

Verfahren zur Zertifizierung von Brustzentren in NRW

(nach den Vorgaben des Gesundheitsministeriums NRW)

Stand 01.09.2020

Diese Version kann ab 15.09.2020 angewendet werden und ist ab 01.01.2021 verpflichtend.

Anforderungskatalog-Brustzentren

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	II
Anmerkungen	II
BZ-Strukturen / Auditierung.....	1
Managementprozesse	3
Qualitätsmanagement.....	5
Allgemeine Anforderungen an die Behandlung	9
Kernprozess Senologie.....	14
Kernprozess Radiologie.....	17
Kernprozess Nuklearmedizin	18
Kernprozess Pathologie.....	19
Kernprozess Onkologie.....	21
Kernprozess Strahlentherapie.....	23
Unterstützende Prozesse Psychoonkologische Betreuung	24
Unterstützende Prozesse Sozialdienst.....	26
Unterstützende Prozesse Genetisches Risikoscreening	27
Unterstützende Prozesse palliativmedizinische Versorgung	28
Personalprozesse	29
Arbeitsumgebung und gesetzliche Anforderungen	31
Wissenschaft und Evaluation	32
Anhang	33

Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung (regelt einzelne Prozessschritte, an denen nur eine Prozesseignerin oder ein Prozesseigner beteiligt ist)
BZ	Brustzentrum
FC	Flowchart (Flussdiagramm zur Prozessdarstellung)
SMART Kriterien	S-Spezifisch, M-messbar, A-attraktiv, R-realistisch, T-terminierbar
VA	Verfahrensanweisung (regelt Prozesse, an denen mehrere Prozesseignerinnen und Prozesseigner beteiligt sind)

Anmerkungen

Planzahlen beziehen sich immer auf ein Jahr.

A BZ-Strukturen / Auditierung	
1	Brustchirurgische Operationen werden ausschließlich an den durch das Land NRW benannten OP-Standorten durchgeführt.
2	<p>Die Kernleistungen diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Onkologie und Pathologie werden in jedem Brustzentrum nur an einem Standort erbracht.</p> <p>Ausnahmen hiervon sind nur statthaft, wenn dies aus Gründen der regionalen Versorgungssicherheit nicht anders möglich ist. Solche Gründe sind anzunehmen, wenn zwischen den Standorten eine Entfernung von 20 km oder mehr liegt. Bietet ein Brustzentrum aus Gründen der regionalen Versorgungssicherheit diagnostische Kernleistungen an mehr als einem Standort an, muss es sämtliche diagnostische Kernleistungen mit Ausnahme der Stereotaxien an jedem der Standorte bereitstellen.</p> <p>"In diesen Fällen müssen folgende Zusatzbedingungen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die federführende Leitung der Kernleistungserbringung an mehreren Standorten durch eine Gesamtverantwortliche oder einen Gesamtverantwortlichen b) die einheitliche Art der Leistungserbringung (gleicher Standard) c) eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Nennung der Gesamtverantwortlichen oder des Gesamtverantwortlichen“.
3	<p>Folgende Tätigkeiten aus dem Bereich Radiologie können innerhalb eines kooperativen Brustzentrums an benannten OP-Standorten auch von entsprechend ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt werden, wenn die nötige Infrastruktur vorhanden ist und die durchführende Abteilung in das QM-System des Brustzentrums eingebunden wurde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Drahtmarkierung eines zuvor im Kernleistungsbereich des BZ oder extern eindeutig lokalisierten Tumors, der nicht palpabel ist. 2. Präparateröntgen zur Überprüfung der vollständigen Exstirpation eines zuvor mammografisch diagnostizierten, nicht palpablen Tumors. 3. Szintigrafien im Rahmen der Sentinel-Node-Diagnostik <p>Alle übrigen Maßnahmen aus dem Bereich der diagnostischen Radiologie dürfen innerhalb des Brustzentrums ausschließlich durch den Kernleistungserbringer diagnostische Radiologie erbracht werden.</p>

A	BZ-Strukturen / Auditierung
4	<p>Auditierung:</p> <p>Die Brustzentren unterziehen sich alle drei Jahre einem Rezertifizierungsaudit durch die vom Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen benannte Zertifizierungsstelle. Dieses umfasst die stichprobenartige Überprüfung aller Punkte des unten stehenden Anforderungskataloges. Pro Standort eines Brustzentrums wird das Audit in der Regel mit zwei Manntagen (je ein Manntag für Fach- und Systemauditor) durchgeführt. Falls einer der Kernleister mehr als 20 km von allen OP-Standorten entfernt liegt, wird – in Abhängigkeit von den Gegebenheiten – das Audit um bis zu einem weiteren Manntag (Audit incl. Reisezeit) verlängert.</p> <p>In den zwei Jahren zwischen den Rezertifizierungsaudits unterziehen sich die Brustzentren einem Überwachungsaudit durch die vom Gesundheitsministerium benannte Zertifizierungsstelle. Der erfolgreiche Abschluss dieses Audits ist Voraussetzung für den Zertifikaterhalt. Es hat einen Umfang von einem halben Manntag und wird durch einen Systemauditor ausgeführt. Bei kooperativen Brustzentren wird im Zwei-Jahres-Intervall jeder OP-Standort mindestens einem Überwachungsaudit unterzogen.</p> <p>In jedem Audit erfolgt die Einsichtnahme in ca. 10 zufällig ausgewählte Patientinnen- und Patientenakten zur Validierung der Anforderung im Einzelfall und die Einsichtnahme in die OP Berichte eines ausgewählten Operateurs.</p> <p>Bei Vorliegen von wesentlichen Abweichungen im Rezertifizierungsaudit wird durch eine Systemauditorin oder einen Systemauditor ein eintägiges Nachaudit durchgeführt, wenn nach Einschätzung des Auditorenteams in dieser Zeit die wesentlichen Abweichungen zu beseitigen sind, und so die Möglichkeit einer erfolgreichen Rezertifizierung besteht. Im Falle des Auftretens wesentlicher Abweichungen in einem Überwachungsaudit erfolgt unter den gleichen Bedingungen ein halbtägiges Nachaudit durch eine Systemauditorin oder einen Systemauditor.</p> <p>Erfüllt innerhalb eines kooperativen Brustzentrums einer der Standorte die Planzahl-Vorgaben dieses Anforderungskataloges nicht, wird für diesen Standort das Zertifikat bis zur endgültigen Entscheidung der Planungsbehörde zurückgezogen. Die übrigen Standorte dürfen das Zertifikat weiter führen, soweit sie die Anforderungen dieses Kataloges erfüllen.</p> <p>Die Vorverlegung eines Rezertifizierungsaudits ist auf Wunsch eines Brustzentrums möglich, um zum Beispiel mehrere anstehende Auditierungen an einem Termin abhalten zu können und so den entstehenden Aufwand in den Kliniken zu minimieren. Die vom Gesundheitsministerium beauftragte Zertifizierungsstelle wird diese Vorgehensweise nach Möglichkeit unterstützen.</p>
5	<p>Bei mehrfachen bzw. gravierenden Beschwerden über ein Brustzentrum kann die Zertifizierungsstelle mit Zustimmung des Aufsichtsministeriums ein zusätzliches Audit durchführen, das im Umfang einem Nachaudit entspricht.</p>
6	<p>Bis zum 01. März jedes Jahres übersendet das Brustzentrum die Teile des Fallzahlbogens, die sich auf die im Vorjahr erbrachten Behandlungen bei primärem Brustkrebs beziehen, an die Zertifizierungsstelle.</p>

