

Länderspezifische Äquivalenzen zu Anforderungen in Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft

Version -Stand: 28. August 2020

Die in diesem Dokument ausgeführten Äquivalenzen beziehen sich auf folgende in Kraft gesetzte Dokumente:

Erhebungsbogen	Stand und Version
Brustkrebszentren	Stand 12.08.2020, Version J2
Darmkrebszentren	Stand 06.07.2020, Version K1
Gynäkologische Krebszentren	Stand 13.07.2020, Version G2
Hautkrebszentren	Stand 11.08.2020, Version I2
Zentren für Hämatologische Neoplasien	Stand 14.07.2020, Version B1
Kinderonkologische Zentren	Stand 24.08.2020, Version C3
Kopf-Hals-Tumor Zentren	Stand 07.07.2020, Version F1
Lungenkrebszentren	Stand 09.07.2020, Version HI
Neuroonkologische Zentren	Stand 29.07.2020, Version F1
Prostatakrebszentren	Stand 18.08.2020, Version L1
Sarkomzentren	Stand 29.11.2019, Version C1
Pathologie	Stand 16.12.2019, Version I1
Radioonkologie	Stand 16.12.2019, Version H1
Uroonkologische Zentren	Stand 18.08.2020, Version L1
Viszeralonkologische Zentren	Stand 06.07.2020, Version K1
Onkologische Zentren	Stand 17.07.2020, Version J2

Inhalt

Erläuterungen zum Dokument	3
1. Schweiz	4
Anlage 1 – Kennzeichnungen der Erhebungsbögen (EB):	29

Erläuterungen zum Dokument

Da nicht alle Anforderungen aus den Erhebungsbögen in gleicher Weise für alle Länder anwendbar sind (z.B. bestimmte ärztliche oder medizinische Weiterbildungen), finden Sie hier eine sogenannte Äquivalenztabelle, in der die Anforderungen der DKG-Erhebungsbögen durch länderspezifische Kriterien bzw. Voraussetzungen ersetzt werden. Das Dokument dient zur Unterstützung von Zentren u FE und wird regelmäßig aktualisiert.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
Hier wird der jeweilige Herkunfts-EB genannt. Ist die Anforderung in mehreren EBs identisch, werden alle entsprechenden EBs aufgeführt.	Hier steht das Originalkapitel aus dem jeweiligen EB	Hier wird das übergeordnete Thema genannt, z.B. «Psychoonkologie» oder «Expertise Operateur»	Hier steht die Anforderung aus den DKG Erhebungsbögen	Hier werden die länderspezifischen Äquivalenzen aufgeführt

Inkraftsetzung am 01.09.2020

Die hier vorliegende länderspezifische Äquivalenztabelle ist für alle ab dem 01.01.2021 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber den Anforderungen der DKG sind in farblich **„gelb und fett“** gekennzeichnet.

1. Schweiz

Äquivalenzen aus den Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Schweiz:

