



# **Strukturerhebungsbogen – Erläuterungen**

**für die Zertifizierung von Brustzentren**

**Krebsliga Schweiz / Schweizerische Gesellschaft für Senologie**

---

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

Diese Erläuterungen zum Strukturhebungsbogen 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  
Effingerstrasse 40, 3008 Bern

**Kontakt**

Geschäftsstelle Q-Label  
Stiftung SanaCERT Suisse  
Effingerstrasse 40  
3008 Bern  
[q-label@sanacert.ch](mailto:q-label@sanacert.ch)

© KLS / SGS  
Version: Dezember 2020

Zuständigkeit: Q-Label-Ausschuss

## Inhaltsverzeichnis

<b>A. Allgemeine Merkmale .....</b>	<b>4</b>
<b>B. Personalbereitstellung .....</b>	<b>5</b>
B.1 Ärztliche Bereitstellung.....	5
B.2 Bereitstellung von Angehörigen weiterer Berufsgruppen .....	7
B.3 Vertraglich geregelte Zusammenarbeit, Forschung und Datenerhebung.....	7
<b>C. Apparative Ausstattung des Brustzentrums / Spitals .....</b>	<b>8</b>

Der Strukturhebungsbogen wird zusammen mit dem Quality Dashboard bei der Geschäftsstelle für die Zertifizierung bzw. für das jährliche Monitoring eingereicht. Im Gegensatz zum Quality Dashboard, das nur das Vorjahr erfasst, beschreibt der Strukturhebungsbogen den aktuellen Zustand am Brustzentrum (zum Zeitpunkt, an dem der Bogen ausgefüllt wird). Im Fall des Monitorings knüpft er nahtlos an den Strukturhebungsbogen des Vorjahres an, so dass Veränderungen klar ersichtlich sind. Alle Kernteammitglieder, die das Brustzentrum im Vorjahr (= Monitoring-Jahr) und im aktuellen Jahr verlassen haben, werden in der Tabelle B1 mit dem Austrittsdatum gekennzeichnet. Ebenso ist bei allen Kernteammitgliedern das Datum ihres Eintritts in das Brustzentrum anzugeben.

## A. Allgemeine Merkmale

Abschnitt A dieses Strukturhebungsbogens erfasst wichtige administrative Eigenschaften eines Brustzentrums.

### Frage 1 – Name des Brustzentrums

Bitte offiziellen Namen des Brustzentrums eintragen.

### Frage 2 – Adresse des Brustzentrums bzw. der beiden Standorte

Ein Brustzentrum kann aus einem oder zwei Standorten bestehen.

Ein Brustzentrum darf sich auf zwei Standorte aufteilen. Diese müssen aber so nahe beieinander sein, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch persönliche Anwesenheit der Spezialisten gewährleistet ist (die Bedingung des «geographischen Ortes» muss erfüllt sein) (Reglement I.C.4).

Dienstleistungen dürfen an allen Standorten ausschliesslich von den Kernteammitgliedern der entsprechenden Fachrichtungen erbracht werden. Diese Dienstleistungen müssen den Qualitätskriterien entsprechen.

An beiden Standorten müssen alle Therapien (exklusive Radiotherapie) und alle ambulanten Sprechstunden angeboten werden.

Die Zusammenarbeit zwischen den Standorten muss vertraglich beschrieben und geregelt sein, wenn es sich nicht um dieselbe rechtliche Organisation handelt.

### Frage 3 – Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Patientinnen

Bitte die Telefonnummer und E-Mail-Adresse des Brustzentrums angeben, über die die Patientinnen Kontakt mit dem Brustzentrum aufnehmen können.

### Frage 4 – Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Kontakt mit der Geschäftsstelle Q-Label

Bitte die Telefonnummer und E-Mail-Adresse des Brustzentrums angeben, über die der Kontakt mit der Geschäftsstelle Q-Label erfolgen soll, z.B. administrative Leiterin.

### Frage 5 – Webseite

Das Brustzentrum führt eine gemeinsame Webseite, in der alle Leistungen und alle Kernteammitgliedern gelistet sind, unabhängig davon, ob es aus einem oder zwei Standorten besteht.

### Frage 6 – Netzwerkpartner

Netzwerkpartner sind eine vertraglich vereinbarte Kooperation auf dem Gebiet der Brustkrebsbehandlung mit dem Brustzentrum eingegangen und erfüllen zwingend die folgenden fünf Bedingungen:

- Die Patientinnen werden an der prä- und postoperativen Tumorkonferenz durch das Team des Brustzentrums vorgestellt.