B	Managementprozesse		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Führung im kooperativen Brustzentrum	Kooperative Brustzentren bestimmen eine Einrichtung, deren Vertreterin oder Vertreter den Führungsprozess der Kooperationspartner verantwortlich übernimmt (Netzkoordinatorin / Netzkoordinator). Pflichten und Kompetenzen der Netzkoordinatorin/des Netzkoordinators werden geregelt.	ggf. Vertrag Organigramm
2	Leitbild	Die Vision und die Philosophie des Brustzentrums sind in einem Leitbild verankert. Hier kann auf bestehende Leitbilder der tragenden Organisation verwiesen werden.	Leitbild
3	Qualitätspolitik	<p>Die Leitung des Brustzentrums muss eine Qualitätspolitik festlegen, umsetzen und aufrechterhalten, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einen Rahmen zum Festlegen von Qualitätszielen bietet; • eine Verpflichtung zur Erfüllung zutreffender Anforderungen enthält; • eine Verpflichtung zur fortlaufenden Verbesserung enthält. <p>Diese Qualitätspolitik muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> • als dokumentierte Information verfügbar sein und aufrechterhalten werden; • innerhalb des Brustzentrums bekanntgemacht, verstanden und angewendet werden. 	Qualitätspolitik
4	Strategie und Planung	Die Führung des Brustzentrums entwickelt eine Strategie für die Fortentwicklung des Zentrums. Hierbei beachtet sie bei ihren Entscheidungen Risiken für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.	Protokolle
5	Führungsgrundsätze	Führungsgrundsätze sind definiert, sind allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden umgesetzt.	Führungsgrundsätze, Ergebnisse MA-Befragung
6	Finanzen	Der / die Träger des BZ stellt / stellen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung, um die personellen, räumlichen und sächlichen Anforderungen an das BZ zu erfüllen.	

B	Managementprozesse		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
7	Management des Zentrums	<p>Die Führung bzw. die Netzkoordinatorin / der Netzkoordinator stellt die Koordination des Netzwerks sicher.</p> <p>Die Führung bzw. die Netzkoordinatorin / der Netzkoordinator stellt die Verfügbarkeit der Kernleistungen des BZ sicher und gewährleistet die Einhaltung der Normen und gesetzlichen Forderungen.</p>	

C			
Qualitätsmanagement			
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Qualitätsmanagement	<p>Umfassendes Qualitätsmanagement ist im Brustzentrum und bei den Kernleistungserbringern im Netzwerk umgesetzt. Es unterliegt einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess.</p> <p>Alle Bereiche des Brustzentrums sind in das QM-System einbezogen.</p>	Organigramm, Protokolle
2	Personelle Besetzung	Mindestens 1 Qualitätsmanagerin / Qualitätsmanager (z. B. BÄK-Curriculum; DIN) muss im BZ verfügbar sein. An jedem Standort muss mindestens ein Qualitätsbeauftragter mit entsprechender Qualifikation benannt werden.	Stellenplan
3	QM-Dokumentation	<p>Das Qualitätsmanagement-Handbuch des Brustzentrums wird gelenkt. Dokumente verfügen über Versionskennzeichen; neue oder geänderte Dokumente werden durch hierzu befugte Personen, die nicht mit der Erstellerin oder dem Ersteller identisch sind, geprüft und freigegeben. Die versehentliche Nutzung nicht mehr gültiger Dokumente wird sicher verhindert.</p> <p>Es erfolgt eine geregelte Überprüfung der QM-Dokumentation auf Aktualität.</p> <p>Das Handbuch in der jeweils aktuellen Version kann von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an ihrem Arbeitsplatz eingesehen werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden regelmäßig über Inhalte und Nutzung der QM-Dokumentation geschult.</p>	<p>QM-Handbuch; Verfahrens- und Arbeitsanweisungen</p> <p>Revisionslisten, Wiedervorlagepläne, Schulungsnachweise</p>
4	Umgang mit Risiken und Chancen	<p>Bei Planungen für das Qualitätsmanagementsystem muss das Brustzentrum Risiken und Chancen identifizieren, aufzeichnen und bewerten.</p> <p>Hierbei sollen sowohl strategische Risiken als auch operative Risiken berücksichtigt werden.</p> <p>Es müssen Maßnahmen zum Umgang mit diesen Risiken und Chancen geplant und umgesetzt werden. Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist zu bewerten und ggf. zu verbessern. Die</p>	<p>Aufzeichnungen über Risiken, Chancen, Bewertungsergebnisse und abgeleitete Maßnahmen.</p> <p>Aufzeichnungen über die Wirksamkeitsprüfungen.</p> <p>Implementierung eines CIRS Systems</p>

