

Qualitätsvariation in der Schweiz: Analyse der Mamma-Resektionen bei Brustkrebs anhand des Qualitätsindikators der Brusterhaltung

Dominik Moser^{1, 2, 3}; Christine von Ahlen^{1, 4}; Alexander Geissler⁵

¹ Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen

² GZO AG Spital Wetzikon/Zürich

³ Fernfachhochschule Schweiz

⁴ Spital Männedorf AG/Zürich

⁵ Universität St.Gallen, School of Medicine

Korrespondenzadresse:

Technische Universität Berlin
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Dominik Moser
Strasse des 17. Juni 135
10623 Berlin
dominik.moser@unisg.ch

Original: Das Gesundheitswesen 2022. 84(06): 539-546. DOI: 10.1055/a-1670-7249

Zweitpublikation: Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2023. 20(02):151-158.
DOI: 10.1055/a-2081-4903

© Georg Thieme Verlag KG. Green Open Access («Die Archivierung in einem anderweitigen nicht kommerziellen Dokumentenserver genehmigen wir gerne in Übereinstimmung mit §38 Abs. 4 UrhG nach einer Karenzfrist von 12 Monaten ab Veröffentlichung bei Thieme.»).

Einleitung

Im Jahr 2007 wurde die Krankenhausplanung in der Schweiz neu geregelt: Anstelle von Krankenhausbetten stehen seither medizinische Leistungen im Mittelpunkt der Planung [1]. Der Kanton Zürich entwickelte in diesem Zusammenhang die Spitalplanungs-Leistungsgruppen, welche inzwischen in ihren Grundzügen schweizweit genutzt werden. Um Patienten einer Leistungsgruppe versorgen zu dürfen, müssen Krankenhäuser zuvor festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllen. Dabei handelt es sich primär um Strukturanforderungen (z.B. Facharztverfügbarkeit oder Verfügbarkeit medizinisch zusammenhängender Fachabteilungen). In einzelnen Bereichen gibt es inzwischen auch Anforderungen auf der Prozessebene, wie beispielsweise im Rahmen der Zertifizierung für Brustzentren oder Zentren der Palliativmedizin. Dieser leistungs- und qualitätsorientierte Planungsansatz wird auch in Deutschland immer stärker diskutiert und von einzelnen Bundesländern für zukünftige Planungsinitiativen in Betracht gezogen [2].

Neben den divergierenden kantonalen Planungen werden ausgewählte Leistungen der hochspezialisierten Medizin (HSM) durch ein nationales Gremium koordiniert und einheitlich reguliert. Damit erreicht die HSM-Versorgungsplanung eine Zentralisierung, die im Gegensatz zur kantonalen Krankenhausplanung weniger auf regionale Gegebenheiten Rücksicht nimmt. [3].

Im Gegensatz zur innovativen leistungs- und qualitätsorientierten Planung ist die Verfügbarkeit von Schweizer Qualitätsinformationen (Qualitätstransparenz) im Vergleich zu anderen Ländern ausbaufähig [4,5]. Einige Qualitätsdaten und -analysen über die Behandlungsergebnisse der Spitäler sind zwar vorhanden, jedoch nur in ausgewählter Form der Öffentlichkeit zugänglich. Die mangelnde Transparenz erschwert die informierte Krankenhauswahl für Patientinnen und Patienten sowie für einweisende Fachpersonen [6].

Im Rahmen dieser deskriptiven Untersuchung soll analysiert werden, ob und wie stark die Qualität in der Schweizer Krankenhauslandschaft variiert und ob die Unterschiede auf regulatorische Anforderungen zurückzuführen sind. Damit liefert diese Studie einen Beitrag zur Verbesserung der Qualitätstransparenz stationärer Versorgung, indem Unterschiede transparent dargestellt und mögliche Ursachen einer potenziellen Variation kritisch diskutiert werden. Die Ergebnisse sollen einen Beitrag zur Qualitätsdiskussion leisten, insbesondere im Hinblick auf künftige Versorgungsplanungen.

Um konkrete Behandlungsergebnisse zu vergleichen, wird nachfolgend der Indikationsbereich Brustkrebs (Mammakarzinom) bzw. dessen Therapie beispielhaft beleuchtet. Dabei handelt es sich um eine elektive Therapieform, bei welcher die Patientinnen und Patienten das behandelnde Krankenhaus bewusst auswählen können. An Brustkrebs erkranken in der Schweiz jährlich rund 6'000 Menschen [7]. Laut WHO sind in Europa 28% aller Krebserkrankungen bei Frauen auf ein Mammakarzinom zurückzuführen [8]. Auf eine nähere Erläuterung der Tumorspezifikationen sowie der Therapiemöglichkeiten wird bewusst verzichtet. Der Fokus dieser Studie liegt aufgrund der in der Schweiz zur Verfügung

stehenden Datenlage bei der Behandlungsmethode der brusterhaltenden Operationen sowie der Versorgungsplanung der Brustkrebs operativ behandelnden Spitäler.

In Anlehnung an das Qualitätsmodell nach Donabedian [9] beschreibt die vorliegende Untersuchung die kantonalen Unterschiede aus drei Perspektiven, jene der kantonalen strukturellen und prozessualen Qualitätsvorgaben sowie jene der Ergebnisqualität. Letztere wird anhand der Schweizerischen Qualitätsindikatoren „Inpatient Quality Indicators“, kurz CH-IQI, der kumulierten Daten 2011 bis 2016 analysiert [10]. Diese sind über das Bundesamt für Statistik (BFS) auf der Krankenhausebene öffentlich verfügbar und wurden im Rahmen der Untersuchung weiter aufbereitet.

