

Positionspapier

EUSOMA Secretariat, Viale B. d'Este 37, 20122 Milan, Italy

Received 24 February 2000; accepted 25 May 2000

The requirements of a specialist breast unit EUSOMA

1. Introduction

In October 1998 in Florence the First European Breast Cancer Conference took place, jointly organised by the European Organisation for Research and Treatment of Cancer - Breast Cancer Cooperative Group (EORTC-BCCG), the European Society of Mastology (EUSOMA) and Europa Donna. Delegates agreed a consensus statement on research, genetic predisposition, psycho-social status, treatment and quality of care [1].

With the intention of assuring a high quality specialist service Europe-wide, a working party was established to consider what should comprise a specialist service. The formation of a group to draw up guidelines on these issues was an intention of the late Emmanuel van der Schueren, the EUSOMA President. In respect of his wish this was carried out in May 1999 in his home town of Leuven by Professor Cataliotti, Presi-

Die Anforderungen an spezialisierte Brustzentren EUSOMA

1. Einleitung

Im Oktober 1998 fand in Florenz die erste Europäische Brustkrebs-Konferenz statt, gemeinsam organisiert von der European Organisation for Research and Treatment of Cancer - Breast Cancer Cooperative Group (EORTC-BCCG), von der Europäischen Gesellschaft für Brustkunde¹ (EUSOMA) und Europa Donna. Die Delegierten beschlossen eine Konsenserklärung zu Forschung, genetischer Prädisposition, psychosozialem Status, Behandlung und Behandlungsqualität. [1]

In der Absicht, europaweit eine qualitativ hochwertige Facharztversorgung sicherzustellen, wurde eine Arbeitsgruppe gegründet, um zu prüfen, was eine solche Facharztleistung umfassen sollte. Die Bildung einer Gruppe mit der Aufgabe, Leitlinien zu diesen Fragen zu erstellen, war das Ziel des verstorbenen EUSOMA-Präsidenten Emmanuel van der Schueren. Mit Bezug auf seinen Wunsch wurde dieses im Mai 1999 in sei-

¹ nach Namensänderung jetzt: European Society of Breast Cancer Specialists – Europäische Gesellschaft der Brustkrebsspezialisten

dent of EUSOMA. The 'Requirements of a Breast Unit' represents the opinion of the European Society of Mastology (EUSOMA) on the standards required for forming high quality Breast Cancer Units across Europe.

2. Objectives

1. To make available for all women in Europe a high quality specialist Breast Service.
2. To define the standards for such a service.
3. To recommend that a means of accreditation and audit of Breast Units be established in order that units providing this service should be recognisable to patients and to purchasers as being of high quality.

3. Background

In the UK the recommendations of the report 'A Policy Framework³ for Commissioning Cancer Services' [2] are currently being implemented, starting with Breast Cancer services. The recommendation is that specialist breast units be established, staffed by clinicians and other professionals specialising in the single 'anatomical area' of breast disease.

A number of reports from groups concerned in the management of breast disease have been published by the British Breast Group [3]; by the Breast Speciality Group of the British Association of Surgical Oncology (BASO) [4,5] and by the UK NHS Executive [6]. All these reports recommend that breast disease be cared for by specialists in breast disease working as teams in Breast Cancer Units. The European Society of Surgical Oncology (ESSO) has published similar guidelines [7] to those of BASO and European Guidelines for Quality Assurance in Mammographic Screening have been published [8].

Many hospitals claim to have specialist breast cancer services but it is known that only a few are well organised into multidisciplinary Breast Cancer Units and the quality of each individual service is uncertain. It is the

ner Heimatstadt Leuven von EUSOMA-Präsident Professor Cataliotti in die Tat umgesetzt. Die 'Anforderungen an ein Brustzentrum' repräsentieren den Standpunkt der European Society of Mastology (EUSOMA) hinsichtlich der erforderlichen Standards für die Gestaltung von qualitativ hochwertigen Brustzentren in ganz Europa.

2. Zielsetzung

1. Qualitativ hochwertige spezialisierte Brustversorgung für alle Frauen in Europa verfügbar machen.
2. Standards für diese Brustversorgung definieren.
3. Mittel und Möglichkeiten der Akkreditierung und des Audits² von Brustzentren empfehlen, damit Zentren, die diese Versorgung anbieten, für Patientinnen und Auftraggeber als qualitativ hochwertig erkannt werden.

3. Hintergrund

In Großbritannien werden die Empfehlungen des Gutachtens "A Policy Framework for Commissioning Cancer Services" [2] gerade umgesetzt, beginnend mit Brustkrebs-Services. Die Empfehlung lautet, dass spezialisierte Brustzentren etabliert und personell mit solchen Ärzten und anderen ExpertInnen besetzt werden sollen, die einzig auf das "anatomische Gebiet" der Brusterkrankungen spezialisiert sind.

Eine Reihe von Gutachten der mit dem Management von Brusterkrankungen beschäftigten Arbeitsgruppen wurde von der British Breast Group [3], der Breast Speciality Group of the British Association of Surgical Oncology (BASO) [4,5] und vom UK NHS⁴ Executive [6] veröffentlicht. Alle diese Gutachten empfehlen, dass Brusterkrankungen von SpezialistInnen für Brusterkrankungen behandelt werden sollen, die als Teams in Brustkrebszentren arbeiten. Die European Society of Surgical Oncology (ESSO) hat ähnliche Leitlinien [7] wie die der BASO publiziert, und Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung beim Mammographie-Screening sind bereits erschienen [8].

Viele Krankenhäuser nehmen für sich in Anspruch, spezialisierte Brustkrebszentren zu haben, aber es ist bekannt, dass nur wenige davon gut organisierte multidisziplinäre Brustkrebszentren sind, und die Qua-

² Audit (med.): inzwischen auch in Deutschland gebräuchlicher Begriff für Prüfung / Zertifizierung / Kontrolle durch sachkundige Prüfer

³ policy framework: Rahmenpapier / Grundsatzpapier zur Inbetriebnahme von Krebs-Zentren

⁴ NHS = National Health Service in Großbritannien

hope of those working in the field that the recommendations in the various reports above will be followed through into clinical practice, to build a breast cancer service of the highest quality throughout Europe.

In order that this may be assured it is necessary that standards are set which any hospital wishing to form a recognised Breast Cancer Unit must meet. The establishment of a high quality specialist service, Europe-wide, is a stated aim of the European Society of Mastology (EUSOMA). A working-party was established by EUSOMA together with EORTC representatives to consider what should comprise a specialist service. This document arose from that meeting and has been reconsidered, modified and approved by the working party.

