



Quality-Dashboard – Erläuterungen

für die Zertifizierung von Brustzentren

Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie

Diese Erläuterungen sind in Deutsch und Französisch abgefasst. Bei Widersprüchen ist die deutsche Version massgebend.

Das vorliegende Dokument mit Stand Juli 2021 wurde modifiziert (Wegfall der separaten Abfrage von Erst- und Zweitbefundungen in der Pathologie / Radiologie sowie Detailierung der Bestimmungen zu den Zusatzuntersuchungen in der Pathologie).

Diese Erläuterungen zum Quality Dashboard sind ab 01. Januar 2021, d.h. bereits für das Monitoring 2021 gültig und für alle ab dem 01. Januar 2022 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden.

Brustzentren, die eine Zertifizierung anstreben und dafür ihre Daten aus dem Jahr 2020 einreichen wollen, wenden sich bitte an die Geschäftsstelle. Sie erhalten dort die Formulare, die noch für das Jahr 2020 gültig sind. Den Brustzentren ist es aber auch gestattet, ihre Daten von 2020 in die aktuellen Formulare einzutragen und sich somit gemäß den zurzeit gültigen Qualitätskriterien zertifizieren zu lassen. Bedingung dafür ist, dass das Brustzentrum die geforderten Daten (z.B. Unterscheidung von Erst- und Zweitbefundung im Fachbereich Pathologie, etc.) vorweisen kann.

Krebsliga Schweiz
Geschäftsstelle Qualitätslabel
Effingerstrasse 40
3008 Bern
q-label@krebssliga.ch

© KLS / SGS
Version: Juli 2020

Zuständigkeit: Q-Label-Ausschuss

Inhaltsverzeichnis

I.	Strukturqualität / Fallzahlen	4
	1. Anzahl neue Brustkrebsfälle und Primäroperationen	4
	2. Brustchirurgische Eingriffe	5
	3. Plastisch rekonstruktive Eingriffe an der Brust	6
	4. Pathologie - Befundungen von Mammaproben	7
	5. Pathologie - Karzinomdiagnosen	7
	6. Onkologie – Chemo- und Immuntherapien	8
	7. Radiologie – Mammografie und andere Verfahren	9
	8. Radiotherapie	9
	9. In Studien eingebrachte Fälle	10
II.	Prozessqualität	10
	10. Frist visuellen Erstkontakt bis zur Diagnosemitteilung	10
	11. Frist von Diagnosemitteilung bis zum Therapiebeginn	11
	12. Prätherapeutische Besprechung	11
	13. Postoperative Besprechung	11
III.	Ergebnisqualität	12
	14. Reoperationsrate	12
	15. Dokumentation der R0 / R1-Resektionen bei invasiven Tumoren	13
	16. Dokumentation der brusterhaltenden Operationen	13
	17. Dokumentation Lymphknotenanzahl bei axillärer Lymphonodektomie	14
	18. Dokumentation Fälle mit alleiniger Sentinelnodektomie-Prozedur	14
	19. Dokumentation DCIS-Fälle mit Lymphknotenentfernung	14
	Glossar	15

I. Strukturqualität / Fallzahlen

ANZAHL DER NEUEN BRUSTKREBSFÄLLE	
Frage 1A	Grenzwert
# Patientinnen	
# neue Brustkrebsfälle	125
davon Rezidive	
davon intern abgeklärte Fälle	
davon bereits extern abgeklärte Fälle	

Anforderung

Die Minimalzahl für das Brustzentrum beträgt insgesamt jährlich 125 neue Brustkrebsfälle, welche an der Patientin¹ mittels Operation oder interventionellem Eingriff diagnostiziert wurden. Als Fall werden alle Befunde der Kategorie 5 in der B-Klassifikation gewertet.

Definition «Neuer Brustkrebsfall»

Darunter fallen primäre und primär metastatische Karzinome, die bisher nicht im Brustzentrum behandelt wurden, sowie alle lokalen und loko-regionäre Rezidive.

Ein Lokalrezidiv ist definiert als ein Tumorrezidiv im Weichteilgewebe der brusterhaltend operierten Brust, der Thoraxwand, Mastektomienarbe und/oder Haut. Ein regionäres Rezidiv ist definiert als ein Tumorrezidiv in den ipsilateralen axillären Lymphknoten oder dem Weichteilgewebe der ipsilateralen Axilla.

Zählweise

Es zählen nur Fälle, bei denen die Primärbehandlung (Operation oder Systemtherapie oder Radiotherapie) im Brustzentrum durchgeführt wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Diagnose im Brustzentrum oder extern gestellt wurde. Ein synchrones, bilaterales Karzinom zählt als zwei Fälle. Metachrone, kontralaterale Zweitkarzinome sind als neuerlicher Fall zu zählen.