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
VZ	1.1.3 - Leber-	Kooperation Transplantationszentrum	Viszeralonkologische Zentren, die keine Lebertransplantationen durchführen, müssen eine Kooperation mit einem durch das Landesministerium anerkannten Transplantationszentrum nachweisen.	<ul style="list-style-type: none"> Viszeralonkologische Zentren, die keine Lebertransplantationen durchführen, müssen eine Kooperation mit einem durch das Bundesamt für Gesundheit anerkannten Transplantationszentrum nachweisen.
BZ, DZ, GZ, HZ, LZ, VZ	1.4.1	Qualifikation Psychoonkologie	<p>jeweils mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen</p> <p>und psychoonkologischer Fortbildung (DKG-angewiesen).</p>	<p>jeweils mit mind. 1 psychotherapeutischen Weiterbildung: Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie (Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie, Neuropsychologische Therapie (bei psychischen Störungen durch Gehirnverletzungen), Interpersonelle Therapie (IPT; bei affektiven Störungen und Essstörungen), EMDR zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen, Hypnotherapie bei Suchterkrankungen und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<p>und psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt).</p> <p>Die «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie» der Krebsliga Schweiz in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO und dem Advanced Study Center der Universität Basel</p>
HAEZ, OZ, PZ, UZ	1.4.1		<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert ist <p>jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt).</p>	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lizenziat, Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert • Ärzte der Humanmedizin, • Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert <p>jeweils mit psychoonkologischer Fortbildung (DKG- anerkannt).</p> <p>Die «Interprofessionelle Weiterbildung in Psychoonkologie» der Krebsliga Schweiz in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO und dem Advanced Study Center der Universität Basel wird an dieser Stelle anerkannt.</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Die Anerkennung von Onkologischen Pflegefachpersonen mit Masterabschluss, welche über die oben genannte Fortbildung/Weiterbildung verfügen, ist nur über Einzelfallprüfung möglich.
MNOZ	1.4.4	Facharzttitle und Weiterbildungen	Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP	Psychologe mit der Zusatzbezeichnung Klinischer Neuropsychologe GNP oder dem Fachtitel «Fachpsychologe/Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP»
BZ, KHT, MSAR HAEZ, HZ, OZ	1.5.3 1.5.4	Umfang Patientenbetreuung durch den Sozialdienst	Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten.	Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren und auszuwerten
DZ, GZ, LZ, PZ, UZ, VZ	1.5.2		Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung orts- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Die Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden, ist zu erfassen.	Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung orts- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Die Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden, ist zu erfassen.
HAEZ	1.7.7	Studien	Zusammenarbeit Studiengruppen <ul style="list-style-type: none"> Das Zentrum beteiligt sich an Studien überregionaler akademischer Studiengruppen (u.a. die im Kompetenznetz Leukämien und in der 	Zusammenarbeit Studiengruppen <ul style="list-style-type: none"> Das Zentrum beteiligt sich an Studien spezialisierter Gruppen in der Schweiz oder im Ausland.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>German Lymphoma Alliance versammelten Gruppen).</p> <ul style="list-style-type: none"> Falls Patienten mit Akuter Leukämie im Zentrum behandelt werden, ist eine Zusammenarbeit mit der GM-ALL und einer AML-Studiengruppe dringend empfohlen. 	
MKIO	1.7.3	Studien	Die Studien müssen durch die GPOH unterstützt werden	Die Studien müssen durch die GPOH oder die SPOG (Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe) unterstützt werden.
BZ, DZ, GZ, HAEZ, HZ, LZ, OZ, PZ, UZ, VZ	1.8.1	Qualifikation Onkologische Fachpflegekräfte	<p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich. 	<p>Die Onkologische Fachpflegekraft verfügt über eine der unten aufgelisteten Weiterbildungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> DAS oder MAS im Bereich Onkologische Pflege NDS Onkologiepflege oder Höhere Fachprüfung in Onkologiepflege (HFP) (ab 2020) Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich Weitere Abschlüsse mit vergleichbarem Umfang und Kenntnisstand
MKIO	1.8.2		<p>Voraussetzung für die Anerkennung als Onkologische Fachpflegekraft in der Pädiatrie ist die</p> <ul style="list-style-type: none"> Weiterbildung onkologische Fachpflegekraft gemäß jeweiliger landesrechtlicher Regelung und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie 	<p>Die Onkologische Fachpflegekraft verfügt über eine der unten aufgelisteten Weiterbildungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> DAS oder MAS im Bereich Onkologische Pflege

