

# Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums

(aus den Ergebnissen der Arbeitsgruppe „Gute Zentrumszertifizierung“ der Bundesärztekammer)

Das **krankheitsorientierte Zentrum** kann als Prototyp der modernen Zentrenbildung angesehen werden [Siewert<sup>1</sup> 2005]. Man könnte es definieren als eine an einem Standort gebündelte oder als Netzwerk organisierte medizinische Versorgungsstruktur, welche auf die Diagnostik und Therapie von Patienten mit spezifischen Krankheiten bzw. auf die Erkennung von Trägern mit erhöhten Risiken für diese Krankheiten spezialisiert ist. Wesensmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums sind:

- **Krankheitsorientierte Spezialisierung**  
Spezialisierung des Zentrums auf bestimmte Erkrankungen. Versorgung durch qualifizierte Ärzte und weitere medizinischer Berufe. Bereitstellung spezialisierter räumlicher und apparativer Ressourcen.
- **Patientenzentrierung<sup>a</sup>**  
Besondere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Präferenzen des Patienten und seiner Angehörigen.
- **Evidenzbasierte Versorgung**  
Diagnostik und Therapie auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien und Expertenstandards bzw. Anwendung des Expertenkonsensus im Zentrum.
- **Interdisziplinäre<sup>b</sup> und -professionelle Kooperation und Kommunikation**  
Transsektorale Abbildung der gesamten Versorgungskette für die Patienten. Zentrumsinterne Teambildung. Verständnis von therapeutischen Ansätzen anderer Fachdisziplinen, um moderne multimodale Therapien zu ermöglichen.
- **Enge Kooperation und Kommunikation mit den einweisenden und weiterbetreuenden Ärzten sowie mit allen anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten.**
- **Qualitätsmanagement**  
Ein besonders auf Patientensicherheit ausgerichtetes Qualitätsmanagementsystem. Interne und externe Qualitätsdarlegung und regelmäßige Evaluation.

---

<sup>a</sup> Der deutsche Begriff der Patientenzentrierung ist nicht deckungsgleich mit dem Konzept des Patient Centred Care (PCC, Übersicht z. B. bei Pelzang [2010]). Bei letzterem handelt es sich um ein umfangreiches Konzept, das den Patienten als Individuum in den Mittelpunkt der Arzt-Patient Beziehung setzt.

<sup>b</sup> Zur Begriffsunterscheidung: „Interdisziplinarität“ kann man als eine interaktive Kooperationsform verstehen, in der es zu Gemeinsamkeiten zwischen den (ärztlichen) Fachbereichen auf Basis gemeinsamer Behandlungsziele kommt. „Multidisziplinarität“ ist hingegen eine eher additive Kooperationsform, bei der sich die Fachbereiche zwar ergänzen (z. B. durch Nutzung gemeinsamer Ressourcen), aber doch in Ihren Fachgrenzen bleiben. „Transdisziplinarität“ bedeutet schließlich eine vollständige Aufhebung der Fachbereichsgrenzen [Choi und Pak 2006]. „Interprofessionalität“ schließt auch andere Berufsgruppen (z. B. Pflege) mit ein [Diener et al. 2012]. Erbsen et al. [2010] stellen fest, dass organisationstheoretischen Grundlagen für interdisziplinäre Zusammenarbeit in Zentren in der Literatur nicht berücksichtigt werden und empfehlen weitergehende Healthcare-Team-Forschung zu diesem Aspekt.

- Management von Informationen, Wissen und Kompetenzen  
Regelmäßiger fachlicher Austausch mit allen am jeweiligen Krankheitsbild Beteiligten.  
Systematische Weiterentwicklung von Kompetenzen.
- Forschung und Lehre  
Unterstützung des Wissenstransfers von der Forschung in die klinische Praxis. Klinische Forschung und Versorgungsforschung durch Teilnahme an Studien, Registern.  
Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses.

### ***Muster eines Kriterienkatalogs für die Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums***

Im folgenden Teil werden die o.g. Qualitätsmerkmale eines krankheitsorientierten Zentrums durch Qualitätskriterien ausführlicher dargestellt. Generiert wurden diese als Orientierung gedachten Kriterien durch eine Symbiose von im deutschsprachigen Raum eingesetzten Anforderungskatalogen von Zertifizierungsprogrammen. Auf eine mögliche Einteilung in obligatorische und fakultative Kriterien, bzw. „k.o.-Kriterien“ wurde verzichtet. Durch Formulierungen wie „Nachweis von...“ wird klargestellt, dass es sich um bei Bedarf überprüfbare Kriterien handeln muss.

## **Kategorie 1: Krankheitsorientierte Spezialisierung**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen, inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

#### **1.1 Darstellung des Leistungsspektrums**

Das gesamte Spektrum der möglichen Leistungen des Zentrums wird transparent und zielgruppenspezifisch dargestellt.

Dabei werden Aussagen zu Zielsetzungen, Strukturen und der Arbeitsweise des Zentrums präzisiert und über Indikationen und Therapien informiert.

#### **1.2 Fallvolumen**

##### **1.2.1 Fallvolumen je Zentrum**

Um einen hohen Erfahrungsstand zu gewährleisten, werden vom Zentrum Mindestwerte für die Anzahl der betreuten Patienten mit definierten Erkrankungen (in der Regel pro Jahr) eingehalten. Die Zählweise dieser Mindestwerte (Patienten, Fälle, neu diagnostizierte Fälle etc.) ist genau festgelegt. Neben der Gesamtrate der jeweiligen Kennzahl sind ggf. weitere Unterkennzahlen definiert wie z. B.

- ambulante Fälle
- stationäre Fälle
- teilstationäre Fälle

##### **1.2.2 Fallzahlen je Organisationseinheit**

Wenn es unter fachlichen Gesichtspunkten angebracht erscheint, sind auch für einzelne Organisationseinheiten im Zentrum Mindestfallzahlen festgelegt, die vom Zentrum jährlich erreicht werden. Je nach Art der Einheit kann es sich z. B. handeln um Mindestwerte von

- Patienten
- Fällen
- Patientenuntersuchungen
- (Labor-)Probenuntersuchungen
- Behandlungen oder Behandlungszyklen

Die Erreichung der Fallzahlen wird durch entsprechende Dokumentation (Datenbank, Laborbuch etc.) nachgewiesen.

### **1.2.3 Fallvolumen je Arzt/medizinisches Personal**

Das Zentrum weist die persönliche Expertise seiner ärztlichen Mitarbeiter bzw. des medizinischen Personals auch durch Mindestfallzahlen aus. Die Mindestfallzahlen können sich beziehen auf bestimmte Patienten, Fälle aber auch auf Eingriffe, Behandlungen etc.

Die Expertise der Mitarbeiter kann auch in zeitlichen Erfahrungshorizonten ausgedrückt werden (z. B. Ärzte mit mindestens X Jahren Erfahrung in Y). Je nach Fachgebiet kann die Erfahrung der Mitarbeiter auch weiter spezifiziert werden (z. B. X Operationen als Operateur, Y Operationen mindestens als Assistenz).

