

Protokoll zur Sitzung der Zertifizierungskommission Brustkrebszentren

Vorsitz: Prof. Blohmer; Prof. Scharl

TOP 1 Begrüßung

TOP 2 Aktueller Stand des Zertifizierungssystems

2016 konnten 4 neue Zertifikate verliehen werden, zugleich verloren 3 Zentren ihr Zertifikat - insgesamt stellt sich Stabilität in dem Gesamtsystem ein. Pro Audit werden durchschnittlich nur 0,29 Abweichungen ausgesprochen, dies zeigt die gut etablierte Qualität und sehr gute Erfüllung der Anforderungen in den Zentren.

XML-OncoBox: bereits 83 Zentren nutzen freiwillig die OncoBox.

TOP 3 Vorstellung des Jahresberichts der Brustkrebszentren

Die Ergebnisse der Basisdaten und Kennzahlen aus dem Auditjahr 2016 werden berichtet. Die Anzahl der mehrstandortigen Zentren nimmt weiter ab. Pro Standort stieg die Primärfallzahl 2016 erfreulicherweise an.

Für die Erstellung der Jahresberichte werden alle Angaben der Zentren, die korrespondierenden Angaben der Auditoren und die Angaben aus dem Erhebungsbogen in einem Programm („WhiteBox“) zusammengefasst. Besonderer Wert wird auf die Begründungen der Zentren gelegt, die diese eintragen müssen, wenn eine Sollvorgabe/Plausibilitätsgrenze nicht erreicht wurde. Die beschriebenen Quellen werden analysiert und im „Anmerkungen“-Feld der jeweiligen Kennzahl im Bericht zusammengefasst. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Angaben der Zentren und Auditoren über den Verlauf der Zeit stetig differenzierter und aussagekräftiger werden. Auf diese Weise hat man mit den Jahresberichten ein wichtiges Instrument für die Darstellung der Qualität der Versorgung in Brustkrebszentren zur Verfügung.

In der Diskussion wurde grundsätzlich vereinbart, dass alle potentiellen Änderungen, die Qualitätsindikatoren (QI) der Leitlinie (LL) betreffen in dem AG QI-Treffen der Leitliniengruppe im Juni 2017 adressiert werden. Darüber hinaus soll in dem Treffen u.a. die Erfassung der Komorbiditäten (ASA?, Karnofsky?) und die getrennte Erfassung der intraoperativen Präparatesonographie und der Präparatemammographie angesprochen werden.

Im Besonderen:

- KeZa 12 Psychoonkologische Betreuung
Die in der LL Psychoonkologie genannten Screening-Instrumente sind auch für M1-Pat. geeignet.
- KeZa 20 Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom
Die Zentren werden in einem Brief (Brief wird mit den Informationen über den Jahresbericht und TOP 5d) versendet)) darüber informiert, dass die Teilnahme an der INSEMA-Studie selbstverständlich berücksichtigt wird und keine Hinweise etc. durch den Auditor entstehen, wenn die Sollvorgabe der Kennzahl nicht erreicht wird.

TOP 4 Diskussion der Änderungseingaben für den Erhebungs- und Kennzahlenbogen

Die im Vorfeld der Sitzung eingegangenen Änderungseingaben wurden den Kommissionmitgliedern vor der Sitzung zugesandt. Während der Sitzung wurden die einzelnen Punkte besprochen und konsentiert. Die Ergebnisse der Sitzung sind in dem beigefügten Dokument dunkelgrün markiert.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