Methodik

Exemplarisch wird die Behandlung „Resektionen der Mamma bei Brustkrebs“ (CH-IQI G.5.2.F) mit dem Qualitätsindikator „Anteil an brusterhaltenden Resektionen bei Brustkrebs“ (CH-IQI G.5.3.P) deskriptiv analysiert. Die Brusterhaltung ist ein vom Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit (BAG) definierter Qualitätsindikator und in Fachkreisen breit akzeptiert: Randomisierte klinische Studien haben gezeigt, dass die brusterhaltende Krebsbehandlung identische oder gar höhere Überlebensraten als die Mastektomie erzielt [11–13,10]. Zunehmend lassen sich auch größere Tumore brusterhaltend therapieren. Einen wesentlichen Beitrag zu dieser Entwicklung leistet die neoadjuvante Therapie, welche seit Jahren weiterentwickelt wird und inzwischen zu den standardisierten Behandlungsverfahren gehört [12]. Mit der neoadjuvanten Therapie können vor der Operation einerseits Informationen über die therapeutische Sensitivität des Tumors gewonnen werden, welche sich anschließend in den individuellen Therapieansätzen widerspiegeln [14]. Andererseits wird damit eine Verbesserung der Operabilität angestrebt. Hinzu kommen neuartige Operationstechniken, neben der R0-Resektion (Entfernung des Tumors) auch bei der Rekonstruktion der Brust, sowie die immer wichtiger werdende interdisziplinäre Zusammenarbeit [11]. Ebendiese Interdisziplinarität wird als strukturelle und prozessuale Qualitätsanforderung auch bei Zertifizierungen verlangt (beispielsweise Ablauf und Teilnehmerkreis des Tumorboard) [15].

Das IQI-System wurde in den 1990er Jahren in den USA entwickelt, 2008 für Deutschland (G-IQI) adaptiert sowie seither mit der Schweiz (CH-IQI) und Österreich (A-IQI) weiterentwickelt [16]. Es ist seitens des BAG ein transparenter Prozess definiert, wie sich Fachpersonen und Fachgesellschaften in die Weiterentwicklung der einzelnen Qualitätsindikatoren einbringen können. Mit diesen Daten soll die Transparenz über die medizinische Leistungserbringung in den Krankenhäusern dargelegt und der internationale Vergleich ermöglicht werden. Da die Erfassung für Krankenhäuser in der Schweiz obligatorisch ist, kann von einer umfassenden Datenbasis ausgegangen werden [17]. Die Daten enthalten die Fallzahlen pro Krankenhaus sowie je nach Krankheitsbildern und Behandlungen weitere Zusatzangaben wie beispielsweise Mortalitätsraten und prozentuale Anteile einer Behandlungsart.

In dem für diese Studie bearbeiteten Datensatz der Jahre 2011 bis 2016 wurden Krankenhäuser ausgeschlossen, welche im Jahr 2016 keine Behandlungen mehr vorgenommen haben, obwohl dies in den

Vorjahren noch der Fall war. Ebenso wurden alle Standorte, welche keine (0%) oder eine ausschließliche (100%) Brusterhaltung ausweisen, nicht berücksichtigt. Dies war an sechs Krankenhausstandorten aus unterschiedlicheren Kantonen der Fall. Dabei wurde an zwei Standorten zu 100% brusterhaltend operiert (je fünf und zwölf Operationen über den betrachteten Zeitraum von fünf Jahren). An vier Standorten erfolgte im Betrachtungszeitraum keine brusterhaltende Operation (bei insgesamt 135 Eingriffen). Über die Jahre 2011 bis 2016 wurden in dieser Studie demnach 152 Eingriffe ausgeschlossen. Mit diesem Vorgehen wird die Datenqualität erhöht, da diese Extremwerte nicht transparent nachvollzogen werden können. Zudem hat die Entfernung der Standorte aus dem Datensatz keine nennenswerte Auswirkung auf die nachfolgenden Untersuchungen. Ergänzt wurden die CH-IQI-Daten mit den Auswertungen des BAG [10] über die Kennzahlen der Schweizer Spitäler (Krankenhausstruktur-Daten).

Ergebnisse

In der Untersuchung eingeschlossen sind 47'104 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, wovon 35'145 brusterhaltend operiert werden konnten. Diese Behandlungen verteilten sich über 98 Krankenhaus-Standorte. Die Abbildung 1 zeigt die Anzahl der stationären Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs (CH-IQI: G.4.1.F) je 100'000 Einwohner, aufgeschlüsselt nach Kantonen [18]. Die Unterschiede variieren zwischen 157 und 1'526 Behandlungsfälle je 100'000 Einwohner. Im Kanton Appenzell Innerrhoden wurde keine entsprechende Operation durchgeführt. Bei dieser Darstellungsform bleibt die interkantonale Patientenmigration unberücksichtigt: Die Fallzahl entspricht dem Behandlungsstandort und nicht dem Wohnort des Patienten. Es ist davon auszugehen, dass beispielsweise Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Land im Universitätsspital Basel (Kanton Basel-Stadt) behandelt werden.