Ein neuer Brustkrebsfall wird zu jenem Berichtsjahr (= Falljahr) hinzugezählt, in welchem die histologische Sicherung erfolgt ist.

Die zu einem «Fall» gehörenden Abklärungs- und Therapieschritte werden für das Falljahr gezählt (und nicht für das Jahr, in dem sie effektiv durchgeführt worden sind). Hinweis: Diese Zählweise unterscheidet sich von derjenigen, die für die Ermittlung der Operationszahlen der Kernteammitglieder zur Anwendung kommt. Ein Kernteammitglied muss seine Kompetenz mit ≥ 30 Operationen im **Kalenderjahr** nachweisen.

Sonderbestimmung bei Erstzertifizierung

Für die Erstzertifizierung können sich auch Zentren zertifizieren lassen, die jährlich mindestens 100 statt 125 neue Brustkrebsfälle aufweisen. Diese Zentren müssen aber spätestens im dritten Jahr nach dem Erst-Zertifizierungs-Audit die Mindestfallzahl von 125 Brustkrebsfällen pro Jahr erreichen.

¹ Der Einfachheit halber werden die Begriffe «Frauen» / «Patientinnen» bzw. «Fälle» für beide Geschlechter verwendet.

ANZAHL DER PRIMÄROPERATIONEN VON NEUEN BRUSTKREBSFÄLLEN²	
Frage 1 B	Grenzwert
# operierte Fälle	Entfällt, siehe Text

Anforderung

Zwar entfällt die Anforderung «125 Operationen pro Jahr», jedoch wird die Angabe zur Berechnung von anderen, weiterhin geforderten Werten benötigt.

Zählweise

Als Primäroperation gilt der Ersteingriff an einem «neuen Brustkrebsfall²». Eine Nachresektion oder ein zweizeitiger axillärer Eingriff (z.B. axilläre Lymphonodektomie, Sentinel-LK-Entfernung) zählen nicht als Operation eines neuen Brustkrebsfalles.

ANZAHL DER BRUSTCHIRURGISCHEN EINGRIFFE PRO KTM AN ERSTKARZINOMEN / REZIDIVEN DER BRUST PRO JAHR	
Frage 2	Grenzwert
# Eingriffe pro KTM	30
# Eingriffe der KTM total	

Anforderung

Es müssen jährlich ≥ 30 brustchirurgische Eingriffe von neuen Brustkrebsfällen² von jedem brustchirurgisch tätigen Kernteammitglied (KTM) durchgeführt werden.

Zählweise

Eine Tumorektomie / Mastektomie kombiniert mit Sentinelnodektomie / Axillaausräumung Level I und II entspricht einer Operation, d.h. Sentinelnodektomie / Axillaausräumung Level I und II zählen nicht als separater Eingriff. Gezählt werden können auch risiko-reduzierende Mastektomien.

Lehrassistenzen sind mit anrechenbar, wobei aber das Kernteammitglied Brustchirurgie den Eingriff von Hautschnitt bis unmittelbar vor Hautnaht ununterbrochen begleiten / führen muss. Eine Operation kann nur einem Kernteammitglied angerechnet werden, ausser bei neu auszubildenden zukünftigen Kernteammitgliedern. Die Operation kann sowohl dem Kernteammitglied für den Erhalt der Kernteammitgliedschaft, als auch dem zukünftigen Kernteammitglied zur Erlangung der Kernteammitgliedschaft im Folgejahr angerechnet werden. Gegenseitige Assistenzen unter Kernteammitgliedern sind nicht mehrfach anrechenbar

Auch Operateure mit reduziertem Arbeitspensum müssen mindestens 30 brustchirurgische Eingriffe bei Primärfällen pro Jahr nachweisen.

Bei Fehlzeiten, z.B. Mutterschutz, Sabbatical muss ein Antrag auf Einzelfall-Prüfung an den Q-Label-Ausschuss gestellt werden. Dieser entscheidet abschliessend, ob der Status eines Kernteammitglieds erhalten bleibt.

Chirurgische Eingriffe von neuen Brustkrebsfällen², die ein Kernteammitglied ausserhalb des Brustzentrums im Kalenderjahr durchgeführt hat, werden angerechnet, siehe dazu auch «Zählweise Netzwerkpartner» im folgenden Abschnitt.

Netzwerkpartner

Das Brustzentrum stellt sicher, dass Eingriffe bei Patientinnen der Netzwerkpartner von einem fachspezifischen Kernteammitglied durchgeführt werden, bzw. dass das fachspezifische Kernteammitglied den Eingriff zumindest begleitet.

² siehe Definition von *neuer Brustkrebsfall* unter Frage 1A

Fälle, welche durch ein Kernteammitglied am Standort des Netzwerkpartners operiert werden, zählen für das operierende Kernteammitglied, aber nicht für das Brustzentrum.

