

# **Verfahren zur Zertifizierung von Brustzentren in NRW**



Stand 22. August 2014 Version 2014

Diese Version ist ab 01.01.2015 gültig.

# Anforderungskatalog-Brustzentren

## Abkürzungen

- AA Arbeitsanweisung (regelt einzelne Prozessschritte, an denen nur ein Prozesseigner beteiligt ist)  
AG Arbeitsgemeinschaft Qualitätsentwicklung NRW  
BZ Brustzentrum  
FC Flowchart (Flussdiagramm zur Prozessdarstellung)  
VA Verfahrensanweisung (regelt Prozesse, an denen mehrere Prozesseigner beteiligt sind)  
(H) Hauptkriterium, wird bei Zertifizierung in jedem Fall geprüft. Grobe Abweichung führt zum Verlust des Zertifikats

Planzahlen beziehen sich immer auf ein Jahr.

<b>A</b>	<b>Anforderungen an die BZ-Strukturen / Auditierung</b>
<b>1</b>	Brustchirurgische Operationen werden ausschließlich an den durch das Land NRW benannten OP-Standorten durchgeführt.
<b>2</b>	Die Kernleistungen diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Onkologie und Pathologie werden in jedem Brustzentrum nur an einem Standort erbracht. 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. "In diesen Fällen müssen folgende Zusatzbedingungen erfüllt sein: a) die federführende Leitung der Kernleistungserbringung an mehreren Standorten durch einen Gesamtverantwortlichen b) die einheitliche Art der Leistungserbringung (gleicher Standard) c) eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Nennung des Gesamtverantwortlichen".

# Anforderungskatalog-Brustzentren

<p><b>3</b></p>	<p>"Folgende Tätigkeiten aus dem Bereich Radiologie können innerhalb eines kooperativen Brustzentrums an benannten OP-Standorten auch von entsprechend ausgebildeten FachärztInnen 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"> <li>1. Drahtmarkierung eines zuvor im Kernleistungsbereich des BZ oder extern eindeutig lokalisierten Tumors, der nicht palpabel ist</li> <li>2. Präparateröntgen zur Überprüfung der vollständigen Exstirpation eines zuvor mammografisch diagnostizierten, nicht palpablen Tumors</li> <li>3. Szintigrafien im Rahmen der Sentinel-node-Diagnostik</li> </ol> <p>Alle übrigen Maßnahmen aus dem Bereich der diagnostischen Radiologie dürfen innerhalb des Brustzentrums ausschließlich durch den Kernleistungserbringer diagnostische Radiologie erbracht werden.</p>
<p><b>4</b></p>	<p>Kliniken, die offiziell als Kooperationspartner oder Funktionsstandort eines Brustzentrums ausgewiesen sind, führen keinerlei brustchirurgische Operationen durch, sondern verweisen entsprechende Patientinnen an das BZ.</p>
<p><b>5</b></p>	<p>Auditierung: 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 mit zwei Manntagen (je ein Manntag für Fach- und Systemauditor) durchgeführt.</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 Zertifikatserhalt. 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. Die Inhalte des Überwachungsaudits entsprechen dem Katalog der Anlage.</p> <p>Bei Vorliegen von wesentlichen Abweichungen im Rezertifizierungsaudit wird durch 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 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>

## Anforderungskatalog-Brustzentren

<b>6</b>	Bei mehrfachen bzw. gravierenden Beschwerden über ein Brustzentrum kann die Zertifizierungsstelle mit Zustimmung des Aufsichtsministeriums ein zusätzliches Zwischenaudit durchführen, das im Umfang einem Nachaudit entspricht.
----------	--

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
<b>1</b>	<b>Managementprozesse</b>		
<b>1.1</b>	<b>Führung</b>		
1.1.1	Führung im kooperativen Brustzentrum	Kooperative Brustzentren bestimmen eine Einrichtung, die den Führungsprozess der Kooperationspartner verantwortlich übernimmt (Netzkoordinator). Pflichten und Kompetenzen des Netzkoordinators werden geregelt.	ggf. Vertrag
1.1.2	Leitbild	Die Vision und die Philosophie des Brustzentrums sind in einem Leitbild verankert.	Leitbild
1.1.3	Strategie und Planung (H)	Die Ziele des Brustzentrums werden geplant, festgelegt und die Zielerreichung wird gemessen.	Protokolle
1.1.4	Führungsgrundsätze	Führungsgrundsätze sind definiert, sind allen Mitarbeitern bekannt und werden umgesetzt.	Führungsgrundsätze, Ergebnisse MA-Befragung
<b>1.2</b>	<b>Finanzen</b>	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>1.3</b>	<b>Management des Netzwerks</b>	Die Führung bzw. der Netzkoordinator stellt die Koordination des Netzwerks sicher.	
1.3.1	Management des Zentrums	Die Führung bzw. der Netzkoordinator stellt die Verfügbarkeit der Kernleistungen des BZ sicher und gewährleistet die Einhaltung der Normen und gesetzlichen Forderungen.	

## Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmal	Forderung	Nachweis
1.3.1.1	Patientinnenpfade (H)	Alle wichtigen Behandlungsprozesse im Netzwerk sind als Patientinnenpfade unter Berücksichtigung der relevanten Leitlinien definiert. Zutreffende S3-Leitlinien müssen umgesetzt werden. 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. Im Rahmen des DMP-Brustkrebs definierte Verantwortlichkeiten finden in den Pfaden angemessene Berücksichtigung. Die Pfade unterliegen dem ständigen Verbesserungsprozess.	siehe Übersichts-Flussdiagramm, VA zur Erstellung von FC, VA und AA
1.3.1.1.1	Diagnostik	Für den Prozess der Diagnostik gibt es einen definierten Patientinnenpfad unter Beachtung der Dokumente im Anhang.	Flussdiagramme, VA, AA
1.3.1.1.1.1	ambulante Diagnostik	Für den Prozess der ambulanten Diagnostik gibt es einen definierten Patientinnenpfad unter Beachtung der Dokumente im Anhang.	Flussdiagramme, VA, AA
1.3.1.1.2	Primärtherapie	Für den Prozess der Primärtherapie gibt es einen definierten Patientinnenpfad unter Beachtung der Dokumente im Anhang.	Flussdiagramme, VA, AA
1.3.1.1.3	Rezidiv-Therapie	Für den Prozess der Rezidiv-Therapie gibt es einen definierten Patientinnenpfad unter Beachtung der Dokumente im Anhang.	Flussdiagramme, VA, AA
1.3.1.1.4	Nachsorge	Für den Prozess der Nachsorge gibt es einen definierten Patientinnenpfad unter Beachtung der Dokumente im Anhang.	Flussdiagramme, VA, AA
1.3.1.1.5	Palliation	Für den Prozess der Palliation gibt es einen definierten Patientinnenpfad unter Beachtung der Dokumente im Anhang.	Flussdiagramme, VA, AA
1.3.6	Hospiz	Vereinbarung mit Behandlungspartnern, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird	Vereinbarungen
1.3.6a	Palliativmedizinische Einrichtung	Vereinbarung mit Behandlungspartnern, in der die Bereitschaft zur Zusammenarbeit erklärt wird, sofern die tragende Klinik nicht selbst über eine solche Einrichtung verfügt.	schriftliche Vereinbarungen

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
1.3.7	Genetische Beratung und Gentest	Das Brustzentrum kooperiert mit einem speziellen Zentrum gemäß der Interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms.	Befundberichte
<b>1.4</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	<p>Umfassendes Qualitätsmanagement ist eingeführt und bis zur 1. Vollzertifizierung im gesamten BZ und bei den Kernleistungserbringern im Netzwerk umgesetzt.</p> <p>Das Qualitätsmanagement-Handbuch des Brustzentrums wird gelenkt. Dokumente verfügen über Versionskennzeichen; neue oder geänderte Dokumente werden durch hierzu befugte Personen, die nicht mit dem Ersteller identisch sind, geprüft und freigegeben. Es erfolgt eine regelmäßige Überprüfung der QM-Dokumentation auf Aktualität. Das Handbuch in der jeweils aktuellen Version kann von allen Mitarbeitern an ihrem Arbeitsplatz eingesehen werden. Neue Mitarbeiter werden über Inhalte und Nutzung der QM-Dokumentation geschult. Die versehentliche Nutzung nicht mehr gültiger Dokumente wird sicher verhindert.</p>	<p>QM-Handbuch; Verfahrens- und Arbeitsanweisungen</p> <p>Revisionslisten, Wiedervorlagepläne, Schulungsnachweise</p>
1.4.1	Qualitätsziele	Die Qualitätsplanung wird jährlich von der Führung bzw. dem Netzkoordinator unter Beteiligung aller Leitungsebenen des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk fortgeschrieben und vom jeweiligen Qualitätsmanager (mit Weisungsbefugnis bei QM-relevanten Fragen) umgesetzt. In Zentrumsverbänden finden zwischen den einzelnen Qualitätsmanagern der kooperierenden Teile regelmäßige, nachzuweisende Abstimmungsgespräche statt.	Protokolle Qualitätsplanung
1.4.2	Systemaufbau und -pflege	Brustzentrum und Kernleistungserbringer verfügen über ein QM-System, das kontinuierlich weiterentwickelt wird	Organigramm, Protokolle
1.4.2.1	QM im BZ	Organisatorische Einbindung aller Bereiche des BZ ins QM-System	Organigramm