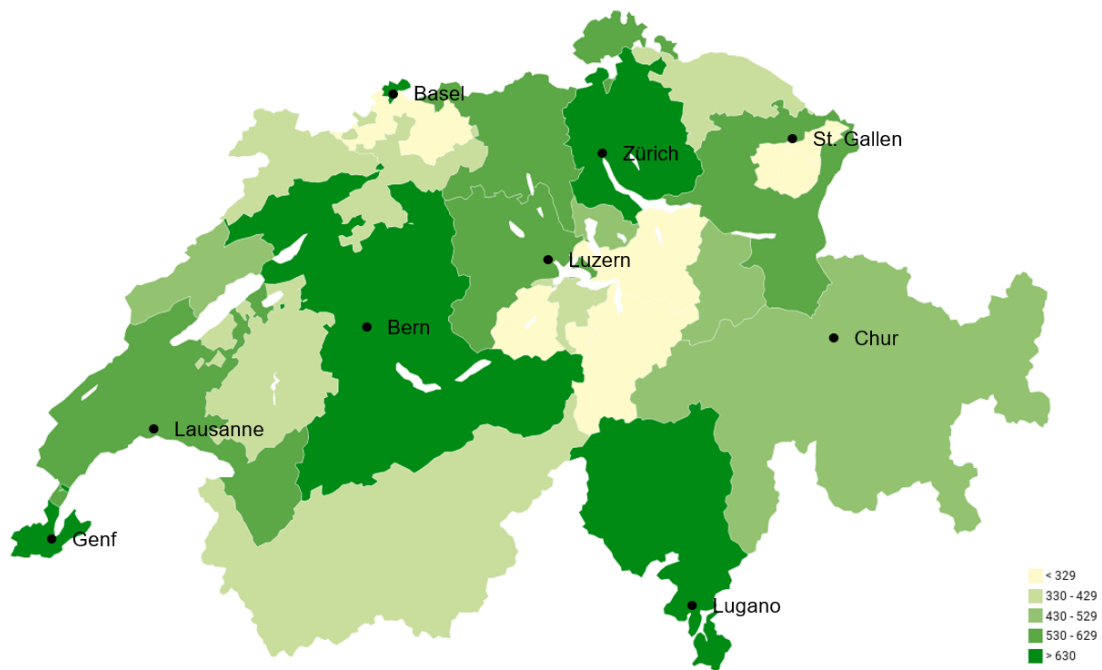


Abbildung 1: Anzahl Resektionen der Mamma bei Brustkrebs je 100000 Einwohner G.3.1.F; Jahre 2011-2016; erstellt mit datawrapper.de) [3, 10]

Die Abbildung 2 zeigt die Streuung der Mamma-Resektionen bei Brustkrebs anhand des Qualitätsindicators der Brusterhaltung pro Kanton sowie kumuliert für die Gesamtschweiz. Zudem ist für jeden Boxplot die Anzahl der Krankenhaus-Standorte, die Fallanzahl (Resektionen total und davon brusterhaltende Resektionen) sowie der Detaillierungsgrad der kantonalen Anforderungen ersichtlich. Die kumulierten Daten zeigen, welche Variation in der Ergebnisqualität von Brustkrebs-Behandlungen sowohl kantonal, national wie auch in den verschiedenen Krankenhäusern resultiert. Betrachtet man lediglich die Daten der Jahre 2014 bis 2016 im Vergleich mit den Nachbarländern Deutschland (70.4%) und Österreich (74.7%), zeigt sich, dass der Schweizer Wert 76.7% brusterhaltender Resektionen überdurchschnittlich ist [19–21]. Die Anzahl der Behandlungsstandorte variiert zwischen einem und 18 Krankenhäusern je Kanton.