- Unter ständiger Anwesenheit eines Kernteammitglieds «Chirurgie» kann die operative Behandlung durch den Netzwerkpartner durchgeführt oder assistiert werden, wenn er dies wünscht (im Operationssaal des Brustzentrums oder des Netzwerkpartners).
- Die Befundung der histologischen und zytologischen Präparate der Patientinnen erfolgt an der Pathologie des Brustzentrums.
- Der Netzwerkpartner gibt die Daten aller Patientinnen, die vom Brustzentrum und vom Netzwerkpartner gemeinsam behandelt wurden, komplett und zeitgerecht in die zentrale Datenbank ein.
- Die Patientinnen werden schriftlich auf das Angebot der Breast Care Nurse aufmerksam gemacht.

### **Netzwerkpartner dürfen das Q-Label-Logo nicht verwenden.**

Dem Brustzentrum können ein oder mehrere Netzwerkpartner angeschlossen sein. Geografisch müssen sich die Netzwerk-Partner in derselben Versorgungsregion befinden. Es müssen nicht alle für die Zertifizierung notwendigen Kriterien resp. Leistungen vom Netzwerkpartner erbracht werden, aber diese Leistungen müssen für die Patientinnen des Netzwerkpartners am Brustzentrums-Standort verfügbar sein. Bei Patientinnen, die von Netzwerkpartnern behandelt werden, ist die Anwesenheit des Kernteammitglieds einzig für die chirurgische Tätigkeit erforderlich.

### **Frage 7 – Kooperationen**

Einheiten, die spezifische Teilleistungen, wie beispielsweise die genetische oder psycho-onkologische Beratung oder stereotaktische Biopsien für das Brustzentrum erbringen, gelten als Kooperationen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Brustzentrum und den kooperierenden Einheiten ist vertraglich geregelt.

### **Frage 8 – Eigenständige Organisationseinheit**

Das Brustzentrum ist eine eigenständige, von anderen Fachdisziplinen unabhängige Organisationseinheit und verfügt über ein eigenes Budget.

### **Frage 9 – Administrative Geschäftsführung**

Die administrative Geschäftsführung unterstützt den klinischen Direktor des Brustzentrums bei seinen Aufgaben. Sie organisiert, koordiniert und bereitet Entscheidungen vor.

### **Frage 10 – Klinische Direktion**

Die klinische Leitung des Brustzentrums tritt gleichzeitig als Fachvertreter (Kernteammitglied) einer Fachrichtung auf. (Reglement I.C.3)

## **B. Personalbereitstellung**

Abschnitt B.1 und B.2 dieses Strukturhebungsbogens erfasst Eigenschaften, welche die für das Brustzentrum tätigen Fachpersonen betreffen.

Im Abschnitt B.3 werden Merkmale hinsichtlich der Forschungstätigkeit und der Datenerhebung des Brustzentrums beschrieben.

### **B.1 Ärztliche Bereitstellung**

Das Brustzentrum stellt sicher und dokumentiert, dass jede Frau, die im Brustzentrum behandelt wird, von einem Kernteammitglied der entsprechenden Fachrichtung bzw. unter dessen direkter und persönlicher Aufsicht entsprechend den von KLS/SGS definierten Kriterien für Brustzentren behandelt wird.

Pro Fachrichtung wird ein Kernteammitglied als «Teamleitung» bezeichnet, welches nach Facharztstitel oder Äquivalent eine Berufserfahrung von fünf Jahren in seinem Fachgebiet

besitzt, oder während mindestens einem Jahr in einem Brustzentrum vollamtlich in der Brustkrebsbehandlung seines Fachgebietes weitergebildet wurde.

Alle Kernteammitglieder jeder Fachrichtung (Brustchirurgie, Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie<sup>1</sup>, Radiologie, Pathologie, Onkologie, Radio-Onkologie) müssen mindestens den entsprechenden Facharztstitel besitzen. (siehe Dokument Qualitätskriterien, Qualitätskriterium A2)

Fachpersonen, die nach der Erstzertifizierung Kernteammitglied werden möchten, benötigen den Nachweis der erfüllten Mindestfallzahl im Kalenderjahr vor Neueintritt. Es kann auch die Tätigkeit in einer anderen Institution angerechnet werden.

Die von einem Kernteammitglied geleiteten Operationen können dem auszubildenden zukünftigen Kernteammitglied ebenfalls angerechnet werden (Lehrassistenzen), damit dieses die geforderte Minimalfallzahl erreichen kann.

Kernteammitglieder, die die Mindestfallzahl im Folgejahr nicht mehr erbringen, scheiden aus dem Kernteam aus. Bei Fehlzeiten, z.B. Mutterschutz, Sabbatical muss ein Antrag auf Einzelfall-Prüfung an die Geschäftsstelle gestellt werden. Der Ausschuss entscheidet abschliessend, ob der Status eines Kernteammitglieds erhalten bleibt.