## **1.3 Personelle Ressourcen**

### **1.3.1 Ärztliche Qualifikation**

Das ärztliche Personal des Zentrums erfüllt fachliche Vorgaben, die sich in der Regel auf eine Mindestanzahl von Ärzten mit definierten Qualifikationen wie

- Gebietsbezeichnungen
- Zusatzbezeichnungen
- Fortbildungen
- sonstigen spezifizierten Qualifikationen

beziehen.

Dabei ist die Zuordnung zum Zentrum (z. B. angestellt in Vollzeit, Teilzeit, bei paralleler Tätigkeit für andere Organisationen X % der Arbeitstätigkeit für das Zentrum tätig) bzw. der Umfang, in dem diese Kräfte dem Zentrum zur Verfügung stehen (z. B. X mal pro Woche, verfügbar vor Ort innerhalb von Y Minuten/Stunden), genau definiert.

Der Personalumfang mit der geforderten Qualifikation kann sich auf das ganze Zentrum beziehen oder aber von der Zahl der behandelten Patienten abhängig sein (z. B. pro X Patienten 1 Arzt mit der Qualifikation Y).

Besonders ausgewiesen ist die Qualifikation der Ärzte in leitenden oder besonders verantwortlichen Positionen im Zentrum. Im Sinne einer prozessorientierten Sichtweise kann sich die geforderte Qualifikation auch auf bestimmte Prozessschritte beziehen (z. B. Prozessschritt A muss von einem Arzt mit Qualifikation X durchgeführt werden).

Zum Nachweis der tatsächlichen Verfügbarkeit weist das Zentrum das ärztliche Personal nicht nur in allgemeinen Stellenbeschreibungen aus, sondern benennt Mitarbeiter namentlich.

### **1.3.2 Pflege Qualifikation**

Das pflegerische Personal des Zentrums erfüllt fachliche Vorgaben, die sich in der Regel auf eine Mindestanzahl von Pflegekräften mit definierten Qualifikationen wie z. B.

- Pflegeexamen
- Fachpflegeausbildung
- sonstige Weiterbildungen in der Pflege

beziehen.

Dabei ist die Zuordnung zum Zentrum (z. B. angestellt in Vollzeit, Teilzeit, bei paralleler Tätigkeit für andere Organisationen X % der Arbeitstätigkeit für das Zentrum tätig) bzw. der Umfang, in dem diese Kräfte dem Zentrum zur Verfügung stehen (z. B. X mal pro Woche, verfügbar vor Ort innerhalb von Y Minuten/Stunden), genau definiert.

Der Personalumfang mit der geforderten Qualifikation kann sich auf das ganze Zentrum beziehen oder aber von der Zahl der behandelten Patienten abhängig sein (z. B. pro X Patienten 1 Pflegekraft mit der Qualifikation Y).

Besonders ausgewiesen ist die Qualifikation der Pflegekräfte in leitenden oder besonders verantwortlichen Positionen im Zentrum. Im Sinne einer prozessorientierten Sichtweise kann sich die geforderte Qualifikation auch auf bestimmte Prozessschritte beziehen (z. B. Prozessschritt A muss von einem Mitarbeiter mit Qualifikation X durchgeführt werden).

Zum Nachweis der tatsächlichen Verfügbarkeit weist das Zentrum das pflegerische Personal nicht nur in allgemeinen Stellenbeschreibungen aus, sondern benennt die Mitarbeiter namentlich.

### **1.3.3 Sonstige Mitarbeiter Qualifikation**

Das sonstige Fachpersonal des Zentrums erfüllt fachliche Vorgaben, die sich in der Regel auf eine Mindestanzahl von Mitarbeitern mit definierten Qualifikationen beziehen. Je nach Fachbereich und Organisationseinheit kann es sich um Mitarbeiter anderer Berufsgruppen handeln. Beispiele sind Mitarbeiter mit definierten Qualifikationen aus den Bereichen

- Ergotherapie
- Labor
- Logopädie
- Nuklearmedizin, Röntgen, Strahlentherapie
- Physiotherapie
- physikalische Therapie
- Psychologie
- Sozialdienst

Dabei ist die Zuordnung zum Zentrum (z. B. angestellt in Vollzeit, Teilzeit, bei paralleler Tätigkeit für andere Organisationen X % der Arbeitstätigkeit für das Zentrum tätig) bzw. der Umfang, in dem diese Kräfte dem Zentrum zur Verfügung stehen (z. B. X mal pro Woche, verfügbar vor Ort innerhalb von Y Minuten/Stunden), genau definiert.

Der Personalumfang mit der geforderten Qualifikation kann sich auf das ganze Zentrum beziehen oder aber von der Zahl der behandelten Patienten abhängig sein (z. B. pro X Patienten 1 Mitarbeiter mit der Qualifikation Y).

Besonders ausgewiesen ist die Qualifikation der Mitarbeiter in leitenden oder besonders verantwortlichen Positionen im Zentrum. Im Sinne einer prozessorientierten Sichtweise kann sich die geforderte Qualifikation auch auf bestimmte Prozessschritte beziehen (z. B. Prozessschritt A muss von einem Mitarbeiter mit Qualifikation X durchgeführt werden).

Zum Nachweis der tatsächlichen Verfügbarkeit weist das Zentrum das Personal nicht nur in allgemeinen Stellenbeschreibungen aus, sondern benennt die Mitarbeiter namentlich.

#### **1.3.4 Bereitschaft und Vertretungsregelung**

Das Zentrum weist nach, dass es seinen Auftrag auch in dem geforderten zeitlichen Umfang zu erfüllen vermag. Dazu liegen genaue Arbeitszeitregelungen und Bereitschaftsregelungen vor. Durch Rufbereitschaftspläne wird die adäquate Versorgung der Patienten auch außerhalb des Routinebetriebs gewährleistet.

Verfügbarkeitsregelungen können auch die Besetzung bestimmter Funktionen, wie z. B. der Notaufnahme, mit bestimmtem Personal zu bestimmten Zeiten umfassen.

Durch Vertreterregelungen sind die Zuständigkeiten bei Krankheit, Urlaub oder sonstiger Nichtverfügbarkeit der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter des Zentrums festgelegt.

#### **1.4 Finanzielle Ressourcen**

Der oder die Träger des Zentrums gewährleisten, dass dem Zentrum ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um seine Versorgungsziele zu erfüllen.

#### **1.5 Räumliche Ressourcen**

Das Zentrum erfüllt die räumlichen Voraussetzungen, um seine Versorgungsziele zu erfüllen.

### **1.5.1 Räumlichkeiten für Patientendiagnostik und -behandlung**

Alle für die qualifizierte Diagnostik und Behandlung der Patienten notwendigen Räumlichkeiten stehen dem Zentrum zur Verfügung. Teilt sich das Zentrum Räumlichkeiten mit anderen Einrichtungen, so ist deren Verfügbarkeit für das Zentrum eindeutig geregelt.

Je nach Art der Diagnostik bzw. der Behandlung können sich unterschiedliche Anforderungen zu Größe und Beschaffenheit der Räume ergeben, z. B.