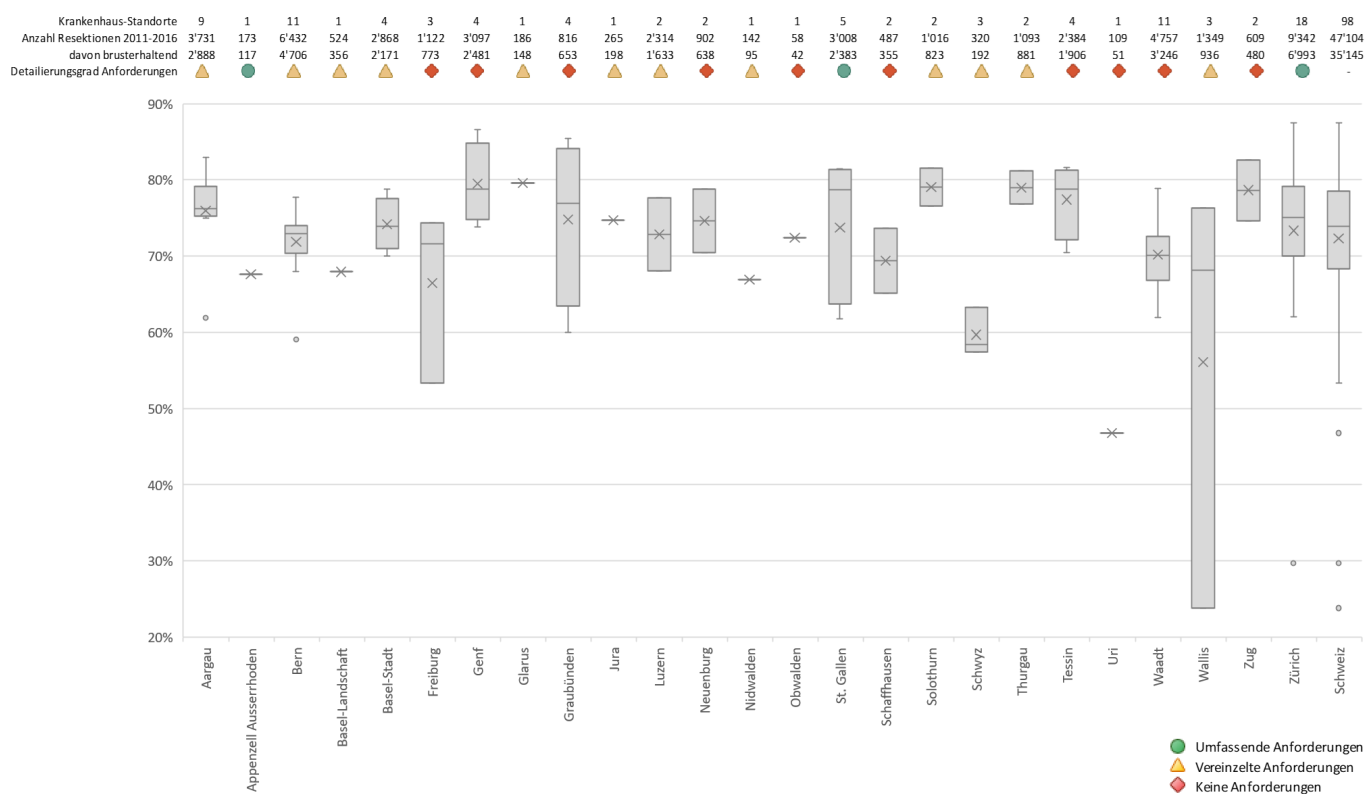


Abbildung 2: Anteil brusterhaltende Resektionen bei Brustkrebs 2011-2016 in der Schweiz

Die regulatorischen Anforderungen der Kantone wurden in drei Detaillierungsgrade klassifiziert: Keine speziellen Anforderungen, um Brustkrebs behandeln zu dürfen (rot), vereinzelte (gelb) und umfassende Anforderungen (grün). Bei den umfassenden Anforderungen werden Kriterien auf Ebene der Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt. Dazu zählt ein zertifiziertes Brustzentrum, eine definierte Facharzt-Verfügbarkeit, eine Intensivstation, ein Tumorboard sowie Mindestfallzahlen pro Operateur und pro Behandlungsstandort [22]. Anerkannte Zertifizierungen definieren Anforderungen an verschiedene Disziplinen und Professionen, was bei der Behandlung von Brustkrebs auf Grund der verschiedenen beteiligten Fachrichtungen als besonders wichtig erachtet wird [23]. Fordern Kantone nur einzelne der genannten Kriterien, wurden diese Anforderungen als „vereinzelte“ (gelb) eingestuft. Die Daten zeigen eine Qualitätsvariation zwischen 24% und 88% brusterhaltender Operationen je Standort. Bei den 24% handelt es sich um eine Chirurgische Spezialklinik im Kanton Wallis mit 21 Behandlungen in fünf Jahren, wovon fünf Brustoperationen brusterhaltend durchgeführt wurden. Die 88% verzeichnete ein akutsomatisches Krankenhaus im Kanton Zürich mit insgesamt 1'610 Mamma-Operationen in fünf Jahren (davon 1'409 brusterhaltend). Bei der Betrachtung aller Kantone zeigt der Kanton Wallis mit drei Krankenhaus-Standorten die größte Streuung. Aufgrund der Übersicht lässt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Detaillierungsgrad der Anforderungen sowie der Ergebnisqualität ableiten, wie der beispielhafte Vergleich von Genf (ohne Anforderungen) mit dem Kanton St. Gallen (umfassende Anforderungen) zeigt. Die Krankenhäuser werden in der Schweiz aufgrund von qualitativen (z.B. Ausbildungsmöglichkeiten und Leistungsangebot) und quantitativen (z.B. stationäre

Fallzahlen) Kriterien typisiert. Die Tabelle 1 zeigt anhand der Schweizer Typologie für Betriebe des Gesundheitswesens ob die Größe des Krankenhauses einen Zusammenhang mit dem Outcome zeigt [24]. Die Spezialkliniken werden anhand der größten Anzahl Pflgetage in einem Fachbereich klassifiziert. Die Behandlung von Brustkrebs erfolgt in allen dargestellten Krankenhaus-Typen. Es ist zu erkennen, dass die meisten Behandlungen in einem Zentrums Krankenhaus erfolgen (K112). Die Qualitätsvariation innerhalb der Krankenhaustypen bewegt sich zwischen 68.3% und 82.9% mit einem Durchschnitt von 74.6%. Ein Zusammenhang zwischen Krankenhausgröße anhand der stationären Fälle pro Jahr und dem dargestellten Qualitätsindikator kann nicht aufgezeigt werden. In den vorliegenden Daten sind insgesamt nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitaltypen ersichtlich, wobei die Spezialkliniken dennoch leichte Auffälligkeiten bei den Fallzahlen sowie dem Anteil brusterhaltender Resektionen bei Brustkrebs zeigen.

