



# **Qualitätskriterien**

## **für die Zertifizierung von Brustzentren**

**Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie**

---

Diese Qualitätskriterien sind in Deutsch, Französisch und Italienisch abgefasst. Bei Widersprüchen ist die deutsche Version massgebend.

Das vorliegende Dokument mit Stand Oktober 2015 wurde an einigen Stellen modifiziert. Es ist für alle ab dem 01.01.2016 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

**Die vorgenommenen Änderungen sind gelb gekennzeichnet.**

**Kontakt**

Krebsliga Schweiz  
Geschäftsstelle Qualitätslabel  
Effingerstrasse 40  
3008 Bern  
[q-label@krebsliga.ch](mailto:q-label@krebsliga.ch)

© KLS / SGS  
Version: 2015

Zuständigkeit: Geschäftsstelle Q-Label

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren in der Schweiz.....</b>	<b>4</b>
A. Die Verantwortlichkeiten sind geregelt.....	5
B. Das Brustzentrum verfügt über ein interdisziplinäres Leistungsangebot.....	6
C. Die Prozesse der Abklärung, Behandlung und Betreuung sind optimiert.....	8
D. Die Patientin wird zeitgerecht, fachkompetent, rücksichtsvoll, umfassend und verständlich orientiert.....	9
E. Die Rechte der Patientin sind gewährleistet .....	10
F. Das Brustzentrum bietet eine palliative Betreuung an .....	10
G. Die Nachsorge ist geregelt.....	11
H. Das Brustzentrum arbeitet mit medizinischen Qualitätskennzahlen.....	11
I. Das Brustzentrum beteiligt sich an Aus- und Weiterbildung, Lehre und Forschung .....	12

# I. Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Brustzentren in der Schweiz

Die im vorliegenden Dokument aufgeführten Kriterien stellen Minimalanforderungen an Brustzentren dar. Sie bilden die Grundlage für das Audit.

Die Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt mittels folgender Niveaus der Erfüllung:

- Das Bewertungskriterium ist zum Zeitpunkt des Audits nicht erfüllt.
- Das Bewertungskriterium ist zum Zeitpunkt des Audits teilweise erfüllt.
- Das Bewertungskriterium ist zum Zeitpunkt des Audits erfüllt.

Es werden zwei Kategorien von Kriterien unterschieden, die bei Nicht-Erfüllen unterschiedliche Auswirkungen auf die Vergabe des Labels haben.

## **Fett markierte Kriterien:**

**Diese Kriterien müssen schon für die Erstzertifizierung erfüllt sein. Wird beim Audit festgestellt, dass ein Kriterium dieser Kategorie nicht oder nur teilweise erfüllt ist, bestimmen die Auditoren eine Frist, innert der das Brustzentrum die Erfüllung des Kriteriums nachweisen muss. Das Label wird erst nach diesem Nachweis (Erfüllung dieses Kriteriums) vergeben (unter Vorbehalt der Erfüllung der weiteren Bedingungen).**

## Übrige Kriterien:

Diese Kriterien müssen erst bei der Rezertifizierung notwendigerweise erfüllt sein. ~~Wird beim Audit festgestellt, dass ein Kriterium dieser Kategorie nicht erfüllt ist, bestimmen die Auditoren eine Frist, innert der das Brustzentrum die Erfüllung des Kriteriums nachweisen muss.~~ Das Label kann schon vor Erfüllung dieses Kriteriums vergeben werden (unter Vorbehalt der Erfüllung der weiteren Bedingungen).

## A. Die Verantwortlichkeiten sind geregelt

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
1	Pro Fachrichtung wird ein Kernteammitglied oder Teamleader <sup>1</sup> bezeichnet. (SGS-Kriterium 2.1)			
2	Das zweite Mitglied des Kernteams jeder Fachrichtung muss mindestens den entsprechenden Facharzttitel besitzen. (2.1)			
3	Die Verantwortung für die Indikationsstellung der Systemtherapie liegt beim Gremium des Tumorboards. (2.20; 3.19)			
4	Die Verantwortung für die Durchführung und Dokumentation der Chemotherapie liegt beim medizinisch-onkologischen Kernteammitglied. <sup>2</sup> (2.20)			
5	Die Verantwortung für die Indikationsstellung der Radiotherapie liegt beim Gremium des Tumorboards. (3.18)			
6	Die Verantwortung für die Durchführung und Dokumentation der Radiotherapie liegt beim Radio-Onkologen. <sup>3</sup> (3.18)			
7	Die Breast Care Nurse stellt sicher, dass ein Angebot für die Navigation der Patientin durch den Therapieprozess vorhanden ist und angeboten wird. Der Leiter des Brustzentrums ist verantwortlich für die Dokumentation, dass das Angebot erfolgt ist.			