- Operationssäle
- Intensivstationen
- Laborräume

### **1.5.2 Bettenkapazitäten**

Dem Zentrum stehen zur Erfüllung seiner Versorgungsziele adäquate Bettenkapazitäten zur Verfügung. Je nach Fachbereich können besondere Regelungen enthalten sein z. B. zu

- Art der Zimmer (Einzel-, Mehrbettzimmer)
- Spezialbetten zur besonderen Behandlung, wie Beatmung, Verbrennungsbehandlung etc.
- Möglichkeiten der Isolation bei Infektion
- Möglichkeiten der Unterbringungen von Angehörigen

### **1.5.3 Spezialarbeitsplätze**

Das Zentrum verfügt über Räumlichkeiten für Spezialarbeitsplätze, die es zur Aufgabenerfüllung benötigt. Je nach Fachbereich können unterschiedliche bauliche Anforderungen an diese Spezialarbeitsplätze bestehen, wie z. B.

- spezielle Schutzmaßnahmen (z. B. Strahlenschutz, Infektionsschutz) für Patienten und Personal
- spezielle gesicherte Räume
- Größe oder sonstige Beschaffenheit der Räume

## **1.6 Apparative Ressourcen**

Das Zentrum hält die zu seiner Aufgabenerfüllung notwendigen apparativen Ressourcen vor. Je nach Fachbereich Geräte zur Diagnostik und Therapie der Patienten, aber auch Geräte, die „patientenfern“ zum Einsatz kommen, wie z. B. spezielle Laboranalysegeräte. Die Vorgaben können auch Anforderungen an die Geräte enthalten, z. B. dass bestimmte Untersuchungen mit diesen Geräten durchführbar sein müssen.

Das Zentrum stellt sicher, dass die Geräte von entsprechend qualifiziertem Personal korrekt bedient werden. Darüber hinaus weist es nach, wie die Betriebsbereitschaft der apparativen Ressourcen gesichert ist, z. B. durch Wartungs- und Ausfallkonzepte.

Teilt sich das Zentrum die apparativen Ressourcen mit anderen Einrichtungen, so ist die Verfügbarkeit für das Zentrum nachzuweisen.

## **1.7 Ressourcen für Dokumentation und Datenmanagement**

Das Zentrum stellt die zur Aufgabenerfüllung notwendige personelle und IT-technische Ausstattung zur klinischen Dokumentation sicher. Besonders ausgebildetes bzw. geschultes Personal wie z. B.

- Dokumentationsbeauftragte
- Anwenderbetreuer/-trainer
- IT-Service-Personal

sorgt für die schnelle und zielgerichtete Aufbereitung und Verfügbarkeit medizinischer Daten und strukturierter Informationen.

Ist dieses Personal nicht direkt dem Zentrum zugeordnet, sondern auch für andere Einrichtungen tätig, so ist seine Verfügbarkeit für das Zentrum nachzuweisen.



## **Kategorie 2: Patientenzentrierung**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

### **2.1 Zugang zu und Kontinuität der Versorgung**

Patienten erhalten angemessenen Zugang zu den Leistungen des Zentrums sowie deren Kooperationspartner, z. B. hinsichtlich der Sprech- und Öffnungszeiten bzw. eines barrierefreien Zugangs zu den Einrichtungen des Zentrums.

Patienten steht eine kontinuierliche Bezugsperson bzw. -Kordinierungsstelle im Rahmen der gesamten Behandlungsepisode (sektorenübergreifend) zur Verfügung.

Für die Patienten wird ein reibungsloser Übergang zwischen dem Zentrum, den Kooperationspartnern und anderen Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen sichergestellt.

Patienten erhalten eine kontinuierlich angemessene Versorgung im gesamten Behandlungsprozess ihrer Erkrankung, das betrifft vor allem

- Entlassung
- Überweisung
- Wiedervorstellung
- Nachsorge
- Palliative Therapie.

### **2.2 Patienteninformation und -beratung**

Rechte, Werte und Bedürfnisse der Patienten und deren Angehöriger werden identifiziert, beachtet und geschützt.

Die Information und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen zu allen wichtigen Belangen während der Behandlung in ausreichendem Umfang und in einer für sie verständlichen Weise.

Die Mitarbeiter des Zentrums sind in den entsprechenden kommunikativen Kompetenzen geschult.

Aufnahmegespräch:

Mit jedem Patienten wird ein strukturiertes Aufnahmegespräch geführt und dokumentiert, in dem die individuelle Krankheitssituation und die Präferenzen des Patienten erhoben werden.

Patienten werden über ihre Rechte informiert:

Das sind u. a.

- Recht auf Zweitmeinung
- Recht auf problemlosen Zugang zu Patientenunterlagen
- Schutz der Person und Intimsphäre
- Schutz der persönlichen Daten
- Teilnahme an Studien bzw. Forschungsprogrammen und ihre (Schutz)rechte dabei

Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patienten:

Die Förderung und Erhaltung der Kompetenz der Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung bzw. in der Förderung der Gesundheit hat einen hohen Stellenwert im Zentrum. Dazu dienen weiterführende, möglichst unabhängige Informations-, Beratungs- und Hilfsangebote in allen relevanten Versorgungsbereichen. Diese Angebote sind auf die Patienten zugeschnitten und qualitätsgesichert.

Dabei sind unter anderem zu berücksichtigen

- von Patienten genutzte und gewünschte Zugangswege zu Krankheitsinformation
- Zeitpunkt des subjektiv erlebten Bedarfs
- gewünschte Inhalte, Form und Sprache
- gewünschte Form der Vermittlung (schriftlich, im Gespräch, durch wen, in welchem Setting, etc.)
- Motive für die Suche und erhoffter Nutzen aus Patientensicht
- Bereitstellung von Informationen über Probleme und Alltagsfragen zum Leben mit der Krankheit und ihren Folgen

Entlassungsgespräch:

Mit jedem Patienten wird bei der Entlassung ein strukturiertes Gespräch geführt (Kurzdokumentation/Checkliste), in dem mindestens folgende Themen angesprochen werden:

- Therapieplan
- Individuelle Nachsorge

## **2.3 Patientenzentrierte Entscheidungsfindung**

Die Bedürfnisse, Werte und Präferenzen von Patienten und Angehörigen werden aktiv in die Entscheidung über medizinische und begleitende Maßnahmen miteinbezogen.

Es werden zielgruppenspezifische und möglichst evidenzbasierte Patienteninformationen im Prozess der Behandlung zur Unterstützung der Entscheidungsfindung integriert.

In der Kommunikation mit dem Patienten wird das Verfahren der partizipativen Entscheidungsfindung ("shared decision making") umgesetzt, das folgende Grundprinzipien umfasst:

- a) Erfragen und Berücksichtigen der Erwartungen der Patienten hinsichtlich ihrer Mitentscheidung
- b) den Patienten über Nutzen und Schaden möglicher Therapien informieren
- c) Anwendung der Grundprinzipien der Risikokommunikation und Einsatz von Entscheidungshilfen
- d) Ermittlung, welche Behandlungsziele dem Patienten am wichtigsten sind und wie eine gemeinsame Behandlungsentscheidung herbeigeführt und umgesetzt werden kann.