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
1.4.3.	Qualitätszirkel	Der QM-Prozess wird durch QZ kontinuierlich unterstützt, die von ausgebildeten Moderatoren begleitet werden.	Protokolle QZ-Sitzungen
1.4.4.1	Patientinnen befragen	Die einheitliche validierte Befragung aller Patientinnen erstreckt sich regelmäßig auf den Zeitraum vom 01.02. – 31.07. eines Jahres. Die Befragung wird vom ZVFK (Uni Köln) ausgewertet.	Darlegung des Instruments und der Auswertungsergebnisse
1.4.4.2	Mitarbeiter befragen	Im Zeitraum von je 3 Jahren wird mindestens eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt und ausgewertet. In diesen Befragungen wird unter anderem die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihren Vorgesetzten und den Arbeitsbedingungen in Erfahrung gebracht.  Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt und es werden bei Bedarf Maßnahmen aus den Befragungsergebnissen abgeleitet und umgesetzt.	Darlegung des Instruments und der Auswertungsergebnisse, Maßnahmenplan
1.4.4.3	Qualitätsindikatoren messen und auswerten (H)	Kontinuierliche Messung und Auswertung aller Qualitätsindikatoren (Anhang)	Messprotokolle, Auswertungen
1.4.5	Qualitätsdarlegung (H)		
1.4.5.1	Interne Audits	Alle Kernleistungsbereiche des Brustzentrums einschließlich ihrer Schnittstellen werden jährlich intern auditiert.	Auditpläne, Auditprotokolle
1.4.5.2	Qualitätsbericht	Jährlicher QB aus allen Kernbereichen des BZ: Darstellung in einer nicht-vertraulichen Form.	Qualitätsbericht
1.4.6	Qualitätsmanagementbewertung (H) ("Management-Review")	Die Führung bzw. der Netzkoordinator überprüft jährlich mit Beteiligung aller Leitungsebenen des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk den Erfüllungsgrad der Qualitätsziele und beschreibt Verbesserungspotenziale. Es resultiert ein Maßnahmenplan. Die Darstellung erfolgt in einer nur für den internen Gebrauch geeigneten Form.  Für die QM-Bewertung werden unter anderem folgende Ergebnisse genutzt: Leistungsmengen, Q-Ziele, Planung, Durchführung und Ergebnisse von q-relevanten Maßnahmen. Ergebnisse von Audits, ggf. von Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen, Ergebnisse aus den QZ und Auswertungen der QI und ggf. weiterer Kennzahlen.	Protokolle QM-Bewertung,



# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
<b>2</b>	<b>Kernprozesse</b>		
2.1	<b>Patientinnen betreuen (H)</b>		
2.1.1	Ethische Grundsätze	Das BZ respektiert die Grundsätze der Autonomie der Patientinnen und unterstützt deren eigenverantwortliches Handeln.	
2.1.2	Informationen geben	Das BZ informiert die Patientinnen bei Diagnosestellung angemessen über Behandlungsmöglichkeiten, vorgesehene Maßnahmen und Untersuchungsergebnisse sowie die Möglichkeiten, eine Zweitmeinung einzuholen und eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Die Beratung wird nachvollziehbar dokumentiert.  Die Diagnosemitteilung erfolgt immer durch einen Arzt	Informationsmaterialien, fallbezogene Dokumentationen
2.1.3	Patientinnen in Behandlung integrieren	Das BZ integriert Patientinnen in die Behandlung und gewährleistet einen "informed consent".	
2.1.3.1	Planung	Die Therapieplanung ist in der Regel innerhalb 48 Stunden nach Diagnosestellung fertig gestellt	
2.1.3.2	Durchführung		
2.1.3.3	Zugang und Information sichern	Es werden Informationen zum Brustzentrum und seinen Räumlichkeiten spätestens bei Aufnahme gegeben.  Das BZ stellt seinen Patientinnen Informationsmaterialien mit den Kontaktadressen aller wichtigen lokalen Ansprechpartner, zum DMP und zu Selbsthilfegruppen während des Aufenthaltes zur Verfügung.	VA, FB Erstinformation DMP, Informationsmedien (z.B. Flyer)

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
2.1.3.3.1	Psychosoziale Betreuung	<p>Die psychosoziale Betreuung erfolgt auf einem der zwei folgenden Wege:</p> <p>a) entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ durch Nutzung eines der folgenden Screening-Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HADS-D Bogen</li> <li>• Distress Thermometer</li> <li>• Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23, FBK-10)</li> <li>• Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-Bado)</li> </ul> <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 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 b) beschrieben.</p> <p>b) alternativ kann bei jeder Patientin ein persönliches Gespräch mit einem Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden, in dem ggf. ein Behandlungsbedarf festgestellt wird. Das Gespräch ist bei dieser Vorgehensweise nachvollziehbar (Datum, zeitlicher Umfang) zu dokumentieren.</p>	<p>Qualifikationsnachweise, Integration in die Patientinnenpfade</p>

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
2.1.3.3.2	Selbsthilfegruppen	Vereinbarungen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen liegen vor.	Vereinbarungen
2.1.3.3.3	Genetisches Risikoscreening	Bei jeder Frau 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 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.  Ein auffälliger Riskoscore muss mit Zustimmung der Patientin dem weiterbehandelnden Arzt mitgeteilt werden.	Ausgefüllte Anamnesebögen, Beratungsberichte des kooperierenden Zentrums, ausgefüllte Checklisten Arztbrief / Tumorkonferenzprotokoll
2.1.4	Beschwerdemanagement	Patientinnen haben einfachen Zugang zu einem geregelten Beschwerdemanagement und erhalten eine Rückmeldung der Einrichtung. Ergebnisse werden im kontinuierlichen Verbesserungsprozess bearbeitet.	VA
<b>2.2</b>	<b>Diagnostik (H)</b>	Bedarfsgerechte Sicherstellung der Diagnostik: Im Regelfall kann eine Patientin innerhalb von 10 Tagen aufgenommen bzw. ein Termin zur ambulanten Diagnostik realisiert werden.	
2.2.1	Bildgebende Diagnostik	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.  Durchführung und Dokumentation der diagnostischen Maßnahmen erfolgen gemäß der gültigen Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland.	VA, Befundberichte