Fälle des Netzwerkpartners, welche durch ein Kernteammitglied im Brustzentrum operiert werden, zählen für das operierende Kernteammitglied und für das Brustzentrum.

Erreichen Chirurgen des Netzwerkpartners die für ein Kernteammitglied erforderliche Mindestfallzahl nicht, muss jede Brustkrebs-Operation von einem Kernteammitglied des Brustzentrums von Hautschnitt bis unmittelbar vor Hautnaht begleitet werden.

ANZAHL DER PLASTISCH REKONSTRUKTIVEN EINGRIFFE AN DER BRUST PRO KTM	
Frage 3	Grenzwert
# Eingriffe am Brustzentrum (BZ) total	30
# Eingriffe pro „Erstes KTM“ am BZ + anderen Orten	30
# Eingriffe pro „Weiterem KTM in Plastischer Funktion“ am BZ + anderen Orten	30
# Autologe Gewebettransfer am BZ total	10
# Eingriffe mit autologem Gewebettransfer pro „Erstem KTM“ am BZ+ anderen Orten	10

Anforderung

Rekonstruktive Eingriffe (siehe Liste unten) an der Brust werden im Brustzentrum durch das Kernteammitglied Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie³ durchgeführt, das über den entsprechenden Facharzttitel oder in der Schweiz akkreditierten Facharzttitel mit Eintrag im Medizinalberuferegister (<https://www.medregom.admin.ch/>) verfügt.

Ein Kernteammitglied Brustchirurgie, das eine gleichwertige Ausbildung und die geforderten Fallzahlen nachweist, kann ebenfalls die rekonstruktiven Eingriffe durchführen.

Ein Operateur kann jeweils nur den brustchirurgischen oder nur den rekonstruktiven Eingriff durchführen (Prinzip der *fachlichen* Teamtrennung Brustchirurgie – Plastische Chirurgie).

Liste der rekonstruktiven Eingriffe

- Ein- und zweizeitige Brustrekonstruktionen mittels Fremdmaterial (Prothesen, Expander)
- Eigengewebstrekonstruktionen. Hierzu zählen gestielte und mikrochirurgische Lappenplastiken wie z.B.:
 - Latissimus dorsi LP (LDLP)
 - Thoracodorsal Artery Perforator LP (TDAP)
 - Transverse Rectus Abdominis LP (TRAM)
 - Deep Inferior Epigastric Perforator LP (DIEP)
 - Superficial Inferior Epigastric Artery LP (SIEA)
 - Transverser Muskelus Grazius LP (TMG)
 - Profunda Artery Perforator LP (PAP)
 - Superficial Gluteal Artery Perforator LP (SGAP)
- «High End onkoplastische Chirurgie», hierzu zählen die
 - Tumor adaptierte Mammareduktionsplastik und Mastopexie der ipsilateralen Seite
 - Angleichende Mammareduktionsplastik und Mastopexie der kontralateralen Seite
- Sekundäre Brustrekonstruktion nach Tumorektomie (Formkorrektur, Reduktion, Pexie und/oder Implantat)
- Primäre und sekundäre Rekonstruktion des Mamillenareolenkomplexes

³ im weiteren Text wird der Einfachheit halber der Begriff «Plastische Chirurgie» verwendet

Unterscheidung zwischen «Erstem Kernteammitglied Plastische Chirurgie» und «Weiterem Kernteammitglied in Plastischer Funktion»

Das «Erste Kernteammitglied Plastische Chirurgie» ist regelmässig mikrochirurgisch tätig und führt mindestens 30 plastisch rekonstruktive Eingriffe an der Brust pro Jahr durch. Darin sind mindestens 10 Rekonstruktionen mit autologem Gewebettransfer (Lappenplastiken) enthalten. Diese Mindestzahlen stellen auch gleichzeitig die Minimalanforderung an das Brustzentrum dar.

Es muss ein «Weiteres Kernteammitglied in Plastischer Funktion» (Plastischer Chirurg, Gynäkologe, Chirurg) benannt sein, welches oben genannte Fallzahlen in Bezug auf 10 Eigengewebstrekonstruktionen nicht erfüllen muss, jedoch pro Jahr mindestens 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe (siehe Liste rekonstruktive Eingriffe) an der Brust in Zusammenarbeit mit dem «Ersten Kernteammitglied Plastische Chirurgie» durchführt und Facharztstatus hat.

Alle Brustrekonstruktionen werden im präoperativen Tumorboard vom Kernteammitglied Plastische Chirurgie indiziert. In Abwesenheit des Kernteammitglieds Plastische Chirurgie übernimmt diese Aufgabe das weitere Kernteammitglied in Plastischer Funktion.