<sup>1</sup> Diese Personen besitzen postgraduate (nach FMH-Spezialtitel) eine senologische Berufserfahrung von mindestens 5 Jahren in ihren Fachgebieten und / oder wurden während mindestens eines Jahres in einem Brustzentrum vollamtlich in Brustkrebsbehandlung ihrer Fachgebiete weitergebildet.

<sup>2</sup> Eine anderslautende zentrumsinterne Vereinbarung kann vorliegen (Chemotherapiedurchführung durch Gynäko-Onkologen). Die Durchführung kann unter Verbleib der Brustzentrum Label-Verantwortung extern delegiert werden.

<sup>3</sup> Die Durchführung der Radiotherapie kann unter Verbleib der Brustzentrum Label-Verantwortung extern delegiert werden.

## B. Das Brustzentrum verfügt über ein interdisziplinäres Leistungsangebot

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
8	Die Primärtherapie (chirurgischer Eingriff) wird durch das Brustzentrum durchgeführt. (3.17)			
9	Die genetische Beratung ist gewährleistet. Für alle Patientinnen <sup>4</sup> wird ein Standardfragebogen <sup>5</sup> betreffend familiäre Risiken ausgefüllt. (3.24; 3.35)			
10	Das Brustzentrum bietet mindestens zwei Konsultationen bei der Breast Care Nurse an.			
11	Die onkochirurgisch tätigen Disziplinen führen eine für Brustkrebs designierte Sprechstunde. (3.33)			
12	Mindestens ein plastischer Chirurg ist Kernteam-Mitglied des Brustzentrums. (3.37)			
13	Die plastische Chirurgie führt mindestens einmal pro Woche eine Sprechstunde auch für Brustkrebspatientinnen. (3.26)			
14	Jeder Radiologe aus dem Kernteam muss mindestens einmal wöchentlich für das Brustzentrum diagnostisch tätig sein. (3.27)			
15	Für neoadjuvante Behandlungen wird ein gemeinsamer Besprechungstermin, abgehalten von den Kernteammitgliedern medizinische Onkologie und Onkochirurgie, bei Bedarf auch der Radio-Onkologie, angeboten. <sup>6</sup> (3.12)			
16	Sämtliche für das Brustzentrum untersuchten Stanzbiopsien / minimal invasiv entnommenen Biopsien, werden von einem Kernteammitglied Pathologie befundet. Sämtliche Biopsien, welche als B3, B4 oder B5 (C3-5 für FNP-Material) klassifiziert werden, werden zusätzlich von einem zweiten Pathologen beurteilt. Dies wird im Befund dokumentiert. <sup>7</sup> Biopsien von extern zugewiesenen Patientinnen, welche nicht vom KTM des Brustzentrums befundet wurden, müssen hingegen nur bei Bedarf nochmals von einem KTM befundet werden (z.B. bei geplanter neo-adjuvanter Therapie). Der Entscheid liegt dabei beim KTM Pathologie. (3.28)			

<sup>4</sup> Der Einfachheit halber werden die Begriffe «Frauen» / «Patientinnen» bzw. «Fälle» für beide Geschlechter verwendet.

<sup>5</sup> Die standardisierte Risikoermittlung wird gemäss Basisfragebogen der medizinischen Genetik durchgeführt. Er enthält standardisierte Grundfragen und einen Stammbaum zur Erfassung maligner Erkrankungen der Familie der Patientinnen. Wenn mindestens eine Frage mit «Ja» beantwortet wird, so kann der Erfassungsbogen nach Rücksprache mit der betroffenen Patientin zur genetischen Beurteilung an den mit dem Brustzentrum vernetzten medizinischen Genetiker geschickt werden.

<sup>6</sup> Wenn ein plastisch-rekonstruktiver Eingriff geplant ist, sollte auch der plastische Chirurg anwesend sein.