Further working parties will make recommendations to establish quality standards in the separate aspects of breast cancer care: diagnosis, screening, local treatment of the primary tumour, systemic adjuvant therapies, follow-up, management of risk, management of advanced disease, palliative care, support services, reconstruction, audit and data collection.

A EUSOMA audit database has been designed for all units to use, which will give immediate outcome measures on the performance of a unit.

4. General recommendations

1. There must be a definition of the mandatory requirements for a Breast Cancer Unit to be recognised.
2. Each country should appoint a National Co-ordinator for the establishment and continuing audit of the Breast Units. He/she must have authority for accreditation of units. It is observed that such an arrangement proved most successful in the implementation of the Breast Cancer Screening Service in the UK and that an extension of this to breast disease in general and pan-European would be a great advantage.
3. (i) A European process of accreditation of Breast Units, based on the fulfilment of mandatory requirements.

lität jeder einzelnen Fachleistung ist nicht sichergestellt. Es ist die Hoffnung derjenigen, die in diesem Fachgebiet arbeiten, dass den Empfehlungen in den unterschiedlichen oben genannten Gutachten bis in die klinische Praxis hinein gefolgt wird, um überall in Europa Brustkrebsmedizin in höchster Qualität zu entwickeln.

Um dieses abzusichern, ist es notwendig, Standards zu setzen, denen jedes Krankenhaus mit dem Wunsch, ein anerkanntes Brustzentrum zu werden, entsprechen muss. Die europaweite Etablierung von hochwertigen Fachzentren ist erklärtes Ziel der European Society of Mastology (EUSOMA). Von der EUSOMA wurde gemeinsam mit EORTC-Vertretern eine Arbeitsgruppe eingerichtet, um zu prüfen, was die spezialisierte Versorgung beinhalten soll. Das vorliegende Dokument entstand bei diesem Treffen und wurde von der Arbeitsgruppe nochmals geprüft, modifiziert und genehmigt.

Weitere Arbeitsgruppen werden Empfehlungen zur Etablierung von Qualitätsstandards einzelner Aspekte der Brustkrebsmedizin herausgeben: Diagnostik, Screening, lokale Therapie des Primärtumors, systemische adjuvante Therapien, Nachsorge, Risikomanagement, Management der fortgeschrittenen Erkrankung, Palliativversorgung, unterstützende Dienste, Rekonstruktion, Audit und Datensammlung.

Eine EUSOMA-Zertifizierungsdatenbank wurde zur Nutzung durch alle Zentren erstellt, um sofortige Messdaten über die Leistung eines Zentrums zu erhalten.

4. Allgemeine Empfehlungen

1. Es muss eine Norm der verbindlichen Anforderungen zur Anerkennung als Brustkrebszentrum geben.
2. Jedes Land sollte für die Etablierung und das kontinuierliche Audit von Brustzentren einen nationalen Koordinator benennen. Er/Sie muss die Vollmacht zur Akkreditierung von Zentren besitzen. Es ist zu beobachten, dass sich ein solches Arrangement in Großbritannien bei der Errichtung von Brustkrebs-Screening-Zentren als am erfolgreichsten bewährt hat und dass dessen Erweiterung auf Bruststerkrankungen im Allgemeinen und europaweit ein großer Vorteil wäre.
3. (i) Ein europäischer Prozess der Akkreditierung von Brustzentren auf der Basis der Erfüllung verbindlicher Anforderungen.

- | | |
|--|--|
| <p>(ii) A European system for quality assurance (QA). A QA database has been accepted by EUSOMA as suitable for audit. This will require a part-time data manager in every Breast Unit.</p> <p>(iii) A European structure for the national co-ordinators which will be arranged with the Federation of European Cancer Societies (FECS).</p> <p>4. (i) Breast Units will most often be established in district hospitals; they should generally cover one-quarter to one-third of a million total population. Some highly specialised units will be larger.</p> <p>(ii) National population breast screening programmes should be based within recognised Breast Units and not work as a separate service.</p> <p>(iii) There has to be a minimum size for a Breast Unit from the point of view of numbers of specialist staff required, arrangement of frequent clinics, provision of equipment and cost-effectiveness. If two hospitals are close together it is more practical for only one of them to establish a Breast Unit.</p> <p>(iv) A Breast Unit should consider holding outreach clinics for symptomatic referred women, screening assessment and follow-up, in the smaller hospitals in their neighbourhood if these are at a distance from the Breast Unit. In areas where the population density is low, outreach arrangements are preferable to the establishment of small Breast Units without the clinical volume to maintain expertise. These outreach clinics may be only held perhaps once per month, which may contradict waiting times for but evaluation by an expert team is considered preferable to maintaining the waiting times.</p> <p>In these ways women in all countries will have access to specialist breast services.</p> | <p>(ii) Ein europäisches System der Qualitätssicherung (QA). Eine QA-Datenbank wurde von der EUSOMA als zum Audit geeignet angesehen. Dies erfordert einen Teilzeit-Datenmanager in jedem Brustzentrum.</p> <p>(iii) Eine europäische Struktur für die nationalen Koordinatoren, die mit der Föderation der Europäischen Krebsgesellschaften (FECS) eingerichtet wird.</p> <p>4. (i) Brustzentren werden meistens in Kreiskrankenhäusern etabliert werden. Sie sollten im Allgemeinen jeweils rund 250.000 bis 333.000 Menschen versorgen⁵. Einige hoch spezialisierte Zentren werden größer sein.</p> <p>(ii) Nationale bevölkerungsbezogene Brustscreening-Programme sollten in anerkannten Brustzentren angesiedelt werden und nicht als separate Dienste arbeiten.</p> <p>(iii) Es muss Mindestgrößen für ein Brustzentrum hinsichtlich der Anzahl des benötigten Fachpersonals, der Einrichtung häufiger Sprechstunden, der Bereitstellung der Ausstattung und der Kosteneffektivität geben. Falls zwei Krankenhäuser örtlich nahe zusammen liegen, ist es praktischer, wenn nur eines ein Brustzentrum einrichtet.</p> <p>(iv) Ein Brustzentrum sollte in kleineren Krankenhäusern, wenn diese vom Brustzentrum entfernt sind, ambulante Beratungsstellen für Frauen mit Symptomen, für die Screening-Untersuchung und die Nachsorge bereitstellen. In Gebieten mit niedriger Bevölkerungsdichte sind ambulante Beratungsstellen der Einrichtung kleinerer Brustzentren, deren Behandlungsaufkommen die Fachkompetenz nicht aufrechterhalten kann, vorzuziehen. Diese Beratungsstellen brauchen etwa nur einmal im Monat eine Sprechstunde abzuhalten, was [der Forderung nach kurzen] Wartezeiten widersprechen könnte, aber die Beurteilung durch ein ExpertInnen-Team ist kurzen Wartezeiten vorzuziehen. Auf diesem Wege werden Frauen in allen Ländern Zugang zu spezialisierten Zentren für Brustheilkunde haben.</p> |
|--|--|

⁵ bezogen auf die Gesamtbevölkerung (d.h. Männer und Frauen aller Altersstufen)

5. Breast Units should provide care of breast disease at all its stages – from screening through to the care of advanced disease. Occasional attendances might be required of the patient at an associated large oncology centre or radiotherapy hospital, for radiotherapy or possibly certain special chemotherapeutic regimes but the patient must essentially be managed and followed-up at her Breast Cancer Unit.
6. Breast Unit budgets should be separate rather than drawn from a number of budgets within a hospital (radiographical, surgical, oncological, pathological, etc.).

