



Reglement – Anhang V

für die Zertifizierung von Brustzentren

Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie

Dieser Anhang ist in Deutsch und Französisch abgefasst. Bei Widersprüchen ist die deutsche Version massgebend.

Das vorliegende Dokument mit Stand Dezember 2020 ist für alle ab dem 01.01.2021 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

Kontakt Krebsliga Schweiz Geschäftsstelle Qualitätslabel Effingerstrasse 40 3008 Bern g-label@krebsliga.ch	© KLS / SGS Version: Dezember 2020 Zuständigkeit: Geschäftsstelle Q-Label
--	---

Am Audit-Tag zur Einsicht aufzulegende Unterlagen

A. Bei der Erstzertifizierung

1. Dokumentation der eingegangenen Rückmeldungen (Lob und Tadel) inkl. Korrespondenz, der vergangenen 12 Monate oder elektronischer Zugang
2. Aufzeigen des Prozesses und Nachweis über vorgenommene Verbesserungen als Konsequenzen aus Rückmeldungen
3. Dokumentation der ausgefüllten Standardfragebogen zu genetischen Risiken der vergangenen 12 Monate
4. Behandlungs- und Prozessrichtlinien bzw. Zugang zum Intranet
5. Funktionsbeschreibung der Breast Care Nurse
6. Informationsmaterial zum Angebot der Breast Care Nurse
7. Zugang zur Datenbank des Brustzentrums (Adjumed, ODSeasy, etc.)
8. Nachweise für besuchte Fort- und Weiterbildungen der Kernteammitglieder (vergangene 12 Monate)
9. Liste der Forschungsprojekte und der Anzahl Patientinnen, welche ihre Behandlung neu im Rahmen einer Studie erhalten haben, nach Kalenderjahr
10. Protokolle der prä- und postoperativen Besprechungen (Tumorboards) der letzten 12 Monate
11. Liste der ≥ 100 primär behandelten Brustkrebsfälle und Rezidive
12. Verzeichnis der ≥ 30 Primäroperationen pro brustchirurgischem Kernteammitglied oder Sammlung der entsprechenden OP-Berichte
13. Verzeichnis der ≥ 30 plastisch-rekonstruktiven Eingriffe pro «Erstem plastisch-rekonstruktivem Kernteammitglied» oder Sammlung der entsprechenden OP-Berichte
14. Stichprobe von Krankengeschichten bzw. Patientinnendossiers (Das Audit-Team wird am Audit selber eine Stichprobe ziehen.)
15. Broschüren zur Patientinnen-Information (inkl. Information über Selbsthilfegruppen)

B. Bei der Re-Zertifizierung

1. Dokumentation der eingegangenen Rückmeldungen (Lob und Tadel) inkl. Korrespondenz, der vergangenen 12 Monate oder elektronischer Zugang
2. Aufzeigen des Prozesses und Nachweis über vorgenommene Verbesserungen als Konsequenzen aus Rückmeldungen
3. Funktionsbeschreibung der Breast Care Nurse
4. Informationsmaterial zum Angebot der Breast Care Nurse
5. Zugang zur Datenbank des Brustzentrums (Adjumed, ODSeasy, etc.)
6. Nachweise für besuchte Fort- und Weiterbildungen der Kernteammitglieder (vergangene 12 Monate)
7. Liste der Forschungsprojekte und der Anzahl Patientinnen, welche ihre Behandlung neu im Rahmen einer Studie erhalten haben, nach Kalenderjahr (seit der letzten Zertifizierung)
8. Protokolle der prä- und postoperativen Besprechungen (Tumorboards) der letzten 12 Monate
9. Liste der ≥ 125 primär behandelten Brustkrebsfälle und Rezidive
10. Verzeichnis der ≥ 30 Primäroperationen pro brustchirurgischem Kernteammitglied oder Sammlung der entsprechenden OP-Berichte
11. Verzeichnis der ≥ 30 plastisch-rekonstruktiven Eingriffe pro Kernteammitglied oder Sammlung der entsprechenden OP-Berichte
12. Stichprobe von Krankengeschichten bzw. Patientinnendossiers (Das Audit-Team wird am Audit selber eine Stichprobe ziehen.)
13. Broschüren zur Patientinnen-Information (inkl. Information über Selbsthilfegruppen)