

forum

ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ
ONKOLOGISCHER KRANKEN -
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)



© Mindwalker - Fotolia

ONKOLOGISCHE ZENTREN

ZERTIFIZIERUNG UND QUALITÄT S. 19

QUALITÄT | S. 29

QUALITÄTSINDIKATOREN IN
DER PFLEGE - WIRKSAMES INSTRUMENT
FÜR DIE PFLEGEPRAXIS?

KOMPLEMENTÄRE MEDIZIN | S. 41

VON DER KOMPLEMENTÄREN
MEDIZIN ZUR INTEGRATIVEN
ONKOLOGIE



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG
MÜNCHEN

EDITORIAL

F



Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2011 neigt sich dem Ende entgegen und damit stehen wir – „zumindest nominell“ – auch vor dem Ende des vom seinerzeitigen Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, ausgerufenen Jahres der Pflege 2011.

Was ist davon in Bezug auf die hochtrabenden Pläne der Koalitionsregierung zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Zeitschrift übrig geblieben? Was ist konkret umgesetzt worden?

Herzlich wenig. Ein Beschluss der Koalition Anfang November 2011, den Pflegebeitrag zum 1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 % zu erhöhen mit der Maßgabe, dass die daraus gewonnenen Mittel von etwa 1 Milliarde Euro vor allem den Demenzkranken zugutekommen sollen. Ein konkretes Konzept für die sachgerechte Verteilung sei allenfalls am Ende der Legislaturperiode zu erwarten.

Also wieder nichts mit der angekündigten Pflegereform? Ein alarmierender Zwischenstand, der aber nicht dazu führen darf, von unseren Bestrebungen, denen auch die regelmäßige Veröffentlichung unseres Forum Onkologische Pflege dient, auch nur ein Quentchen abzulassen.

Unser Schwerpunktthema beschäftigt sich dieses Mal mit der Zertifizierung von Onkologischen Zentren. Wir stellen Ihnen u. a. den Ablauf eines Zertifizierungsverfahrens vor und berichten über konkrete Erfahrungen eines exemplarisch ausgewählten Zentrums.

Komplementäre Therapien – ein Schlagwort, welches immer häufiger auch vonseiten der Patienten kommt. Die Motive sind mehr als verständlich und bedürfen einer kompetenten Auseinandersetzung durch Ärzte und Pflegenden. Wir Pflegenden sollten in der Lage sein, die Möglichkeiten komplementärmedizinischer Maßnahmen aus eigener wahrgenommener Verantwortung selbstständig mit den Patienten zu erörtern und in Absprache mit den behandelnden Ärzten zu initiieren. Wir behandeln dieses Thema im Fortbildungsteil.

Die Pflege zu stärken und den Interessen der Pflegenden ein zusätzliches Forum zur Verfügung zu stellen, dazu diente auch der KOK-Jahreskongress, welcher in diesem Jahr am 09. und 10. September erstmalig stattgefunden hat. Einen Bericht dazu finden Sie in dieser Ausgabe.

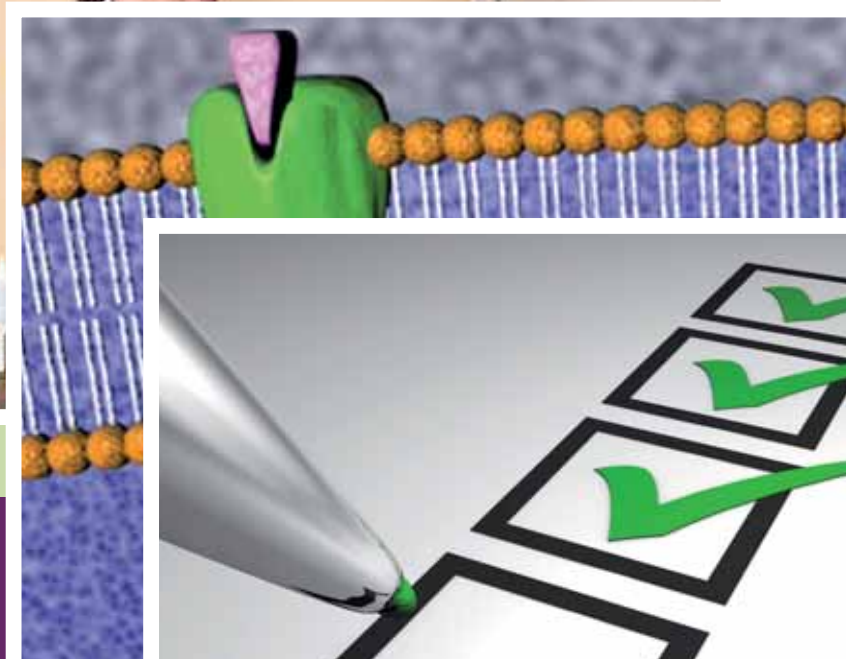
Das Forum Onkologische Pflege versteht sich nicht als Selbstzweck. Darum ist es sehr wünschenswert, dass Sie, liebe Leserinnen und Leser, uns den Herausgebern konstruktives Feedback geben. Nutzen Sie das Forum für Ihren persönlichen Meinungsbeitrag. Wie bewerten Sie die Rolle der Politik, wie schätzen Sie die Chancen einer nachhaltigen Umsetzung der Pflegereform ein, was beschäftigt Sie persönlich als Pflegenden/r in Ihrer täglichen Arbeit?