5. Mandatory requirements

5.1. Critical mass

A Unit must be of sufficient size to have more than 150, newly diagnosed cases of primary breast cancer (at all ages and stages) coming under its care each year. (Note: these are newly diagnosed breast cancers. A transfer of a case from another hospital, for example, to receive radiotherapy or at the time of presentation of distant metastases, may be a new referral to that hospital but is NOT a newly diagnosed case and should not be counted as such.)

The reason for recommending a minimum number is to ensure a caseload sufficient to maintain expertise for each team member and to ensure cost-effective working of the Breast Unit: the establishment of a clinic staffed by experts is expensive and must have a high through-put of patients.

5.2. Core team

Each member of the core team must have special training in breast cancer, above that given in general training in his/her discipline and obtained by spending a year in a unit recognised for training. Training and expected standards and the recognition of suitable training units will be laid down in a separate EUSOMA document.

Each member of the breast unit core team must undertake continuing professional education on a regular basis. Breast Unit budgets must include provision for this.

5. Brustzentren sollen die Behandlung von Brustkrankungen in allen Erkrankungsstadien anbieten – vom Screening bis hin zur fortgeschrittenen Erkrankung. Gelegentlich kann es erforderlich sein, dass Patientinnen Bestrahlungen oder besondere chemotherapeutische Behandlungen in angeschlossenen großen onkologischen oder Radiologiezentren erhalten, aber Behandlung und Nachsorge der Patientin müssen im Wesentlichen in ihrem Brustkrebszentrum geleitet werden.
6. Die Budgets von Brustzentren sollten eher separat aufgestellt werden, als sie aus einer Reihe anderer Budgets innerhalb eines Hospitals (radiologisch / chirurgisch / onkologisch / pathologisch etc.) zu entnehmen.

5. Verbindliche Anforderungen

5.1. Kritische Größe

Ein Zentrum muss ausreichend groß sein, um mehr als 150 neu diagnostizierte Fälle von Primärerkrankungen (in allen Altersgruppen und Stadien) jährlich behandeln zu können. (Anmerkung: gemeint sind neu diagnostizierte Brustkrebserkrankungen. Ein Transfer von Fällen aus anderen Krankenhäusern, zum Beispiel für eine Strahlentherapie oder eine Diagnostik von Fernmetastasen bei Erstvorstellung mögen zwar neue Überweisungen in das Krankenhaus sein, aber sie sind KEINE neu diagnostizierten Fälle und sollten nicht als solche gezählt werden.)

Der Empfehlung einer Mindestzahl liegt zugrunde, dass eine ausreichende Fallzahl zur Erhaltung der Fachkompetenz für jedes Teammitglied und die kosteneffektive Arbeit des Brustzentrums sichergestellt werden sollen: Die Einrichtung einer Klinik mit Fachpersonal ist teuer und muss einen hohen Patientendurchlauf haben.

5.2. Kernteam

Jedes Mitglied des Kernteams muss über die allgemeine Ausbildung in ihrer/seiner Disziplin hinaus durch eine einjährige Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungszentrum auf Brustkrebs spezialisiert sein. Die Ausbildung und die erwarteten Standards sowie die Anerkennung von angemessenen Ausbildungszentren werden in einem speziellen EUSOMA-Papier dargelegt werden.

Jedes Mitglied eines Brustzentrum-Kernteams muss sich regelmäßig und kontinuierlich beruflich weiterbilden. Die Budgets der Brustzentren müssen Rückstellungen hierfür beinhalten.

- (i) The Breast Unit must have an identified Clinical Director of Breast Surgery.
- (ii) Breast Surgeons
Two or more nominated surgeons specially trained in breast disease, each of whom personally carry out the primary surgery on at least 50 newly diagnosed cancers per annum and must attend at least one diagnostic clinic per week.
Between them the surgeons must have at least eight identified $3\frac{1}{2} \pm 4$ -h sessions per week in Breast Disease (this is for a unit seeing 150 newly diagnosed breast cancers per year, more sessional time pro rata may be required according to the size of the Unit). These sessions will allow for operating time, their participation in diagnostic clinics, a follow-up clinic and, where appropriate, screening assessment clinics. A session must be allowed for attendance at a weekly team case management and audit meeting.
- (iii) Breast Radiologist
There must be at least two nominated radiologists, fully trained and with continuing experience in all aspects of breast disease and associated imaging, as laid down in European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening [8]. They should participate in any national population screening programme and must participate in any national QA scheme for national or regional Breast Radiology. The radiologist must be fully trained in mammography, ultrasound, tissue sampling and localisation procedures under image control. They must have allocated a contractually defined part of each working week to these procedures and must at the least fulfil volume requirements as laid down in the EUSOMA 'Quality Assurance in the Diagnosis of Breast Cancer' (in preparation), reading a minimum of 5.000 mammograms per year. They must attend multidisciplinary meetings for case management and audit purposes. They must be present in diagnostic assessment clinics with the surgeon. Each radiologist must attend at least one diagnostic clinic per week for symptomatic patients or screening assessment.
- (i) Das Brustzentrum muss einen ausgewiesenen Klinischen Direktor für Brustchirurgie haben.
- (ii) Brustchirurgen
Jeder von zwei oder mehr benannten und auf Brustkrankungen spezialisierten Chirurgen muss mindestens 50 neu diagnostizierte Primäroperationen pro Jahr selbst durchführen sowie mindestens eine Diagnosesprechstunde pro Woche.
Von diesen Brustchirurgen müssen mindestens acht dreieinhalb- bis vierstündige, als solche gekennzeichnete Sitzungen für Brustkrankungen pro Woche abgehalten werden (dies bezieht sich auf ein Zentrum mit 150 neu diagnostizierten Brustkrebsfällen pro Jahr, entsprechend der Größe des Zentrums kann anteilig mehr erforderlich sein). Diese Sitzungen beinhalten OP-Zeiten, die Beteiligung an den Diagnostik- und Nachsorge-Sprechstunden und gegebenenfalls Screening-Assessment. Eine Sitzung muss für die wöchentliche interdisziplinäre Fallkonferenz- und Audit-Sitzung eingeplant werden.
- (iii) Brustradiologen
Es muss mindestens zwei benannte, voll ausgebildete Radiologen geben, die über eine kontinuierliche Erfahrung in allen Aspekten von Brustkrankungen und deren Befundung mit zugehörigen bildgebenden Verfahren verfügen, wie sie in den Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung im Mammographie-Screening niedergelegt sind [8]. Sie sollten sich am nationalen bevölkerungsbezogenen Screening-Programm beteiligen, und sie müssen sich am Qualitätssicherungsprogramm für nationale und regionale Brustradiologie beteiligen. Die Radiologen müssen voll ausgebildet sein in Mammographie, Ultraschall, in der Entnahme von Gewebeproben und in Lokalisationsverfahren unter bildgebender Kontrolle. Sie müssen einen vertraglich definierten Anteil jeder Arbeitswoche für diese Verfahren reservieren und mindestens die Mengenanforderungen, wie sie in den EUSOMA-Leitlinien zur 'Qualitätssicherung in der Brustkrebsdiagnostik' (in Vorbereitung) niedergelegt sind, erfüllen, indem sie jährlich mindestens 5.000 Mammographien auswerten. Sie müssen an multidisziplinären Sitzungen für das Behandlungsfall-Management und das Audit teilnehmen. Sie müssen an Diagnose-Sprechstunden mit dem Chirurgen teilnehmen. Jeder Radiologe muss pro Woche mindestens an einer Sprechstunde für symptomatische Patienten teilnehmen.