C	Qualitätsmanagement		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
		Maßnahmen müssen in ihrem Umfang das Ausmaß der drohenden Schäden berücksichtigen.	
5	Qualitätsziele	<p>Die Qualitätsplanung wird jährlich von der Führung bzw. der Netzkoordinatorin/dem Netzkoordinator unter Beteiligung aller Leitungsebenen des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk fortgeschrieben und von der jeweiligen Qualitätsmanagerin / dem Qualitätsmanager umgesetzt.</p> <p>Die Ziele des Brustzentrums entsprechen den SMART-Kriterien. Sie werden geplant, festgelegt, mit Maßnahmen hinterlegt und intern kommuniziert. Die Zielerreichung wird gemessen.</p> <p>In Zentrumsverbänden finden zwischen den einzelnen Qualitätsmanagerinnen/Qualitätsmanagern der kooperierenden Teile regelmäßige, nachzuweisende Abstimmungsgespräche statt.</p>	<p>Protokolle Qualitätsplanung</p> <p>Aufzeichnungen</p>
6	Interne Kommunikation	<p>Das Brustzentrum muss Regeln für die interne Kommunikation erstellen und dies umsetzen. Hierbei müssen alle Berufsgruppen und Kernleistungserbringer Berücksichtigung finden.</p> <p>Eine Kommunikationsmatrix für das Zentrum soll erstellt werden.</p>	<p>Kommunikationsmatrix</p> <p>Protokolle</p>
7	Patientinnen und Patienten befragen	<p>Die einheitliche validierte Befragung aller Patientinnen und Patienten erstreckt sich regelmäßig auf den Zeitraum vom 01.02. – 31.07. eines Jahres. Die Befragung wird vom ZVFK (Uni Köln) ausgewertet.</p> <p>Die Teilnahme ist verpflichtend. Es sollen alle Patientinnen und Patienten im oben genannten Zeitraum um Teilnahme an der Befragung gebeten werden. Dies ist zu dokumentieren.</p>	Darlegung der Auswertungsergebnisse
8	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragen	<p>Im Zeitraum von je 3 Jahren wird mindestens eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt und ausgewertet. In diesen Befragungen wird unter anderem die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Vorgesetzten und den Arbeitsbedingungen in Erfahrung gebracht.</p> <p>Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt und es werden bei Bedarf Maßnahmen aus den Befragungsergebnissen abgeleitet und umgesetzt.</p>	Darlegung des Instruments und der Auswertungsergebnisse, Maßnahmenplan

C	Qualitätsmanagement		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
9	Qualitätsindikatoren messen und auswerten	<p>Kontinuierliche Messung und Auswertung aller Qualitätsindikatoren (Anhang 1).</p> <p>Das BZ führt jährlich eine Bewertung der Qualitätsindikatoren durch und ergreift bei auffälligen Ergebnissen Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisse.</p>	Messprotokolle, Auswertungen
10	Interne Audits	<p>Alle Kernleistungsbereiche (u.a. auch Leitung und Qualitätsmanagement) des Brustzentrums einschließlich ihrer Schnittstellen werden intern auditiert. Pro Zertifizierungszyklus wird jeder der Kernleistungsbereiche und jedes Kriterium des Anforderungskataloges mindestens einmalig intern auditiert.</p> <p>Die Kombination der internen Audits mit denen anderer Systeme ist möglich. Es muss jedoch eindeutig aus den Aufzeichnungen hervorgehen, dass die Kriterien dieses Kataloges mitauditiert wurden.</p>	Auditpläne, Auditprotokolle
11	Qualitätsmanagementbewertung ("Management-Review")	<p>Die Führung des Brustzentrums bewertet das Qualitätsmanagementsystem der Organisation jährlich, um dessen Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sicherzustellen. Hierbei wird unter Beteiligung aller Leitungsebenen des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk der Erfüllungsgrad der Qualitätsziele bewertet. Die Bewertungen werden dokumentiert.</p> <p>Für die QM-Bewertung werden unter anderem folgende Eingaben genutzt: Status von Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen bei externen und internen Themen, die Einfluss auf das Brustzentrum haben • Kundenzufriedenheit und Rückmeldungen von relevanten interessierten Parteien • Umfang, in dem Qualitätsziele erfüllt wurden • Leistungszahlen • Fehler, Beschwerden und Korrekturmaßnahmen 	Protokolle QM-Bewertung

C	Qualitätsmanagement		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
		<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse von Überwachungen und Messungen • Auditergebnisse • der Angemessenheit von Ressourcen • der Wirksamkeit von durchgeführten Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen • Möglichkeiten zur Verbesserung <p>Es resultiert ein Maßnahmenplan.</p>	
12	Beschwerdemanagement	Patientinnen und Patienten haben einfachen Zugang zu einem geregelten Beschwerdemanagement und erhalten eine Rückmeldung der Einrichtung. Ergebnisse werden im kontinuierlichen Verbesserungsprozess bearbeitet.	Verfahrensbeschreibung Aufzeichnungen
13	Fehlermanagement	Das Brustzentrum erfasst Fehler, analysiert und korrigiert sie und ergreift Maßnahmen gegen eine Wiederholung des Fehlers. Die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen wird geprüft.	Aufzeichnungen Maßnahmepläne Bewertungsergebnisse
14	M&M-Konferenzen	<p>Mindestens zwei Mal pro Jahr werden Patientinnen und Patienten des Brustzentrums mit auffälligem klinischem Verlauf in einer Morbiditäts-Mortalitätskonferenz vorgestellt. An dieser Konferenz nehmen mindestens die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tumorkonferenz des Brustzentrum (siehe D8) teil. Die Einweiser der besprochenen Patienten und Patientinnen können eingeladen werden.</p> <p>Bei kooperativen Brustzentren muss jeder operative Standort mindestens einen Behandlungsfall pro Jahr in die M&M-Konferenz des Brustzentrums einbringen.</p> <p>Allen Kernleistern wird ermöglicht, ebenfalls Behandlungsfälle in den Konferenzen vorzustellen.</p> <p>Die Konferenzen sind zu protokollieren.</p>	Teilnehmerlisten Protokolle