Unsere Bitte an Sie: Schreiben Sie uns, schicken Sie uns eine E-Mail (paradies@kok-krebsgesellschaft.de). Herzlichen Dank.

Ihre

Kerstin Paradies

INHALTSVERZEICHNIS



1

PANORAMA

- 1 Editorial
- 4 Vorstand aktuell (C. Wylegalla)
- 5 DKG aktuell (Dr. J. Bruns)
- 6 Neue Arbeitsgemeinschaft Breast Care Nurse (I. M. Rack)
- 7 Neues aus der Qualifizierungsfortbildung für Medizinische Fachangestellte in der Onkologie (R. Bodenmüller-Kroll, M. Laux)
- 8 1. KOK-Kongress in Berlin (S. Gärtner, M. Laux)
- 9 International Society of Nurses in Cancer Care (C. Wylegalla)
- 10 Krebsinformationsdienst KID – auch eine Anlaufstelle für die onkologische Pflege (A. Hennemann, Dr. R. Hagmann)
- 11 Gesundheitspolitik aktuell: Zukunft der Onkologie. Nationaler Krebsplan des BMG und Strategieplan der DKG (Prof. Dr. M. W. Beckmann, PD Dr. M. P. Lux)
- 15 Portrait: Rosemarie Rau
- 16 Onkologiepflege Schweiz: Vom Erfahrungsaustausch zum Fachverband (I. Bachmann-Mettler)
- 18 Randnotiz
- 39 Pflegeteam mit Forschungs- und Entwicklungspreis 2011 bei der ATO-Tagung in Lörrach geehrt
- 47 Update Onkologie
- 48 Buchbesprechungen, Vorschau auf Heft 1 – März 2012
- U1 Impressum
- U3 Veranstaltungskalender

19

SCHWERPUNKT

- 19 Auditdurchführung/Operatives Vorgehen bei einer Zertifizierung aus der Sicht einer Expertin (Dr. H. Rosendahl)
- 23 Pflege als Kooperationspartner (C. Idler)
- 26 Entwicklung des Zertifizierungssystems der DKG (Dr. S. Wesselmann)
- 29 Qualitätsindikatoren in der Pflege. Wirksames Instrument für die Pflegepraxis? (Prof. Dr. A. Elsbernd)

32

AUSLESE

- 32 Hospizarbeit durch qualifizierte Ehrenamtliche auf onkologischen Stationen und in onkologischen Ambulanzen (K. Scheer)
- 37 Hingehen! Fortbilden! (B. Walter)

41

FORTBILDUNG

- 41 Von der komplementären Medizin zur integrativen Onkologie (Dr. J. Hübner)

Christian Wylegalla

stellv. Sprecher der KOK
wylegalla@kok-krebsgesellschaft.de



Vorstand aktuell

Verehrte Leserinnen und Leser, liebe KOK-Mitglieder,

das Jahr 2011 geht zu Ende und gleichzeitig rückt auch das Ende der 2-jährigen Amtszeit des KOK-Vorstands und -Beirats in unmittelbare Nähe. Am 23. Februar 2012 findet im Rahmen des Deutschen Krebskongresses in Berlin die Mitgliederversammlung der KOK statt. Dort werden der 3-köpfige Vorstand sowie der 6 Mitglieder starke Beirat neu gewählt. Eine Arbeitsgemeinschaft wie die KOK lebt vom Engagement und den Ideen ihrer Mitglieder. Aus diesem Grund freuen wir uns immer über eine möglichst hohe Zahl an Kolleginnen und Kollegen, die an einer aktiven Mitarbeit interessiert sind. Insbesondere Pflegende und Medizinische Fachangestellte aus der direkten praktischen Versorgung sollten sich nicht scheuen, für die Ämter zu kandidieren oder in einer der vielen Arbeitsgruppen mitzuarbeiten (besonders erwähnt sei hier die neu gegründete Arbeitsgruppe Breast Care). Denn die KOK vertritt mehrheitlich Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich der direkten onkologischen Pflege und diese sollten auch in den Gremien der KOK vertreten sein.