Tabelle 1: Brustkrebsbehandlungen in den Jahren 2011 bis 2016 nach Krankenhaustyp

Krankenhaustyp (Kürzel)	Alle stationären Fälle pro Jahr	Anzahl Krankenhaus-Standorte schweizweit	Anzahl Resektionen der Mamma bei Brustkrebs (G.5.2.F)	Anzahl Brusterhaltende Resektionen bei Brustkrebs (G.5.3.P)	Anteil brusterhaltende Resektionen bei Brustkrebs
Universitäre Zentrumsversorgung (K111)	≥ 30'000	5	6'266	4'589	73.2%
Zentrumsversorgung (K112)	≥ 9'000	37	26'207	19'662	75.0%
Grundversorgung (K121)	≥ 6'000	15	3'883	2'866	73.8%
Grundversorgung (K122)	≥ 3'000	24	7'594	5'798	76.3%
Grundversorgung (K123)	≥ 0	5	796	608	76.4%
Spezialklinik: Chirurgie (K231)	≥ 0	11	2'276	1'554	68.3%
Spezialklinik: Gynäkologie (K232)	≥ 0	1	82	68	82.9%
Total		98	47'104	35'145	74.6%

Es ist zu beobachten, dass im Kanton Zürich bei der Spitalplanungs-Leistungsgruppe «GYN2» (Brustoperationen in Zusammenhang mit Brustkrebs) die Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser stetig steigen. Da inzwischen sowohl Mindestfallzahlen pro Krankenhaus-Standort als auch pro Operateur bestehen, liegt es nahe, zu überprüfen, ob schweizweit ein Zusammenhang zwischen Fallzahlen und dem Anteil der brusterhaltenden Resektionen besteht. Abbildung 3 zeigt die standortbezogenen Fallzahlen sowie die Anteile der brusterhaltenden Resektionen der Mamma bei Brustkrebs innerhalb der Schweiz. Die Grafik zeigt, dass auch bei geringerer Fallzahl ein gutes Ergebnis erzielt werden kann. Mit steigender Fallzahl verringert sich jedoch die Variation; einhergehend kann eine stabilere Ergebnisqualität erwartet werden.

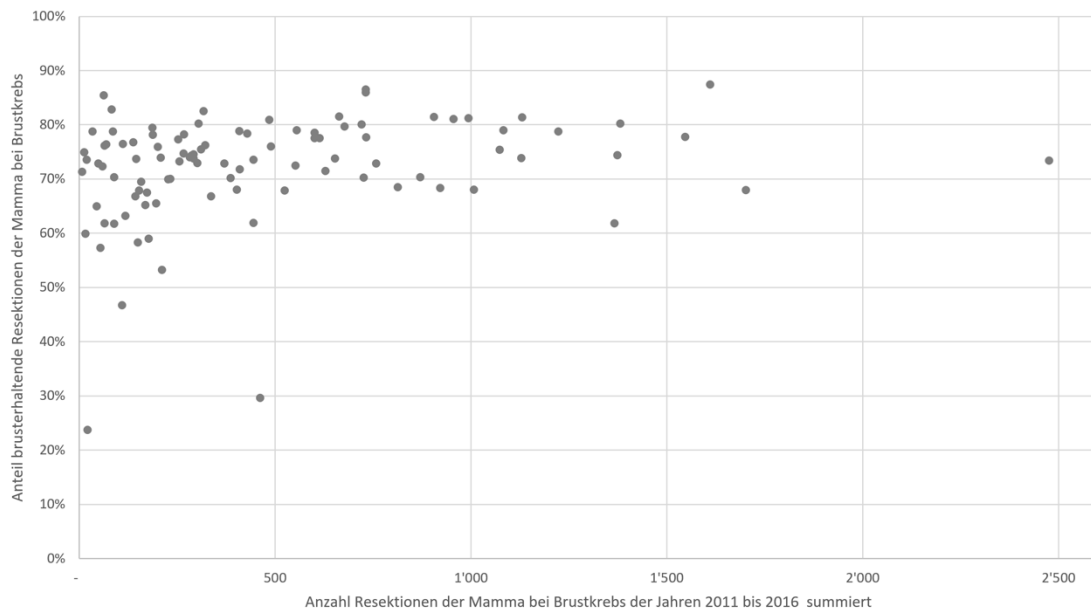


Abbildung 3: Standortbezogene Fallzahlen und Anteil brusterhaltende Resektionen bei Brustkrebs schweizweit

Diskussion

Die Untersuchung zeigt die Streuung der Ergebnisqualität je Standort und Planungsregion (Kanton), am Beispiel der stationären Resektionen bei Brustkrebs. Schweizweit gibt es keine einheitlichen regulatorischen Anforderungen, um diese Behandlung durchführen zu dürfen. Ein Zusammenhang zwischen der divergenten Krankenhausplanung je Kanton und der Ergebnisqualität konnte nicht eindeutig festgestellt werden.

Die Fallanzahl der Planungsregionen je 100'000 Einwohner unterscheidet sich stark. Mit Ausnahme der hochspezialisierten Medizin orientiert sich die Krankenhausplanung an der föderalistischen Struktur der Schweiz auf Kantonsebene. Aus Sicht einer qualitätsorientierten Versorgungsplanung erscheint diese Abgrenzung der Planungsregionen, mit unterschiedlichen Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer, nicht zweckmäßig. Neben den Fallzahlunterschieden auf Kantonsebene konnte auch bei der Ergebnisqualität eine Streuung dargestellt werden. Ein möglicher Grund dafür kann in den unterschiedlichen Anforderungen an die Krankenhäuser liegen, welche Brustkrebs operativ behandeln dürfen. Betrachtet man die Inhalte der regulatorischen, kantonalen Anforderungen kritisch, stellt sich die Frage, ob sie in der aktuellen Form die Zweckmäßigkeit einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich nachhaltig tragbaren Gesundheitsversorgung erfüllen. Beispielsweise ist unklar, in welchem Arbeitspensum die Facharztverfügbarkeit gewährleistet sein muss. Zwei 40%-Mitarbeitende beispielsweise werden kaum einen vergleichbaren Beitrag zur Patientenversorgung beitragen wie zwei Vollzeit-Fachärzte/-innen. Ähnlich unklar ist die Forderung nach einer Zertifizierung ohne genaue Spezifikation der Zertifikatsinhalte [25]. Einige Brustzentren in der Schweiz verfügen über das Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie; andere orientieren sich an den