(iv) Breast Pathologist

A lead pathologist plus usually not more than one other nominated pathologist, specialising in Breast Disease, will be responsible for all breast pathology and cytology. Any pathologist carrying out these roles must have contractual sessions to attend team case management and audit meetings and be specially trained and have continuing experience in breast disease. They must take part in any National or Regional QA schemes.

(v) Breast Care Nurses

Trained Breast Care Nurses must be available to counsel and offer practical advice and emotional and informational support to newly diagnosed patients with breast cancer at the time the diagnosis is given and to discuss treatment plans with them. Similar support should be available in the Primary Breast Cancer Follow-up Clinic and in the Advanced Breast Clinic. At least two Breast Care Nurses will be needed per Breast Cancer Unit and a good ratio for calculation of need is two per 100 newly diagnosed cases for breast cancer.

(vi) Breast Oncologist

(a) A nominated radiation oncologist must arrange the appropriate delivery of radiotherapy and chemotherapy. He/she must hold joint primary breast cancer follow-up and advanced disease clinics with other members of the breast team, at the Breast Unit and must take part in the case management and audit meetings of the Unit.

(b) In some countries, Clinical Oncologists carry out both radiation therapy and prescribe the chemotherapy, in which case a Medical Oncologist (chemotherapy only) is unnecessary as a core team member. In centres where this is not so, a Medical Oncologist must be part of the core team and take a full part in the team activities.

tinnen oder zur Screening-Befundung teilnehmen.

(iv) Brustpathologe

Ein leitender Pathologe und üblicherweise nicht mehr als ein weiterer benannter Pathologe, beide spezialisiert auf Brustkrankungen, sind für die gesamte Brustpathologie und -zytologie verantwortlich. Pathologen, die diese Aufgabe übernehmen, sind vertraglich verpflichtet, an den interdisziplinären Tumorkonferenzen und Audit teilzunehmen, und sie müssen speziell ausgebildet sein und kontinuierliche Erfahrung in Brustkrankungen haben. Sie müssen an nationalen und regionalen Qualitätssicherungsprogrammen teilnehmen.

(v) Brustschwestern

Ausgebildete Brustschwestern müssen zur Beratung verfügbar sein und praktischen Rat und emotionale und informelle Unterstützung für neu diagnostizierte Patientinnen mit Brustkrebs zum Zeitpunkt der Diagnose anbieten sowie Behandlungspläne mit den Patientinnen besprechen. Ähnliche Unterstützung sollte in der Nachsorge-Sprechstunde bei primärem Brustkrebs sowie in der Behandlung der fortgeschrittenen Erkrankung zur Verfügung stehen. Mindestens zwei spezialisierte Brustschwestern werden je Brustzentrum benötigt, und ein gutes Kalkulationsverhältnis für die Bedarfsermittlung sind zwei spezialisierte Brustschwestern für je 100 neu diagnostizierte Brustkrebsfälle.

(vi) Brustonkologen

(a) Ein benannter Radioonkologe muss die geeignete Durchführung von Strahlentherapie und Chemotherapie sicherstellen. Er/Sie muss im Brustzentrum gemeinsam mit den anderen Mitgliedern des Brustteams sowohl die Nachsorge bei primärem Brustkrebs als auch die Sprechstunde für die fortgeschrittene Erkrankung durchführen und an Tumorkonferenzen und dem Audit des Zentrums teilnehmen.

(b) In einigen Ländern führen klinische Onkologen sowohl Strahlentherapie wie auch die Verschreibung der Chemotherapie durch. In diesen Fällen ist ein Onkologe (nur für Chemotherapie) als Mitglied des Kernteams nicht erforderlich. In Zentren, in denen das nicht so ist, muss der Onkologe Teil des Kernteams sein und an den Teamaktivitäten vollumfänglich teilnehmen.

- (vii) **Breast Diagnostic Radiographers**
Radiographers with the necessary expertise and training in mammography are essential members of the team. They must fulfil the training and working practice recommendations as laid down in the European Guidelines for QA in Mammographic Screening [7] and EUSOMA Quality Assurance in the Diagnosis of Breast Disease.

They must be responsible for the actual taking of the mammograms, which must not be performed by radiographic or non-radiographic personnel without the above training.

- (viii) **Data Manager**
There must be a National system covering audit. A data manager should maintain the Unit's audit structure. The EUSOMA database is recommended.

- (ix) **Quality Assurance (QA)**
(a) Performance and audit figures must be produced yearly and they must be set alongside defined quality objectives and outcome measures (to be set out in the EUSOMA documents dealing with the various aspects of care). These standards are defined in the EUSOMA database.

- (b) Breast Unit budgets must include provision for a trained data manager and filing clerks to be employed to allow the collection of audit data and the compilation of reports.

- (c) As part of the audit Units must provide evidence of numbers of patients entered into clinical trials.