Ein Jahreswechsel, wie auch eine Mitgliederversammlung, sind immer Anlass, um zurückzublicken und nach vorne zu schauen. Ein ausführlicher Rückblick vonseiten des Vorstands und Beirats wird auf der Mitgliederversammlung erfolgen. Einige Highlights seien jedoch hier schon einmal erwähnt:

Sehr erfreulich stellt sich die Entwicklung der Mitgliederzahlen dar. Der kontinuierliche Zuwachs an Mitgliedern in den letzten Jahren konnte auch in den beiden vergangenen Jahren fortgesetzt werden. Waren Ende 2009 bereits 1025 Mitglieder registriert, konnte in 2010 ein Zuwachs von 174 Mitgliedern und in diesem Jahr bereits 166 Neueintritte gezählt werden. Mit 1366 Mitgliedern ist die KOK inzwischen die größte Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft.

Der Vorstand und der Beirat hatten im Anschluss an die Wahlen vor 2 Jahren angekündigt, verstärkt mit den Mitgliedern in Kontakt zu treten und sich mit ihnen auszutauschen. Dies ma-

chen wir nun seit März dieses Jahres durch einen vierteljährlich erscheinenden Newsletter und mit der hier vorliegenden, ebenfalls vierteljährlich erscheinenden Zeitschrift Forum Onkologische Pflege. Auch der erste KOK-Kongress im vergangenen September war ein voller Erfolg und konnte zu einem intensiven fachlichen Austausch unter den KOK-Mitgliedern beitragen. Der 2. KOK-Kongress wird am 7./8. September 2012 stattfinden und einen angemessenen Rahmen für die geplanten Feierlichkeiten anlässlich des 25-jährigen Bestehens der KOK bilden.

Nicht zuletzt seien die vielen Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der KOK genannt, die in den vergangenen Monaten ebenfalls einen intensiven Austausch zwischen den Kolleginnen und Kollegen ermöglichten.

Was wird das Jahr 2012 außer dem 25-jährigen Jubiläum der KOK bringen? Ein erster Höhepunkt wird im Februar der 30. Deutsche Krebskongress (DKK) sein. Die KOK hat, wie schon in der Vergangenheit, ein attraktives, über vier Tage andauerndes Programm zusammengestellt. In Einvernehmen mit dem Kongresspräsidenten Prof. Dr. Albers erscheinen die Veranstaltungen der onkologischen Pflege in einer neuen Struktur. Am Eröffnungs- und am Schlußtag des DKK werden onkologisch pflegewissenschaftliche „state of the art“- und „best of“-Sitzungen mit namhaften Referentinnen und Referenten im Hauptprogramm abgehalten. Der im Rahmen des DKK durchgeführte 14. onkologische Pflegekongress wird mit unterschiedlichen pflegefachlichen, zum Teil internationalen Vorträgen über zwei Tage hinweg stattfinden. Einen Überblick finden Sie weiter hinten in diesem Heft. Anmeldungen zum DKK können über www.dkk2012.de vorgenommen werden. Frühbucheprerise sind bis 14.12.2011 gültig.

Der KOK-Vorstand und -Beirat wünscht Ihnen einen besinnlichen Dezember und freut sich darauf, Sie bei einer der Veranstaltungen im Jahr 2012 begrüßen zu dürfen.

Ihr

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
bruns@krebsgesellschaft.de



DKG aktuell

Vor etwas mehr als acht Jahren hat die Deutsche Krebsgesellschaft mit der Etablierung von Brustkrebszentren eine Entwicklung angestoßen, die bis zum heutigen Tage dazu geführt hat, dass es mehr als 600 zertifizierte Zentren in Organkrebszentren sowie die Onkologischen Zentren gibt.

Die Grundlage für jeden Zertifizierungsprozess bildet dabei der interdisziplinär abgestimmte Kriterienkatalog. Seit Beginn der Initiative durch die Deutsche Krebsgesellschaft ist die Pflege, vertreten durch die KOK, an der Erarbeitung der Kriterienkataloge beteiligt. Das Einbringen von pflegerischen Aspekten ist eines der wesentlichen Verdienste der KOK für eine umfassende, qualitativ hochwertige Versorgung von Krebspatienten in solchen zertifizierten Zentren. Dabei war die Einigung im interdisziplinären und multiprofessionellen Setting der einzelnen Kommissionen nicht immer leicht, hat jedoch über die Jahre immer wieder zu einem zufriedenstellenden und von allen Seiten akzeptierten Ergebnis geführt.