Zählweise

Plastisch rekonstruktive Eingriffe nach Risiko reduzierender Mastektomie können ebenfalls gezählt werden, nicht jedoch rein kosmetische Eingriffe.

Assistenzen des «Weiteren Kernteammitglieds in Plastischer Funktion» in anderen zertifizierten Brustzentren unter der Supervision eines «Ersten Kernteammitglieds Plastische Chirurgie» können auch gezählt werden.

Plastisch-rekonstruktive Eingriffe der Brust nach Tumorentfernung bzw. Risiko reduzierender Mastektomie, die ein «Erstes Kernteammitglied» ausserhalb des Brustzentrums im Kalenderjahr durchgeführt hat, werden angerechnet, siehe dazu auch «Zählweise Netzwerkpartner» unter Frage 2.

PATHOLOGIE: ANZAHL DER BEFUNDUNGEN VON MAMMAPROBEN	
Frage 4	Grenzwert
# Befundungen am Brustzentrum total	
# Befundungen pro KTM	250
# Befundungen der KTM total	

PATHOLOGIE: ANZAHL DER BEFUNDUNGEN NEU DIAGNOSTIZIERTER KARZINOME	
Frage 5	Grenzwert
# neu diagnostizierte Karzinome am Brustzentrum	
# Befundungen neu diagnostizierter Karzinome pro KTM	125
# Befundungen neu diagnostizierter Karzinome aller KTM	

Anforderung

Ein KTM Pathologie befundet pro Jahr mindestens 250 histologische Mammapräparate, 125 müssen maligne sein, darunter Operationspräparate mit primärem Mammakarzinom von mindestens 50 Fällen. Anmerkung: Die restlichen histologischen Mamma-Präparate bleiben in der Art unbestimmt (benigne oder maligne, Biopsie und/oder chirurgisches Exzizat). Die Diagnosen müssen histologisch erbracht werden.

Zweitbefundungen sind obligatorisch für alle malignen histologischen Diagnosen sowie für Diagnosen der Klassierung B3-B5. Die Zweitbefundung hat durch einen Facharzt für Pathologie, idealerweise ein KTM Pathologie des Brustzentrums zu erfolgen. Die Zweitbefundung wird im Pathologiebericht dokumentiert. Bei den Zusatzuntersuchungen (Bestimmung von HER2, Hormonrezeptoren, Proliferationsmarker und weitere diagnostisch geforderte immunhistochemische Untersuchungen etc.) ist die Befundung durch ein KTM Pathologie des Brustzentrums ausreichend.

Zählweise

Es dürfen auch von extern eingehende Präparate von Brustkrebsfällen angerechnet werden.

Die histopathologische Aufarbeitung von Gewebeentnahmen aus demselben Quadranten der Brust anlässlich desselben Eingriffs zählt als eine Befundung. Allfällige gleichzeitige oder später durchgeführte Zusatzuntersuchungen wie Bestimmung der Hormonrezeptoren, Proliferationsmarker und andere immunhistochemische Untersuchungen, Gentests etc. zählen nicht als «Biopsie».

Sonderbestimmung bei Erstzertifizierung

Für die Erstzertifizierung genügen 200 befundete Mammapräparate pro Kernteammitglied Pathologie. Spätestens im dritten Jahr nach Erstzertifizierung muss die Mindestzahl von 250 Mammapräparaten pro Jahr erreicht sein.

Für die Erstzertifizierung genügen 100 neu diagnostizierte Karzinome pro Kernteammitglied Pathologie. Spätestens im dritten Jahr nach Erstzertifizierung muss die Mindestzahl von 125 erreicht sein.

ANZAHL DER PATIENTINNEN MIT CHEMO-/IMMUNTHERAPIE IM BRUSTZENTRUM	
Frage 6	Grenzwerte
# aller Patientinnen mit Chemo-/Immuntherapie im Brustzentrum	30
# Patientinnen mit Chemo-/Immuntherapie pro KTM	30
# Patientinnen mit Chemo-/Immuntherapie der KTM total	

Anforderung

Pro Jahr führen die fachspezifischen Kernteammitglieder bei mindestens 30 Patientinnen (neo-)adjuvante oder palliative Chemotherapien und/oder Immuntherapien (inkl. Xeloda, Everolimus, CDK4/6 Inhibitoren oder antineoplastische Antikörpertherapien) im Brustzentrum durch. Alternativ können die Systemtherapien auch unter direkter Verantwortung/Supervision des fachspezifischen Kernteammitglieds (Chemotherapie-Verordnung datiert und visitiert; während der Verabreichung präsent/unmittelbar verfügbar) an qualifizierte Personen delegiert werden.