- 1.2.3 Prätherapeutische Fallbesprechungen
Die im Vorfeld versandte „Verfahrensanweisung Kooperation BZ/Plastische Chirurgie“ wird in „Verfahrensanweisung zum Umgang mit onkoplastischen und rekonstruktiven Operationen in zertifizierten Brustkrebszentren“ umbenannt, um dem Duktus der Leitlinie zu folgen.
Entsprechend der Verfahrensanweisung wird die Ergänzung aufgenommen: „Zusätzlich sollten Patientinnen mit einer geplanten Mastektomie in der präoperativen TK vorgestellt werden (siehe Verfahrensanweisung)“
- 1.4.1 Psychoonkologie-Qualifikation
Die von der PSO eingebrachten Ergänzungen im ersten Feld (M.Sc. Psychologie) werden, abgesehen von der Spezifikation „Approbation“, angenommen. Der Streichung im zweiten Feld wird zugestimmt. Die Änderungen im dritten Feld sowie die nach der Versendung der Dokumente eingegangene Eingabe für die Ressourcen der Psychoonkologen werden nicht angenommen.
Die Änderungseingaben werden ausgiebig diskutiert. Trotz des Bestandschutzes für Vertreter, die mittels Einzelfallprüfung bereits zugelassen wurden, sieht die Kommission durch die eingebrachte Verschärfung der Anforderung die Schwierigkeit, dass der Bedarf an Psychoonkologen nicht gedeckt werden kann und eine Verschlechterung der Versorgung eintritt. Ggw gibt es bereits 110 Einzelfallentscheidungen im Zertifizierungssystem. Darüber hinaus regt die Kommission an, dass die Ressourcenplanung an qualitativen Kriterien (= Anzahl der durchgeführten Beratungen) festgemacht werden soll und nicht an der Anzahl der Patientinnen des Zentrums.
- 1.5.1 Qualifikation Sozialdienst/Ressourcen und Organisationsplan
In der Sitzung der Sprecher 11/2016 wurde die Eingabe der DGVS konsentiert. Für die Beratung der Patienten in dem Zentrum steht mind. 1 VK für 400 Beratungen bei Pat. des Zentrums (=Primärfälle, sek. Metastasierg., Rezidive) zur Verfügung. Die personellen Ressourcen können zentral vorgehalten werden, ein Organisationsplan muss vorliegen.
- 1.6.8 Selbsthilfegruppen
Hinzugefügt wird: Schriftliche Vereinbarungen sollten mind. alle 5 Jahre aktualisiert werden. Die Eingabe der Selbsthilfe, dass ein Ansprechpartner (vorzugsweise von der Pflege) für die Selbsthilfe benannt werden muss, wird angenommen.
- 2.1.13 Mammographie-Screening
Nach ausgiebiger Diskussion wird die bestehende „muss“ Anforderung für die Teilnahme eines Operateurs am Mammographie-Screening in eine „sollte“- Formulierung geändert.
- Kapitel 3. Radiologie:
Die Eingaben für die Durchführung der Befundung Mammographie (3.4), Sonographie (3.9) und MRT (3.11) werden angenommen. Die Aufnahme einer Kennzahl für die Radiologie in den EB (= Anzahl pos. Biopsie B4 u B5-Läsionen/ Anzahl Biopsien pro benanntem Besucher) wird abgelehnt (Abstimmungsergebnis: 4 Stimmen dafür, 11 dagegen, 10 Enthaltungen). Ebenfalls abgelehnt wird der Nachweis der DEGUM-Qualifikation bzw Senologische Radiologie Stufe 1 bzw 2 für die Sonographie. Die Kommission bittet die Dt. Gesellschaft für Radiologie stattdessen, eindeutige Anforderungen zu formulieren, mit denen die Qualität der radiologisch-senologischen Qualität nachgewiesen werden kann.
- 4.3 Anzahl Skelett-Szintigrafien (organübergreifend)
Da keine Vertreter der DGN anwesend waren, wird die Eingabe in der nächsten Sitzung besprochen.
- 5.2.3 Stationäre Versorgung

Eingabe der Fachexperten für das Streichen der Anforderung wird abgelehnt, unverändertes Beibehalten der Anforderung.

- 5.5.23 Verfahren der Brustrekonstruktion
Zur Aufklärung der Patientin sollte dafür das „Infoblatt Brustaufbau“ zur Verfügung gestellt werden.
- 5.5.23 Allgemeine Anforderungen
Entsprechend der „Verfahrensanweisung Kooperation BZ/Plastische Chirurgie“ muss die unmittelbare perioperative Betreuung nach Rekonstruktion unter der Aufsicht eines in der durchgeführten OP-Technik ausgebildeten Facharztes gewährleistet sein. Außerdem ist die 24h-Erreichbarkeit eines Operateurs sicherzustellen.
- 10 Tumordokumentation/Ergebnisqualität
Die Änderungseingaben der ADT konnten durch ein Missverständnis in der Sitzung nicht konsentiert werden. Nach der Sitzung wurden die kontroversen Punkte zwischen Mandatsträgerin und Vorstandsvertreterin ADT nochmals besprochen. Aus dieser Absprache ergaben sich 2 ausschließlich redaktionelle und nicht inhaltliche Änderungen, die in dem Kapitel 10 des Erhebungsbogens lila markiert wurden. Sollten Kommissionmitglieder mit den lila markierten Änderungen **nicht** einverstanden sein, bitten wir um Rückmeldung, dann werden alle Eingaben zurückgestellt und in der nächsten Sitzung besprochen.

Kennzahlenbogen

An die AG QI der Leitliniengruppe Mammakarzinom, die im Juni tagen wird, wird die Bitte gestellt, dass nicht mehr als 10 QI im Rahmen des Leitlinienprozesses definiert werden. Der Vorschlag wird über die Geschäftsstelle DKG in die Gruppe eingebracht (Einstimmig eingenommen). Alle potentiellen Änderungen, die die QI der LL betreffen, werden bis nach der Sitzung der AG QI der LL (6/2017) zurückgestellt.