Von daher kann die KOK in dem Bereich der onkologischen Pflege den Erfolg verbuchen, dass sowohl strukturelle Anforderungen als auch Ausbildungsstandards in der Krankenversorgung innerhalb von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren eine deutliche Weiterentwicklung gezeigt haben. Insbesondere in Zeiten knapper Kassen ist und war dies keine leichte Aufgabe. Es beweist darüber hinaus aber auch, dass Forderungen, die vorgetragen werden und sich im Wettbewerb mit vielen anderen Forderungen durchsetzen, in der Regel gut begründet sein müssen, und im Laufe der Zeit auch zeigen müssen, dass sie zu einer qualitativ besseren Versorgung von Patienten führen. Nicht allein die Aufnahme von Forderungen und die Umsetzung in den Zentren führen zum Qualitätssprung. Sehr häufig haben die in den Kriterienkatalogen aufgenommenen

Forderungen einzelner Berufsgruppen wichtige Signalwirkung und werden erst durch ergänzende Maßnahmen zur Weiterentwicklung in den Zentren führen.

Um in Zukunft die Zertifizierung nicht mit den Forderungen einzelner Berufsgruppen zu überlasten, ist es für alle Vertreter in den einzelnen Kommissionen wichtig, hier ein politisches Gespür und Augenmaß zu entwickeln, um nicht mit einer Forderung, die letztendlich nicht umsetzbar sein wird, ein Gesamtsystem, welches auch im Nationalen Krebsplan und in der betroffenen Öffentlichkeit wahrgenommen wird, zu belasten.

In den letzten Monaten war in allen Zertifizierungsinitiativen, die durch die Deutsche Krebsgesellschaft unternommen wurden, die Einbindung ambulanter Strukturen politisch, aber auch praktisch ein zentrales Thema. Hier wäre es für die Weiterentwicklung des Gesamtsystems wichtig, auch im Bereich der Pflege über die Vernetzung in Bereiche der palliativen und pflegerischen Heimversorgung Verbindungen zu entwickeln.

Von daher müssen wir uns aus Sicht der Deutschen Krebsgesellschaft auch dafür bedanken, dass trotz vieler schwieriger und intensiver Diskussionen mit Beteiligten anderer Interessengruppen die KOK immer wieder konstruktiv auf der Plattform der Interdisziplinarität und Interprofessionalität ihren Beitrag geleistet hat, der auch der Verbesserung der Versorgung der Patienten und ihrer betroffenen Angehörigen gedient hat. Wir wünschen uns weiterhin den bekannten konstruktiven Diskurs mit den für die Pflege Verantwortlichen in der Onkologie.



Neue Arbeitsgemeinschaft Breast Care Nurse

Am 16.9.2011 wurde in Berlin die Arbeitsgemeinschaft Breast Care Nurse (AG BCN) als eine Arbeitsgruppe der KOK innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft gegründet.

Nach einer längeren Vorbereitungsphase fand am 16. September 2011 endlich das erste bundesweite Breast-Care-Nurse(BCN)-Treffen in den Räumen der DKG in Berlin statt. Eingeladen hatte Frau Kerstin Paradies als Sprecherin des KOK-Vorstandes, die die Gespräche auch professionell begleitete. Nach intensivem Austausch und Diskussion herrschte schnell darüber Einigkeit, eine Arbeitsgruppe Breast Care Nurse innerhalb der KOK zu gründen.

Dreizehn engagierte Pflegefachkräfte – alle bereits zur Breast Care Nurse weitergebildet und in ihrem jeweiligen Brustzentrum in dieser Funktion tätig – waren aus dem gesamten Bundesgebiet angereist, zusätzlich nahmen zwei BCN-Kolleginnen aus dem deutschsprachigen Ausland (Wien/A und Meran/I) teil; dies soll auch bei zukünftigen Treffen so beibehalten werden. Alle einte der Wunsch, an diesem Tag einen ersten Schritt zur Vernetzung mit anderen Breast Care Nurses zu tun und aktiv miteinander diese Spezialisierung in der Pflege zu gestalten. Die AG BCN in der KOK gewährleistet zukünftig einen besseren, professionellen Austausch miteinander, sowohl innerhalb der eigenen Berufsgruppe als auch eine europaweite Vernetzung der Breast Care Nurses, und nicht zuletzt eine verbesserte berufsgruppenübergreifende Kommunikation und Kooperation. In regelmäßigem Austausch und in Treffen soll zunächst an einer

einheitlichen Stellenbeschreibung (Arbeitsstrukturen und Standards) für Breast Care Nurses in Deutschland gearbeitet werden. Ein weiteres Projekt wird dann die Erarbeitung von Empfehlungen zur Vereinheitlichung der Weiterbildung zur BCN sein. All dies trägt sicher zu mehr Transparenz und einer einheitlicheren Versorgung von an Brustkrebs erkrankten Frauen bei und wird so auch die Patientenzufriedenheit und die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit positiv beeinflussen.

Derzeit besteht die AG aus dreizehn Mitgliedern, davon bilden vier Frauen den Vorstand. Als Vorsitzende der AG BCN wurde Ute Stutz aus Greifswald benannt. Alle Mitglieder der AG sind weitergebildete BCN. Interessierte Kolleginnen mit der Qualifikation sind jederzeit herzlich eingeladen, in der AG mitzuarbeiten. Eine Kontaktaufnahme ist über Frau Paradies/KOK möglich.