## **2.4 Beschwerdemanagement**

Das schriftliche dargelegte Verfahren beschreibt die Prozesse der Erfassung, Analyse, Bewertung und die Konsequenzen von Beschwerden. Diese werden systematisch, zügig und patientenorientiert bearbeitet.

Die Mitarbeiter sind für Beschwerden im Sinne einer erwünschten konstruktiven Kritik offen. Sie sind im Umgang mit Beschwerden geschult.

Gegebenenfalls wird die Aufarbeitung und Prüfung der Beschwerden in entsprechenden Gremien, z. B. Qualitätszirkeln, erforderlich, bevor die entsprechenden Korrekturmaßnahmen eingeleitet werden können.

Patienten erhalten zügig qualifizierte Rückmeldung zu ihren Beschwerden.

## **2.5 Patientenbefragungen**

In regelmäßigen Abständen, z. B. einmal jährlich, wird Patienten über einen angemessenen Zeitraum (z. B. 3-5 Monate) die Gelegenheit gegeben, an einer Patientenbefragung teilzunehmen.

Die Ergebnisse der Auswertung der Patientenbefragung fließen in die kontinuierliche Verbesserung der Zentrumsprozesse ein.

## **2.6 Einbindung von Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen**

Patienten werden über Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Information und/bzw. Beratung durch kooperierende Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppe und ähnliche unterstützende Angebote adäquat informiert.

Die schriftlichen Kooperationsvereinbarungen mit den oben genannten Organisationen können vor allem folgende Punkte enthalten:

- Zugang in allen Phasen der Versorgung
- Art und Weise der Information der Patienten über Möglichkeiten der Kontaktaufnahme
- Bereitstellung zielgruppenspezifischer Informationsangebote
- Bereitstellung von räumlichen Ressourcen für individuelle Kontakte
- gemeinsame Qualitätszirkel aller am Versorgungsprozess beteiligten Disziplinen und Professionen und Kooperationspartner
- regelmäßige Besprechungen zwischen Zentrum und o. g. Gruppen zur Abstimmung von gemeinsamen Zielen, Strategien, Aktionen usw..

## **Kategorie 3: Evidenzbasierte Versorgung**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

### **3.1 Evidenzbasierte Medizin**

Vorrangiges Ziel des Zentrums ist die Versorgung der Patienten mit dem anerkannt bestverfügbaren Stand des medizinischen Wissens. Patientenorientierte Entscheidungen werden nach Möglichkeit auf der Grundlage von Evidenz, d. h. empirisch nachgewiesener Wirksamkeit, getroffen.

### **3.2 Leitlinienanwendung und Pflegestandards**

Das Zentrum stellt sicher, dass sich ärztliches Handeln im Zentrum an relevanten aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien orientiert. Eine Leitlinie gilt als Handlungskorridor für die Patientenbehandlung (z. B. Patientenpfade, siehe 2.3), vom dem im begründeten Fall abgewichen werden kann. Je nach Fachbereich handelt es sich um Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften, Berufsverbände oder anderer einschlägiger Institutionen. Wenn möglich, kommen S3-Leitlinien zur Anwendung. Die jeweils gültigen Leitlinien sind klar benannt und zugreifbar. Ihre Aktualität wird regelmäßig überprüft. Die Inhalte der Leitlinien werden den Mitarbeitern systematisch vermittelt.

Gleiches gilt für Standards oder Leitlinien anderer Gesundheitsberufe.

### **3.3 Behandlungspfade**

#### **3.3.1 Behandlungspfade im Zentrum**

##### **3.3.1.1 SOP, Verfahrensbeschreibungen, Arbeitsanweisungen**

Für die Kernprozesse der Patientenbehandlung im Zentrum sind Behandlungspfade definiert. Fachlich orientieren sich diese Pfade an aktuellen hochwertigen wissenschaftlichen Leitlinien bzw. Behandlungsstandards. Teilprozesse sind in Form von Verfahrensanweisungen (Handlungsanweisungen, Standard Operating Procedures (SOP)), festgelegt.

Die Verfahrensbeschreibungen liegen schriftlich vor. Die Verantwortlichen für die Verfahrensschritte sind beschrieben, die notwendigen Dokumentationen sind festgelegt. Verfahrensbeschreibungen werden regelmäßig auf ihre Praxistauglichkeit bzw. auf ihre Angemessenheit unter neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen überprüft. Wo es erforderlich ist, liegen für einzelne Arbeitsplätze detaillierte Arbeitsanweisungen vor.

Prozesse, die mit Verfahrensbeschreibung verbindlich festgelegt sind, betreffen z. B. das Operationsmanagement

- das perioperative Behandlungsmanagement
- das Entlassungsmanagement
- Notfallmanagement

### **3.3.1.2 Schnittstellenmanagement im Zentrum**

Die Schnittstellen zwischen den Kernprozessen und den Unterstützungs- bzw. Umfeldprozessen und damit die Zusammenarbeit zwischen organisatorischen Einheiten des Zentrums sind definiert und in schriftlicher Form festgelegt. Der besonderen Bedeutung der Schnittstellen wird durch Prozesskennzahlen und durch Schnittstellenbesprechungen Rechnung getragen.

### **3.3.2 Behandlungspfade mit Zentrumsumfeld**

#### **3.3.2.1 Sektorenübergreifende Behandlungspfade**

Das Zentrum sieht seinen Beitrag zur Behandlung des Patienten im sektorenübergreifenden Kontext. Dort wo sektorenübergreifende Versorgungspfade mit anderen Partnern des Zentrumsumfelds (z. B. mit Partner der integrierten Versorgung) oder durch gesetzliche Vorgaben (z. B. DMP) definiert sind, integriert das Zentrum seine internen Prozesse.

#### **3.3.2.2 Schnittstellenmanagement mit Zentrumsumfeld**

Die Schnittstellen von Kern- und Unterstützungsprozessen zum Zentrumsumfeld sind definiert. Verantwortliche und Ansprechpartner für externe Schnittstellenbeteiligte sind benannt. Dokumente, die als Informationsträger zwischen den Schnittstellenbeteiligten dienen, wie z. B. Arztbrief oder Nachsorgeplan, sind besonders ausgewiesen. Beispiele für Schnittstellen zum Zentrumsumfeld sind Schnittstellen

- zu einweisenden Ärzten
- zur Rehabilitationseinrichtung
- zu mit- bzw. weiterbehandelnden Ärzten

Kennzahlen dienen dem Zentrum zur Überprüfung der Funktionsfähigkeit der Schnittstellen, wie z. B.