Anmerkungen zu ausgewählten Punkten:

- KeZa 4.2/ 5.2/ 6.2/ 7.2/ 8.2/ 9.2/ 10.2
Streichung der Kennzahlen „durchgeführte Therapien“. Über 5 Jahre wurden die KeZa erhoben und es zeigt sich eine durchgängig sehr gute Umsetzung der Empfehlungen aus der TK. Das Ziel der Kennzahl ist somit erreicht und die Kennzahl wird gestrichen (Einstimmig angenommen)

TOP 5 Verschiedenes

a) Verfahrensanweisung Plastische Chirurgie

- Die Kommission bedankt sich bei den Erstellern der Verfahrensanweisung und des Infoblattes für die sehr gute (Zusammen)Arbeit.
- Die Verfahrensanweisung „Kooperation Plastische Chirurgie“ wird vorgestellt und einstimmig angenommen. Um die Formulierungen der S3-LL anzunähern, wird das Dokument umbenannt in "Verfahrensanweisung zum Umgang mit onkoplastischen und rekonstruktiven Operationen in zertifizierten Brustkrebszentren" (einstimmiger Beschluss).
- Das Infoblatt „Plastische Brustoperation“ wird vorgestellt. Die Kommission bittet um zusätzliche graphische Darstellungen für weitere Lappenplastiken und einen Abschnitt für die Mamillenrekonstruktion. Die Änderungen werden durch das CCC Erlangen, die DGPRÄC und die S3-LL-Gruppe abgestimmt und der Kommission über die Geschäftsstelle (GS) zur Verfügung gestellt.

b) Kooperative BZ - Bestandsschutzregelung

In der Sitzung der Sprecher (11/2016) wurde vereinbart, dass die Bestandsschutzregelung 5 Jahre nach Bekanntgabe (d.h. 2022) in den zert. Zentren auslaufen soll. Aktuell gibt es 3 Zentren, die durch Wegfall des Bestandsschutzes das Zertifikat verlieren würden (beide Standorte mit je <100 Primärfällen/Jahr). Insgesamt geht also die Zahl der kooperativen BZ, die die 100Pf nicht erfüllen, kontinuierlich zurück. Die Qualität der kooperativen Zentren mit Bestandsschutz unterscheidet sich nicht von der Qualität der anderen Zentren. Zudem gilt, dass die Bestandsschutz-Zentren keine Abweichung und darüber hinaus ein sehr gutes Auditergebnis nachweisen müssen, um das Zertifikat verlängert zu bekommen. Aufgrund dieser Argumentation möchte die Kommission den Bestandsschutz nicht aufheben..

c) Curriculum Breast Care Nurse

Zur Erarbeitung eines einheitlichen Curriculums für die Ausbildung von BCN wurde der KOK von der Zertifizierungskommission in der letzten Sitzung ein Arbeitsauftrag erteilt. Das daraufhin erarbeitete "Curriculum Breast Care Nurse" wird vorgestellt, es gibt diverse kritische Punkte seitens der Kommission. Da kein Vertreter der KOK anwesend ist, wird gebeten, Anmerkungen zum Curriculum an die DKG zu richten, die diese dann gesammelt an die KOK weiterleitet. Festzuhalten ist, dass grundsätzlich großes Interesse an einer einheitlich definierten Qualität der Ausbildung besteht.

d) Zusammenarbeit Mammographie-Screening/Zentren: aktueller Stand

Zu Beginn wird nochmals das Ergebnis der Befragung der Zentrumsleiter 2016 vorgestellt. Im März 2016 waren 230 Zentrumsleiter zu ihrer Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Mammographie-Screening Einheiten befragt worden, 49 Rückmeldungen (positiv wie negativ) liegen vor. In der Sitzung 2016 war vereinbart worden, dass die Rückmelder gefragt werden, ob sie einer Aufhebung der Anonymität ihrer Rückmeldung zustimmen. Das wurde von den Zentrumsleitern abgelehnt. Ein regionales, moderiertes Treffen zwischen Leitern der Screening-Einheiten und Zentren wurde von Seiten der Referenzzentren als nicht hilfreich beurteilt. Nach ausgiebiger Diskussion wird sich darauf verständigt, dass die DKG/Zertifizierungskommission BZ gemeinsam mit den Referenzzentren einen Brief an den GBA richtet, in dem angeregt wird, dass das Screening nicht nur die qualitätsgesicherte Diagnosestellung im Blick haben darf, sondern eben auch die qualitätsgesicherte Therapie und dass somit die Behandlung in einem zertifizierten Zentrum empfohlen werden muss (vorbehaltlich der Entscheidung der Patientin). Diese Eingabe ist umso wichtiger, da die Rahmenbedingungen für das organisierte Zervix- und KRK-Screening gegenwärtig erarbeitet werden und nachfolgende Screeningprogramme von Erkenntnissen im Umgang mit dem Mammographie-Screening profitieren sollen. Die Vertreter der Referenzzentren werden sich nach Absprache mit ihren Kollegen der anderen Referenzzentren mit einem Entwurf melden.

Parallel dazu wird die DKG mit den Referenzzentren und dem BVF in einem Brief an die Zentren darauf hinweisen, dass sich die Zentren bei Differenzen mit der Screening-Einheit an das zuständige Referenzzentrum wenden können. Ein entsprechender Brief wird über die DKG in Abstimmung vorbereitet.

Die Sitzung wird gegen 16:00 Uhr beendet.

Berlin, 29.03.2017

Protokoll: Wesselmann, Mensah, Vogt