<sup>7</sup> Die Bestimmung der prädiktiven-prognostischen Marker ER, PR, HER2 und Ki-67 erfolgt leitlinienbasiert. Eine mindestens jährliche Teilnahme an externen Ringversuchen (z.B. UKNEQAS, QulP) zur Qualitätssicherung bezüglich dieser Marker ist obligat.

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
17	Es besteht eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Psychiater oder klinischen Psychologen, wobei mindestens eine Fachperson über eine von der SGPO anerkannte oder äquivalente Zusatzqualifikation in Psychoonkologie verfügt. Die Stellvertretung ist geregelt. Das Distress-Screening kann an die Breast Care Nurse delegiert werden. <sup>8</sup> Bei externen Anbietern muss die Zusammenarbeit vertraglich geregelt sein. (3.36)			
18	Der rekonstruktive Eingriff darf nur durch einen Operateur durchgeführt werden, der über die für den FMH plastische Chirurgie notwendige oder eine äquivalente Ausbildung verfügt. Erfüllt ein Onkochirurg diese Anforderungen, kann er sowohl den tumortherapeutischen wie auch den rekonstruktiven Eingriff durchführen. (Prinzip der <i>fachlichen</i> Teamtrennung Onkochirurgie – plastische Chirurgie) (3.37 und 4.4)			
19	Es ist eine Physiotherapie im Brustzentrum oder extern in vertraglich geregelter Kooperation vorhanden. (3.39)			
20	Es ist eine institutionelle Verbindung zu einem Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung in Lymphdrainage vorhanden. (3.40)			
21	Ein Kernteammitglied der Fachdisziplin FMH plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (oder ein äquivalent ausgebildeter Gynäko-Onkologe) führt alle Brust-Rekonstruktionsformen selbständig durch. <sup>9</sup> (4.4)			
22	Jedes Kernteammitglied Pathologie nimmt an nationalen und / oder regionalen Qualitätskontrollen teil. (4.14)			
23	Die Radiotherapie des Brustzentrums führt ein Qualitätskontrollprogramm für Brustbestrahlung durch. <sup>10</sup> (5.4)			

<sup>8</sup> Die BCN muss mit den [NCCN-Guidelines](#) (engl) für die Anwendung des [Distress-Thermometers](#) vertraut sein. Siehe auch [«Leitlinien zur psychoonkologischen Betreuung von erwachsenen Krebskranken und ihren Angehörigen»](#)

<sup>9</sup> Zum Beispiel

1. Ein- und zweizeitige Brustrekonstruktionen mittels Expander- und/oder Prothesenimplantation,
2. Autologe Brustrekonstruktion mittels freier oder gestielter Lappenplastik (Latissimus dorsi, TRAM, DIEP, SGAP, TUG),
3. Brustrekonstruktion nach Tumorektomie (Formkorrektur, Reduktion, Pexie und/oder Implantat), und
4. Angleichung der Gegenseite (Reduktionsplastik, Pexie, Formkorrektur).

<sup>10</sup> Ein Qualitätskontrollprogramm im Sinne von SOP's. Diese müssen vorhanden und zugänglich sein sowie angewandt werden.

## C. Die Prozesse der Abklärung, Behandlung und Betreuung sind optimiert

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
24	Die Kernteammitglieder der jeweiligen Fachrichtungen erstellen aktuell in der Literatur abgestützte Diagnostik- und Behandlungsrichtlinien und sorgen für deren Durchführung. <sup>11</sup> (3.15)			
25	Für die Implementierung neuer Protokolle / Anhänge wird immer ein Konsens angestrebt. <sup>12</sup> (3.15)			
26	Die Prozessrichtlinien gelten für alle Patientinnen, die das Brustzentrum im Ganzen oder in Teilbereichen durchlaufen. (3.1)			
27	Die One-Stop- /Triple-Diagnostik (klinischer Untersuchung, Basisbildung mit Mx + / - US, Punktion an einem Tag) wird allen Frauen mit palpablen oder sonographisch nachweisbaren Befunden angeboten, die zur Abklärung zugewiesen werden / sich anmelden. <sup>13</sup> (3.3)			
28	Wenn anlässlich der Konsultation klar ist, dass die Patientin keinen pathologischen Befund hat, so wird ihr das direkt mitgeteilt. (3.3)			
29	Es wird eine gemeinsame Krankengeschichte pro Patientin geführt. <sup>14</sup> (3.6)			
30	Alle Patientinnen mit malignen Befunden oder mit Verdacht auf Malignität, für die eine Operation geplant wird, werden vorgängig interdisziplinär besprochen. <sup>15</sup> (3.13)			
31	Alle loko-regionären Rezidive sind vor und nach einer therapeutischen Intervention (Operation, Radiotherapie, systemische Therapie) zu besprechen. <sup>16</sup> (3.13)			