- Wartezeiten bis Behandlungsbeginn im Zentrum
- Dauer bis zur Arztbriefversand

## **Kategorie 4: Interdisziplinäre und -professionelle Kooperation und Kommunikation**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

### **4.1 Zentrumsstrukturen und Zuständigkeiten**

#### **4.1.1 Darstellung der Strukturen**

Die Strukturen des Zentrums und die Zuständigkeiten der beteiligten Partner sind eindeutig und nachvollziehbar – auch gegenüber Patienten und der Öffentlichkeit – dargestellt. Die Eigenständigkeit des Zentrums gegenüber anderen Einrichtungen, z. B. beteiligten Krankenhäusern, wird gewährleistet. Es kann – je nach Art des Zentrums – unterschieden werden zwischen Strukturen innerhalb des Zentrums und Strukturen, in die das Zentrum und externe Kooperationspartner eingebunden sind.

#### **4.1.2 Vertragliche Regelungen**

Die Verbindlichkeit der Aufgaben und Pflichten der beteiligten Partner innerhalb des Zentrums bzw. von Zentrum und externen Kooperationspartnern, z. B. Querschnittsdienstleistern wie Pathologen oder Strahlentherapeuten, wird durch Verträge gewährleistet.

Die Verträge sind als faire Vereinbarungen zwischen gleichberechtigten Partnern ausgelegt. In diesen Verträgen sind in angemessener Detaillierung alle Aspekte der Zusammenarbeit zwischen den Partnern geregelt, die eine reibungslose Patientenversorgung ermöglichen. Inhalte können z. B. sein

- Festlegung von Entscheidungswegen und -gremien
- Festlegung bestimmter Prozesse, Vorgehensweisen oder Kommunikationsformen
- Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Verhaltensgrundsätze z. B. gegenüber Patienten oder Öffentlichkeit
- Verpflichtungen zur Einhaltung von Standards, Leitlinien, etc.
- Vereinbarungen zur Kooperation bei Fort- und Weiterbildung
- Vereinbarungen zur Teilnahme an Zertifizierungen

### **4.2 Kooperationen mit anderen Zentren**

Kooperationen mit anderen im Rahmen von Benchmarkingprojekten oder Synergieeffekten o. Ä. sind anzustreben. Diese Kooperationsvereinbarungen liegen schriftlich vor.

### **4.3 Kooperationen mit anderen Partnern**

Es liegen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den in Kooperation stehenden externen Partnern vor.

Dazu zählen u.a.:

- die sogenannten Querschnittsdienstleister wie Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Hämatologen, Onkologen, Pathologen, Schmerztherapeuten, Pharmakologen
- niedergelassene Ärzte
- Psychologen, Sozialdienst, Physiotherapie, genetische Beratungseinrichtungen
- Selbsthilfegruppen
- Palliativversorgungsorganisationen, Hospize

Es liegt eine Übersicht über alle Kooperationspartner vor und diese wird veröffentlicht.

Für die Erstellung der Kooperationsvereinbarungen gibt es eine benannte Stelle. Die Vereinbarungen werden überwacht und aktualisiert.

#### **4.3.1 Anforderungen an Kooperationen**

Folgende Punkte sind u. a. in den Kooperationsvereinbarungen zu regeln:

- Beschreibung der für das Zentrum relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der Schnittstellen
- Verpflichtung zur Umsetzung ausgewiesener Leitlinien
- Beschreibung der Zusammenarbeit hinsichtlich (spezieller) Dokumentation
- Bereitschaftserklärung für die Zusammenarbeit bzgl. Qualitätssicherungs- bzw. Qualitätsförderungsmaßnahmen (interne/externe Audits, Qualitätszirkel, Peer Reviews...)
- Einhaltung der Schweigepflicht
- Mitwirkung an Weiterbildungsmaßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit
- Teilnahme an Morbiditäts- und Mortalitäts-, ggf. Tumorkonferenzen

#### **4.3.2 Anforderungen an Kooperationspartner**

Die Mindestanforderungen an Kooperationspartner sind festgelegt.

Die Kooperationspartner erfüllen die jeweils an sie gestellten fachlichen Anforderungen und setzen die Kooperationsvereinbarungen um.



## **4.4 Kommunikation**

### **4.4 1 mit dem Patienten**

In der Konzeption der Kern- und Unterstützungsprozesse in der Patientenbehandlung im Zentrum ist die Kommunikation zwischen Ärzten bzw. anderen Professionen und dem Patienten besonders berücksichtigt. So sind die Rahmenbedingungen vorgegeben, wann in der Regel welche Gespräche erfolgen sollten und welchen Inhalt diese Gespräche mindestens abdecken sollten. Beispiele für die Gespräche sind:

- Aufnahme-/Entlassungsgespräch
- Aufklärungsgespräch
- Beratungsgespräch
- Therapieplanung
- Pflegegespräch

Der Patient wird in den Behandlungsprozess so weit wie möglich integriert, d. h. er wird über vorhandene Ergebnisse und Handlungsoptionen informiert. Entscheidungen über die weitere Vorgehensweise werden mit ihm gemeinsam abgestimmt. Auf ausreichende Bedenkzeiten vor Entscheidungen wird dabei geachtet.

### **4.4 2 zwischen den Disziplinen und Professionen**

#### **4.4 2.1 im Zentrum**

Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation spielt eine zentrale Rolle in der Zentrumskonzeption. Insbesondere zur qualitätsgesicherten, multidisziplinären Therapieplanung und -steuerung, bzw. wo es im Behandlungsprozess erforderlich ist, werden folgende Instrumente eingesetzt:

- Fallkonferenzen
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Einholungen von Zweitmeinungen
- interdisziplinäre Gespräche

Alle notwendigen Fachdisziplinen einschließlich Pflege und Pharmakologie müssen ihre Hinweise einbringen können. Dabei existieren verbindliche Regelungen z. B. zu

- Frequenz der Sitzungen
- Teilnehmer
- Ablauf der Sitzung (Einbringung der Patienten, die Vorbereitung der Patientenunterlagen, die Präsentation der Sachverhalte durch die behandelnden Ärzte, die interdisziplinäre/-professionelle Entscheidungsfindung)
- Dokumentation der Ergebnisse
- Überwachung der Umsetzung der Behandlungsempfehlungen

#### **4.4.2.2 im Zentrumsumfeld**

Die interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation betrifft auch Partner außerhalb des Zentrums, die am Behandlungsprozess beteiligt sind. Beispiele sind

- Fallkonferenzen
- (z. B. telemedizinische) Konsile
- Einholung von Zweitmeinungen

Art und Umfang dieser Kommunikation sind in Verfahrensbeschreibungen klar geregelt.

### **4.5. Unterstützungs- und Umfeldprozesse**

#### **4.5.1 Fallmanagement**

Das Zentrum verfügt über ein Konzept mit definierten Prozessen zur Führung bzw. Begleitung des Patienten durch den Behandlungsprozess. Ziel ist es, die belastende Situation der Erkrankung und Behandlung zu erleichtern. Das Konzept enthält Elemente wie z. B.

- Beratung und Benennung von Ansprechpartnern
- übergeordnetes Terminmanagement
- pflegerisches Assessment und Management von Belastungen, Symptomen und Nebenwirkungen
- Unterstützung bei sozialen Problemen

Die Umsetzung des Konzepts wird – z. B. durch Kennzahlen – regelmäßig überprüft.