Das nächste Treffen wird im Januar 2012 bei der DKG in Berlin stattfinden, eine Vorstellung der AG BCN beim Pflegekongress/ Deutschen Krebskongress in Berlin ist geplant. ■

Inka Marie Rack

Stellvertretende Vorsitzende der AG Breast Care Nurse,
Frauenklinik, Klinikum Nordstadt KRH Hannover
inkamarie.rack@gmx.de



Dr. Heike Rosendahl

Ltd. Oberärztin Brustzentrum Waldfriede, Berlin
Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
Psychoonkologin
Fachexpertin OnkoZert
heike.rosendahl@t-online.de

Auditdurchführung/Operatives Vorgehen bei einer Zertifizierung aus der Sicht einer Expertin

Grundlagen der Zertifizierung von Zentren

Strukturierte Versorgung von Krebskranken

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) hat sich mit der Zertifizierung von Kliniken und Abteilungen, die onkologische Patient(inn)en behandeln, zum Ziel gesetzt, ein Netz von qualifizierten, interdisziplinär arbeitenden Zentren zu schaffen, die die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden. K. D. Schulz (Marburg) hat diese Versorgungskette am Beispiel der Brustkrebs-Früherkennung in der unten stehenden Grafik dargestellt (Abbildung 1).

In jeder Behandlungsphase sollen hohe Qualitätsmaßstäbe erfüllt werden und die Patient(inn)en sollen sich in jeder Phase der Behandlung gut aufgehoben fühlen.

Innerhalb des gemeinsamen Behandlungsnetzwerkes soll jedes Zentrum Strukturen, Prozesse und Standards erarbeiten, die eine Behandlung von Krebserkrankungen auf höchstem

Qualitätsniveau ermöglichen, entsprechend den nationalen und internationalen Leitlinien. Zu diesen Strukturen gehören zum Beispiel: interdisziplinäre Tumorkonferenzen, Qualitätszirkel, Morbiditätskonferenzen, Weiterbildungsplanung und -durchführung, Studien, Dokumentation der Behandlungsdaten.

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat dazu eine Zertifizierungsgesellschaft gegründet, OnkoZert, und Anforderungskataloge erstellt (fachliche Anforderungen an Brustzentren (FAB), fachliche Anforderungen an Darmzentren (FAD), fachliche Anforderungen an Onkologische Zentren (FAO) usw.), anhand derer die Qualität der Behandlung im jeweiligen Zentrum geprüft wird. Die Kataloge enthalten jeweils über 100 Anforderungen; nur wenn sie erfüllt werden, ist die Anerkennung als zertifiziertes Zentrum möglich. Die Erfüllung der Anforderungen muss vom Zentrum in einem sogenannten Erhebungsbogen dargestellt werden (Tabelle 1).



Abbildung 1. Die Mammografie ist nur ein Bestandteil der Diagnosekette [1].

Die fachlichen Anforderungen an die verschiedenen Zentren werden in der jeweiligen Zertifizierungskommission der Tumorentität unter Federführung der DKG entwickelt und jährlich überarbeitet. Vertreter aller Fachgesellschaften, die mit der Behandlung der jeweiligen Tumorentität befasst sind, haben Stimmrecht in der Kommission.

Dokumentation von Behandlungsdaten und Ermittlung von Ergebnisqualität

Die zertifizierten Zentren müssen außerdem die Behandlungsdaten ihrer Patient(inn)en dokumentieren. Dazu wurde ein Kennzahlenbogen entwickelt, der z. B. für die Brustzentren derzeit 34 Kennzahlen erfasst, die überwiegend mit Sollvorgaben belegt sind. Hier wird zum Beispiel abgefragt: Wie viele Patientinnen mit rezeptornegativem Mammakarzinom haben eine Chemotherapie erhalten? (siehe Tabelle 2)

Die Sammlung der Daten erfolgt in einem Tumordokumentationssystem. Darüber hinaus müssen die Zentren den weiteren Krankheits- bzw. Genesungsverlauf ihrer Primärkarzinomfälle verfolgen. Dazu müssen die Verlaufsdaten der Primärfälle bzgl.