<sup>11</sup> Dabei sind insbesondere internationale Konsensrichtlinien zu berücksichtigen. Die Richtlinien sind gekennzeichnet mit Datum und Version, Gültigkeitsdauer und Zuständigkeit. Der Umfang richtet sich nach dem Inhalt. Die zuständigen Mitarbeiter kennen die Richtlinien und haben freien Zugang.

<sup>12</sup> Wird kein Konsens erreicht, entscheidet der klinische Direktor des Brustzentrums oder sein Stellvertreter.

<sup>13</sup> Muss in mindestens 75% der Fälle erreicht werden.

<sup>14</sup> In der gemeinsamen Krankengeschichte werden zumindest die Anamnese, Risikofaktoren, Untersuchung, Bildgebung, Abklärungskonzept, später auch die Histologie, Therapiekonzepte, Therapie, Verlauf, Nachsorge und auch die Aufklärung festgehalten.

<sup>15</sup> Dabei sind mindestens anwesend: Kernteammitglieder der Onkochirurgie, medizinischen Onkologie, Radiologie und Pathologie (sofern schon eine aktuelle Zytologie oder Histologie vorhanden ist), und beim loko-regionären Rezidiv auch der Radio-Onkologie. Die Fälle, bei denen ein Bedarf nach plastischer Chirurgie besteht, werden bis zur ersten Rezertifizierung besonders gekennzeichnet, so dass der plastische Chirurg an der Besprechung teilnehmen kann. Spätestens ab dem dritten Jahr nach Erstzertifizierung wird seine Mitwirkung obligat.

<sup>16</sup> Dabei sind mindestens anwesend: Kernteammitglieder der Onkochirurgie, Radiologie, Pathologie (sofern schon eine aktuelle Zytologie oder Histologie vorhanden ist), plastische Chirurgie und Radio-Onkologie. Die Liste der zu besprechenden Patientinnen muss an alle Fachdisziplinen des Brustzentrums gehen, so dass der jeweilige Fachvertreter der übrigen beteiligten Fachdisziplinen (Med. Onkologie) selbst beurteilen kann, ob er an dieser Fallbesprechung teilnimmt. Bei speziellem Bedarf kann eine weitere Fachdisziplin (Med. Onkologie) vom Fall vorstellenden Arzt für diese Besprechung angefordert werden.



Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
32	<b>Postoperative Besprechung: Alle Patientinnen mit malignen Befunden werden nach der initialen Therapie (Operation, oder neoadjuvante Therapie) am Tumorboard besprochen (Onkochirurg / medizinischer Onkologe / Radio-Onkologe / Radiologe / Pathologe / optional Breast Care Nurse) <sup>17</sup> (3.14)</b>			
33	<b>Für die Empfehlung der weiteren Behandlung wird immer ein interdisziplinärer Konsens angestrebt. Ziel ist die interdisziplinäre Entscheidung für eine Therapieempfehlung (1. Wahl) bzw. für eine Therapiekaskade (2. oder 3. Wahl). <sup>18</sup> (3.14)</b>			
34	<b>Die Kernteammitglieder der jeweiligen Fachrichtungen sind für die Durchführung der entsprechenden stationären und ambulanten Diagnostik und Therapie verantwortlich. Dies auch, wenn Diagnostik- und Therapieschritte nach ausserhalb des Brustzentrums delegiert werden. (3.15)</b>			
35	<b>Die chirurgische Behandlung der Brust / Axilla orientiert sich an Guidelines. (4.1)</b>			

#### **D. Die Patientin wird zeitgerecht, fachkompetent, rücksichtsvoll, umfassend und verständlich orientiert**

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
36	Die Breast Care Nurse / spezialisierte Fachperson Onkologiepflege ist im Rahmen des Erstgesprächs auf Wunsch der Patientin bei der Diagnose-Übermittlung an die Patientin im Brustzentrum dabei. Ihr steht ein Raum für Gespräche zur Verfügung, der die Intimität der Patientin schützt. (3.10)			
37	<b>Die Patientinnen werden mündlich über ihre individuellen Behandlungsoptionen orientiert. Zur schriftlichen Information werden zusätzlich Broschüren abgegeben. (3.16)</b>			