Neuaufnahmen von Kernteammitgliedern sind jederzeit im laufenden Kalenderjahr möglich, wenn die oben erwähnten Anforderungen eingehalten werden.

## **Anforderungen an die Ärzte**

### **Frage 11 – Anzahl Kernteammitglieder der Fachrichtung Brustchirurgie**

≥ 2 im Brustzentrum integriert (Qualitätskriterium C6).

### **Frage 12 – Anzahl Kernteammitglieder der Fachrichtung Plastische Chirurgie**

Mindestens ein «Erstes Kernteammitglied». Es muss ein «Weiteres Kernteammitglied in Plastischer Funktion» (Plastischer Chirurg, Gynäkologe, Chirurg) benannt sein, welches die im Quality Dashboard vorgegebenen rekonstruktiven Eingriffe in Bezug auf 10 Eigengewebstrekonstruktionen nicht erfüllen muss, jedoch pro Jahr mindestens 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe an der Brust in Zusammenarbeit mit dem Kernteammitglied Plastische Chirurgie durchführt und Facharztstatus hat (Qualitätskriterium C12).

### **Frage 13 – Anzahl Kernteammitglieder der Fachrichtung Pathologie**

≥ 2 pro Fachrichtung im Brustzentrum integriert (Qualitätskriterium P1.1).

### **Frage 14 – Anzahl Kernteammitglieder der Fachrichtung Onkologie**

≥ 2 im Brustzentrum integriert (Qualitätskriterium O1).

### **Frage 15 – Anzahl Kernteammitglieder der Fachrichtung Radiologie**

≥ 2 im Brustzentrum integriert (Qualitätskriterium R1.1).

### **Frage 16 – Anzahl Kernteammitglieder der Fachrichtung Radioonkologie**

≥ 2 (Qualitätskriterium R2.1).

---

<sup>1</sup> im weiteren Text wird der Einfachheit halber der Begriff «Plastische Chirurgie» verwendet

## B.2 Bereitstellung von Angehörigen weiterer Berufsgruppen

### Frage 17 – MTRAs Radiologie

≥ 2 MTRAs mit Spezialisierung auf Brustkrebs-Diagnostik, davon 1 MTRA in Leitungsfunktion. Spezialisierung bedeutet mindestens ein Mamma-spezifischer Fortbildungsnachweis pro Jahr.

### Frage 18 – MTRAs Radioonkologie

≥ 1 MTRA Radioonkologie, ausgebildet nach den Richtlinien der Fachgesellschaft für Radioonkologie resp. SRK (kompetente Vertretung muss geregelt sein).

### Frage 19 – Datenmanager

Stellenprozentage für Datenmanager: mindestens 50 % für 200 Patienten und zusätzliche Stellenprozentage für die Nachsorge. Die Nachsorgedaten werden mindestens einmal jährlich für jede Patientin erhoben (Qualitätskriterium D1.1-3).

### Frage 20 – Breast Care Nurse

Pro Zentrum arbeiten mindestens zwei spezialisierte Pflegefachfrauen in der Rolle der Breast Care Nurse und haben zusammen mindestens 80 % explizit für diese Aufgabe zur Verfügung (in Bezug auf die Minimalzahl der Primärfälle von 125). Eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen durch die Breast Care Nurses ist gewährleistet.

Brust-Pflege-Expertinnen sind, entsprechend ihrem Rollenprofil, diplomierte Pflegefachpersonen mit einer der folgenden Zusatzausbildungen:

- Onkologiepflege (Höhere Fachausbildung);
- Zusatzausbildung in Breast Care, die auch den onkologischen Anteil beinhaltet (neue Angebote in der Schweiz) und Erfahrung in der Onkologiepflege;
- Pflegestudium (z.B. Master Degree) mit onkologischer Pflege-Expertise.

Sie sind Spezialistinnen mit klinischer Erfahrung, dem Spezialwissen und psychosozialen Fähigkeiten (Qualitätskriterium B1-7).

### Frage 21 – Physiotherapie und Lymphdrainage

Es besteht eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten mit zertifizierter Ausbildung in Lymphdrainage.

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

### Frage 22 – Medizinische Genetik

Vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einem Facharzt oder einer Fachärztin für Medizinische Genetik, da bestimmte genetische Untersuchungen nur zusammen mit Genetikern durchgeführt werden können (Qualitätskriterium G1).

Für alle Patientinnen wird ein Standardfragebogen für familiäre Risiken ausgefüllt. Er enthält standardisierte Grundfragen und Fragen zu einem Stammbaum zur Erfassung maligner Erkrankungen in der Familie der Patientinnen (Qualitätskriterium G2).