Tabelle 1 Ausschnitt aus dem Erhebungsbogen [2].

| 1.8 Pflege | | |
|------------|---|--------------------------------------|
| Kap. | Anforderungen | Erläuterungen des Brustkrebszentrums |
| 1.8.3 | Pflegekonzept Es ist ein Pflegekonzept zu entwickeln und umzusetzen, in dem die Spezifika der onkologischen Pflege Berücksichtigung finden. | |
| 1.8.4 | Fort- und Weiterbildung Es ist ein Qualifizierungsplan für das pflegerische Personal vorzulegen, in dem die für einen Jahreszeitraum geplanten Qualifizierungen dargestellt sind. Jährlich mind. 1 spezifische Fort-/Weiterbildung pro MitarbeiterIn (mind. 1 Tag pro Jahr), sofern diese qualitätsrelevante Tätigkeiten für das Zentrum wahrnimmt. | |
| 1.8.5 | Qualifikation Personal – Pflegepersonal Mind. 1 Qualitätszirkel unter Mitwirkung einer onkolog. Fachschwester | |

Tabelle 2 Ausschnitt aus dem Kennzahlenbogen für Brustzentren [2].

| Nr. | EB | Kennzahldefinition | Kennzahlziel | Zähler | Grundgesamtheit (Nenner) | Sollvorgabe | |
|-----|-------|--|---|---|---|--|--------------------------|
| 7.2 | 1.2.9 | Durchgeführte Chemotherapie bei rezeptornegativem Befund | Chemotherapie bei möglichst vielen rezeptornegativen Primärfällen | Alle rezeptornegativen Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom, bei denen eine Chemotherapie durchgeführt wurde | Primärfälle mit invasivem Karzinom und rezeptornegativem Befund | 95% Therapieabweichungen sind zu begründen | Zähler: Nenner: %: |

Zusammenfassung: Die Durchführung eines Audits basiert auf genau definierten Anforderungskatalogen, unterschiedlich für verschiedene Tumoren. Nach Prüfung der Unterlagen und einem Vor-Ort-Audit wird entschieden, ob das Zertifikat erteilt wird.

Summary: Audit procedures are based on exactly defined catalogues of requirements, varying for different tumours. After assessment of the documents and an on-site audit decision is taken whether the certificate will be granted.

Schlüsselwörter: Zertifizierung, Audit, Zertifikatserteilung

Keywords: certification, audit, granting of certificate

Überleben, Rezidiv, Lymphknotenrezidiv und Fernmetastasenbildung jahresweise ermittelt werden (Abbildung 2).

Logischerweise muss diese Ergebnismatrix bei der Erstzertifizierung noch nicht vorgelegt werden.

Ablauf des Zertifizierungsverfahrens

Prüfung der strukturellen Voraussetzungen


Im Vorfeld des Zertifizierungsverfahrens klärt die Zertifizierungsstelle der DKG OnkoZert, ob beim antragstellenden Zentrum die Grundvoraussetzungen für eine Zertifizierung vorhanden sind, z. B. Qualitätsmanagement-System, ausreichende Primärfallzahl, alle notwendigen Behandlungspartner etc.

Wenn alle Grundvoraussetzungen erfüllt sind, kann das Zertifizierungsverfahren eingeleitet werden. OnkoZert schlägt einen Fachexperten als Auditor vor. Bei Zentren, die eine parallele Zertifizierung nach DIN EN ISO wünschen, wird ein gemeinsamer Termin mit dem QM-Auditor der ISO-Zertifizierungsstelle für das Audit gesucht. Das Zentrum muss bis 4 Wochen vor dem Audittermin den ausgefüllten Erhebungsbogen und den Kennzahlenbogen bei OnkoZert bzw. beim Fachexperten einreichen. Der Kennzahlenbogen wird bei jedem Audit von OnkoZert nach Vollständigkeit und Erfüllung der Sollvorgaben bewertet. Beim Erst-Zertifizierungs-Audit wird auch der Erhebungsbogen bewertet, in diesem Fall vom/von den zuständigen Fachexperten. So können kritische Punkte, die zu einer NICHT-Empfehlung des Zertifikates führen würden, im Vorfeld angesprochen werden und das Zentrum hat Zeit, an diesen Punkten nachzuarbeiten.

mer Termin mit dem QM-Auditor der ISO-Zertifizierungsstelle für das Audit gesucht. Das Zentrum muss bis 4 Wochen vor dem Audittermin den ausgefüllten Erhebungsbogen und den Kennzahlenbogen bei OnkoZert bzw. beim Fachexperten einreichen. Der Kennzahlenbogen wird bei jedem Audit von OnkoZert nach Vollständigkeit und Erfüllung der Sollvorgaben bewertet. Beim Erst-Zertifizierungs-Audit wird auch der Erhebungsbogen bewertet, in diesem Fall vom/von den zuständigen Fachexperten. So können kritische Punkte, die zu einer NICHT-Empfehlung des Zertifikates führen würden, im Vorfeld angesprochen werden und das Zentrum hat Zeit, an diesen Punkten nachzuarbeiten.