<sup>17</sup> Mindestanforderungen an das Tumorboard:

- Eine Namensliste der Teilnehmenden wird erstellt, auf welcher die Teilnahme mit Unterschrift quittiert ist;
- Alle im Kriterium 32 genannten Disziplinen sind am Tumorboard vertreten;
- Ein Protokoll wird erstellt und nach dem Tumorboard an die Teilnehmenden und die Abwesenden verteilt oder elektronisch zugänglich gemacht;
- Die Beschlüsse bzw. Empfehlungen des Tumorboards werden präzise, verständlich und für Dritte nachvollziehbar formuliert;
- Abweichende Empfehlungen von KTM werden dokumentiert.

Die vom Tumorboard ausgearbeiteten Empfehlungen werden unmittelbar nach dem Tumorboard in die individuellen Dossiers der vorgestellten Patientinnen übertragen.

<sup>18</sup> Wenn kein Konsens erreicht wird, entscheidet der klinische Direktor des Brustzentrums, bzw. in dessen Abwesenheit sein Stellvertreter.

## E. Die Rechte der Patientin sind gewährleistet

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
38	<b>Das Brustzentrum verfügt über ein Dokument, das die Rechte der Patientinnen und deren Angehörigen erläutert. Dieses muss für die Patientin gut sichtbar aufliegen oder sie muss explizit darauf hingewiesen werden. (3.9)</b>			
39	Das Brustzentrum pflegt eine Kultur der ärztlichen Zweitmeinung. Die Patientin hat das Recht – und wird darin vom Brustzentrum unterstützt –, nach Diagnosestellung und erfolgter Behandlungsplanung eine zweite Meinung einzuholen. (3.9)			
40	<b>Das Brustzentrum bietet den Patientinnen, Angehörigen, Zuweisern und Nachsorgern Möglichkeiten der Rückmeldung an. Das Brustzentrum verfügt über ein geregeltes Beschwerdewesen. Beschwerden werden im Verbesserungsprozess berücksichtigt.<sup>19</sup></b>			

## F. Das Brustzentrum bietet eine palliative Betreuung an

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
41	<b>Palliative Care (inklusive Schmerzbehandlung) wird im Brustzentrum oder in vertraglich geregeltem Verhältnis extern angeboten. (3.38)</b>			
42	<b>Es besteht ein wöchentliches Angebot, um interdisziplinär «Advanced-Disease»-Patientinnen mit Tumorprogredienz zu besprechen. An der Besprechung nehmen die Fachdisziplinen der Systemtherapie und die die betroffene Patientin betreuende Fachdisziplin teil. Die anderen Fachdisziplinen wie Radioonkologie, Traumatologie / Orthopädie, Radiologie und andere werden nach Bedarf zugezogen. (3.13)</b>			
43	<b>Jedes Kernteammitglied Radio-Onkologie und medizinische Onkologie hält Sprechstunden auch für fortgeschrittene Tumorstadien ab.<sup>20</sup> (3.21)</b>			
44	<b>In palliativen Fällen besteht eine institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen Brustzentrum (vor allem der Breast Care Nurse) und einem Palliative-Care-Team und der spezialisierten Spitex. (3.21)</b>			

<sup>19</sup> Anforderungen an das Beschwerdewesen:

- a. Rückmeldungen sind alle Formen von Äusserungen von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit, Wünschen, Hinweisen, Lob und Tadel. Das Kriterium verlangt folglich mehr als lediglich durchgeführte Erhebungen der Zufriedenheit mittels strukturiertem Fragebogen.
- b. Es ist geregelt, wer für die systematische Erfassung und Auswertung der Rückmeldungen zuständig ist.
- c. Am Audit sind Nachweise über erfolgte Verbesserungsprozesse aufgrund eingegangener Rückmeldungen vorzulegen.