Zertifizierungen der Deutschen Krebsgesellschaft oder der European Breast Centres Certification. Die Anforderungen an die Brustzentren sind jedoch nicht deckungsgleich, was aus Sicht eines einheitlich Qualitätsstandards nicht nachvollziehbar ist [26,27]. Beispielsweise sind unterschiedliche Mindestfallzahlen und verschiedene Standards in den einzelnen Zertifizierungen gefordert. Inwiefern die unterschiedlichen und teils deutlich detaillierteren regulatorischen Anforderungen sich auf die Ergebnisse bei der Behandlung von Brustkrebs auswirken, wird sich in den kommenden Jahren zeigen. Die Auswirkungen der in den vergangenen Jahren deutlich gestiegenen Anforderungen einiger Kantone ließen sich durch die zum Zeitpunkt der Untersuchung verfügbaren Daten nicht nachweisen.

Bei mehreren Krankenhaus-Standorten je Kanton konnte zudem eine teils große Streuung der Ergebnisqualität dargestellt werden, wie der Kanton Wallis mit drei Behandlungsstandorten exemplarisch zeigt. In ebendiesem Beispiel trägt eine chirurgische Spezialklinik mit tiefen Fallzahlen und geringem Brusterhaltungsanteil wesentlich zur extremen Streuung im Kanton bei. Ebenso existiert im Kanton Zürich eine chirurgische Spezialklinik, welche mit 30% über einen sehr tiefen Anteil brusterhaltender Operationen ausweist. Diese Zürcher Klinik verfügt jedoch nicht über einen offiziellen Leistungsauftrag des Kantons. Somit unterliegt sie nicht den regulatorischen Anforderungen und wird nicht über den Kanton mitfinanziert. Da es auch Spezialkliniken mit überdurchschnittlichen Anteilen von brusterhaltenden Operationen gibt, kann der tiefe Wert der beiden Kliniken nicht eindeutig nachvollzogen werden. Die genannten zwei Kliniken beeinflussen den Durchschnittswert der Spezialkliniken für Chirurgie bei der Betrachtung der Krankenhaustypen negativ.

Die internationale Literatur zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen Mindestfallzahlen und Qualität bei Brustkrebs-Operationen [28]. Die vorliegende Untersuchung mit Qualitätsdaten der Schweiz unterstützt diese Ergebnisse dahingehend, dass mit zunehmender Fallzahl pro Standort die Qualitätsvariation abnimmt. Zur Verringerung der Qualitätsvariation empfiehlt sich daher eine interkantonale Krankenhausplanung, basierend auf einheitlichen Anforderungen, sowie die öffentliche Publikation von Behandlungsergebnissen im Sinne der Qualitätstransparenz. Positiv betrachtet werden kann die im Januar 2020 angekündigte Absicht der Ostschweizer Kantone St. Gallen, Glarus, Graubünden sowie Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden, eine engere Zusammenarbeit im stationären Sektor anzustreben, beispielsweise mittels einer interkantonalen Krankenhausplanung [29].

Limitierung der Studie und Kritik

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie müssen auch kritisch hinterfragt werden. So erfolgt die Erfassung der Grunddaten der Krankenhausstatistik durch jedes Krankenhaus selbstständig. Die Daten werden durch die Kodierabteilungen, auf Basis der Patientendokumentation, in medizinische Codes umgewandelt, welche daraufhin als Bestandteil in die SwissDRG-Zuordnung einfließen. Da eine saubere Datenerfassung den stationären Erlös der Krankenhäuser beeinflusst, kann von einem hohen internen Anreiz an einer guten Datenqualität ausgegangen werden. Zudem werden die Krankenhäuser teilweise durch die Gesundheitsbehörden auditiert. Weiter kritisiert werden könnte die Tatsache, dass je nach

Patientensituation unterschiedliche Schweregrade vorliegen, beispielsweise in Form der Krebsstadien. Insbesondere unterscheidet sich das Komplikations- und Letalitätsrisiko während des Krankheitsverlaufs. Ebenfalls kann ein spätes Aufsuchen von Fachpersonal durch die betroffene Patientin die Chance auf Brusterhaltung mindern. Unberücksichtigt bleiben zudem der individuelle Patientenwunsch nach der Behandlungsart sowie die interkantonale Patientenmigration, beispielsweise bei Wohngebieten in kantonalen Randregionen. Die Grunddaten werden lediglich durch das Bundesamt für Gesundheit mittels der verbreiteten Alters- und Geschlechtsstandardisierung risikoadjustiert, analog zur Vorgehensweise der deutschen Initiative Qualitätsmedizin (IQM) [10]. Kritisiert werden kann zudem die alleinige Betrachtung der Brusterhaltung, insbesondere da in Fachkreisen bereits über weitere und geeignetere Qualitätsindikatoren diskutiert wird [30]. Zum momentanen Zeitpunkt ist der in dieser Studie betrachtete Qualitätsindikator jedoch der einzig transparent verfügbare Qualitätsindikator der Schweizer Krankenhäuser im Bereich der Eingriffe an der Brust. Ebenfalls können die zurückliegenden Daten der Jahre 2011 bis 2016 kritisiert werden, da allenfalls Krankenhäuser in der Zwischenzeit die Behandlung von Brustkrebs eingestellt haben. Zudem wurden die regulatorischen Anforderungen im Herbst 2019 ausgewertet. Abschließend muss festgehalten werden, dass sich viele Kantone um eine transparente und patientenorientierte Versorgungsplanung bemühen. Die Herleitung der Planungskriterien ist jedoch für Außenstehende nicht in allen Kantonen nachvollziehbar. Entsprechend ist eine Plausibilitätsprüfung nur bedingt möglich.