5.3. Facilities / Services

- (i) All Breast Clinics must be separate and not held as part of a general surgical clinic.
- (ii) (a) **New patient clinics**
At least one clinic per week for newly referred symptomatic women must be held. A Unit diagnosing 150 new cancers per year must expect

- (vii) **Medizinisch-technische Radiologieassistentinnen (MTRA) der Brustdiagnostik**
MTRA mit der notwendigen Expertise und Ausbildung in Mammographie sind unentbehrliche Mitglieder des Teams. Sie müssen die Empfehlungen hinsichtlich Ausbildung und Praxis erfüllen, die in den Europäischen Leitlinien für Qualitätssicherung im Mammographie-Screening [7] und der EUSOMA Qualitätssicherung in der Diagnostik von Brustkrankungen niedergelegt sind.

Sie sind für die tatsächliche Durchführung der Mammographie verantwortlich, die weder von radiologischem noch nicht-radiologischem Personal ohne die obigen Schulungen gemacht werden darf.

- (viii) **Datenmanager**
Es muss ein nationales System geben, das die Audits abdeckt. Ein Datenmanager sollte die Audit-Strukturen des Zentrums pflegen. Es wird die Datenbank der EUSOMA empfohlen.

- (ix) **Qualitätssicherung (QA)**
(a) Leistungs- und Auditdaten müssen jährlich erstellt und neben definierte Qualitätsziele und Messzahlen gestellt werden (muss noch in den EUSOMA-Papieren, die die verschiedenen Aspekte der Versorgung behandeln, schriftlich fixiert werden). Diese Standards sind in der EUSOMA-Datenbank definiert.

- (b) Budgets von Brustzentren müssen die Bereitstellung eines ausgebildeten Datenmanagers und Registratoren einschließen, die eingestellt werden, um die Auditdaten zu sammeln und die Berichte abzufassen .

- (c) Als Bestandteil des Audits müssen die Zentren den Nachweis der Zahl der Patientinnen liefern, die in klinische Studien eingeschrieben wurden.

5.3. Einrichtungen / Dienstleistungen

- (i) Alle Brustkliniken müssen separat sein und dürfen nicht als Teil einer allgemeinen chirurgischen Klinik verwaltet werden.
- (ii) (a) **Sprechstunde für neue Patientinnen**
Es muss mindestens eine Sprechstunde pro Woche für neu überwiesene symptomatische Frauen abgehalten werden. Ein Zentrum, das

over 1500 new referrals of symptomatic women (=approximately 30 per week). It is therefore likely that many Breast Units will have to provide two such clinics per week.

(b) Waiting times

Suggested Outcome Measures will be given by the Group drawing up the Diagnostic Guidelines to be published by EUSOMA. A suggested good practice is that all newly referred patients should be offered an appointment within 10 working days of receipt of the referral.

(c) Arrangements of diagnostic clinics

Clinics to which patients are referred or self-referred must be staffed by a surgeon, a radiologist and radiographers from the breast care team. Multidisciplinary working must allow all standard investigations for triple assessment (clinical examination, all appropriate imaging and tissue diagnostic procedures) to be completed at one visit. Where possible the finding of no abnormality or the diagnosis of a benign lesion should be communicated to the patient at that visit.

(iii) Communication of the Diagnosis

It may not be possible (if core biopsy has been used) or may not be considered appropriate by the unit to give the diagnosis of cancer at the initial visit, but women found to have breast cancer should receive that diagnosis within 5 working days. The diagnosis must be communicated personally by the surgeon at a time free from conflicting duties (or) if given within a designated breast clinic, only when an appointment has been made so that the surgeon has adequate time for discussion. A breast care nurse must be present to discuss further with the patient the options for treatment and to give emotional support. A suitable room with sufficient privacy must be available. In units in which preoperative irradiation or primary medical therapies are used, cases which might be suitable for these must be seen jointly by a surgeon and radiation or medical oncologist before treatment commences.

150 neue Krebsfälle pro Jahr diagnostiziert, hat über 1.500 Überweisungen symptomatischer Frauen (ca. 30 pro Woche) zu erwarten. Deswegen werden wahrscheinlich viele Brustzentren zwei dieser Sprechstunden pro Woche anbieten müssen.

(b) Wartezeiten

Die vorgeschlagenen Zielkriterien werden von den Verfassern der diagnostischen Leitlinien für die Veröffentlichung durch die EUSOMA festgelegt. Als gute Praxis wird vorgeschlagen, dass alle neu überwiesenen Patientinnen innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Überweisung einen Termin erhalten sollten.

(c) Einrichtung von Diagnosesprechstunden

Kliniken, an die Patientinnen überwiesen werden oder bei denen sie sich selbst anmelden, müssen personell mit einem Chirurgen, einem Radiologen und einer Röntgenassistentin vom Brust-Team ausgestattet sein. Multidisziplinäre Arbeit muss alle Standardmethoden für Triple-Diagnostik (klinische Untersuchung, alle angemessenen bildgebenden und geweblichen Diagnoseverfahren) mit Abschluss der Diagnostik während eines einzigen Besuches ermöglichen. Wenn möglich, sollte ein Befund ohne Auffälligkeiten oder mit einer gutartigen Läsion der Patientin noch während dieses Besuches mitgeteilt werden.

(iii) Übermittlung der Diagnose

Die Übermittlung einer Krebsdiagnose bei der Erstkonsultation kann unmöglich sein (wenn eine Stanzbiopsie gemacht wurde) oder vom Zentrum als nicht angebracht abgesehen werden, doch sollten die Frauen, bei denen Brustkrebs diagnostiziert wurde, innerhalb von 5 Arbeitstagen die Diagnose erhalten. Die Diagnose muss vom Chirurgen persönlich zu einem Zeitpunkt kommuniziert werden, an dem er frei von kollidierenden Verpflichtungen ist (oder) in einer ausgewiesenen Brustsprechstunde nur, wenn ein Termin vereinbart wurde, so dass der Chirurg für eine Beratung angemessen Zeit hat. Eine spezialisierte Brustschwester muss für die weitere Beratung mit der Patientin über die Behandlungsoptionen sowie zur emotionalen Unterstützung anwesend sein. Ein geeigneter Raum mit ausreichender Privatsphäre muss zur Verfügung stehen. In Zentren, in denen präoperative Bestrahlung oder primäre medizinische Therapien durchgeführt werden, müssen Fälle, die für diese Therapien in Frage kommen, vor Behandlungsbeginn gemeinsam

(iv) Imaging equipment

(a) **Imaging equipment**

The unit must be in possession of all necessary imaging equipment for complete and adequate breast diagnosis as defined in the EUSOMA 'Guidelines for Diagnosis of Breast Disease'.