#### **4.5.2 Pflegemanagement, psychologische, physio- und ergotherapeutische Betreuung und Sozialdienst**

Im Zentrum sind die Unterstützungs- und Umfeldprozesse, welche die Kernprozesse der Patientenbehandlung unterstützen, klar definiert. Verantwortliche und Schnittstellen sind benannt. Die Prozesse betreffen z. B.

- die Pflege
- die psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung
- die krankengymnastische oder physiotherapeutische Behandlung
- die ergotherapeutische Behandlung
- die Sozialarbeitsunterstützung
- die seelsorgerische Unterstützung

#### **4.5.3 Angehörigenbetreuung**

Das Zentrum verfügt über eine systematische Angehörigenbetreuung. Bei Bedarf stehen nicht nur dem Patienten, sondern auch seinen Angehörigen Ansprechpartner zur Verfügung, die beraten und unterstützen können, z. B. bei Fragen

- der Vorbereitung der häuslichen Versorgung des Patienten
- einer Schulung der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung des Patienten
- einer psychologischen Unterstützung in Notsituationen
- einer seelsorgerischen Unterstützung

#### **4.5.4 Personalmanagement**

Das Zentrum hat Prozesse des Personalmanagements definiert. Dazu gehören z. B. Prozesse zur Personalauswahl, zur Personalführung, zum Arbeitsschutz, zur Personaleinarbeitung und zur Aus- und Weiterbildung. Zuständigkeiten auf fachlicher und disziplinärer Ebene sind benannt. Ein Vorgehen zur Lösung möglicher Konflikte ist festgelegt.

## **Kategorie 5: Qualitätsmanagement**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

### **5.1 Zentrumsleitbild**

Im Leitbild des Zentrums werden die Ziele und Wertvorstellungen des Zentrums dargelegt, an denen sich Führung und Mitarbeiter sowie Patienten und Öffentlichkeit orientieren können.

Es bildet den Rahmen für die Qualitätspolitik, Strategien, Ziele und operative Aktivitäten des Zentrums.

Das Leitbild beinhaltet insbesondere Aussagen zu:

- Selbstverständnis des Zentrums (Vision)
- Auftrag des Zentrums (Mission)
- Handlungsfelder des Zentrums
- Unternehmenskultur (Werte, Annahmen und Verhaltensnormen)

Die Vorgaben sind realistisch, d. h. im Praxisalltag tatsächlich umsetzbar.

Die Zentrumsführung trägt Verantwortung für die Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Erstellung sowie für die Umsetzung des Leitbildes.

Das Leitbild wird regelmäßig zentrumsintern und gegenüber der Öffentlichkeit kommuniziert und kontinuierlich weiterentwickelt.

### **5.2 Qualitätsziele**

Das Zentrum legt Qualitätsziele in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität fest, die nachvollziehbar und überprüfbar, d. h. mit Hilfe von Indikatoren/Kennzahlen messbar sind.

Der Erreichungsgrad der Qualitätsziele wird regelmäßig gemessen und bewertet.

Der aktuelle Erreichungsgrad der Qualitätsziele sowie dessen Bewertung, werden regelmäßig zentrumsintern und gegenüber der Öffentlichkeit kommuniziert.

### **5.3 Führungsgrundsätze**

Die Führungsgrundsätze des Zentrums sind definiert und allen Mitarbeitern bekannt und werden in der täglichen Praxis umgesetzt.

## **5.4 Lenkungsgremium**

Das Zentrum verfügt über ein Lenkungsgremium, welches den Betrieb des Zentrums überwacht und lenkt. Die internen und externen Partner sind in diesen Gremien repräsentiert. Entscheidungskompetenz kann auch an weitere, z. B. dezentrale Gremien delegiert werden.

Zur Kompetenz des Lenkungsgremiums zählen z. B.

- strategische Entscheidungen, Zielsetzungen, Aktionspläne
- Finanzplanung/Controlling
- Benennung der Zentrumsführung/ des Zentrumskoordinators
- Erstellung/Änderung der Vertragsvereinbarungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Einsetzung weiterer Gremien und Gruppen, z. B. Qualitätszirkel

Verfahrenseinzelheiten im Lenkungsgremium, z. B. zur Auswahl und Benennung der Mitglieder und zu den Entscheidungswegen, regelt eine Geschäftsordnung

## **5.5 Führung bzw. Koordination**

Die Partner des Zentrums benennen eine Person und/oder eine Einrichtung, welche die Aufgabe der Führung bzw. Koordination im Zentrum verantwortlich übernimmt.

Die Aufgaben der Führung/ des Koordinators sind vertraglich klar geregelt. Dazu zählen z. B.

- Zuarbeit zum Lenkungsgremium
- Planung und Koordination der Umsetzung der Lenkungsgremiumsbeschlüsse
- Koordination und Feinabstimmung mit den am Zentrum beteiligten Einrichtungen bzw. mit den Kooperationspartnern des Zentrums
- Überwachung der Einhaltung von (Qualitäts-)Zielen, Zeitplänen
- Einrichtung, Überwachung und Änderung von Zentrumsprozessen und -pfaden.
- Überwachung der Kommunikation an internen und externen Schnittstellen des Zentrums
- Koordination von Audits und Reviews

## **5.6 Qualitätsmanagement**

Ein internes eigenständiges, zentrumsspezifisches Qualitätsmanagementsystem, in das alle Kooperationspartner miteingebunden sind, wird umgesetzt.

Als Instrumente zur Verbesserung der Versorgungsqualität werden u. a. eingesetzt.

- Implementierung von Behandlungspfaden
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien
- Qualitätszirkel, Peer Reviews
- Öffentliche Berichterstattung

Es existiert ein Zentrums-Qualitätsmanagement-Dokumentation.

Qualitätsmanagementbewertung:

Der Erfüllungsgrad der Qualitätsziele wird regelmäßig gemessen, öffentlich dargelegt und ein Maßnahmenplan daraus abgeleitet.

Für die Qualitätsmanagementbeurteilung können u. a. folgende Ergebnisse genutzt werden:

- Leistungsmengen
- Qualitätsziele
- Planung, Durchführung und Ergebnisse von qualitätsrelevanten Maßnahmen
- Ergebnisse von Audits, ggf. von Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen
- Ergebnisse aus den Qualitätszirkeln und Auswertungen der Qualitätsindikatoren und ggf. anderer Kennzahlen

## **5.7 Qualitätssicherung**

Das Zentrum bedient sich der Instrumente der internen Qualitätssicherung:

z. B. interne Audits, Qualitätszirkel, Medizincontrolling

und beteiligt sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung:

z. B. Peer Reviews, Benchmarking

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung deren Bewertung werden regelmäßig zentrumsintern und gegenüber der Öffentlichkeit kommuniziert.

## **5.8 Patientensicherheit**

### **5.8.1 Sicherheitskultur**

Die Zentrumsführung fördert eine aktive Sicherheitskultur, die sich vor allem durch einen sanktionsfreien Umgang mit Fehlern auszeichnet.

Alle Mitarbeiter des Zentrums werden regelmäßig darin geschult, wie man unerwünschte Ereignisse bemerkt, wie man mit ihnen umgeht und wie man sie vermeidet.