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
2.2.1.1	Sonographie	Sonographie ist im BZ gewährleistet; bei Erstvorstellung im Regelfall am selben Tag.	Patientenpfad
2.2.1.2	Mammographie	Mammographien asymptomatischer Patientinnen und in der Nachsorge sind doppelt zu befunden;	VA; Fallzahlnachweis
2.2.1.2.1	Vergrößerungsmammographie	Vergrößerungsmammographie und Doppelbefundung sind im BZ gewährleistet;	VA; Fallzahlnachweis
2.2.1.3	Stereotaxie	Digitale Stereotaxie 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.	VA; Fallzahlnachweis
2.2.1.4	Magnetresonanztomographie	MRT und -befundung ist im BZ oder im Netzwerk gewährleistet	VA; Fallzahlnachweis; ggf. Kooperationsvertrag
2.2.1.5	Szintigraphie	Szintigraphie und -befundung sind im BZ oder durch einen externen Leistungserbringer gewährleistet. Planzahl: 200 Skelettszintigraphien (inkl. Nicht-Mamma-Patientinnen).	VA; Fallzahlnachweis; ggf. Kooperationsvertrag
2.2.2	Pathologie	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).  Mindestens jährlich ist die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen für die Bestimmung von Östrogen/Gestagen-Rezeptoren und der HER-2/neu-Rezeptoren nachzuweisen, sofern diese Leistungen durch die Pathologie erbracht werden.  Die Zahl von Eingangsnummern, die sich auf Brustdrüsengewebe beziehen, wird erfasst.	VA; AA; Befundberichte
2.2.2.1	Schnellschnitt	Schnellschnitt in der Regel innerhalb 45 Minuten;	

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
2.2.2.2	Histologische Untersuchung	Das Ergebnis der präoperativen Histologie liegt in der Regel innerhalb von 2 Werktagen dem Brustzentrum vor.  Planzahl: Befundung Mammagewebe 300 Eingangsnummern (s.2.2.2)	
2.2.2.3	Zytologie	standardisiert unter Beachtung relevanter Leitlinien	
2.2.2.4	Hormonrezeptorbestimmung	standardisiert unter Beachtung relevanter Leitlinien	
2.2.2.5.	Psychosoziale Diagnostik	Ein Standardisiertes Screening unter Beachtung von Kriterium 2.1.3.3.1 wird durchgeführt. Erforderlichenfalls erfolgt zusätzlich anlassbezogen. eine psychotherapeutische Diagnostik und Therapie.	Patientinnenpfade, Screeningbögen, Checklisten
<b>2.3</b>	<b>Therapie (H)</b>	Bedarfsgerechte Sicherstellung der Therapie: Im Regelfall soll eine Patientin innerhalb von 10 Tagen aufgenommen bzw. die Therapie ambulant begonnen werden können. Es ist in jedem Fall eine ausreichende Bedenk- und Beratungszeit zu berücksichtigen.	
2.3.1	Operative Therapie	Planzahlen: mindestens 150 operierte Primärfälle im BZ oder 100 operierte Primärfälle je OP-Standort. 50 operierte Primärfälle je benanntem Operateur und Kalenderjahr.  Unterschreitet ein Standort eine dieser Planzahlen innerhalb von drei Jahren zum zweiten Mal, stellt dies ein Zertifizierungshindernis dar.  Metastasenchirurgie kann über Kooperationen gewährleistet werden	OP-Statistik

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
2.3.1.1	Weiterbildungseingriffe	<p>Mindestens 20 senologische Operationen je benanntem Operateur sollen, mindestens 10 müssen in verantwortlicher 1. Assistenz bei Weiterbildungseingriffen durchgeführt werden.</p> <p>Diese Eingriffe dürfen im Sinne der o. g. Planzahlanforderungen nur für den benannten Operateur gezählt werden, sofern sie bei Primäroperationen erfolgen.</p>	OP-Statistik
2.3.2	Onkologie / Chemotherapie	<p>Mindestens 50 medikamentöse Tumorthapien (ohne rein endokrine Therapien) bei Patientinnen mit Brustkrebs werden pro Jahr abgeschlossen. Mindestens 200 medikamentöse Tumorthapien bei anderen Tumorarten werden pro Jahr abgeschlossen</p> <p>Je nach Vertragssituation erfolgt die Behandlung ambulant oder stationär. Der Wunsch der Patientin sollte berücksichtigt werden.</p> <p>Die Anzahl der durch das BZ initialisierten neoadjuvanten Therapien wird erfasst.</p>	Leistungsstatistik
2.3.3	Strahlentherapie	Die Strahlentherapie erfolgt im Regelfall ambulant und setzt die S3-Leitlinie um.	
2.3.4	Psychoziale Versorgung	Das BZ gewährleistet die psychosoziale Basisversorgung gemäß Kriterium 2.1.3.3.1 und stellt erforderlichenfalls spezifische Maßnahmen der Patientinnenunterstützung zur Verfügung oder leitet diese ein.	Integration in Patientinnenpfade, z. B. Protokolle von interprofessionellen Treffen, spezifische Informations- / Schulungsangebote, Dokumentation auf Ebene der einzelnen Patientin
2.3.5	Psychotherapeutische Intervention / Behandlung	Das BZ gewährleistet die bedarfsgerechte Sicherstellung von ggf. erforderlichen psychotherapeutischen Interventionen oder Therapien (im Regelfall über Kooperationen)	schriftliche Kooperationsvereinbarung