(b) **Sampling, Guidance and Imaging equipment**

A Faxitron[®]⁶ or similar device for specimen radiography must be available in the operating theatre or very close by in order to confirm adequate excision of impalpable lesions prior to skin closure. It is useful to have a similar device in or very near to the pathology laboratory to assist adequate pathological examination of such specimens.

(v) Primary breast cancer follow-up clinic

(a) **Adjuvant Therapies**

The surgeon and radiation oncologist (± medical oncologist – see above) must decide on the appropriate adjuvant therapies in light of the pathology of the surgical specimen. A multidisciplinary case review meeting must be held each week, attended by the team surgeons, oncologists and presented by the pathologist.

(i) Radiotherapy may be delivered within the Breast Unit or patients may have to travel to a Radiotherapy Hospital.

The minimum equipment in a department giving radiotherapy must be two megavoltage units, a brachytherapy unit, a simulator and a computerised planning system. The department must have a radiotherapeutic quality control programme for the breast cases.

(ii) The administration of cytotoxic therapy as adjuvant therapy or for advanced disease must be by an accredited oncologist with proper facilities (Clinical or Medical Oncologist).

(iii) Although the patient may have to visit a separate Hospital to receive radiotherapy, or

von einem Chirurgen und einem Strahlentherapeuten oder Onkologen angesehen werden.

(iv) Ausstattung mit bildgebenden Systemen

(a) **Ausstattung bildgebende Systeme**

Das Zentrum muss im Besitz aller notwendigen bildgebenden Systeme für eine komplette und angemessene Brustdiagnostik sein, wie sie in den 'EUSOMA-Leitlinien zur Diagnostik von Brustkrankungen' definiert sind.

(b) **Probeentnahme: Leitlinie und Ausstattung mit bildgebenden Systemen**

Ein Faxitron[®] oder ähnliches Gerät zum Röntgen von Proben muss im Operationssaal oder in dessen direkter Nähe verfügbar sein, um die ausreichende Exzision nicht tastbarer Läsionen vor Nahtschluss zu gewährleisten. Es ist zweckdienlich, ein ähnliches Gerät im Pathologielabor oder in dessen direkter Nähe zu haben, um die ausreichende pathologische Untersuchung solcher Proben zu fördern.

(v) Nachsorge-Sprechstunde bei primärem Brustkrebs

(a) **Adjuvante Therapien**

Die Chirurgen und Radio-Onkologen (mit oder ohne Onkologen – siehe oben) müssen über die adäquaten adjuvanten Therapien vor dem Hintergrund der Pathologie der chirurgischen Proben entscheiden. Eine multidisziplinäre Fallbesprechung, präsentiert von Pathologen, muss jede Woche unter Teilnahme der Team-Chirurgen und Onkologen abgehalten werden.

(i) Strahlentherapie kann im Brustzentrum durchgeführt werden oder Patientinnen können in eine Strahlenklinik fahren.

Die minimale Ausstattung einer Bestrahlungsabteilung muss zwei Megavolt-Einheiten umfassen, eine Brachytherapie-Einheit, einen Simulator und ein computerbasiertes Planungssystem. Die Abteilung muss ein radiotherapeutisches Qualitätskontroll-Programm für Brustfälle besitzen.

(ii) Die Verabreichung zytotoxischer Therapien als adjuvante Therapie oder bei fortgeschrittener Erkrankung muss durch einen anerkannten Onkologen mit angemessener Einrichtung erfolgen (klinischer oder medizinischer Onkologe).

(iii) Auch wenn die Patientin ein anderes Krankenhaus zur Strahlentherapie oder einer

⁶ Erratum, siehe European Journal of Cancer 39 (2003) 847, <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0959-8049/PIIS0959804902007372.pdf>; Faxitron ist der Markenname von Geräten zum Röntgen von Proben

specialised chemotherapy the subsequent follow-up should be by the team members of her Breast Unit.

Follow-up at the Breast Unit has the advantage of convenience for the patient and their relatives. The skills of the diagnostic breast team are also available for the detection and investigation of a possible recurrence.

- (b) All patients with primary breast cancer must be followed-up in a combined Breast Clinic with the attendance of a nominated surgeon and the nominated radiation (clinical) oncologist at the Breast Unit. Any imaging or other investigations necessary, should be able to be carried out at the same visit.

(vi) Advanced and Recurrent Breast Cancer

- (a) There must be one Advanced Breast Cancer Clinic at least every 2 weeks at the Cancer Unit attended by the Clinical Oncologist ± Medical Oncologist and with the surgeon available for consultation. Patients with distant metastases, locally advanced primary breast cancer and local or regional recurrence, must be managed in this clinic.

- (b) Patients who have received radiotherapy or complex chemotherapy at a Cancer Centre should normally be referred back to the Breast Team at their Breast Unit for further follow-up.

Chemotherapy

- (c) The nominated Oncologist (Clinical or Medical) must supervise chemotherapy in line with protocols drawn up by the Unit Team.

There must be facilities and suitably trained staff for the safe delivery of standard chemotherapy regimens (both for adjuvant treatment and for advanced disease) and for dealing with complications.

(vii) Benign clinic

The Breast Unit must hold a clinic to advise women with benign disease both for confirmation that a

besonderen Chemotherapie aufsucht, sollte die anschließende Nachsorge bei den Teammitgliedern ihres Brustzentrums verbleiben.

Die Nachsorge im Brustzentrum hat den Vorteil, dass sie für die Patientin und ihre Angehörigen bequemer ist. Die Fähigkeiten des Brustdiagnostik-Teams stehen dann auch zur Diagnostik und Untersuchung einer möglichen Wiedererkrankung zur Verfügung.

- (b) Alle Patientinnen mit primärem Brustkrebs müssen eine Nachsorge in einer kombinierten Brustklinik unter Beteiligung eines im Brustzentrum beauftragten Chirurgen und des beauftragten (klinischen) Radioonkologen erhalten. Alle bildgebenden oder anderen notwendigen Untersuchungen sollten bei demselben Besuch durchgeführt werden können.

(vi) Fortgeschrittener und rezidivierender Brustkrebs

- (a) Ein Brustkrebszentrum muss mindestens alle zwei Wochen eine Sprechstunde für fortgeschrittenen Brustkrebs anbieten, die ein klinischer Onkologe ± ein medizinischer Onkologe, bei Verfügbarkeit des Chirurgen zu Beratungszwecken, abhält. Patientinnen mit Fernmetastasen, lokal fortgeschrittenem primärem Brustkrebs und lokalen oder regionalen Rezidiven müssen in dieser Sprechstunde behandelt werden.