Zählweise

Jeder Patient mit Chemo-/Immuntherapie in der (neo-)adjuvanten oder palliativen Situation (einschließlich Xeloda, Everolimus, CDK4/6-Hemmer oder Antikörpertherapien) kann einmal pro Jahr gezählt werden.

Eine Patientin, deren (neo-)/adjuvante Behandlung sich über den Jahreswechsel erstreckt, kann nur für das Jahr gezählt werden, in dem die Behandlung begonnen wurde, und nicht für das folgende Jahr. In der palliativen Situation kann eine Patientin auch im folgenden Jahr gezählt werden, wenn die Therapie fortgesetzt wird.

ANZAHL DER MAMMOGRAPHIE-BEFUNDUNGEN UND DER MARKIERUNGEN AM BRUSTZENTRUM	
Frage 7	Grenzwert
# aller Mammografien am Brustzentrum	1000
# Befundungen pro KTM	1000
# Befundungen der KTM total	
# präoperativer Drahtmarkierungen oder eines gleichwertigen Markierungsverfahren bei nicht palpablen zu operierenden Befunden am Brustzentrum	Kein Grenzwert
# intraoperative Präparate-Radio-/Sonographien	Kein Grenzwert

Anforderung

Mindest-Anzahl Mammografie Befundungen pro KTM Radiologe: 1'000 / Jahr.

Jede Mammografie muss von 2 Fachärzten Radiologie befundet werden (glaubhaft nachgewiesen, z.B. mittels 2 Unterschriften auf dem Befund), davon muss mindestens ein Facharzt auch KTM sein. Radiologische Befunde müssen standardisierte Angaben gemäss BIRADS enthalten.

Der Einsatz der Drahtmarkierung oder eines gleichwertigen Markierungsverfahrens sollte bei nicht palpablen, zu operierenden Befunden erfolgen, um Nachresektionsraten zu reduzieren. Eine präoperative Bild-Dokumentation der Markierung von nicht palpablen Befunden sollte bei allen markierten Fällen erfolgen.

Bei Drahtmarkierungen sollte eine intraoperative Präparate Radiografie oder Präparatesonografie zur Beurteilung einer bildmorphologisch adäquaten Resektion erfolgen.

Zählweise

Eine Befundung entspricht einer kompletten Mammografie-Untersuchung einer Patientin, unabhängig davon, ob eine Seite schon amputiert wurde oder nicht. Die obligatorische Zweitbefundung wird als eine Befundung gezählt.

ANZAHL DER ADJUVANTEN RADIOTHERAPIEN DER BRUST BZW. BRUSTWAND	
Frage 8	Grenzwerte
# Radiotherapien total	100
# Radiotherapien pro KTM	30
# Radiotherapien aller KTM	

Anforderung

Jedes Kernteammitglied Radioonkologie führt 30 adjuvante Radiotherapien der Brust bzw. Brustwand bei Brustkrebsfällen pro Jahr durch. Im Zentrum müssen 100 Radiotherapien bei Brustkrebs / Jahr durchgeführt werden.

Zählweise

Die gesamte radiotherapeutische Behandlung einer Patientin entspricht einer Radiotherapie. Behandelndes Kernteammitglied ist, wer die Unterschrift auf dem Bestrahlungsplan leistet.

Für die Radiotherapieinstitution können auch Behandlungen von Frauen, die nicht Patientinnen eines Brustzentrums sind, angerechnet werden.

ANTEIL VON FÄLLEN IN STUDIEN	
Frage 9	Grenzwert
# Studienbeteiligung	5% gemessen an der Zahl der neuen Brustkrebsfälle pro Jahr.
# interventionelle Studien	≥10 Fälle innert 2 Jahren in interventionellen Studien

Anforderung

5% gemessen an der Zahl der neuen Brustkrebsfälle pro Jahr, wobei auch Studien mit lokoregionärem Rezidiv oder mit Metastasen berücksichtigt werden dürfen. Es müssen jedoch mindestens 10 Fälle über 2 Jahre in interventionellen Studien eingeschlossen werden.

Über die Anrechnung von Studien entscheidet der Ausschuss nach Vorprüfung durch die Q-Label-Geschäftsstelle mithilfe von Experten aus dem, für die Studie relevanten Fachbereich. Empfehlenswert ist die Abklärung im Vorfeld.

Gemeinsam mit dem jährlichen Monitoringbericht wird eine Liste über die akzeptierten und abgelehnten Studien des Vorjahres an die Brustzentren versendet.

Zählweise

Gezählt werden dürfen interventionelle, nicht interventionelle oder diagnostische Studien, nicht aber reine Erfassungs-/ Registerstudien.

Patientinnen können für die Teilnahme an klinischen Studien an andere zertifizierte Brustzentren überwiesen werden. Der Fall ist für beide Einrichtungen nach Studieneinschluss zählbar.