D	Allgemeine Anforderungen an die Behandlung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Ethische Grundsätze	<p>Das BZ respektiert die Grundsätze der Autonomie der Patientinnen und Patienten und unterstützt deren eigenverantwortliches Handeln.</p> <p>Das BZ integriert Patientinnen und Patienten in die Behandlung und gewährleistet einen "informed consent".</p>	
2	Informationen für Patientinnen und Patienten	<p>Der Informationsfluss für die Patientin und den Patienten und die Leistungserbringer ist klar geregelt. Besondere Instrumente sind u.a. Patientinnen- und Patienten- und Angehörigensprechzeiten sowie verschiedene Medien zur Informationsvermittlung an Patientinnen und Patienten und Angehörige.</p> <p>Das BZ informiert die Patientinnen und Patienten bei Diagnosestellung angemessen über Behandlungsmöglichkeiten, vorgesehene Maßnahmen und Untersuchungsergebnisse sowie die Möglichkeiten, eine Zweitmeinung einzuholen und eine psychonkologische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Die Beratung wird nachvollziehbar dokumentiert. Die Diagnosemitteilung erfolgt immer durch eine Ärztin oder einen Arzt.</p> <p>Es werden Informationen zum Brustzentrum und seinen Räumlichkeiten spätestens bei Aufnahme gegeben.</p> <p>Das BZ stellt seinen Patientinnen und Patienten Informationsmaterialien mit den Kontaktadressen aller wichtigen lokalen Ansprechpartner, zum DMP und zu Selbsthilfegruppen während des Aufenthaltes zur Verfügung.</p> <p>Die Patientin oder der Patient erhält eine Kopie des abschließenden Arztbriefes mit Angaben zur Histologie, Operation und Informationen zur weiteren Behandlung. Als Nachweis hierfür gilt die Nennung der Patientin oder des Patienten im Verteiler des Briefes.</p> <p>Es erfolgt im Regelfall ein dokumentiertes fachärztliches Abschlussgespräch nach der Tumorkonferenz.</p>	<p>Informationsmaterialien, fallbezogene Dokumentationen</p> <p>Erstinformation DMP, Informationsmedien (z.B. Flyer)</p> <p>Programme</p>

D	Allgemeine Anforderungen an die Behandlung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
3	Informationen für Leistungserbringer und Weiterbehandler	<p><u>Leistungserbringer im Brustzentrum</u></p> <p>Es erfolgen regelmäßige protokollierte Besprechungen aller an wichtigen Schnittstellen Beteiligten in der Arbeitszeit.</p> <p>Die Besprechungen werden in einer Kommunikationsmatrix abgebildet.</p> <p>Das BZ führt für Patientinnen und Patienten und Angehörige regelmäßig Informationsveranstaltungen durch.</p> <p><u>Informationsfluss im Netzwerk</u></p> <p>Im Netzwerk wird der Informationsfluss durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt.</p> <p>Insbesondere die Kommunikation mit Haupteinweisern sowie Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärztinnen und Hausärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Programmverantwortliche Ärztinnen und Ärzte im Screening, Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.</p> <p>Das BZ führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch.</p>	Verfahrensanweisung zu Rückmeldesystemen
4	Planung	Die Therapieplanung ist in der Regel innerhalb 48 Stunden nach Erhalt aller notwendigen Befunde und Abschluss der notwendigen Besprechungen fertig gestellt.	

D	Allgemeine Anforderungen an die Behandlung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
5	Patientenpfade	<p>Die Behandlungsprozesse im Netzwerk für</p> <ul style="list-style-type: none"> • stationäre Diagnostik • ambulante Diagnostik • Primärtherapie • Rezidivtherapie • Nachsorge • Palliativversorgung <p>sind als Patientenpfade unter Berücksichtigung der relevanten Leitlinien definiert. Aktuelle Leitlinien der Fachgesellschaften müssen umgesetzt werden.</p> <p>Die Pfade stellen auch den koordinierten Pflegeablauf und einen reibungslosen Übergang zwischen dem BZ, dem Netzwerk und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (z.B. Hausärzten) sicher.</p> <p>Verantwortlichkeit und Befugnisse aller Beteiligten sind klar definiert.</p> <p>Die Pfade unterliegen dem ständigen Verbesserungsprozess.</p>	<p>Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen</p> <p>Patientenpfade</p>

D	Allgemeine Anforderungen an die Behandlung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
6	Diagnostik	<p>Bedarfsgerechte Sicherstellung der Diagnostik: Im Regelfall kann eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 10 Tagen aufgenommen bzw. ein Termin zur ambulanten Diagnostik realisiert werden.</p> <p>Untersuchung und Befundung erfolgen grundsätzlich durch besonders qualifiziertes Personal. Für Personal in Weiter- oder spezieller Fortbildung ist eine kontinuierliche Supervision durch entsprechende Kräfte mit besonderer Qualifikation obligat. Verfahren der Telemedizin werden hier grundsätzlich befürwortet.</p> <p>Durchführung und Dokumentation der diagnostischen Maßnahmen erfolgen gemäß der gültigen Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland.</p> <p>Die Ergebnisse der Rezeptor- sowie der Her2-Bestimmung müssen, die des Ki67-Proteins sollen in der Regel präoperativ vorliegen.</p>	Verfahrensweisung , Befundberichte
7	Therapie	Die Therapie erfolgt unter Einhaltung der geltenden Leitlinien und wird dokumentiert. Beschlüsse der Tumorkonferenz werden umgesetzt. Abweichungen von dieser Regelung werden im Einzelfall dokumentiert.	Patientendokumentation
8	Tumorkonferenz / Tumorboard	<p>Mindestens 95% aller Primärfälle im BZ werden postoperativ in der wöchentlichen gemeinsamen Tumorkonferenz des Brustzentrums interdisziplinär besprochen. Die Nicht-Vorstellung einzelner Patientinnen und Patienten wird schriftlich begründet.</p> <p>An der Tumorkonferenz nehmen jeweils mindestens Operateur, Onkologe, diagnostischer Radiologe und Strahlentherapeut aller Brustzentrums-Standorte teil. Pathologische Expertise muss im Bedarfsfall ad hoc verfügbar sein. Die Teilnahme an der Tumorkonferenz ist Bestandteil der besonderen internen Weiterbildungscurricula.</p>	Verfahrensweisung , Protokolle