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
<b>3</b>	<b>Supportprozesse</b>		
3.1	<b>Personalmanagement</b>	Die Erbringung von Leistungen im Brustzentrum durch externe Partner muss grundsätzlich vertraglich geregelt werden.  Eine Vertretung mit gleicher Qualifikation wird gewährleistet.	Verträge
3.1.1	Stellenplanung	Die Stellenplanung im BZ und bei Kernleistungserbringern im Netzwerk gewährleistet die Verfügbarkeit des erforderlichen Personals. Dabei ist der Facharztstandard obligat.	Stellenpläne
3.1.1.1	Operative Disziplin / Senologie		Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.1.1	Ärzte	Mindestens 2 FÄ mit besonderer Qualifikation als Operateure. Vertretung mit gleicher Qualifikation ist gewährleistet.	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.1.2	Pflegekräfte	Mindestens 1 vollqualifizierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit nachgewiesener besonderer Qualifikation in Vollzeit in der senologischen Abteilung je angefangene 50 Fälle pro Jahr.  Die Definition der besonderen Qualifikation der oben genannten Gesundheits- und Krankenpfleger erfolgt schriftlich durch das Brustzentrum. Die Mitarbeiter mit dieser Qualifikation sind namentlich zu benennen.	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.2	Onkologie	Mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation. Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet. Internistische Onkologen: Schwerpunktbezeichnung Onkologie muss vorliegen	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.2a	Palliativmedizin	Mindestens 1 ausgebildeter Palliativmediziner arbeitstäglich verfügbar	
3.1.1.3	Diagnostische Radiologie	Mindestens 2 FÄ mit besonderer Qualifikation; mindestens 1 MRTA mit besonderer Qualifikation; Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet	Stellenplan, Dienstpläne

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
3.1.1.4	Strahlentherapie	Mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation; mindestens 1 MRTA mit besonderer Qualifikation für jede Behandlung verfügbar. Mindestens 1 Medizinphysiker oder Physikingenieur verfügbar. Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.5	Nuklearmedizin	Mindestens 1 FA mindestens 1 MRTA mit besonderer Qualifikation; Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.6	Pathologie	Mindestens 1 FA mit besonderer Qualifikation; Vertretung mit jeweils gleicher Qualifikation ist gewährleistet	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.7	Soziale Betreuung / Koordination	Mindestens 1 Sozialarbeiter arbeitstäglich verfügbar	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.8	Psychoonkologie	Mindestens 1 ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut arbeitstäglich verfügbar	Stellenplan, Dienstpläne
3.1.1.9	Qualitätsmanagement	Mindestens 1 Qualitätsmanager (z. B. BÄK-Curriculum; DIN) im BZ verfügbar	Stellenplan
3.1.2	Arbeitszeitplanung	Die Arbeitszeitplanung im BZ und bei Kernleistungserbringern im Netzwerk gewährleistet die Verfügbarkeit des erforderlichen Personals unter Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes	Dienstpläne
3.1.3	Festlegen der Qualifikation (H)	Für alle Mitarbeiter des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren Stellenbeschreibungen, in denen ggf. die geforderte besondere Qualifikation klar dargelegt ist.	Stellenbeschreibungen
3.1.4	Personalauswahl	Für die Personalauswahl gibt es ein festgelegtes und nachvollziehbares Verfahren	VA Personalauswahl, Protokolle
3.1.5	Strukturierte Weiterbildung (H)		
3.1.5.1	Spezielle Weiterbildung von Ärzten	Für in Weiterbildung befindliche Ärzte des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren verbindliche Weiterbildungs-	Weiterbildungscurricula, Weiterbildungspläne



# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
		curricula, in denen der Erwerb und die Überprüfung der geforderten besonderen Qualifikation inhaltlich, organisatorisch und zeitlich klar strukturiert ist.	
3.1.5.1.1	Operateur	<p>Besondere Kenntnisse zu ablativen, brusterhaltenden und rekonstruktiven Verfahren, Axilladissektion, 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"> <li>1. Ablative Verfahren bis hin zur radikalen Tumorchirurgie</li> <li>2. Ausräumung der Axilla (inkl. Sentinel-Node Technik)</li> <li>3. Entnahme von Gewebeproben</li> <li>4. Beherrschung von Komplikationen nach erfolgter Operation</li> <li>5. Brusterhaltende Therapieverfahren: sektorale Resektionen, Skin-Sparing Mastektomie, subkutane Mastektomie (ggf. bis hin zu autologem Gewebetransfer)</li> <li>6. Metastasenchirurgie</li> <li>7. Aufbau, Reduktionsplastik, Korrektur-OP</li> <li>8. Autologer Gewebetransfer, Onkoplastische Eingriffe</li> </ol> <p>6.-8. Nicht obligat, aber Kooperationspartner müssen angegeben werden, schriftliche Verträge</p>	
3.1.5.1.2	Pathologe	<p>Besondere Kenntnisse in der Aufarbeitung und Beurteilung von Zytologien / Gewebe aus der Mamma, Lymphknoten und Metastasen anderer Körperregionen.</p> <p>z. B. Kenntnisse in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lymphknotenhistologie</li> <li>- Gewebsbeurteilung aus anderen Körperregionen</li> <li>- Zytologischer Untersuchung von Organ- und Knochenmarkspunktaten</li> <li>- Zytologischer Kontrollen von Aszites und Pleurapunktaten</li> </ul> <p>zusätzlich Erfahrung mit Aufarbeitung des Sentinel-Lymphknotens</p>	