II. Prozessqualität

ANTEIL DER INTERN ABGEKLÄRTEN FÄLLE, WELCHEN INNERT 5 ARBEITSTAGEN NACH BIOPSIE DIE DIAGNOSE MITGETEILT WURDE, AN DER GESAMTZAHL DER INTERN ERSTABGEKLÄRTEN FÄLLE	
Frage 10	Grenzwert
# Fälle	95%

Anforderung und Zählweise

Anteil der intern abgeklärten Fälle, bei welchen innert 5 Arbeitstagen nach dem Zeitpunkt der Biopsie die Diagnose der Patientin mitgeteilt wurde, an der Gesamtzahl der **intern** im Brustzentrum **erstabgeklärten** Fälle.

Falls der Grenzwert nicht erreicht wird, werden zusätzliche Informationen nötig: D.h. Auflistung der Gründe und der Dauer der Verzögerung für alle Patientinnen, die erst nach 5 Arbeitstagen informiert wurden.

Sonderbestimmung bei Erstzertifizierung

Die Einhaltung dieser Frist wird für die Erstzertifizierung nicht verlangt, wohl aber ab dem dritten Jahr nach Erstzertifizierung. Das Zentrum muss nachweisen können, dass und wie die erforderlichen Angaben erhoben werden.

ANTEIL FÄLLE, BEI WELCHEN INNERT 20 ARBEITSTAGEN NACH BIOPSIE BZW. ERSTKONSULTATION DIE THERAPIE BEGONNEN WURDE AN DER GESAMTZAHL DER ERSTABGEKLÄRTEN FÄLLE

Frage 11	Grenzwert
# Fälle	95%

Anforderung und Zählweise

Der Behandlungsbeginn wird der Patientin innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Biopsiezeitpunkt, angeboten. Bei externen Fällen zählt die Zeit von der Erstkonsultation im Brustzentrum bis zum Beginn der Therapie. Bei einem niedrigeren Prozentsatz ist ein Nachweis über die Gründe und das Ausmass der Verzögerung für jede einzelne Patientin zu erbringen.

Sonderbestimmung bei Erstzertifizierung

Die Einhaltung dieser Frist wird für die Erstzertifizierung nicht verlangt, wohl aber ab dem dritten Jahr nach Erstzertifizierung. Das Zentrum muss nachweisen, dass und wie die erforderlichen Angaben erhoben werden.

ANTEIL FÄLLE MIT PRÄTHERAPEUTISCHER BESPREDUNG DES THERAPIEKONZEPTE AN ALLEN NEUEN FÄLLEN

Frage 12	Grenzwert
# Fälle	100%

Anforderungen an das prätherapeutische Tumorboard

Alle neuen Fälle mit histopathologischem Befund der Klasse B3 und höher werden am prätherapeutischen Tumorboard mit Pathologiebefund vorgestellt. Auch alle loko-regionären Rezidive sind obligatorisch zu besprechen. Anderenfalls muss eine Begründung für die Nicht-Vorstellung vorliegen.

Dabei sind mindestens anwesend: Kernteammitglieder der Brustchirurgie, Medizinischen Onkologie, Radiologie, Pathologie und beim lokoregionären Rezidiv auch der Radio-Onkologie, optional Breast Care Nurse.

Die Fälle, bei denen ein Bedarf für plastisch, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie besteht, werden besonders gekennzeichnet, so dass das KTM der Fachrichtung plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie an der Besprechung teilnehmen kann.

☀ Hinweis für die Datenmanagerinnen: Nach neoadjuvanter Chemotherapie wird die Patientin ein zweites Mal am präoperativen Tumorboard besprochen. Diese Vorstellung ist in der Datenbank erfasst, sie taucht aber nicht im QDB auf.

ANTEIL FÄLLE MIT BESPREDUNG AM POSTOPERATIVEN TUMORBOARD AN ALLEN NEUEN BRUSTKREBSFÄLLEN

Frage 13	Grenzwert
# Fälle	100%

Anforderungen an das postoperative Tumorboard

Alle Patientinnen mit malignen Befunden werden nach der Operation am Tumorboard besprochen. Anderenfalls muss eine Begründung für die Nicht-Vorstellung vorliegen. Obligat anwesende Kernteammitglieder der Fachrichtung: Brustchirurgie / Medizinische Onkologie / Radio-Onkologie / Radiologie / Pathologie / optional Breast Care Nurse.