Das Berichten von unerwünschten Ereignissen durch die Mitarbeiter wird aktiv gefördert. Ein Meldesystem ist dafür eingerichtet.

Unerwünschte Ereignisse und Fehler werden transparent und professionell im Zentrum, ggf. mit Kooperationspartnern – im Sinne des organisationalen Lernens aus Fehlern – kommuniziert.

### **5.8.2 Klinisches Risikomanagement (KRM)**

Strategien und Ziele des internen klinischen Risikomanagements sind festgelegt.

Es existieren Zentrumsstrukturen und -prozesse, die den Risiko-Management-Prozess gewährleisten. Diese sind allen Mitarbeitern bekannt.

Dazu gehören u. a.

Benennung einer zentral verantwortlichen Stelle/eines Mitarbeiter zur Koordination und Umsetzung des kRM

Risiko-Identifikationsquellen wie z. B.

- (EDV-gestütztes) Risikoinformationssystem
- Infektionsstatistiken
- Arzneimittelaufsicht
- direkte Beobachtung klinischer Abläufe (z. B. Händedesinfektionsverhalten)
- Auswertung von Patientenschadensfällen
- Fehlerberichtssystem (CIRS)
- Beschwerdemanagement
- professionelle Beratung und Unterstützung, z. B. durch externe Risikoaudits

Risiko-Überwachung

Zur Überwachung klinischer Risiken werden Daten der o. g. Informationsquellen beobachtet und regelmäßig Risikoaudits durchgeführt.

### Risiko-Analyse und Risiko-Bewertung

Risiken und Fehler werden nach einem festgelegten Schema analysiert, z. B.

- mit nicht standardisierten Verfahren (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Fallbesprechungen)
- mit standardisierten Verfahren (z. B. London Protocol, Root Cause Analysis, Mensch-Technik-Organisation-Analyse, Fehlerbau-Analyse u. a.)

Sich daraus ableitenden Risikoträchtigen Konstellationen bzw. Risikoindikationen werden bewertet.

### Risiko-Bewältigung wie z. B.

- Aus den Erkenntnissen der Risiko- und Fehleridentifikation, -analyse und -bewertung werden Maßnahmen abgeleitet.
- Diese Maßnahmen werden allen Mitarbeitern kommuniziert.
- Teilnahme an konkreten externen Projekten zur Beeinflussung klinischer Risiken

Das klinische Risikomanagement ist integraler Bestandteil der internen Qualitätsmanagements.

## **5.8 Benchmarking**

Im Sinne eines praktizierten „Lernen von den Besten“ beteiligt sich das Zentrum an Benchmarkingprojekten.

## **5.9 Evaluation**

Das Zentrum evaluiert seine Kern- und Unterstützungsprozesse bzw. die dazugehörigen Formen der Dokumentation und Kommunikation regelmäßig. In Form von Kennzahlen wird überprüft, ob gesetzte Ziele eingehalten werden. Bei Bedarf, z. B. bei sich ändernden Rahmenbedingungen, werden die Prozesse angepasst.



## **Kategorie 6: Management von Informationen, Wissen und Kompetenzen**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

### **6.1 Dokumentation**

#### **6.1.1 Dokumentation im Zentrum**

##### **6.1.1.1 (Elektronische) Patientenakte im Zentrum**

Das Zentrum verfügt über eine systematische Dokumentation des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse. Die Dokumentation umfasst alle Kern- und Unterstützungsprozesse.

Als Medium kommt eine elektronische Patientenakte zum Einsatz. Datenschutz und rechtliche Grundlagen, z. B. zur Archivierung, werden beachtet. Einzelne Schritte der Behandlung und Planung, Therapieentscheidungen (z. B. nach Tumorkonferenzen oder nach Patientenaufklärungsgesprächen) und während der Behandlung auftretende Ereignisse werden eindeutig und nachvollziehbar aufgezeichnet.

Die adäquate Durchführung gesetzlicher Dokumentationen (z. B. DMP) wird gewährleistet.

Alle notwendigen Daten stehen auch über längere Zeiträume zur Behandlung der Patienten zur Verfügung. Für Langzeitverlaufsbeobachtungen kommt ein Konzept zur Erfassung von Nachbeobachtungs-/Nachsorge-/Follow-Up-Daten zum Einsatz.

##### **6.1.1.2 Spezialdokumentation und wissenschaftliche Dokumentation**

Das Zentrum gewährleistet neben der Basisdokumentation zur Patientenbehandlung die Integration aller für die jeweilige Erkrankung notwendigen Spezialdokumentationen in den Behandlungsprozess. Beispiele für diese Spezialdokumentationen sind

- Tumordokumentation
- Dokumentation der Pathologie
- Bildgebungsverfahren oder apparative oder labortechnische Analyseverfahren
- Arzneimitteltherapieschemata, z. B. Chemotherapie
- Radiologische und strahlentherapeutische Dokumentation

Sofern sich das Zentrum an Wissenschaft, Lehre und Forschung beteiligt, verfügt es ein Konzept zur Einbindung der jeweiligen wissenschaftlichen Dokumentation in den Behandlungsprozess. Beispiele für diese wissenschaftliche Dokumentation sind

- klinische Register
- epidemiologische Register, z. B. Krebsregister
- Studiendokumentation

### **6.1.2 Zentrumsübergreifende Dokumentation**

Beteiligt sich das Zentrum an zentrumsübergreifenden Dokumentationen, z. B. einer sektorenübergreifenden Patientenfallakte, so regelt z. B. ein Dokumentationskonzept z. B.

- die Schnittstellen zur internen Zentrumsdokumentation
- die Gewährung des Datenschutzes
- die organisatorische und technische Abstimmung mit externen Partnern

## **6.2 Informations- und Wissensmanagement**

Das Zentrum verfügt über ein Konzept des Informations- und Wissensmanagements. Ziel ist es, das Expertenwissen seiner Mitarbeiter, das zum Teil implizit, d. h. aufgrund von Erfahrungen und praktischen Fähigkeiten im Sinne eines persönlichen Know-hows vorliegt, in kollektives Wissen des Zentrums umzuwandeln und für Prozesse im Praxisbetrieb des Zentrums verfügbar zu machen.

Methoden des Wissensmanagements sind z. B.

- kollegialer Diskurs in Form von Qualitätszirkeln
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- wissenschaftliche Symposien/Kongresse
- IT-gestützte Expertensysteme

## **6.3 Kompetenzentwicklung**

### **6.3.1 Mitarbeiter**

#### **6.3.1.1 Ärzte**

Das Zentrum verfügt über ein strukturiertes Qualifizierungskonzept seiner ärztlichen Mitarbeiter. Ziel ist die stetige Förderung und Weiterentwicklung des Wissens und der Kompetenzen der Mitarbeiter zur Aufgabenerfüllung des Zentrums.

### **6.3.1.1.1 Ärztliche Weiterbildung**

Je nach betroffenem Fachbereich sind die unterschiedlichen Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung, die zur Aufgabenerfüllung benötigt wird, festgelegt, z. B. zentrumsspezifische

- Tätigkeitskataloge für Gebietsbezeichnungen
- Zusatzbezeichnungen.

