modelle
 - 4.1. Deutschland
 - 4.2. USA
 - 4.3. Interessante Ansätze in weiteren Ländern
5. **Fazit**
 - 5.1. **Lücken**
 - 5.2. **Lösungsvorschlag**

Warum ist die Qualitätssicherung in der Onkologie wichtig?

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

Qualität: ein relativer Begriff (1)

→ Qualität liegt dann vor, wenn die Anforderungen der Anspruchsgruppen erfüllt sind.

Es gibt zahlreiche Anspruchsgruppen:

- Patienten
- Angehörige
- Leistungserbringer
- Finanzierer
- Behörden
- Öffentlichkeit

Qualität: ein relativer Begriff (2)

→ Qualität hängt von vielen Faktoren ab:

- geeignete Infrastruktur
- qualifizierte und motivierte Mitarbeitende
- adäquate Führungsstrukturen und -instrumente
- auf die Patienten ausgerichtete Prozesse
- eine konstruktive Fehlerkultur
- qualitätsfördernde, rechtliche Rahmenbedingungen.

Onkologische Qualitätssicherung in der Schweiz: Situationsanalyse

- Einigkeit der relevanten Akteure, dass der Qualitätssicherung in der Onkologie ein hoher Stellenwert zukommt.
- In der Schweiz findet die onkologische Qualitätssicherung in vielen Institutionen und in vielfältiger Form statt.
- In der Schweiz gibt es keine Übersicht darüber, welche Verfahren wo zur Anwendung kommen (Ausnahme: Zertifikate; behördliche Vorschriften).

Interne Qualitätssicherung

= klinik-interne Verfahren zur Sicherstellung der Qualität

- 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)

Externe Qualitätssicherung

- = ein «Dritter» (d.h. eine Behörde oder eine Zertifizierungsstelle) überprüft die Einhaltung zuvor definierter Vorgaben
- Zertifizierung
- Krebsregister
- Behördliche Vorgaben (HSM; Limitationen)
- Technische Kontrollen und Klinische Audits in der Radio-Onkologie
- Qualitätsindikatoren des BAG

Unterschiede zwischen internen und externen QS-Verfahren

Die Hauptunterschiede betreffen den **Ansatz** und die **Überprüfbarkeit durch «Dritte»** (z.B. Behörden):

- Die Verfahren der internen Qualitätssicherung sind (mit Ausnahme der Fortbildung) typischerweise freiwillig, dafür nur aufwändig überprüfbar.
- Die Verfahren der externen Qualitätssicherung (mit Ausnahme der Zertifizierung) sind vorgeschrieben, dafür (mit Ausnahme der Zertifizierung) relativ einfach überprüfbar.

Zertifizierung

In der Schweiz gibt es zahlreiche Zertifikate im Bereich Onkologie:

- Zertifikate der DKG für Organkrebszentren (inkl. Brustkrebs) und Onkologiezentren
- Qualitätslabel der KLS für Brustkrebszentren
- 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

Zertifizierung (2)

Im Bereich «Brustkrebszentrum» gibt es in der Schweiz drei verschiedene Zertifikate bzw. Labels:

- 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).

Zertifizierung (3)

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

Lücken (1)

→ Es bestehen grundsätzlich **keine Lücken bezüglich Umfang.**

Lücken (2)

Art und Weise:

- fehlende (bzw. uneinheitliche) Standards
- fehlende Verbindlichkeit

Inhalt (IOM, 2013):

- Qualitätskriterien orientieren sich am Leistungserbringer (und nicht am Patienten),
- spiegeln die vorhandene Fragmentierung der Behandlung und
- konzentrieren sich auf kurzfristige Ergebnisse.
- Obwohl die meisten Patienten in Versorgungsnetzwerken behandelt werden, gibt es dafür keine Qualitätsindikatoren.

Basis des Lösungsvorschlags

Fachgesellschaften, Krebsliga Schweiz, Behörden und Patientenorganisationen haben die gemeinsame Vision, dass **alle** Krebspatienten in der Schweiz eine **qualitativ bestmögliche Behandlung** erhalten.

Damit diese Vision Wirklichkeit wird, kommt man bei der Qualitätssicherung um eine gewisse Form der **Verbindlichkeit** nicht herum.

Lösungsvorschlag (1)

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.

Lösungsvorschlag (2)

Für die Umsetzung von Punkt 3 kommt am ehesten eine Vereinbarung (gemäss Art. 43 KVG) zwischen den involvierten Leistungserbringern (H+, FMH) und den Krankenversicherungen in Frage.

Diese Vereinbarung hält fest, dass und welche **Mindeststandards** die Leistungserbringer, die Krebsbehandlungen zulasten der OKP abrechnen wollen, zu beachten haben.

Lösungsvorschlag (3)

Diese **Mindeststandards** umfassen zwei Hauptpunkte:

- die vertragliche Anbindung an ein onkologisches Netzwerk;
- eine überschaubare Zahl von Struktur- und Prozessqualitätskriterien, deren Einhaltung durch Audits und Patientenbefragungen (PREM) überprüft werden kann und deren wiederholte Nichteinhaltung dazu führt, dass onkologische Behandlungen nicht mehr zulasten der OKP abgerechnet werden können.

«Konzept»: Vorgehen

- Bericht als Ausgangsbasis
- Definition Netzwerk
- Beschreibung patientenrelevanter Schlüsselprozesse in einem Netzwerk
- Formulierung von Struktur- und Prozessqualitätskriterien in einem Netzwerk
- Vorschlag zur Umsetzung

Teilbereich 2: Entscheide zur Behandlung

Schlüsselprozess	Mindestanforderung (Best Practice)	Nachweis
2.1. Das interprofessionelle Tumorboard diskutiert die Situation des Patienten und erarbeitet einen Behandlungsvorschlag.	2.1.1. Bei malignen Befunden oder Verdacht auf Malignität wird die Therapieempfehlung im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards erarbeitet.	Überprüfung Anzahl TB-Vorstellungen in Relation zur Anzahl neuer Patienten pro Zeiteinheit (> 90%)
	2.1.2. Abhängig von der Art der Erkrankung sind die Vertreter der relevanten Fachdisziplinen am Tumorboard anwesend (inkl. Teilnahme via Videokonferenz).	Überprüfung Protokolle Tumorboard
	2.1.3. Die Prozesse des Tumorboards sind definiert.	Überprüfung Es existiert eine Beschreibung der Prozesse des Tumorboard.
	2.1.4. Der Behandlungsvorschlag wird gemeinsam, basierend auf international anerkannten Guidelines und klinischer Erfahrung gefällt und anschliessend schriftlich dokumentiert (gegebenenfalls inkl. Begründung).	Überprüfung Protokolle Tumorboard Einträge in Patientendossier

Nächste Schritte

- Der Bericht und das Konzept der Arbeitsgruppe werden am 20. Juni 2019 dem Oncosuisse-Vorstand vorgestellt (Projekt 3.2.1), der die Funktion eines Steering-Boards inne hat.
- Anschliessend soll das Konzept einer breiten Vernehmlassung bei den Stakeholdern unterzogen und danach durch die Projektgruppe finalisiert werden.
- Für die Umsetzung des definitiven Konzepts sollte die KLS zuständig sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

contact@amstad-kor.ch