Vor-Ort-Audit


Nach Bewertung der eingereichten Unterlagen findet im jeweiligen Zentrum ein Vor-Ort-Audit statt. Das Vor-Ort-Audit dient der stichprobenhaften Überprüfung der vom Zentrum gemachten Angaben. Das heißt, die Auditoren sprechen mit den Leitungen des Zentrums und den verschiedenen Behand-



DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Name BZ _____

Name Standort _____



Deutsche Gesellschaft
für Senologie

Anhang Erhebungsbogen für Brustkrebszentren (DATUM: 01/12/2010)

Matrix - Ergebnisqualität Primärbehandlung

Auditjahr 2011

| Jahr der Erstdiagnose | Angaben Primärdiagnose (invasiv und in situ) | | | | | | | | | | Follow-Up-Meldungen | | | | | | | | | | | | | Auswertungen % | |
|------------------------|--|--------------|--------------|--------------|------------------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|------------------|-----------------------|------------|--------------|------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|---|-----------|---------------|---|--|--|
| | B | C | D | E | F | G | H | I | K | M | N | O | P | Q | S | T | U | V | W | X | Y | Z | AB | AC | |
| Anzahl Primärdiagnosen | | | | | | | | | | | Patientinnen lautorts | | | | | | | | | | | | | DAS nach Kaplan-Meier (Disease Free Survival) in % | |
| $\beta T1$ % | $\beta T1$ % | $\beta T2$ % | $\beta T3$ % | $\beta T4$ % | Anzahl rezidiv. behandelte Pat. *2 | | | | | Anzahl Männer *2 | | | | | davon M1 (primär) | | | | | Patientinnen mit erkrankter Überlebensrate in Spalte U,V und W *7 | | | DAS nach Kaplan-Meier (Overall Survival) in % | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2003 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2004 | 107 | 8 | 51 | 40 | 5 | 3 | | | 4 | 103 | 74 | 29 | 71,8% | 58 | | | | | | 2 | 7 | 7 | | | |
| 2005 | 99 | 4 | 51 | 32 | 5 | 5 | 1 | 1 | 3 | 95 | 75 | 20 | 78,9% | 63 | 1 | | | | 1 | 1 | 6 | 4 | | | |
| 2006 | 134 | 12 | 63 | 43 | 11 | 3 | 1 | 1 | 8 | 125 | 109 | 16 | 87,2% | 88 | 1 | | | | 1 | | 9 | 11 | | | |
| 2007 | 142 | 16 | 62 | 48 | 10 | 8 | | | 12 | 130 | 111 | 19 | 85,4% | 95 | 3 | 1 | | | 2 | | 7 | 0 | | | |
| 2008 | 136 | 12 | 70 | 39 | 6 | 6 | 3 | | 7 | 129 | 117 | 12 | 90,7% | 110 | 1 | | | | 1 | 1 | 4 | 1 | | | |
| 2009 | 143 | 6 | 64 | 57 | 6 | 7 | 3 | | 6 | 137 | 125 | 12 | 91,2% | 117 | 6 | | | 2 | 3 | | 3 | | | | |
| 2010 *8 | 141 | 10 | 65 | 51 | 10 | 2 | 3 | | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Summe | 902 | 68 | 426 | 308 | 53 | 34 | 11 | 2 | 51 | 719 | 0 | 611 | 85,0% | 531 | 11 | 1 | 2 | 8 | 4 | 36 | 29 | 88,16% | 80,83% | | |

1 Stratifizierung nach Tumorstadium ohne rezidiviert vorbehandelte Patientinnen und ohne Männer, die in den Spalten H und I separat ausgewiesen werden.

2 Rezidiviert vorbehandelte Patientinnen und Männer werden ohne gesonderte Stratifizierung nach βT als Anzahl pro Jahrgang ausgewiesen.

3 Pat., die in dieser Darstellung (Spalte M-Z) nicht berücksichtigt werden dürfen, sind M1-Patientinnen, Patientinnen mit rezidivierendem Tumor (alle Epithelen, auch Mammae), hämorrhagische Mastitiden.

4 Die Daten müssen patientenbezogen rückverfügbar und zum Zeitpunkt der Auswertung nicht älter als 12 Monate sein. Unter Follow-up ist Spalte N bis U zu verstehen (Natives Follow-Up).

5 In der Regel werden die Follow-Up-Daten entweder extern (Klinikerregister) oder durch das Zentrum eingeholt. Eine Kombination ist jedoch möglich (siehe doppelte Zuordnung).

6 Klinikerregister können in der Regel keine Follow-Up-Daten zu Patienten außerhalb des Erhebungsjahres einbringen.

7 Zusätzlich können hier Patientinnen mit Ereignis ohne exakte Lokalisationsangabe eingetragen werden, die keiner der drei Spalten U bis W genau zuzuordnen sind.

8 DFB und DAS sind nicht direkt aus dieser Matrix abzulesen und können ebenfalls nach eigener Berechnung hier manuell eingetragen werden. Eine automatische Berechnung durch EXCEL erfolgt nicht. Die Auswertungen der Kaplan-Meier-Kurven beruhen auf die entsprechende Jahresstrategie ohne die in der Fußnote 3 genannten Patientengruppen.