Die Ausgestaltung der Weiterbildung, z. B. in Form von Vereinbarungen und Zeitplänen, wird mit den Mitarbeitern gemeinsam entwickelt.

### **6.3.1.1.2 Ärztliche Fortbildung**

Das Zentrum verfügt über strukturierte Fortbildungspläne für das ärztliche Personal. Das Fortbildungskonzept enthält Regelungen zu internen und externen Fortbildungen (z. B. je Mitarbeiter X Tage pro Jahr). Die Inhalte der Fortbildungen und die Teilnahme der Ärzte sind dokumentiert. Die gesetzlich vorgeschriebene Teilnahme aller angestellten Ärzte an Fortbildungen ist sichergestellt. Beispiele für Fortbildungsveranstaltungen, an der die Ärzte des Zentrums teilnehmen, sind

- Trainingskurse für ärztliche Skills
- Curricula der Ärztekammern
- interdisziplinäre Workshops

### **6.3.1.2 Pflege/andere Berufsgruppen**

Das Zentrum verfügt über strukturierte Qualifikations- und Fortbildungspläne für das pflegerische und für anderes medizinisches Zentrumspersonal. Das Konzept enthält Regelungen zu internen und externen Aus- und Fortbildungen (z. B. je Mitarbeiter X Tage pro Jahr). Die Inhalte der Aus- und Fortbildungen und die Teilnahme der Mitarbeiter sind dokumentiert.

Für bestimmte Berufsgruppen können berufsspezifische Maßnahmen festgelegt, z. B. regelmäßige Supervision bei Psychologen.

### **6.3.2 Patienten**

Das Zentrum bietet regelmäßig den Patienten und ggf. auch den Angehörigen krankheitsspezifische Schulungen mit dem Ziel an, deren Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung zu erhöhen.

## **6.4 Fortbildungsveranstaltungen**

### **6.4.1 Innerhalb des Zentrums**

Das Zentrum führt regelmäßig (z. B. zwei- bis viermal pro Jahr) Veranstaltungen durch, die der Fortbildung des ärztlichen und/oder des nichtärztlichen Personals dienen. Inhalte der Veranstaltungen und Teilnahme sind zu protokollieren.

Beispiele sind

- interdisziplinäre Qualitätszirkel
- Workshops, Journal Clubs
- Informationsveranstaltungen/Seminare für Patienten und Angehörige

### **6.4.2 Außerhalb des Zentrums**

Das Zentrum bietet regelmäßig auch für externe (Netzwerks-)Partner Veranstaltungen zum Austausch von Erfahrungen und zur Fortbildung an. Beispiele sind

- Fortbildungsveranstaltungen von Klinikern und Niedergelassenen
- interdisziplinäre Veranstaltungen
- regionale Qualitätszirkel
- wissenschaftliche Seminare
- Informationsveranstaltungen

## **Kategorie 7: Forschung und Lehre**

### Qualitätskriterien:

Es existieren Regelungen inkl. Verantwortlichkeiten und Dokumentation, die folgende Anforderungen berücksichtigen. Die Regelungen werden regelmäßig auf ihre Aktualität und Wirksamkeit hin überprüft.

### **7.1 Studienmanagement**

#### **7.1.1 Einschluss in Studien, Zugang zu Studien**

Das Zentrum ermöglicht seinen Patienten den Zugang zu Studien. Die Patienten werden dazu individuell je nach Erkrankungsbild über geeignete Studien informiert und über Nutzen und Risiken beraten und aufgeklärt. Die fachliche interdisziplinäre Abstimmung erfolgt in den dafür vorgesehen Prozessschritten, z. B. im Rahmen einer Tumorkonferenz.

Bestehen Mindestvorgaben zur Teilnehmerquote an Studien (z. B. 5% aller Patienten des Zentrums pro Jahr nehmen an einer Studie teil) so weist das Zentrum sein Bemühen nach, diese Vorgaben zu erreichen.

Das Zentrum führt Kennzahlen zu Anteil der Studienpatienten.

#### **7.1.2 Studiendurchführung und Studientransparenz**

Das Zentrum macht öffentlich, z. B. auf einer Internet-Präsenz, an welchen Studien es teilnimmt oder teilnahm. Leitung und Koordination der Studien sowie die Kooperation mit externen Studienpartnern sind geregelt. Gremien, z. B. zur Studienlenkung oder zur Publikation sind etabliert.

Zur Studiendurchführung wendet das Zentrums festgelegte Prozessbeschreibungen an, z. B. zur Einreichung der Studienkonzepte bei der Ethikkommission oder zum Vorgehen bei SAEs (Severe Adverse Events). Die studienbegleitenden Sitzungen zum Studiencontrolling, ggf. auch die Teilnahme an externen Sitzungen bei zentrumsübergreifenden Studien, sind geregelt.

### **7.2 Studienkapazitäten**

#### **7.2.1 Räumliche Ressourcen**

Die räumlichen Ressourcen zur Studiendurchführung, wie z. B. speziell gesicherte Räume und die IT-technischen Ressourcen zur Dokumentation werden vom Zentrum sichergestellt. In speziellen Studienordnern sind alle wichtigen Studienunterlagen zusammengestellt.

## 7.2.2 Studienpersonal

Das Zentrum verfügt über ausgebildetes und geschultes Personal zur Durchführung wissenschaftlicher Studien. Dies umfasst z. B.

- Prüfarzt nach § 40 AMG
- Studienbeauftragte
- Studienassistentz/ Study Nurse
- Studiensekretariat

Qualifikation, Stellen, Funktionen bzw. Aufgabenbeschreibungen dieses Personals sind beschrieben und z. B. in Studienorganigrammen namentlich dargestellt. Die Verfügbarkeit des Studienpersonals, z. B. in Hinblick auf weitere Aufgaben in der Patientenversorgung, ist geregelt.

## 7.3 Lehre und Ausbildung

Beteiligt sich das Zentrum an der universitären Lehre der Humanmedizin oder anderer Fachbereiche oder an der Ausbildung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, so verfügt es über ein strukturiertes Lehrkonzept.

### Literatur:

aus den Fußnoten von Seite 1

- a) Pelzang, R.; Time to learn: understanding patient-centred care. British Journal of Nursing 2010; Vol 19, No14: S 912-7
- b) Choi, B.C.; Pak, A.W.; Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. Clin Invest Med. 2006 Dec; 29(6):351-64
- c) Diener et. al.; Wundzentren. Gefäßchirurgie 2012 (5) 17:334–340
- d) Erbsen et. al.; Interdisziplinäre Zentren in Krankenhäusern? Ein Literaturüberblick [Interdisciplinary centres in hospitals? A review of the literature] ZEFQ 2010; 104: 39-44

---

<sup>1</sup> Siewert, J.R.; Des Kaisers Neue Kleider oder: Neue Strukturmodelle für Universitätsklinika. [The Emperor's New Clothes: New structures for university hospitals] Dtsch Med Wochenschr 2005;130:2524-2527