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
3.1.5.1.3	Onkologie / Chemotherapie	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 Patientin erforderlich. Erfahrungen aus insgesamt mindestens 300 abgeschlossenen onkologischen Chemotherapiebehandlungen.	
3.1.5.1.4	Stereotaxie	<p>I besondere Kenntnisse in der stereotaktischen Technik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stereotaktische Stanzbiopsie: Nachweis von mindestens 20 schriftlichen Befunden einschließlich bildlicher Befunddokumentation und histologischem Befund mit Dokumentation von ausreichender Gewebsentnahme oder Einarbeitung durch erfahrene Ärzte oder Institute bei 25 stereotaktischen Stanzbiopsien (davon durch Firmentraining max. 10).</li> <li>- Stereotaktisch gesteuerte Vakuumbiopsie: 30 stereotaktisch gesteuerte Vakuumbiopsien, die entsprechend Standard durchgeführt wurden, mit histopathologischem Ergebnis.</li> </ul> <p>II Nachweis besonderer Kenntnisse in sonographisch gesteuerter Stanzbiopsie: Diese werden nachgewiesen durch den Nachweis von mindestens 20 schriftlichen Befunden einschließlich bildlicher Befunddokumentation und histologischem Befund mit Dokumentation von ausreichender Gewebsentnahme.</p> <p>III Ferner ist die regelmäßige Durchführung von insgesamt 200 perkutanen Interventionen pro Jahr (ausgenommen FNPs) zu fordern.</p>	Befunde, Bilddokumentationen, Histologieberichte
3.1.5.2	Weiterbildung von Pflegekräften und Funktionspersonal mit besonderer Qualifikation	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.	Weiterbildungscurricula, Weiterbildungspläne

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
3.1.6	Strukturierte Fortbildung	Für alle Mitarbeiter des BZ und der Kernleistungserbringer im Netzwerk existieren prospektive Fortbildungspläne, in denen die entsprechenden aktuellen Richt- und Leitlinien beachtet werden.	Fortbildungsplan
<b>3.2</b>	<b>Informationsmanagement</b>	Das Informationsmanagement stellt die zeitgerechte Verfügbarkeit der erforderlichen Informationen im BZ und im Netzwerk sicher	
3.2.1	Dokumentation (H)	Langfristiges Ziel ist eine durchgängige, einheitliche und sektorenübergreifende edv-gestützte Dokumentation im BZ und bei Leistungserbringern im Netzwerk, die Informationen über Schnittstellen hinweg zeitgerecht zur Verfügung stellt.	
3.2.2	Informationsfluss	An allen wichtigen Schnittstellen im BZ und im Netzwerk wird der Informationsfluss durch besondere Maßnahmen, z. B. persönliche Kommunikation oder spezielle Medien sichergestellt. Insbesondere die Kommunikation mit Haupteinweisern sowie Mit- und Weiterbehandlern (z.B. Hausärzte, Gynäkologen, Psychotherapeuten, Programmverantwortliche ÄrztInnen im Screening, Reha-Einrichtungen) ist durch entsprechende Rückmeldesysteme zu gewährleisten.	VA zu Rückmeldesystemen
3.2.2.1	Informationsfluss für Leistungserbringer im BZ / Netzwerk	Regelmäßige Besprechungen aller an wichtigen Schnittstellen Beteiligten in der Arbeitszeit	VA zu Besprechungen im Patientinnenpfad, Protokolle

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
3.2.2.1.1	Tumorkonferenz / Tumorboard (H)	<p>Mindestens 95% aller Primärfälle im BZ werden in einer Tumorkonferenz interdisziplinär besprochen. Die Nicht-Vorstellung einzelner Patientinnen wird schriftlich begründet.</p> <p>An der Tumorkonferenz nehmen jeweils mindestens Operateur, Onkologe, diagnostischer Radiologe und Strahlentherapeut teil. Pathologische Expertise muss im Bedarfsfall ad hoc verfügbar sein. Die Teilnahme an der Tumorkonferenz ist Bestandteil der besonderen internen Weiterbildungscurricula.</p> <p>Grenzfälle und Fälle, in denen vom festgelegten Standard (VA/AA) abgewichen wird, werden immer präoperativ vorgestellt.</p> <p>Patientinnen mit Lokalrezidiven oder Metastasen sind immer interdisziplinär zu besprechen.</p> <p>Das BZ regelt schriftlich, welche Patientinnen obligat präoperativ in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorzustellen sind.</p> <p>Abweichungen vom Standard sind in der Patientenakte unter Verweis auf das Protokoll der Tumorkonferenz zu dokumentieren.</p> <p>Die betreffende Patientin kann auf Wunsch an der Tumorkonferenz teilnehmen. Die Beschlüsse der Tumorkonferenz werden dokumentiert und von den verantwortlichen Ärzten autorisiert.</p> <p>Abweichungen von den Empfehlungen der Tumorkonferenz werden erneut in der Konferenz vorgestellt.</p>	VA, Protokolle