<sup>20</sup> fakultativ: Kernteammitglied Gynäkologie

## G. Die Nachsorge ist geregelt

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
45	Die Nachsorge wird für alle Patientinnen durchgeführt. Die Guidelines der EUSOMA oder ESMO <sup>21</sup> dienen als Grundlage. One Stop bei Follow-up auch für Mx / Sono und Biopsien ist gewährleistet. (3.20)			
46	<b>Für alle Patientinnen wird festgelegt, wer die Nachsorge übernimmt (innerhalb oder ausserhalb des Brustzentrums).<sup>22</sup> (3.20)</b>			
47	<b>Die Nachsorge-Sprechstunde im Brustzentrum wird durch ein Kernteammitglied Onkochirurgie oder medizinische Onkologie / Radio-Onkologie durchgeführt oder unmittelbar überwacht. (3.20)</b>			
48	<b>Für die erste provisorische Prothesenanpassung ist die Breast Care Nurse verantwortlich, sie kann aber auch von einer dafür geschulten Pflegefachperson durchgeführt werden. (3.22)</b>			

## H. Das Brustzentrum arbeitet mit medizinischen Qualitätskennzahlen

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
49	Die Datenbank / Software ist mit dem EUSOMA- / SGS-Minimaldatensatz kompatibel. Die Daten werden für das Benchmarking kontinuierlich oder mindestens einmal jährlich bis spätestens Ende April in die von der SGS vorgeschlagene Datenbank übertragen. (2.19)			
50	Ein Datenmanager gibt fortlaufend die Daten der Diagnostik, Behandlung, Pathologie und des klinischen Verlaufs ( <b>Follow-up</b> ) in die Datenbank ein. (3.32)			
51	Die Datenbank erlaubt den Datentransfer zu den Schweizerischen Krebsregistern. (2.19)			

<sup>21</sup> Primary breast cancer: [ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up](#)

<sup>22</sup> Bei Uneinigkeit entscheidet der klinische Direktor des Brustzentrums.

## I. Das Brustzentrum beteiligt sich an Aus- und Weiterbildung, Lehre und Forschung

Nr.	Bewertungskriterium	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt
52	Weiter- und Fortbildung der Ärzte ist ein integraler Bestandteil der Arbeit im Brustzentrum und ist mit freiem Zugang möglich. <sup>23</sup> (6.2)			
53	<b>Alle stationären und ambulanten Behandlungen werden unter der Leitung, respektive Anleitung des jeweiligen Kernteammitglieds des Zentrums durchgeführt.</b> <b>Damit dürfen die Arbeiten unter direkter Überwachung auch von «junior staff» ausgeführt werden.</b> <b>Dabei ist das entsprechende Kernteammitglied für klinisch tätige Disziplinen physisch verfügbar. (3.41; 6.3)</b>			
54	<b>Fort- und Weiterbildung der Kernteammitglieder: Jährlich werden mindestens 8 Credit Points (CP) pro Kernteammitglied gefordert.<sup>24</sup> (4.6)</b>			
55	<b>Bei jedem operativen Eingriff ist das entsprechende Kernteammitglied (Onko-Chirurgie, plastische Chirurgie) vom Hautschnitt bis zur Hautnaht ununterbrochen anwesend. (6.3)</b>			
56	<b>Die Breast Care Nurse / spezialisierte Fachperson Onkologiepflege hat die brustkrebsspezifische Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals sicherzustellen. (6.5)</b>			
57	<b>Die Breast Care Nurse bildet sich kontinuierlich weiter und kann jährlich mindestens 32 Stunden fachspezifische Fortbildung und mindestens 8 Stunden Fallsupervision<sup>25</sup> nachweisen.</b>			
58	<b>Das Brustzentrum beteiligt sich an prospektiven klinischen Studien. (7.1)</b>			
59	<b>Wird im Einzugsgebiet des Brustzentrums ein populationsbasiertes Brustkrebs-Screening durchgeführt, so beteiligt sich das Brustzentrum daran und unterstützt dieses auch. (3.27)</b>			

<sup>23</sup> Kliniken ohne Weiterbildungsauftrag sind nicht verpflichtet Assistenzärzte auszubilden.

<sup>24</sup> Als CP gelten brustkrebs-spezifische, interdisziplinäre und monodisziplinäre regionale bis internationale Kongresse, Tagungen und externe Fortbildungen. Die Akkreditierung erfolgt über Anfrage beim Sekretariat SGS.

<sup>25</sup> Die Supervision muss durch eine Fachperson (z.B. Psycho-Onkologie, Pflegeexpertin) übernommen werden, die nicht in die direkte Behandlung / Pflege der Patientinnen im Zentrum involviert ist.