D	Allgemeine Anforderungen an die Behandlung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
		<p>Das BZ regelt schriftlich, welche Patientinnen und Patienten obligat präoperativ in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen sind. Grenzfälle und Fälle, in denen vom festgelegten Standard (VA/AA) abgewichen wird, werden immer präoperativ im Tumorboard besprochen.</p> <p>Die Planung intraoperativer Bestrahlungen erfolgt gemeinsam mit dem Strahlentherapeuten. Diese wird nachvollziehbar dokumentiert.</p> <p>Die Kernleister des Brustzentrums stellen alle Patientinnen / Patienten mit Lokalrezidiven oder Metastasen grundsätzlich in der Tumorkonferenz des Brustzentrums vor.</p> <p>Abweichungen vom Standard sind in der Patientenakte unter Verweis auf das Protokoll der Tumorkonferenz zu dokumentieren.</p> <p>Die Beschlüsse der Tumorkonferenz werden dokumentiert und von den verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten autorisiert. Abweichungen von den Empfehlungen der Tumorkonferenz werden erneut in der Konferenz vorgestellt.</p> <p>Die betreffende Patientin oder der betreffende Patient kann auf Wunsch an der Tumorkonferenz teilnehmen.</p> <p>Online Konferenzen sind möglich. Hierbei muss die Möglichkeit bestehen, Ton und die vorgestellten Unterlagen zu übertragen. Telefonkonferenzen ohne Bildmaterial sind nicht zulässig.</p>	

Kernprozess Senologie			
E	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<p><u>Ärztinnen/Ärzte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens 2 FÄ mit besonderer Qualifikation <p>Die Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.</p> <p><u>Pflegekräfte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 vollexaminierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger mit nachgewiesener besonderer Qualifikation in Vollzeit in der senologischen Abteilung je angefangene 50 Fälle pro Jahr. <p>Die Definition der besonderen Qualifikation der oben genannten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger erfolgt schriftlich durch das Brustzentrum. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dieser Qualifikation sind namentlich zu benennen.</p>	Stellenplan, Dienstpläne
2	Operateur	<p>Besondere Kenntnisse zu ablativen, brusterhaltenden und rekonstruktiven Verfahren, Axilladisektion, plastischen Aufbau-, Reduktions- und Korrektur-OP. Beherrschung postoperativer Komplikationen. Nicht obligat ist die Metastasenchirurgie, hier kann auch ein Kooperationsvertrag geschlossen werden.</p> <p>Im Einzelnen sind folgende Kenntnisse nachzuweisen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ablative Verfahren bis hin zur radikalen Tumorchirurgie 2. Ausräumung der Axilla (inkl. Sentinel-Node Technik) 3. Entnahme von Gewebeproben 4. Beherrschung von Komplikationen nach erfolgter Operation 5. Brusterhaltende Therapieverfahren: sektorale Resektionen, Skin-Sparing Mastektomie, subkutane Mastektomie (ggf. bis hin zu autologem Gewebetransfer) 6. Metastasenchirurgie 7. Aufbau, Reduktionsplastik, Korrektur-OP 8. Autologer Gewebetransfer, Onkoplastische Eingriffe 	

E	Kernprozess Senologie		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
		Die Punkte 6.-8. sind nicht obligat, es müssen dann aber Kooperationspartner angegeben und schriftliche Verträge geschlossen werden.	
3	Operative Therapie	<p>Planzahlen: mindestens 150 operierte Primärfälle im BZ oder 100 operierte Primärfälle je OP-Standort. 50 operierte Primärfälle je benanntem Operateur und Kalenderjahr.</p> <p>Unterschreitet ein Standort eine dieser Planzahlen innerhalb von drei Jahren zum zweiten Mal, stellt dies ein Zertifizierungshindernis dar.</p> <p>Die Metastasenchirurgie kann über Kooperationen gewährleistet werden.</p> <p>Vor jeder Operation wird unter Nutzung einer Checkliste ein dokumentiertes Team-Time-Out durchgeführt.</p>	<p>OP-Statistik</p> <p>Aufzeichnungen, ausgefüllte CL</p>
4	Weiterbildungseingriffe	<p>Mindestens 20 senologische Operationen je benanntem Operateur sollen, mindestens 10 müssen in verantwortlicher 1. Assistenz bei Weiterbildungseingriffen durchgeführt werden.</p> <p>Hierfür können drei Gruppen von Weiterbildungseingriffen angerechnet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Operation eines primären Mammakarzinoms zu Ausbildungszwecken: Diese Operationen können sowohl als OPs im Sinne des Kriteriums E 3 als auch als Weiterbildungseingriffe nur für den 1. Assistenten gezählt werden. 2. Sekundäre Operation bei einer Patientin oder einem Patient mit Mamma-Karzinom (Bsp.: Aufbau, Reduktionsplastik, Korrektur-OP): diese Eingriffe können nur als Weiterbildungseingriff für den 1. Assistenten gezählt werden. 3. Operativer Eingriff zur Ausbildungszwecken bei einer benignen Erkrankung der Brust: diese Eingriffe können nur als Weiterbildungseingriff für den 1. Assistenten gezählt werden. 	<p>OP-Statistik</p>

E	Kernprozess Senologie		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
5	Sonographie	Sonographie ist im BZ gewährleistet; bei Erstvorstellung im Regelfall am selben Tag.	Verfahrensanweisung

F	Kernprozess Radiologie		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 2 FÄ mit besonderer Qualifikation (Erfahrung in der Mamma-Diagnostik) • mindestens 1 MTRA mit besonderer Qualifikation (Fachkraft für Mammadiagnostik DRG oder Qualifikation als MTRA im Mammografie-Screening mit Auffrischung alle drei Jahre) <p>Die Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.</p>	Stellenplan, Dienstpläne
2	Mammographie	<p><u>Mammographien</u> sind im BZ gewährleistet. Mammographien asymptomatischer Patientinnen und Patienten und in der Nachsorge sind doppelt zu befunden.</p> <p><u>Vergrößerungsmammographie</u> und Doppelbefundung sind im BZ gewährleistet.</p> <p><u>Digitale Stereotaxie</u> ist im BZ oder durch Kooperation gewährleistet, bei Kooperationen ist eine maximale Fahrstrecke zwischen BZ und Kooperationspartner von 20 km zulässig, Ausnahmen hiervon sind bei regionalen Besonderheiten möglich.</p>	Verfahrensanweisung , Fallzahlnachweis
3	Magnetresonanztomographie	<p>MRT und die Befundung der Brust sind im BZ oder im Netzwerk gewährleistet.</p> <p>MRT-gesteuerte Interventionen sind möglich.</p> <p>Diese Leistungen können über eine externe Kooperation sichergestellt werden.</p>	Verfahrensanweisung , Fallzahlnachweis, ggf. Kooperationsvertrag