III. Ergebnisqualität

ANTEIL DER ONKOLOGISCHEN REOPERATIONEN AN DER GESAMTZAHL DER PRIMÄROPERATIONEN⁴	
Frage 14A	Grenzwert
# onkologische Reoperationen	< 20%

Anforderung

Dokumentation des Anteils onkologischer Re-Operationen, die unter Benützung des Operationssaals und innert 30 Tagen nach der Tumoroperation erfolgen, gemessen an der Gesamtzahl der Primäroperationen (= Anzahl der unter Frage 1B angegebenen operierten Fälle): <20%

Zählweise

Als onkologisch bedingte Reoperationen zählen alle Eingriffe wegen nicht im Gesunden erfolgten Tumorexzisionen / Befundexzisionen bei invasivem Karzinom, sowie bei DCIS / pleomorphen LCIS, oder unvollständige Operationen bei multifokalen, multizentrischen oder synchron bilateralen Mammakarzinomen, respektive nicht primär durchgeführte Sentinel-Lymphonodektomien / axilläre Lymphonodektomien, sofern die Indikation bereits anlässlich der Primäroperation bestanden hatte, oder bei korrekter Diagnostik bestanden hätte.

ANTEIL DER NICHT-ONKOLOGISCHEN REOPERATIONEN NACH OPERATION VON PRIMÄREN KARZINOMEN SOWIE LOKO-REGIONÄREN REZIDIVEN (OHNE DCIS) MIT UND OHNE PLASTISCH-REKONSTRUKTIVEM EINGRIFF	
Frage 14B	Grenzwert
# nicht-onkologische Reoperationen	< 5%

ANTEIL DER NICHT-ONKOLOGISCHEN REOPERATIONEN NACH OPERATION VON PRIMÄREN KARZINOMEN SOWIE LOKO-REGIONÄREN REZIDIVEN (OHNE DCIS) OHNE PLASTISCH-REKONSTRUKTIVEM EINGRIFF	
Frage 14C	Grenzwert
# nicht-onkologische Reoperationen	< 5%

Anforderung

Dokumentation des Anteils nicht-onkologisch bedingter Re-Operationen, die unter Benützung des Operationssaals und innert 30 Tagen nach der Primäroperation erfolgen gemessen an der Gesamtzahl der Eingriffe.

Zählweise

Komplikationsrate gemessen an sämtlichen Operationen von primären Karzinomen sowie zu operierenden loko-regionären Rezidiven, die mit oder ohne plastisch-rekonstruktiven Eingriff an Patientinnen des Brustzentrums erfolgt sind. Nachresektionen werden nicht berücksichtigt.

Momentan ist aus technischen Gründen nur die Beurteilung des primär rekonstruktiven Eingriffs und nicht des sekundär rekonstruktiven Eingriffs möglich. Diese Zahlen sollten sich aber nicht unterscheiden.

Als nicht onkologisch bedingte Reoperationen zählen

- Revisionen wegen Nachblutung / Hämatom

⁴ siehe Definition von Primäroperation unter Frage 1B

- Infekt im Wundgebiet
- Komplikationen betreffend die plastisch-rekonstruktiven Eingriffe (Nekrosen) im Bereich der Brust und an den Entnahmestellen der Flaps

ANTEIL R0/R1-RESEKTIONEN BEI FÄLLEN MIT INVASIVEM TUMOR NACH ABSCHLUSS DER OPERATION(EN) VON PRIMÄREN KARZINOMEN SOWIE ZU OPERIERENDEN LOKO-REGIONÄREN REZIDIVEN (OHNE DCIS)

Frage 15	Grenzwert
# invasive Fälle ohne DCIS	
# R0-Resektionen	95%
# R1-Resektionen	
# übrige	

Anforderung und Zählweise

Dokumentation der R0/1/2 Resektionen. Die Resektionsabstände einer allfälligen in-situ-Komponente werden dabei nicht berücksichtigt. Keine Tuschemarkierung am Tumor entspricht R0, Tuschemarkierung am Tumor entspricht R1.

Eine Abweichung von den Zielgrössen muss mittels Einzelfallauflistung erläutert werden.

ANTEIL DER BRUSTERHALTENDEN OPERATIONEN AN ALLEN OPERATIONEN, UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER TUMORGRÖSSE

Frage 16A	Grenzwert
# brusterhaltende Operationen bei Tis	
# brusterhaltende Operationen bei T1	70 - 90%
# brusterhaltende Operationen bei T2	
# brusterhaltende Operationen bei T3	
# brusterhaltende Operationen bei T4	
# brusterhaltende Operationen bei TX	
# brusterhaltende Operationen bei T0	
# aller Operationen mit Brusterhalt	

ANTEIL DER MASTEKTOMIEN AN ALLEN OPERIERTEN NEUEN BRUSTKREBSFÄLLEN

Frage 16B	Grenzwert
# Mastektomien	15% bis ≤ 40%

Anforderung und Zählweise

Verhältnis Mastektomie / Tumorektomie unter Berücksichtigung des Tumorstadiums.