Schlußfolgerung und Ausblick

Die Auswahl und Definition von Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung ist geprägt von der Abwägung zwischen Zugänglichkeit und Qualitätsanspruch der Gesundheitsversorgung. Im Fokus der Versorgungsplanung stehen, wenn überhaupt, die Struktur- und Prozessqualität. Dies muss sich, im Sinne der Patienten, künftig in Richtung Ergebnisqualität ändern. Auch ist es notwendig, dass eine stärkere öffentliche Diskussion über die Qualitätstransparenz entsteht. Krankenhaus-Qualitätsvergleiche, in denen die Ergebnisqualität transparent dargestellt werden, sollten zudem als Entscheidungsgrundlage für Patienten sowie zuweisende Behandler zur Verfügung stehen. Es bestehen in der Schweiz zahlreiche Daten betreffend der Ergebnisqualität sowie Analysen zuhanden ausgewählter Gesundheitsinstitutionen. Diese werden jedoch nur teilweise öffentlich publiziert und sind für die Bevölkerung schwer verständlich sowie umständlich zu vergleichen.

Im Sinne einer gleichwertigen Behandlungsqualität erscheint es nicht sinnvoll, wenn Kantone regulatorischen Anforderungen individuell definieren (z.B. Mindestfallzahlen) und auf ihre topographischen sowie bevölkerungsstatistischen Verhältnisse anpassen. Vielmehr sollte die Krankenhausplanung national nachvollziehbar und einheitlich auf Basis von verfügbaren Daten, Benchmarks sowie prognostischen Einflussfaktoren basieren. Diese Notwendigkeit ist zwischenzeitlich auch von der Politik aufgegriffen worden: So hat das Schweizer Parlament im Jahr 2019 die Bildung einer nationalen

Qualitätskommission beschlossen. Diese soll die Qualitätsentwicklung der medizinischen Versorgung koordinieren und fördern [31].

Die vorliegende Studie liefert einen Beitrag zur Qualitätstransparenz im stationären Sektor, welche sich auch auf andere Krankheitsbilder übertragen lässt. Der weitere Forschungsbedarf ist jedoch groß: Einerseits benötigt es öffentlich einsehbare Benchmarks über die Ergebnisqualität in Krankenhäusern, auch als Grundlage für die Diskussion über die künftige Versorgungsplanung. Andererseits müssen die vom Bundesamt für Gesundheit öffentlich publizierten Qualitätsindikatoren, insbesondere durch die Fachgesellschaften, weiterentwickelt werden. Dabei kann sich am internationalen Forschungsdiskurs beteiligt werden, da einzelne Länder bereits deutlich fortgeschrittener agieren, als die Schweiz.

Fazit für die Praxis

- Die Qualitätsvariation bei stationären Resektionen bei Brustkrebs in der Schweiz ist groß.
- Die Interpretation der verfügbaren Qualitätsinformationen ist anspruchsvoll und für Laien kaum möglich.
- Für die Vergabe von Leistungsaufträgen im Bereich der Krankenhausplanung wird die Ergebnisqualität kaum berücksichtigt.
- Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung müssen national einheitlich sein, um deren Auswirkung auf die Versorgungsqualität verifizieren zu können.

Literaturverzeichnis

- [1] Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht. Zürich; 2011. Im Internet: https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/strukturbericht_sept_2011/zh_spitalplanung_2012_wichtigste_kuerze.pdf.spooler.download.1320158045845.pdf/zh_spitalplanung_2012_wichtigste_kuerze.pdf
- [2] Vogel J, Letzgus P, Geissler A. Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A, Hrsg. Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020: 327–358. doi:10.1007/978-3-662-60487-8_18
- [3] Bundesamt für Statistik. Ausgewählte Indikatoren im regionalen Vergleich, 2019 (Kantone) - 2004-2018 | Tabelle. Bundesamt Für Stat 2019. Im Internet: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.7786542.html>; Stand: 16.10.2019
- [4] Pross C, Geissler A, Busse R. Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. Milbank Q 2017; 95: 136–183. doi:10.1111/1468-0009.12248
- [5] Ahlen C von, Moser D, Geissler A. Qualitätstransparenz in der stationären Krankenhausversorgung der Schweiz. Gesundheitsökonomie Qual 2021. doi:10.1055/a-1498-3528
- [6] Vincent C, Staines A. Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens. Bern; 2019. Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>; Stand: 07.06.2020
- [7] Krebsliga Schweiz. Krebs in der Schweiz: wichtige Zahlen. Krebsliga Schweiz 2018. Im Internet: <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/zahlen-fakten/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/zahlen-krebs-in-der-schweiz.pdf>; Stand: 02.11.2019
- [8] Weltgesundheitsorganisation (WHO). Brustkrebs. WHO-Reg Für Eur 2019. Im Internet: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/breast-cancer>; Stand: 02.11.2019
- [9] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966; 44: Suppl:166-206