G	Kernprozess Nuklearmedizin		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation • mindestens 1 MTRA mit besonderer Qualifikation Die Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.	Stellenplan, Dienstpläne
2	Sentinel-Node-Szintigraphie	Szintigraphie ist im BZ oder durch einen externen Leistungserbringer gewährleistet. Die Detektionraten bei der SN-Szintigrafie werden erfasst. Der Nuklearmediziner stellt die erforderlichen Schulungen der Operateure sicher, die die Gammasonde einsetzen. Er stellt auch die erforderlichen Überprüfungen und Kalibrierungen der Gammasonde sicher und lässt diese dokumentieren.	Patientinnen- und Patientendokumentation Prüfdokumentation Teilnehmerlisten, Aufzeichnungen
3	Skelettszintigraphie	Szintigraphie und -befundung sind im BZ oder durch einen externen Leistungserbringer gewährleistet. Planzahl: 200 Skelettszintigraphien (inkl. Nicht-Mamma-Patientinnen).	Verfahrensanweisung, Fallzahlnachweis, ggf. Kooperationsvertrag

H Kernprozess Pathologie			
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation Die Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.	Stellenplan, Dienstpläne
2	Qualifikation	Besondere Kenntnisse in der Aufarbeitung und Beurteilung von Zytologien / Gewebe aus der Mamma, Lymphknoten und Metastasen anderer Körperregionen, z. B. Kenntnisse in: <ul style="list-style-type: none"> • Lymphknotenhistologie incl. Sentinel-Node • Gewebsbeurteilung aus anderen Körperregionen • zytologischer Untersuchung von Organ- und Knochenmarkspunktaten • zytologischen Kontrollen von Aszites und Pleurapunktaten • zusätzlich Erfahrung in der Aufarbeitung des Sentinel-Lymphknotens 	
3	Verfahren	Die makroskopische und mikroskopische Aufbereitung und Befundung erfolgt nach festgelegten Standards unter Beachtung relevanter Leitlinien (Eine Doppelbefundung ist im Bedarfsfall innerhalb von 5 Werktagen möglich, ggf. auch unter Nutzung telemedizinischer Verfahren). Vorzuhaltende Verfahren: <ul style="list-style-type: none"> • Histopathologische und zytologische Untersuchung • Immunhistochemische Untersuchungen fakultativ: <ul style="list-style-type: none"> • Molekularpathologie • In-situ-Hybridisierungen 	Verfahrensanweisung, Arbeitsanweisung; Befundberichte

	Merkmal	Forderung	Nachweise
		<p>Die Ergebnisse der Untersuchungen für die Östrogen- und Gestagenrezeptoren, Ki67 und Her2 müssen in der Regel binnen drei Werktagen vorliegen.</p> <p>Die Delegation der fakultativen Leistungen darf nur an pathologische Institute erfolgen. Die Institute sollten über ein anerkanntes QM-System oder eine gültige Akkreditierung verfügen oder die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen nachweisen.</p> <p>Mindestens jährlich ist die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen für die Bestimmung von Östrogen/Gestagen-Rezeptoren und der HER2/neu-Rezeptoren nachzuweisen, sofern diese Leistungen durch die Pathologie erbracht werden.</p> <p>Die aktuellen Nachweise sind jährlich zum Überwachungsaudit dem QMB des Brustzentrums zu übermitteln.</p> <p>Die Zahl von Eingangsnummern, die sich auf Brustdrüsengewebe beziehen, wird erfasst.</p> <p>Bei Vorliegen des folgenden charakteristischen Phänotyps sollte von der Pathologin oder dem Pathologen auf die Möglichkeit eines erblichen Hintergrunds hingewiesen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • invasives Karzinom (NOS) mit einem Wachstumsmuster ähnlich dem medullären Karzinom • G3-Morphologie • Östrogenrezeptor-, Progesteronrezeptor- und HER2/neu-Negativität (tripel-negativ) 	<p>Verfahrensanweisung</p> <p>Bescheinigungen</p>
4	Schnellschnitt	Schnellschnitt in der Regel innerhalb 45 Minuten	
5	Histologische Untersuchung	<p>Das Ergebnis der präoperativen Histologie liegt in der Regel innerhalb von 2 Werktagen dem Brustzentrum vor.</p> <p>Planzahl: Befundung Mammagewebe 300 Eingangsnummern</p>	
6	Zytologie	Erfolgt standardisiert unter Beachtung relevanter Leitlinien.	
7	Hormonrezeptorbestimmung	Erfolgt standardisiert unter Beachtung relevanter Leitlinien.	

Kernprozess Onkologie			
I	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<p><u>Ärztinnen/Ärzte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation. <p>Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.</p> <p>Die besondere Qualifikation ist entweder über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“ • Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ • den Facharzt für „Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ <p>nachzuweisen.</p> <p><u>Pflegekräfte:</u></p> <p>Die ständige Betreuung der Patientinnen und Patienten bei Behandlungen durch ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit staatlich anerkannter Zusatzqualifikation zur Pflege onkologischer Patientinnen und Patienten besitzen, ist zu gewährleisten. In begründeten Fällen können als Assistenz medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Diese bedürfen einer onkologischen Qualifikation von 120 Stunden, die auch unmittelbar nach der Einstellung aufgenommen und berufsbegleitend erworben werden kann.</p>	Stellenplan, Dienstpläne

I	Kernprozess Onkologie		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
2	Onkologie / Chemotherapie	<p>Besondere Kenntnisse in der Konzeption und Durchführung von supportiven Therapien sowie von stadiengerechten zytotoxischen, endokrinen und immunologischen Therapien einschließlich der Behandlung von deren Komplikationen. Beherrschung und Durchführung adjuvanter, palliativer und supportiver Therapiekonzepte. Kenntnisse alternativer Therapiekonzepte, soweit zur Information der Patientinnen und Patienten erforderlich.</p> <p>Erfahrungen aus insgesamt mindestens 300 abgeschlossenen onkologischen Chemotherapiebehandlungen.</p>	
3	Leistungen	<p>Mindestens 50 medikamentöse Tumortherapien (ohne rein endokrine Therapien) bei Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs werden pro Jahr abgeschlossen. Mindestens 200 medikamentöse Tumortherapien bei anderen Tumorarten werden pro Jahr abgeschlossen.</p> <p>Je nach Vertragssituation erfolgt die Behandlung ambulant oder stationär. Der Wunsch der Patientin oder des Patienten sollte berücksichtigt werden.</p> <p>Die Anzahl der durch das BZ initialisierten neoadjuvanten Therapien wird erfasst.</p>	Leistungsstatistik

J	Kernprozess Strahlentherapie		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation. • Mindestens 1 MTRA mit besonderer Qualifikation für jede Behandlung verfügbar. • Mindestens 1 Medizinphysikerin/Physiker oder Physikingenieurin/Physikingenieur verfügbar Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.	Stellenplan, Dienstpläne
2	Therapie	Die Strahlentherapie erfolgt im Regelfall ambulant und setzt die S3-Leitlinie um. Begleitreaktionen (akut, subakut und spät) sind entsprechend den Nebenwirkungsscores CTC, Lent-Soma, WHO zu dokumentieren und auszuwerten (ggf. sind auf Basis der Auswertung Aktionen festzulegen und umzusetzen). Leitlinien gerechte supportive Maßnahmen sind für die einzelnen Therapiekonzepte zu beschreiben und patientenbezogen detailliert zu dokumentieren.	