Eine Abweichung von den Zielgrössen muss mittels Einzelfallauflistung erläutert werden.

Hinweis: Da im bisherigen Monitoring die «Summe der Mastektomien / Brusterhaltungen» sehr oft als kleiner angegeben wurde als die «Anzahl der Operationen», werden nun die Felder «Tx» und «T0» eingefügt, um analysieren zu können, welche Fälle keinen Eingang in die Berechnung finden.

DURCHSCHNITTliche ANZAHL ENTFERNTER LYMPHKNOTEN BEI AXILLÄRER LYMPHONODEKTOMIE	
Frage 17	Grenzwert
# entfernter Lymphknoten	≥ 10

Anforderung

Eine Abweichung von den Zielgrößen muss mittels Einzelfallaufstellung erläutert werden.

ANTEIL DER FÄLLE MIT ALLEINIGER SENTINELNODEKTOMIE-PROZEDUR (OHNE NACHFOLGENDE AXILLADISSEKTION) MIT cN0 GEMESSEN AN DER ANZAHL ALLER SENTINELNODEKTOMIE-PROZEDUREN – AUSSCHLUSS VON DCIS / M1 / NEOADJUVANTER CHEMOTHERAPIE	
Frage 18	Grenzwert
Anteil Fälle mit alleiniger Sentinelnodektomie-Prozedur (ohne nachfolgende Axilladissektion) mit cN0 gemessen an der Anzahl aller Sentinelnodektomie-Prozeduren – Ausschluss von DCIS / M1 / neoadjuvanter Chemotherapie	93%

Anforderung und Zählweise

Anteil Sentinelnodektomie-Prozeduren an allen primären Eingriffen bei invasiven Tumoren bei klinisch und bildgebend negativer Axilla.

Eine Abweichung von den Zielgrößen muss mittels Einzelfallaufstellung erläutert werden.

Zum Grenzwert siehe auch „Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group“, Laura Biganzoli, European Journal of Cancer 2017.

ANTEIL DER DCIS-FÄLLE MIT LYMPHKNOTENENTFERNUNG	
Frage 19	Grenzwert
Anteil DCIS-Fälle mit Lymphknotenentfernung gemessen an der Anzahl der Patientinnen mit DCIS	< 5%

Glossar

Ein **Brustzentrum (BZ)** ist eine Einheit zur medizinischen Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen der weiblichen - und selten auch männlichen - Brust.

Als **Kernteammitglied (KTM)** wird ein Arzt bezeichnet, der bestimmte Anforderungen erfüllt und somit Spezialist in seinem Fachbereich ist. Im Fachbereich «Plastische Chirurgie» wird zwischen «Erstem Kernteammitglied» und «Weiterem Kernteammitglied in Plastischer Funktion» unterschieden, ausführlichere Erklärung siehe unter Punkt 3.

Monitoring ist die systematische Erfassung/Protokollierung des Vorgangs „Therapie bei Brustkrebs“ bzw. die Überwachung der Therapie-Ergebnisse.

Netzwerkpartner sind Spitäler, die einen Vertrag mit dem zertifizierten Brustzentrum ([Vorlage](#) der SGS - ÜBERPRÜFEN) unterzeichnen und einhalten. Nähere Bestimmungen siehe auch Reglement, Kapitel «**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**» und Erläuterungen zum Strukturhebungsbogen, Kapitel A.

Qualitätskriterien sind solche Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet werden. Sie ergeben sich aus wissenschaftlicher Erkenntnis und jahrelanger praktischer Erfahrung.

Das **Quality-Dashboard (QDB)** ist eine Darstellung wesentlicher Leistungsdaten und kritischer Qualitätsparameter eines Brustzentrums, dargestellt als einseitiger Bericht, um die Analyse und das Reporting des Qualitätsmanagements zu vereinfachen.

Das **Q-Label** wird als Qualitäts-Gütesiegel in der Behandlung von Brustkrebs verliehen.

Im **Reglement** sind die Regeln zusammengefasst, die die allgemeinen Grundsätze für die Zertifizierung festlegen und die Rechte und Pflichten der Brustzentren beschreiben.

Sentinelnodektomie (SLN): Entfernung des Wächterlymphknoten, also der Lymphknoten, die im Abflussgebiet der Lymphflüssigkeit eines bösartigen Tumors an erster Stelle liegen.

Der **Strukturhebungsbogen (SEB)** ist eine Liste, die die Struktur sowie die strukturelle Entwicklung eines Brustzentrums darstellt. Angegeben sind allgemeine Merkmale, Eigenschaften, die das Personal des Brustzentrums betreffen, Forschungstätigkeit, Datenerhebung und apparative Ausstattung des Brustzentrums.