9 Da für dieses Kalenderjahr häufig keine Follow-Up-Meldungen vorliegen (Zentrale Primärdiagnose etc.), sind lediglich die aufgeschlüsselten Primärfälle (Spalte B-K) eingetragen.

Abbildung 2: Ergebnismatrix für Brustzentren [2].



lungspartnern, versuchen den Weg des Patienten/der Patientin im Zentrum nachzuvollziehen und prüfen vor Ort, ob die geforderten Qualitätsstandards eingehalten werden.

Das kann bedeuten, dass man sich in der Radiologie von der Qualität der Röntgenaufnahmen überzeugt, dass man sich Fort- und Weiterbildungspläne ansieht, fragt, ob der Beschleuniger in der Strahlentherapie den geltenden Standards entspricht, nachhakt, wie lange der Pathologe für einen Schnellschnitt braucht und ob er an Ringversuchen teilnimmt. Von Interesse ist auch, ob im OP Maßnahmen zur Vermeidung von Patienten- und Seitenverwechslungen ergriffen worden sind, ob die Patienten ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt werden oder ob diejenigen, die die Chemotherapie verabreichen, ausreichend dafür ausgebildet sind, um nur einige Beispiele zu nennen.

Teil eines jeden Audits ist auch die stichprobenhafte Durchsicht von mehreren zufällig ausgewählten Patientenakten, um die gesamte Behandlungskette nachzuvollziehen und zu prüfen, ob die Therapieentscheidungen leitlinienkonform getroffen wurden. Außerdem werden die Ergebnisse des Kennzahlenbogens und die Daten zur Ergebnisqualität ausführlich mit dem Zentrum diskutiert.

Aufgabe der Auditoren und Fachexperten ist es dabei, eine wohlwollende, kollegiale Atmosphäre zu schaffen.

Auditbericht und Entscheidung über die Zertifikatserteilung

Im Anschluss an das Vor-Ort-Audit erstellt der Fachexperte/Auditor einen Auditbericht, in dem seine Eindrücke in drei Kategorien gliedert sind:

Feststellungen, Hinweise und Abweichungen:

- Feststellungen beschreiben die vorgefundenen Strukturen im Zentrum.
- Hinweise kennzeichnen Verbesserungspotenziale, an denen das Zentrum im Verlauf des nächsten Jahres arbeiten und beim nächsten Überwachungsaudit die Weiterentwicklung demonstrieren sollte.

- Abweichungen kennzeichnen Punkte, an denen die fachlichen Anforderungen nicht erfüllt werden. Die Abweichungen müssen spätestens in 3 Monaten behoben werden, sonst droht der Verlust des Zertifikates.

Die eingereichten Unterlagen des Zentrums und der Auditbericht des Fachexperten werden anschließend vom Ausschuss Zertifikatserteilung geprüft und dieser Ausschuss entscheidet dann über die Zertifikatserteilung. Das Zertifikat ist 3 Jahre gültig.

Nach der Erstzertifizierung findet in jährlichem Rhythmus ein Überwachungsaudit statt. Nach drei Jahren erfolgt eine Re-Zertifizierung

Erfahrungen bei der Zertifizierung von Brustzentren

Das Zertifizierungsverfahren für die Brustzentren ist seit nunmehr acht Jahren etabliert. Das anfängliche Unbehagen der Zentren des „von außen Überprüftwerdens“ ist der Erkenntnis gewichen, dass die Zentrenbildung eine unabdingbare Voraussetzung für bessere Struktur- und Ergebnisqualität ist und dass Qualitätsmanagement ein Instrument ist, mit dem man eine klinische Einheit organisieren kann.

Qualitätskriterien wie „Vorstellung aller Patienten in einer interdisziplinär besetzten Tumorkonferenz“ werden heute als Bereicherung erlebt, während in den ersten Audits oft hinterfragt wurde, warum denn alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen an der Tumorkonferenz teilnehmen müssen.

Die fachlichen Anforderungen an Brustzentren sind inzwischen mehrfach von der Zertifizierungskommission überarbeitet und dem aktuellen Wissensstand angepasst worden. ■

Literatur

- [1] Schulz KD, Albert US (2002) S3-Leitlinie zur Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Zwischenbericht über die Leitlinien-Entwicklung. Frauenarzt 43: 657–662
- [2] Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und Ergebnismatrix abrufbar unter www.onkozert.de

Sichern Sie sich Ihr Abonnement

forum
ONKOLOGISCHE
PFLEGE

Informieren Sie sich über Bezugsbedingungen und Vergünstigungen, die Sie als KOK-Mitglied genießen, unter

www.zuckschwerdtverlag.de

- Abo-Formular online siehe ► Zeitschriften
- Forum Onkologische Pflege
- Abonnement