K	Unterstützende Prozesse Psychoonkologische Betreuung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	<p>Mindestens 1 ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut/in arbeitstäglich verfügbar.</p> <p>Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet.</p> <p>Die personelle Ausstattung der Psychoonkologie ist der Zahl der betreuten Patientinnen und Patienten im Brustzentrum anzupassen.</p> <p>Sofern die psychoonkologische Versorgung durch einen Kooperationspartner erfolgt oder für mehrere Abteilungen tätig ist, ist ein Einsatzplan zu erstellen, aus dem die Anwesenheit und die Ressourcenverteilung hervorgeht.</p>	<p>Stellenplan, Dienstplan/Einsatzplan, Kooperationsvertrag</p>
2	Psychoonkologische Diagnostik	<p>Das BZ gewährleistet die psychosoziale Basisversorgung und stellt erforderlichenfalls spezifische Maßnahmen der Patientinnen- und Patientenunterstützung zur Verfügung oder leitet diese ein.</p> <p>Ein standardisiertes Screening wird durchgeführt. Erforderlichenfalls erfolgt zusätzlich anlassbezogen eine psychotherapeutische Diagnostik und Therapie durch einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.</p> <p>Das psychoonkologische Screening erfolgt auf einem der zwei folgenden Wege:</p> <ol style="list-style-type: none"> entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ durch Nutzung eines der folgenden Screening-Instrumente: <ul style="list-style-type: none"> HADS-D Bogen Distress Thermometer Hornheider Screening-Instrument 	<p>Patientenpfade Screeningbögen Checklisten</p> <p>Dokumentation auf Ebene der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten</p> <p>Protokolle von interprofessionellen Treffen</p>

K	Unterstützende Prozesse Psychoonkologische Betreuung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
		<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-23, FBK-10) • Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado) <p>Das erste Screening erfolgt spätestens zu Beginn der stationären Behandlung. Es kann in Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten von jedem Mitglied des Behandlungsteams, das mit der Versorgung von Krebspatientinnen und Krebspatienten betraut ist, nach entsprechender Einarbeitung durchgeführt werden.</p> <p>Wird im Screening eine hohe psychosoziale Belastung festgestellt (cut-off-Wert des jeweiligen Instruments überschritten), muss kurzfristig psychoonkologische Diagnostik erfolgen, wie unter 2. beschrieben.</p> <p>2. alternativ kann bei jeder Patientin und jedem Patienten ein persönliches Gespräch mit einem Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten/tin durchgeführt werden, in dem ggf. ein Behandlungsbedarf festgestellt wird. Das Gespräch ist bei dieser Vorgehensweise nachvollziehbar (Datum, zeitlicher Umfang) zu dokumentieren.</p> <p>Ein Nachweis über das Gespräch oder das stattgehabte Screening ist in der Patientinnen- und Patientenakte aufzubewahren.</p> <p>Mindestens zwei Mal pro Jahr erfolgt ein dokumentiertes konzeptionelles Gespräch zwischen dem/der Psychotherapeuten/tin und ärztlichem sowie pflegerischem Personal.</p>	
3	Psychoonkologische Therapie	Das BZ gewährleistet die bedarfsgerechte Sicherstellung von ggf. erforderlichen psychotherapeutischen Interventionen oder Therapien (über Kooperationen)	schriftliche Kooperationsvereinbarung

L	Unterstützende Prozesse Sozialdienst		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	Mindestens 1 Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter ist arbeitstäglich verfügbar.	Stellenplan, Dienstpläne
2	Beratungsangebote	<p>Jeder Patientin und jedem Patienten muss eine Beratung durch den Sozialdienst aktiv angeboten werden.</p> <p>Im weiteren Behandlungsverlauf ist auf Wunsch der Patientin oder des Patienten eine erneute Beratung kurzfristig möglich.</p> <p>Beratungsgespräche werden auf Ebene der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten dokumentiert.</p>	<p>Verfahrensanweisung</p> <p>Dokumentation auf Ebene der einzelnen Patientin oder des einzelnen Patienten</p>

M	Unterstützende Prozesse Genetisches Risikoscreening		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Kooperation	Das Brustzentrum kooperiert mit einem speziellen Zentrum gemäß der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms.	
2	Screening	<p>Bei jeder Frau und bei jedem Mann wird die "Checkliste zur Erfassung einer erblichen Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs" ausgefüllt. Wird hier ein Risikoscore von mehr als 2 Punkten ermittelt, soll der Frau und dem Mann eine Vorstellung in einem Zentrum gemäß der gültigen Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms angeboten und auf Wunsch organisiert werden.</p> <p>Ein auffälliger Risikoscore wird im Protokoll für die Tumorkonferenz aufgeführt und als Empfehlung einer weiteren genetischen Abklärung in den Entlassungsbrief aufgenommen.</p>	<p>Beratungsberichte des kooperierenden Zentrums</p> <p>ausgefüllte Checklisten</p> <p>Arztbrief</p> <p>Tumorkonferenzprotokoll</p>

