Strukturerhebungsbogen

für die Zertifizierung von Brustzentren

Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie

Zugehörig zum Monitoring - Jahr: Jahreszahl

Ausgefüllt am: Datum

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

Dieser Strukturerhebungsbogen ist ab 01. Januar 2021, gültig und für alle ab dem 01. Januar 2022 durchgeführten Audits, sowie Monitorings verbindlich anzuwenden.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontakt** Krebsliga Schweiz Geschäftsstelle Qualitätslabel Effingerstrasse 40 3008 Bernq-label@krebsliga.ch | © KLS / SGSVersion: Januar 2024Zuständigkeit: Q-Label-Ausschuss |

Inhaltsverzeichnis

[A. Allgemeine Merkmale 5](#_Toc58418157)

[B. Personalbereitstellung 6](#_Toc58418158)

[B.1 Ärztliche Bereitstellung 6](#_Toc58418159)

[B.2 Bereitstellung von Angehörigen weiterer Berufsgruppen 7](#_Toc58418160)

[B.3 Vertraglich geregelte Zusammenarbeit, Forschung und Datenerhebung 8](#_Toc58418161)

[C. Apparative Ausstattung des Brustzentrums 10](#_Toc58418162)

# Allgemeine Merkmale

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Name des Brustzentrums
 |       |
| 1. Adresse des Brustzentrums bzw. der beiden Standorte
 |       |
| 1. Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Patientinnen
 |       |
| 1. Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Kontakt mit der Geschäftsstelle Q-Label
 |       |
| 1. Webseite
 |       |
| 1. Hat das Brustzentrum Netzwerkpartner? Bitte alle Partner aufführen.

Liegen entsprechende Verträge mit den Netzwerkpartnern vor? |       |
| 1. Bestehen Kooperationsverträge zwischen dem Brustzentrum und anderen Einrichtungen?[[1]](#footnote-1)

***Wenn ja:*** mit welchen? |       |
| 1. Ist das Brustzentrum eine eigenständige von anderen Fachdisziplinen unabhängige Organi­sationseinheit?
 |       |
| 1. Name der administrativen Geschäftsführung
 |       |
| 1. Name und Fachtitel des klinischen Direktors / der klinischen Direktorin des Brustzentrums
 |       |

# Personalbereitstellung

## B.1 Ärztliche Bereitstellung

| **Disziplin** | **Anzahl Personen** | **Name, Vorname****Arbeitsort für jedes KTM[[2]](#footnote-2)** | **Fachtitel und** **Jahr des Fachtitels** | **Eintrittsdatum in das Brustzentrum und ggf. Austrittsdatum**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Vertretung der **Brustchirurgie** im Kernteam(Teamleader **fett** markieren)
 |       |       |       |       |
| 1. Vertretung der **plastischen, rekonstruktiven- und ästhetischen Chirurgie** im Kernteam. Angabe «KTM» bzw. «weiteres KTM in plastischer Funktion, Teamleader **fett** markieren.
 |       |       |       |       |
| 1. Vertretung der **Pathologie** im Kernteam(Teamleader **fett** markieren)
 |       |       |       |       |
| 1. Vertretung der **medizinischen Onkologie** im Kernteam(Teamleader **fett** markieren)
 |       |       |       |       |
| 1. Vertretung der **Radiologie** im Kernteam(Teamleader **fett** markieren)
 |       |       |       |       |
| 1. Vertretung der **Radioonkologie** im Kernteam(Teamleader **fett** markieren)
 |       |       |       |       |

## B.2 Bereitstellung von Angehörigen weiterer Berufsgruppen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Berufsbezeichnung** | **AnzahlPersonen** | **Name, Vorname, Arbeitsort** | **Fachtitel** |
| 1. MTRAs Radiologie(Leitende MTRA(s) **fett** markieren)
 |       |       |       |
| 1. MTRAs Radioonkologie
 |       |       |       |
| 1. Datenmanager
 |       |       |       |
| 1. Breast Care Nurses oder spezialisierte Fachpersonen Onkologiepflege
 |       |       |       |
| 1. Physiotherapeuten mit Ausbildung in Lymphdrainage
 |       |       |       |

## B.3 Vertraglich geregelte Zusammenarbeit, Forschung und Datenerhebung

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Gibt es eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einem Fachspezialisten medizinische Genetik / Humangenetik?