- [10] Bundesamt für Gesundheit. Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2016. Qual Schweiz Akutspitäler 2018. Im Internet: https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/qip16_publication.pdf?v=1566208460; Stand: 02.11.2019
- [11] Kappos EA, Weber WP, Soysal SD, et al. Die Rolle der onkoplastischen Chirurgie in der Behandlung des Mammakarzinoms. Praxis 2017; 106: 1378–1382. doi:10.1024/1661-8157/a002852
- [12] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL. 2021. Im Internet: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.4/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.4.pdf
- [13] Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-Year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer. N Engl J Med 2002; 347: 1233–1241. doi:10.1056/NEJMoa022152
- [14] Untch M, Stickeler E. Neoadjuvante Therapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom. Gynäkol 2018; 51: 531–539. doi:10.1007/s00129-018-4273-x
- [15] Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Erhebungsbogen für Brustkrebszentren. 2021. Im Internet: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>; Stand: 29.08.2021
- [16] Hellerhoff F, Vogel K, Winklmaier C, et al. G-IQI – German Inpatient Quality Indicators. Version 3.1. Universitätsverlag der TU Berlin; 2011. doi:<http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-2771>
- [17] Schweizerische Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Bundesrat Portal Schweiz Regier 2020. Im Internet: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html#a59a>; Stand: 19.12.2020
- [18] Bundesamt für Statistik. Ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten nach Kanton und Haushaltgrösse (Jahr 2016). Bundesamt Für Stat 2020. Im Internet: [/content/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.assetdetail.14407048.html](https://content/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung.assetdetail.14407048.html); Stand: 14.11.2020
- [19] Initiative Qualitätsmedizin. Qualitätsergebnisse der Mitgliedskliniken der Initiative Qualitätsmedizin. 2019. Im Internet: https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/fileadmin/downloads/mitglieder/qualitaetsergebnisse/IQM_Ergebnisse%20gesamt.pdf; Stand: 12.01.2020
- [20] Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) - Bericht 2017. 2017. Im Internet: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html>; Stand: 12.01.2020

- [21] Nimptsch U, Mansky T. G-IQI – German Inpatient Quality Indicators. Version 5.2. Universitätsverlag der TU Berlin; 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-9067>
- [22] Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spitaltarife.pdf. Konf Kanton Gesundheitsdirektorinnen -direktoren GDK 2020. Im Internet: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spitaltarife.pdf; Stand: 01.03.2020
- [23] Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Zürcher Spitalliste Akutsomatik. 2018. Im Internet: https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html#a-content; Stand: 21.09.2018
- [24] Statistik B für. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhaustypologie - 2006 | Publikation. Bundesamt Für Stat 2013. Im Internet: [/content/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/erhebungen/ks.assetdetail.169879.html](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/erhebungen/ks.assetdetail.169879.html); Stand: 25.01.2020
- [25] Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion. Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen, Akutsomatik, Version 2019.1. 2019. Im Internet: https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/archivzuercherspitallisteakutsomatikneu/Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_Akutsomatik_Version_2019.1.1.pdf.spooler.download.1578474634542.pdf/Weitergehende_leistungsspez_Anforderungen_Akutsomatik_Version_2019.1.1.1.pdf; Stand: 08.02.2020
- [26] Krebsliga Schweiz. Interessierte Zentren: Informationen und Unterlagen für interessierte Brustzentren. Krebsliga 2020. Im Internet: <https://www.krebsliga.ch/fachpersonen/qualitaet-bei-der-frueherkennung-und-behandlung-von-brustkrebs/qualitaetslabel-fuer-brustzentren/interessierte-zentren/>; Stand: 08.02.2020
- [27] Deutsche Krebsgesellschaft. Dokumente im Überblick. 2020. Im Internet: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>; Stand: 08.02.2020
- [28] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei chirurgischen Behandlungen des Brustkrebses - Rapid Report. 2020. Im Internet: <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/versorgung/v18-05-zusammenhang-zwischen-leistungsmenge-und-qualitaet-des-behandlungsergebnisses-bei-chirurgischen-behandlungen-des-brustkrebses-rapid-report.11730.html>; Stand: 13.06.2020
- [29] Gesundheitsdepartement Kanton St. Gallen. Medienmitteilung: Interkantonale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Kantone St.Gallen, Graubünden und Glarus prüfen gemeinsame Spitalplanung. 2020. Im Internet: <https://www.sg.ch/politik->

verwaltung/regierung/spitalzukunft/_jcr_content/Par/sgch_accordion_list__244805359/AccordionListPar/sgch_accordion_copy/AccordionPar/sgch_downloadlist/DownloadListPar/sgch_download_632659813.ocFile/Medienmitteilung%20Interkantonale%20Zusammenarbeit%20SG%20GR%20GL.pdf

- [30] Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie. Quality-Dashboard – Erläuterungen für die Zertifizierung von Brustzentren. Krebsliga Schweiz Schweiz Ges Für Senol 2020. Im Internet: <https://www.krebsliga.ch/fileadmin/downloads/q-label/quality-dashboard-erlauterungen.pdf>; Stand: 31.05.2021

- [31] BAG B für G. Teilrevision des KVG: Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. 2019. Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/netzwerk-qualitaet-gesundheitsversorgung.html>; Stand: 25.01.2020