N	Unterstützende Prozesse palliativmedizinische Versorgung		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personelle Besetzung	Mindestens 1 ausgebildete Palliativmedizinerin/-mediziner arbeitstäglich verfügbar.	Stellenplan, Dienstpläne
2	Therapie	<p>Die palliativmedizinische Versorgung der Patientin und des Patienten muss innerhalb des Brustzentrums, bei Bedarf aber auch in einer palliativmedizinischen Einrichtung sichergestellt werden.</p> <p>Patientinnen mit nicht heilbarer Krebserkrankung sind zu identifizieren z.B. in der Tumorkonferenz. Sie sind frühzeitig über palliativmedizinische Unterstützungsangebote zu informieren (S3-Leitlinie Palliativmedizin). Bei Bedarf wird die / der Palliativmedizinerin / -mediziner zugezogen. Die / der nachbehandelnde Ärztin / Arzt wird über die Einschätzung der Situation und die Empfehlungen informiert.</p> <p>Für den Prozess der palliativmedizinischen Versorgung gibt es einen definierten Patientenpfad.</p>	<p>Kooperationsvereinbarungen</p> <p>Patientenpfade</p>

0	Personalprozesse		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Personalmanagement	<p>Die Erbringung von Leistungen im Brustzentrum durch externe Partner muss grundsätzlich vertraglich geregelt werden.</p> <p>Eine Vertretung mit gleicher Qualifikation wird gewährleistet.</p> <p>Für jeden Personalprozess werden Verantwortlichkeit und Befugnisse schriftlich festgelegt.</p>	Verträge
2	Stellenplanung	Die Stellenplanung im BZ und bei Kernleistungserbringern im Netzwerk gewährleistet die Verfügbarkeit des erforderlichen Personals. Dabei ist der Facharztstandard obligat.	Stellenpläne
3	Arbeitszeitplanung	Die Arbeitszeitplanung im BZ und bei Kernleistungserbringern im Netzwerk gewährleistet die Verfügbarkeit des erforderlichen Personals unter Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes.	Dienstpläne
4	Festlegen der Qualifikation	Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren Stellen- oder Arbeitsplatzbeschreibungen, in denen ggf. die geforderte besondere Qualifikation klar dargelegt ist.	Stellenbeschreibungen
5	Personalauswahl	Für die Personalauswahl gibt es ein festgelegtes und nachvollziehbares Verfahren.	Verfahrensanweisung Personalauswahl, Protokolle
6	Strukturierte Weiterbildung	<p><u>Spezielle Weiterbildung von Ärzten</u></p> <p>Für in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren verbindliche Weiterbildungscurricula, in denen der Erwerb und die Überprüfung der geforderten besonderen Qualifikation inhaltlich, organisatorisch und zeitlich klar strukturiert sind.</p> <p><u>Weiterbildung von Pflegekräften und Funktionspersonal mit besonderer Qualifikation</u></p>	Weiterbildungscurricula, Weiterbildungspläne

0	Personalprozesse		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
		Für Pflegekräfte und Funktionspersonal des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren Weiterbildungscurricula, in denen der Erwerb und die Überprüfung der geforderten besonderen Qualifikation inhaltlich, organisatorisch und zeitlich klar strukturiert sind. Teilnahme und Erfolg werden dokumentiert.	
7	Strukturierte Fortbildung	Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren prospektive Fortbildungspläne, in denen die entsprechenden aktuellen Richt- und Leitlinien beachtet werden.	Fortbildungsplan

P	Arbeitsumgebung und gesetzliche Anforderungen		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Räume	Das Brustzentrum muss die Infrastruktur ermitteln, bereitstellen und aufrechterhalten, die zur Behandlung der Frauen und Männer mit Brustkrebs erforderlich ist.	
2	Arbeitsschutz	Das BZ gewährleistet den notwendigen Arbeitsschutz, insbesondere beim Umgang mit Blut und Blutprodukten, Gefahrstoffen, Sondermüll und ionisierender Strahlung.	Verfahrensanweisung
3	Hygiene	Die Einhaltung der Vorgaben der Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) wird gewährleistet.	Verfahrensanweisung, Hygieneplan, Stellenplan, Stellenbeschreibungen, Protokolle
4	Datenschutz	Das Patientengeheimnis wird gewahrt. Der Datenschutzbeauftragte überprüft die Einhaltung der Vorgaben regelmäßig.	Verfahrensanweisung, Auditprotokolle
5	Medizingeräte	Medizingeräte entsprechen den aktuellen Anforderungen. Sie werden nach Herstellervorgaben regelmäßig gewartet. Die Einweisungen des Personals erfolgen gemäß Medizingeräte-Betreiberverordnung und werden dokumentiert.	Geräteverzeichnisse Wartungsprotokolle Einweisungsprotokolle
6	Archivierung	Die Archivierung von Krankenunterlagen gewährleistet einen schnellen Zugriff bei Wiedervorstellung der Patientin oder des Patienten. Pathologische Präparate (Objektträger) und Paraffinblöcke werden mindestens 10 Jahre aufbewahrt; Feuchtmaterial mindestens 4 Wochen.	

Q	Wissenschaft und Evaluation		
	Merkmal	Forderung	Nachweise
1	Studien	Das BZ beteiligt sich an Studien und legt seine Beteiligung dar.	Studienprotokolle
2	Landeskrebsregister NRW	Das BZ und Kernleistungserbringer im Netzwerk melden obligatorisch die erforderlichen Daten an das Landeskrebsregister NRW gemäß Landeskrebsregistergesetz – LKRG NRW.	Auswertungsbogen des Landeskrebsregisters
3	Externe Qualitätssicherung	Teilnahme an der Externen QS nach § 137 SGB V. Das BZ unterstützt zusätzliche Auswertungen der einheitlichen sektorenübergreifenden Patientendokumentation zur internen und externen Qualitätssicherung.	Bescheinigung der Geschäftsstelle QS-NRW, Auswertungen
4	Klinikvergleiche	Die Brustzentren ermöglichen eine jährliche vergleichende Aus- und Bewertung der vom Land vorgegebenen Indikatoren und nutzen diese für das interne Qualitätsmanagement. Die erhobenen Daten werden für vom Land initiierte weitergehende Untersuchungen zur Verfügung gestellt.	

Anhang

Die Indikatorenergebnisse aus der vergleichenden externen Qualitätssicherung (IQTIG) - Senologie (Modul 18/1) in der jeweils gültigen Fassung - werden im Audit betrachtet.

Es ist der jeweils der gültige Fall- und Kennzahlbogen für Brustzentren in NRW jährlich spätestens zwei Wochen vor dem Audit ausgefüllt einzureichen.

Alle Parameter werden bewertet. Bei Bedarf werden Verbesserungspotenziale abgeleitet und systematisch genutzt.

Anlage: Kennzahlbogen
Fallzahlbogen