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmale	Forderung	Nachweis
3.2.2.2	Informationsfluss für Patientinnen / Angehörige	<p>Im Patientinnenpfad ist der Informationsfluss für die Patientin und die Leistungserbringer klar geregelt. Besondere Instrumente sind u.a. Patientinnen- und Angehörigensprechzeiten sowie verschiedene Medien zur Informationsvermittlung an Patientinnen und Angehörige.</p> <p>Die Patientin erhält eine Kopie des abschließenden Arztbriefes mit Angaben zur Histologie, Operation und Informationen zur weiteren Behandlung.</p> <p>Es erfolgt im Regelfall ein dokumentiertes ärztliches Abschlussgespräch nach der Tumorkonferenz.</p>	Flussdiagramme, VA, Medien
3.2.2.3	Fortbildungen und Information		
3.2.2.3.1	Patientinnen / Angehörige	Das BZ führt für Patientinnen und Angehörige regelmäßig Informationsveranstaltungen durch.	Programme, Teilnahmelisten
3.2.2.3.2	Leistungserbringer im Netzwerk	Das BZ führt für Leistungserbringer im Netzwerk regelmäßig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen durch.	Programme, Teilnahmelisten
3.2.3	Datenschutz	Das Patientengeheimnis wird gewahrt. Der Datenschutzbeauftragte überprüft die Einhaltung der Vorgaben regelmäßig	VA, Auditprotokolle
3.2.4	Archivierung	Die Archivierung von Krankenunterlagen gewährleistet einen schnellen Zugriff bei Wiedervorstellung der Patientin. Pathologische Präparate (Objekträger) und Paraffinblöcke werden mindestens 10 Jahre aufbewahrt; Feuchtmaterial mindestens 4 Wochen.	
<b>3.3</b>	<b>Ressourcen</b>		
3.3.1	Räume		Raumpläne

# Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmals	Forderung	Nachweis
3.3.1.1	Zytostatikaarbeitsplatz	Muss vorhanden sein, wenn Chemotherapeutika im BZ zubereitet werden.	
3.3.2	EDV	Hard- und Softwareausstattung im BZ und im Netzwerk unterstützen die Prozesse und sichern die Datenerfassung und den Datenfluss unter weitest möglicher Vermeidung redundanter Dateneingaben.	
3.3.3	Gerätstandards	Medizingeräte entsprechen den aktuellen Anforderungen der jeweiligen Fachgesellschaft.	Geräteverzeichnisse
<b>3.4</b>	<b>Sicherheit im Brustzentrum</b>	Das BZ gewährleistet eine sichere Umgebung für Patientinnen und Mitarbeiter.	
3.4.1	Arbeitsschutz	Das BZ gewährleistet den notwendigen Arbeitsschutz, insbesondere beim Umgang mit Blut und Blutprodukten, Gefahrstoffen, Sondermüll und ionisierender Strahlung	VA
3.4.2	Hygiene	Die Hygienekommission und ein Hygienebeauftragter mit zweckmäßiger personeller, finanzieller, räumlicher und sächlicher Ausstattung erstellen einen Hygieneplan und überprüfen regelmäßig die Einhaltung der Vorgaben	VA; Hygieneplan; Auditprotokolle
3.4.3	Wartung medizinischer Geräte	Das BZ gewährleistet die notwendige Wartung der Geräte.	
3.4.4	Riskmanagement / Fehlermanagement	Das BZ identifiziert regelmäßig fehlerträchtige Prozessschritte und ergreift systematisch Maßnahmen zur Fehlervermeidung.	

## Anforderungskatalog-Brustzentren

	Merkmal	Forderung	Nachweis
<b>3.5</b>	<b>Wissenschaft und Evaluation</b>		
3.5.1	Studien (H)	Das BZ beteiligt sich an Studien und legt seine Beteiligung dar.	Studienprotokolle
3.5.2	Epidemiologisches Krebsregister	Das BZ und Kernleistungserbringer im Netzwerk melden obligatorisch die erforderlichen Daten an das epidemiologische Krebsregister NRW (EKR-NRW) gemäß § 4 Krebsregistergesetz – KRG NRW.	Bescheinigung des Krebsregisters
3.5.3	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
3.5.4	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.	

# Anforderungskatalog-Brustzentren

## Qualitätsindikatoren

Die Indikatoren aus der vergleichenden externen Qualitätssicherung (AQUA-Institut) - Senologie (Modul 18/1) in der jeweils gültigen Fassung - werden im BZ erhoben

Ferner werden die unten aufgeführten Indikatoren innerhalb des Brustzentrums erhoben.