- (b) Patientinnen, die eine Bestrahlung oder eine komplexe Chemotherapie in einem Krebszentrum erhalten haben, sollten normalerweise an das Brust-Team ihres Brustzentrums zur weiteren Nachsorge zurück überwiesen werden.

Chemotherapie

- (c) Der beauftragte (klinische oder medizinische) Onkologe muss die Chemotherapien im Einklang mit den Standards, die vom Brust-Team vorgezeichnet werden, beaufsichtigen.

Es müssen Einrichtungen und angemessen geschultes Personal für die sichere Verabreichung von Standard-Chemotherapie-Regimen (sowohl für die adjuvante Behandlung als auch für die fortgeschrittene Erkrankung) und für den Umgang mit Komplikationen vorhanden sein.

(vii) Sprechstunde für gutartige Erkrankungen

Das Brustzentrum muss Sprechstunden zur Beratung von Frauen mit gutartigen Erkrankungen ab-

lump managed without excisional surgery is benign and for treatment of mastalgia or inflammatory conditions, e.g. mammillary fistula.

halten, einerseits zur Bestätigung, dass ein Knoten ohne chirurgische Entfernung wirklich gutartig ist, andererseits zur Behandlung von Mastalgie⁷ oder entzündlichen Erkrankungen, z.B. einer Brustwarzenfistel.

5.4. Associated services and non-core personnel

5.4. Angeschlossene Dienstleistungen und Nicht-Kernpersonal

(i) Psychological Support

If the patient is experiencing psychological morbidity that can not be dealt with effectively by members of the Unit team, she should be referred to a psychiatrist or a clinical psychologist who is nominated as the liaison psychiatrist / psychologist for the Breast Unit (non-core team member).

(i) Psychologische Unterstützung

Wenn die Patientin ein psychologisches Trauma erleidet, kann dies nicht effektiv von Mitgliedern des Zentrums behandelt werden, sondern sie sollte an einen Psychiater oder klinischen Psychologen überwiesen werden, der als psychiatrischer / psychologischer Kooperationspartner für das Brustzentrum ernannt ist (Nicht-Kernteam-Mitglied).

(ii) Reconstruction

A Unit team must provide breast surgical reconstruction when required for: (1) those patients not suitable for breast conserving therapy (2) patients with extensive local disease. The breast surgeons in the team should be able to undertake basic reconstruction and there should be a **standard arrangement** or joint reconstruction clinic with a nominated Plastic Surgeon (non-core team member) who takes a special interest in breast reconstructive techniques.

(ii) Wiederaufbau

Das Team eines Brustzentrums muss bei Bedarf Rekonstruktionschirurgie zur Verfügung stellen für: (1) solche Patientinnen, die für eine brusterhaltende Operation nicht geeignet sind und (2) Patientinnen mit ausgedehnter lokaler Erkrankung. Die Brustchirurgen des Teams sollten in der Lage sein, Basis-Rekonstruktionen durchzuführen, und es sollte eine **Standardeinrichtung** oder eine angeschlossene Rekonstruktionsklinik mit einem benannten plastischen Chirurgen (Nicht-Kernteam-Mitglied) geben, der auf Rekonstruktionstechniken der Brust spezialisiert ist.

(iii) Palliative Care

A specialist palliative care service must be available for the referral of patients with advanced breast cancer. A close working relationship must be established between members of the Breast Unit and the palliative care service to ensure that breakdowns in continuity of care do not occur.

(iii) Palliativ-Versorgung

Für die Überweisung von Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs muss eine spezialisierte Palliativversorgung verfügbar sein. Es muss ein enges Arbeitsverhältnis zwischen Mitgliedern des Brustzentrums und denen der Palliativ-Einrichtung etabliert werden, um sicherzustellen, dass es in der Kontinuität der Versorgung nicht zu Unterbrechungen kommt.

(iv) Prosthesis

There must be provision for a Prosthesis fitting service within the unit.

(iv) Prothesen

Innerhalb des Zentrums muss ein Dienst zur Prothesen-Anpassung vorhanden sein.

(v) Lymphoedema

An identified Physiotherapist or a Breast Care Nurse must have an interest in the treatment of lymphoedema.

(v) Lymphödeme

Ein ausgewiesener Physiotherapeut oder eine spezialisierte Brustschwester muss an der Behandlung von Lymphödemem beteiligt sein.

(vi) Risk

Women seeking advice with regard to risk, e.g., family history, must be able to receive this from the Breast

(vi) Risikopatientinnen

Frauen, die Rat wegen Risiken z. B. in der Familiengeschichte suchen, müssen diesen von Brustchirur-

⁷ zyklusunabhängige Schmerzen in der Brust

Surgeons who must acquire the requisite knowledge. Gene probing must be available when required and those patients considered suitable should be seen jointly by the Breast Surgeon and a nominated Clinical Geneticist (non-core team member).

5.5. Case management meetings

There must be at least one prospective weekly case management meeting attended by the members of the Core team. All must have allocated time for this meeting which must consider cases under diagnosis and the forward planning of patients who have received surgery.

5.6. Management protocols

The Unit must have written protocols for diagnosis and for the management at all stages (primary and advanced cancer). All protocols must be agreed upon by the core team members.

5.7. Information to patients

Women must be offered written information and this must be available with regard to their diagnosis and / or treatment options. This should be in addition to receiving counselling from the Breast Care Nurse.

6. Research

Research is one of the essential parts of training of specialists. Units should be encouraged to provide research opportunities and this must be taken into account when assessing units for their suitability for accepting trainees.

7. Additional points

The implementation of the suggested structure of Breast Units requires a reorganisation of time in each discipline, so that as a consultant spends more time in breast disease, his or her colleagues no longer treat breast cancer and specialise in other areas. Rationalisation of work patterns, in this way would provide sufficient staff for the Breast Units. Such a move would coincide with changes that are already occurring within, for example, General Surgery in the emergence of specialist surgeons for urology, for microinvasive techniques, for vascular surgery, for colon surgery, etc.

gen bekommen können, die sich das notwendige Fachwissen aneignen müssen. Gentests müssen auf Nachfrage verfügbar sein, und als geeignet erachtete Patientinnen sollten gemeinsam vom Brustchirurgen und einem beauftragten klinischen Genetiker (Nicht-Kernteam-Mitglied) beraten werden.

5.5. Fallmanagement-Sitzungen⁸

Es muss mindestens eine prospektive⁹ Fall-Konferenz pro Woche unter Beteiligung der Mitglieder des Kernteams geben. Alle müssen für diese Sitzung eine Sollzeit haben, die die diagnostizierten Fälle und die Vorausplanung der operierten Patientinnen berücksichtigt.