### Frage 23 – Psycho-Onkologie

Es besteht eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einem Psychiater/einer Psychiaterin oder Psychologen/Psychologin (Abschlusstitel zum Beispiel Master of Science) respektive einem eidgenössisch anerkannten Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin, wobei mindestens eine dieser Fachpersonen über eine von der SGPO anerkannte, oder äquivalente Zusatzqualifikation in Psychoonkologie verfügt. Die Stellvertretung ist geregelt (Qualitätskriterium P3.1).

**Frage 24 und 25 – Klinische Studien**

Das Brustzentrum arbeitet mit Forschungseinrichtungen (z.B. SAKK, IBCSG, EORTC) zusammen und beteiligt sich an prospektiven klinischen Studien. Die genauen Anforderungen an Studien, welche akzeptiert werden, stehen in den Erläuterungen zum Quality-Dashboard (Qualitätskriterium S1-2).

**Frage 26 bis 28 – Datenbank**

Das Zentrum ist verpflichtet, Daten entsprechend den Vorgaben der Schweizer Gesellschaft für Senologie (SGS) zu erheben. Die Datenbank des Brustzentrums muss mit der von der SGS vorgeschlagenen Datenbank (Swiss Breast Centers Database, SBCDB) kompatibel sein, d.h. die Daten müssen in diese Datenbank importiert werden können, so dass ein Benchmark durchgeführt werden kann. Ein entsprechender Vertrag mit der SGS (Noch LINK EINFÜGEN) muss vorliegen (Qualitätskriterium D1.1-3).

Netzwerkpartner geben die Daten ihrer Patientinnen, die vom Brustzentrum und vom Netzwerkpartner gemeinsam behandelt wurden, ebenfalls komplett und zeitgerecht in die zentrale Datenbank ein.

Im Erst-Audit weist das Zentrum nach, dass eine Datenbank besteht und das entsprechende Personal geschult ist, damit der Datensatz erhoben werden kann. Eine rückwirkende Datenerhebung wird nicht verlangt.

Die Brustzentren der Schweiz stellen der SGS/KLS ihre Daten zum interinstitutionellen Vergleich zur Verfügung. Die allfällige Publikation von Ergebnissen erfolgt ohne Namensnennung der Zentren.

**Frage 29 – Radioonkologie**

Das am Brustzentrum angeschlossene Institut für Radio-Onkologie weist nach, dass es die in der Schweiz üblichen Qualitätskriterien sowie gesetzlichen Vorgaben erfüllt. Die Kooperation mit einer externen Radio-Onkologie ist vertraglich geregelt.

## C. Apparative Ausstattung des Brustzentrums / Spitals

**Frage 30**

≥ 1 Sonographiegerät mit Hochfrequenzschallkopf ist im Brustzentrum selbst verfügbar

**Frage 31**

≥ 1 CT in der Diagnostik innerhalb des Spitals. Wenn es nicht im Brustzentrum selbst angeboten werden kann, wird es in einem vertraglich geregelten Verhältnis extern angeboten.

**Frage 32**

≥ 1 MRI. Wenn es nicht im Brustzentrum selbst angeboten werden kann, wird es in einem vertraglich geregelten Verhältnis extern angeboten.

**Frage 33**

≥ 1 MRI-Punktionseinrichtung (nicht zwingend nötig, sie soll aber angestrebt werden).

**Frage 34**

≥ 1 stereotaktische Biopsieeinrichtung mit Möglichkeit zur Drahtmarkierung oder zu einem gleichwertigen Markierungsverfahren. Wenn sie nicht im Brustzentrum selbst angeboten werden kann, muss sie in einem vertraglich geregelten Verhältnis extern angeboten werden. Das dabei gewonnene Gewebe muss von einem Kernteammitglied Pathologie eines Brustzentrums befundet werden.

**Frage 35**

≥ 1 sonographiegesteuerte Biopsieeinrichtung mit Möglichkeit zur Drahtmarkierung oder zu einem gleichwertigen Markierungsverfahren ist im Brustzentrum selbst verfügbar

**Frage 36**

≥ 1 Operationsmikroskop zur Rekonstruktion mit mikrovaskulären Lappen

**Frage 37**

≥ 1 PET-CT respektive Zugang zu einem externen PET

## Glossar

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

**Kernteammitglieder** (KTM) besitzen den entsprechenden Facharztstitel, sind am Brustzentrum integriert und erfüllen die Qualitätskriterien.

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

**Netzwerkpartner** haben sich einem Brustzentrum angeschlossen. Nähere Bestimmungen siehe Reglement, Kapitel «**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**» und im vorliegenden Dokument unter Kapitel A Frage 6.

**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 erleichtern.

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

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

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