Alle Indikatoren werden bewertet. Bei Bedarf werden Verbesserungspotentiale abgeleitet und systematisch genutzt.

Nr.	Bereich	Ziel	Beschreibung	Referenzbereich
1	GYN	Wartezeiten in der Brustsprechstunde	Anteil Pat. mit Wartezeit < 30 min an allen Pat. in Sprechstunde (4 Wochen auswerten)	nicht definiert
2	GYN	Wartezeit auf Termin Sprechstunde	In der Regel <= 1 Woche (4 Wochen bzw. 2 * 2 Wochen auswerten)	nicht definiert
3	GYN	Selten Revisions-Operationen	Quotient aus Fällen mit Revisionseingriff wegen operationsbedingter Komplikationen und allen Eingriffen in der eigenen Abteilung	< 5%
4	GYN	Selten postoperative Wundinfekte	Selten postoperative Wundinfekte nach Eingriff in der eigenen Abteilung	< 5%
5	BZ	Immer Meldung des BZ an das Epidemiologische Krebsregister NRW (EKR)	Es ist der Nachweis einer Meldung ans EKR zu führen.	>= 98 %
6	BZ	Evaluation der Patientinnenzufriedenheit (ZVFK, Köln)	Anteil Patientinnen im Messzeitraum, von denen eine Einverständniserklärung (Zustimmung oder Ablehnung) vorliegt.	>=95%
7	BZ	Hohe Patientinnenzufriedenheit	Skalen Image, Patientenaktivierung, empathische Informationsvermittlung, Unterstützung durch Pflegekräfte	nicht definiert



# Anforderungskatalog-Brustzentren

## Inhalte der Überwachungsaudits

### Kriterium Inhalt

- 1.1.3 Ziele des Vorjahrs mit Beurteilung über die Erreichung aktueller Zielvorgaben
- 1.3. Kooperationen / Neue Vereinbarungen / Gekündigte Vereinbarungen
- 1.4.2.1 Auditberichte anderer Zertifizierungen (soweit vorhanden)
- 1.4.2.1 Maßnahmen zu den Abweichungen / Verbesserungspotentialen aus dem Voraudit
- 1.4.2.1 systematische Umsetzung der Maßnahmen
- 1.4.3 abgehaltene Qualitätszirkel mit MA-Zahl, Sitzungszahl und Thema
- 1.4.4.1 Bewertung der Patientenbefragungs-Ergebnisse und resultierender Maßnahmenplan
- 1.4.4.2 Auswertung der Mitarbeiter-Befragung (soweit vorhanden) und resultierender Maßnahmenplan
- 1.4.4.3 Auswertung der Qualitätsindikatoren gemäß BZ-Konzept NRW und resultierender Maßnahmenplan
- 1.4.5.1 interne Auditberichte
- 1.4.5.1 Jahresplan für die internen Audits
- 1.4.5.2 aktueller interner Qualitätsbericht
- 1.4.6 aktuelle Managementbewertung
- 1.4.6 Maßnahmenplan aus der letzten Managementbewertung
- 2.2.1.1 Zahl der Jet-Biopsien (sonografisch)
- 2.2.1.3 Zahl der Stereotaxien (radiologisch)
- 2.2.1.4 Zahl der MRTs Mamma
- 2.2.1.5 Zahl der Knochenszintigrafien
- 2.2.1.5 Zahl der sentinel-node-Szintigrafien
- 2.2.2.1 Zahl der Schnellschnitt-Untersuchungen bei Mamma-CA
- 2.2.2.2 Zahl der Histologischen Untersuchungen bei Mamma-CA
- 2.3.1 Zahl der Primäreingriffe bei Mamma-CA gesamt
- 2.3.1.1 Zahl der Primäreingriffe bei Mamma-CA pro Operateur
- 2.3.1.1 Zahl der Schulungseingriffe pro Operateur
- 2.3.3 Zahl der Bestrahlungen bei Mamma-CA
- 2.3.5.3 Bewertung der Statistik zur externen Qualitätssicherung nach § 137 und resultierender Maßnahmenplan
- 3.1.1 Anzahl ausgeschiedener Mitarbeiter
- 3.1.1 Anzahl und Qualifikation neuer Mitarbeiter
- 3.1.5.1.3 Zahl der Chemotherapien

# Anforderungskatalog-Brustzentren

- 3.1.6 Fortbildungsplan für Ärzte
- 3.1.6 Fortbildungsplan für Pflegekräfte
- 3.2.2.1.1 Anzahl der abgehaltenen Tumorboards mit Gesamtzahl der Teilnehmer und Anzahl der besprochenen Fälle
- 3.2.2.3.1 Programme der Patienteninfo-Veranstaltungen
- 3.2.2.3.2 Programme der Fortbildungen / Informationen für externe Ärzte usw.
- 3.5.2 Meldung an das epidemiologische Krebsregister
- 3.5.3 Teilnahme an der externen QS nach § 137 SGB V

Es erfolgt die Einsichtnahme in ca. 10 zufällig ausgewählte Patientinnenakten zur Validierung der Anforderung im Einzelfall.