***Wenn ja:*** Namen, Vornamen, Fachtitel mit Jahr des Erwerbs |                 |
| 1. Gibt es eine Zusammenarbeit mit einem Fachspezialisten Psychoonkologie?

***Wenn ja:***Namen, Vornamen, Fachtitel mit Jahr des Erwerbs |                 |
| 1. Gibt es aktuell eine Zusammenarbeit mit einer Forschungseinrichtung?[[3]](#footnote-3)

***Wenn ja:*** Namen der Forschungseinrichtung |                 |
| 1. Ist diese Zusammenarbeit vertraglich geregelt?
 |       |
| 1. Ist Ihre Datenbank / Software kompatibel mit der von der SGS vorgeschlagenen Datenbank (SBCDB), so dass das Benchmarking durchgeführt werden kann?

***Wenn ja:***Name, Version |                 |
| 1. Ist ein entsprechender Vertrag mit der SGS für die Datenübertragung abge­schlossen?
 |       |
| 1. Erheben auch alle Netzwerkpartner die Daten entsprechend den Vorgaben der SGS?
 |       |
| 1. Erfüllt das am Brustzentrum angeschlossene Radio-Onkologie-Institut die in der Schweiz üblichen Qualitätskriterien sowie die gesetzlichen Vorgaben?
 |       |

# Apparative Ausstattung des Brustzentrums

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezeichnung** | **Anzahl im Brustzentrum vorhanden**[[4]](#footnote-4) | **Anzahl anderweitig verfügbar[[5]](#footnote-5)**  | **Bemerkungen** |
| 1. Sonographiegerät mit Hochfrequenzschallkopf
 |       |       |       |
| 1. CT
 |       |       |       |
| 1. MRI
 |       |       |       |
| 1. ≥ 1 MRI-Punktionseinrichtung (nicht zwingend nötig, sie soll aber angestrebt werden)
 |       |       |       |
| 1. Stereotaktische Biopsieeinrichtung
 |       |       |       |
| 1. Sonographiegesteuerte Biopsieeinrichtung
 |       |       |       |
| 1. Operationsmikroskop zur Rekonstruktion mit mikrovaskulären Lappen
 |       |       |       |
| 1. ≥ 1 PET-CT respektive Zugang zu einem externen PET
 |       |       |       |

Hiermit bestätige ich, dass wir die Dokumente (Quality-Dashboard und Strukturerhebungsbogen) wahrheitsgetreu ausgefüllt haben und dass alle Patientinnen in unserem Zentrum gemäss den Anforderungen des Q-Labels behandelt werden. Nachweise, dass allfällige Netzwerkpartner die Bedingungen erfüllen, liegen vor und können bei Bedarf eingesehen werden.

Name der klinischen Direktorin/ des klinischen Direktors des Brustzentrums: Name Tel: Telefonnummer E-Mail: E-Mail

Ort und Datum, Unterschrift der klinischen Direktorin/ des klinischen Direktors des Brustzentrums:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kooperationsverträge für bestimmte Dienstleistungen, z.B. Durchführung von stereotaktischen Biopsien, genetische Beratung, Psychoonkologie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bei einem Brustzentrum mit zwei Standorten: Angabe des Standorts. Bei (geographisch externen) Leistungen für das Brustzentrum: Adressangabe der Praxis. [↑](#footnote-ref-2)
3. Beteiligt sich das Brustzentrum an klinischen Studien (z.B. SAKK, IBCSG, EORTC, etc.)? [↑](#footnote-ref-3)
4. Gilt für das Brustzentrum, nicht für die Netzwerkpartner [↑](#footnote-ref-4)
5. Es muss eine vertragliche Regelung bestehen. Wenn ausserhalb des Brustzentrums verfügbar, bitte Adresse in der Spalte «Bemerkungen» angeben. [↑](#footnote-ref-5)