5.6. Behandlungsprotokolle

Das Zentrum muss schriftliche Protokolle¹⁰ zur Diagnose und für die Behandlung in allen Stadien besitzen (primärer und fortgeschrittener Krebs). Die Kernteam-Mitglieder müssen allen Protokollen zustimmen.

5.7. Informationen für Patientinnen

Frauen müssen schriftliche Informationen angeboten werden, und zwar hinsichtlich ihrer Diagnose und / oder Behandlungsoptionen. Das Angebot sollte zusätzlich zum Beratungsangebot durch spezialisierte Brustschwestern bestehen.

6. Forschung

Forschung ist eines der wesentlichen Elemente der Ausbildung von Spezialisten. Brustzentren sollten ermutigt werden, Forschungsmöglichkeiten zu schaffen, und dem muss bei der Bewertung von Zentren in Hinblick auf ihre Fortbildungsbefugnis Rechnung getragen werden.

7. Zusätzliche Gesichtspunkte

Die Implementierung der vorgeschlagenen Struktur von Brustzentren erfordert eine zeitliche Umorganisation in jeder Fachdisziplin, so dass dann, wenn ein Facharzt mehr Zeit für Brustkrankungen verwendet, sein oder ihre Kollegen keinen Brustkrebs mehr behandeln und sich auf andere Gebiete spezialisieren. Rationalisierung der Arbeitsabläufe würde so genügend Personal für die Brustzentren verfügbar machen. Solch ein Schritt würde mit Veränderungen in Einklang stehen, die bereits z. B. in der Allgemeinen Chirurgie durch die Entstehung spezialisierter Chirurgen für Urologie, für mikroinvasive Techniken, für Gefäß-

⁸ Fallmanagement-Sitzung: Die Bezeichnung wurde entsprechend des englischsprachigen Originals übernommen. Hierzulande wird in der Regel von „interdisziplinärer Tumorkonferenz“ gesprochen.

⁹ gemeint "vor der Therapie", vorausschauend

¹⁰ "protocol", Anweisungen zum Vorgehen

All work must be carried out by specialists specifically trained in breast disease rather than by junior staff. A service provided by a trained specialist is more efficient and more cost-effective – decisions are made earlier whereas junior staff are more likely to call a patient back several times unnecessarily and to carry out unnecessary investigations; operating by consultants is more efficient for technical reasons; the interpretation of imaging techniques and the reading of histology is much more likely to produce definitive opinions if carried out by trained specialists.

We estimate that for a 20 million population base, the provision of cost-effective Breast Units, each diagnosing more than 150 new cancers per year, requires approximately 60 Breast Units.

chirurgie, für Kolonchirurgie etc. stattfinden.

Sämtliche Leistungen müssen von speziell in Brustkrankungen ausgebildeten Fachärzten und nicht von weniger qualifizierten Ärzten erbracht werden. Eine von einem geschulten Spezialisten gelieferte Dienstleistung ist effizienter und auch kosteneffektiver – Entscheidungen fallen früher, während weniger qualifizierte Ärzte eine Patientin viel wahrscheinlicher mehrere Male unnötigerweise einbestellen und unnötige Untersuchungen durchführen; das Operieren durch Fachärzte ist aus technischen Gründen effizienter; die Auswertung bildgebender Verfahren sowie die Bewertung der histologischen Befunde bringen viel wahrscheinlicher definitive Aussagen hervor, wenn sie von spezialisierten Fachärzten vorgenommen werden.

Wir schätzen, dass für eine Bevölkerungsbasis von 20 Millionen Menschen die Bereitstellung kosteneffektiver Brustzentren, in denen jährlich jeweils mehr als 150 neue Krebsfälle diagnostiziert werden, ungefähr 60 Brustzentren erforderlich sind.

8. List of attendees / Teilnehmerliste

8.1. EUSOMA Working Party

Professor Roger Blamey, Surgeon, Nottingham (Chairman).
Professor Mogens Blichert-Toft, Surgeon, Copenhagen.
Professor Luigi Cataliotti, Surgeon, Firenze (President EUSOMA).
Dr Alberto Costa, Surgeon, Milano.
Dr Marco Greco, Surgeon, Milano.
Dr Roland Holland, Pathologist, Nijmegen.
Professor Manfred Kaufmann, Gynaecologist, Frankfurt.
Dr Nicholas Perry, Radiologist, London.
Dr Antonio Ponti, Epidemiologist, Torino.
Ms Katy Redmond, Nurse, Dublin.
Mr Richard Sainsbury, Surgeon, Huddersfield.

8.2. EORTC attendees

Professor Cornelius van de Velde, Surgeon, Leiden (President EORTC Breast Group).
Dr Marie Christiaens, Surgeon, Leuven.
Professor Jacek Jassem, Radiation Oncologist, Gdansk.
Dr Jean Pierre Julien, Surgeon, Rouen.
Professor Robert Paridaens, Medical Oncologist, Leuven.
Dr Emile Rutgers, Surgeon, Amsterdam.

8.3. Leuven attendees

Professor EF van Limbergen, Radiation Oncologist, Leuven.
Dr W Van den Bogaert, Radiologist, Leuven.
Professor I Vergote, Gynaecologist, Leuven.
Dr J Wildiers, Medical Oncologist, Leuven.

References / Referenzen

1. Cataliotti L, Costa A, Daly PA, et al. Florence: Statement on breast cancer, 1998. Forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer.
2. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services: a report by the expert advisory group on cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. Department of Health Publication, 1995.
3. Richards MA, Baum M, Dowsett M, et al. Provision of breast services in the UK; the advantages of specialist breast units. Report of a Working Party of the British Breast Group. The Breast Supplement, 1994.
4. Quality Assurance Guidelines for Surgeons in Breast Cancer Screening (BASO). NHSBSP publication no. 20.
5. Guidelines for Surgeons in the Management of Symptomatic Breast Disease in the United Kingdom (BASO). The BASO Breast Specialty Group. Eur J Surg Oncology supplement, 1998 revision.
6. Guidance for Purchasers: Improving Outcomes in Breast Cancer - The Manual. NHS Executive Publication, 1996.
7. Blichert-Toft M, Smola MG, Cataliotti L, O'Higgins N. Principles and guidelines for surgeons - management of symptomatic breast cancer. Eur J Surg Oncol 1997, 23, 101- 109.
8. de Wolf CJN, Perry NM. European Guidelines for QA in Mammographic Screening. Brussels, European Commission, 1996.

Quelle / Download des Originals:

<http://www.eusoma.org/doc/bu-guidelines.pdf>