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> • oder dem Muster für eine landesrechtliche Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) und mind. 1 Jahr praktische Erfahrung in der Kinderonkologie • der Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Erfahrung in der Kinderonkologie 	<ul style="list-style-type: none"> • NDS Onkologiepflege oder Höhere Fachprüfung in Onkologiepflege (HFP) (ab 2020)* • Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Erfahrung (VK äquivalent) in der Kinderonkologie • Weitere Abschlüsse mit vergleichbarem Umfang und Kenntnisstand
DZ, VZ UZ Harnblase	1.8.5 1.8.7	Qualifikation Stomatherapie	Anerkannte Ausbildung Stomatherapie Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin / Pflegeexperte für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen.	Vorbehaltlich der Abstimmung im November 2020: Anerkannte Ausbildung Stomatherapie Anerkannt ist der Nachdiplomkurs (NDK) Stoma-, Kontinenz- und Wundpflege mit einem Weiterbildungsumfang von 540h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen.
DZ, VZ	1.9.2	Qualifikation Ernährungsberatung	Ernährungsberatung <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Ernährungsberatung (durchgeführt von Diätassistenten/Ökotrophologen oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmethodik) muss Bestandteil des Zentrums sein 	Ernährungsberatung <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Ernährungsberatung (durchgeführt von Diätassistenten/Ökotrophologen/Ernährungsberater FH (BSc) oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmethodik) muss Bestandteil des Zentrums sein <p>Bemerkung: In der Schweiz gibt es keine Zusatz-Weiterbildung in Ernährungsmedizin für Fachärzte.</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
LZ	1.9.2	Tabakentwöhnung	<p>Programme zur Tabakentwöhnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allen Patienten, die rauchen, soll eine professionelle Tabakentwöhnung mit dokumentierten Motivationsgesprächen angeboten werden. • Mind. 1 Person aus dem ärztlichen und 1 Person aus dem nicht-ärztlichem Bereich sollte über eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung verfügen (z.B. über Curriculum BÄK, DGP, BdP). Die Personen sind namentlich zu benennen • Medikamente zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin) müssen im Krankenhaus vorgehalten werden. <p>Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen.</p>	<p>Programme zur Tabakentwöhnung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allen Patienten, die rauchen, soll eine professionelle Tabakentwöhnung mit dokumentierten Motivationsgesprächen angeboten werden. • Mind. 1 Person aus dem ärztlichen und 1 Person aus dem nicht-ärztlichem Bereich sollte über eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung verfügen (z.B. über Curriculum BÄK, DGP, BdP oder FTGS Fortbildung Tabakentwöhnung, Kurse «Rauchstoppperatung» für nicht-ärztliche Fachpersonen Schweizer Herzstiftung, Kursprogramm «Frei von Tabak» für ärztliche Fachpersonen). Die Personen sind namentlich zu benennen • Medikamente zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin) müssen im Krankenhaus vorgehalten werden. <p>Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen.</p>
BZ	2.1.12	Mammografie— Screening	<p>Mammographie-Screening</p> <p>Mind. 1 Operateur des Zentrums sollte als kooperierender Krankenhausarzt an dem Mammographie-Screening-Programm teilnehmen.</p>	<p>Mammographie-Screening</p> <p>Falls im Kanton ein Mammografie-Screening-Programm besteht, sollte das Brustzentrum daran beteiligt sein.</p> <p>Bemerkung:</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				In der Schweiz wird nicht in allen Kantonen ein Mammographie-Screening durchgeführt. Bis jetzt bestehen Mammografie-Programme in den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Neuenburg, St. Gallen, Tessin Thurgau, Waadt und Wallis. In den Kantonen ohne Screening-Programm erfolgt die Durchführung einer Mammografie in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt.
PZ, UZ	2.2.1	Labor Diagnostik Prostata	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich sollte das Labor für die Parameter Gesamt-PSA und freies PSA akkreditiert sein und die entsprechende Urkunde des DAR (Deutscher Akkreditierungsrat) vorweisen können. 	<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich sollte das Labor für die Parameter Gesamt-PSA und freies PSA akkreditiert sein und die entsprechende Urkunde der SAS (Schweizerische Akkreditierungsstelle) vorweisen können.
PZ, UZ	2.2.2	Labor Diagnostik Prostata	<p>Laborleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder klinischer Chemiker oder Facharzt für Urologie mit Fachkunde Labor <ul style="list-style-type: none"> Eine Vertretungsregelung mit entsprechender Qualifikation besteht. Eine werktägliche Rücksprache mit dem Facharzt muss für die Kliniker des PZ möglich sein. Ein Facharzt führt die medizinische Validation der Laborbefunde durch. 	<p>Laborleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder Spezialist FAMH für labormedizinische Analytik* oder klinischer Chemiker oder Facharzt für Urologie mit Fachkunde Labor <ul style="list-style-type: none"> Eine Vertretungsregelung mit entsprechender Qualifikation besteht. Eine werktägliche Rücksprache mit dem Laborleiter muss für die Kliniker des PZ möglich sein.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<ul style="list-style-type: none"> Ein Laborleiter führt die technische Validation der Laborbefunde durch. Die medizinische Validierung erfolgt durch die Kliniker des UZ/PZ.
HAEZ	2.2.2 b)	Labor Diagnostik Hämatologie	<p>Qualitätssicherung diagnostische Einheit</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (verfügbar unter Link), insbesondere Abschnitt B5, wird eingehalten. Die Einheit nimmt regelmäßig und erfolgreich an Massnahmen der Qualitätssicherung, insbesondere an Ringversuchen von Referenzinstitutionen der Bundesärztekammer, teil. 	<p>Qualitätssicherung diagnostische Einheit</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Richtlinien der QUALAB (Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor) zur internen und externen Qualitätskontrolle werden eingehalten. Die Einheit nimmt regelmässig und erfolgreich an Massnahmen der Qualitätssicherung, insbesondere an Ringversuchen von Referenzinstitutionen der QUALAB*, teil. <p>* siehe http://www.qualab.swiss/view/data/6254/Externe%20Qualitätskontrolle/aktuelle%20EQK/EQK_2020_d_(2019-09-01)%20final.pdf</p>
PZ, UZ	2.2.5	Labor Diagnostik Prostata	<p>Laborinterne Qualitätssicherung: Nach Richtlinien der Bundesärztekammer.</p>	<p>Laborinterne Qualitätssicherung: Nach Richtlinien der QUALAB (Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor)</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
BZ	3.3	Strahlenschutz	<p>Medizinphysik-Experte (MPE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gemäß Strahlenschutzverordnung (§131, §132) (Gültigkeit ab 2019) muss der Radiologie ein Medizinphysik-Experte (MPE) für die Optimierung des Strahlenschutzes von Patienten und Personal im Rahmen von CT-Untersuchungen zur Verfügung stehen. Die Verfügbarkeit kann über Kooperations- bzw. Service-Verträge geregelt werden. Die routinemäßige Anwesenheit eines MPE bei allen CT-Untersuchungen ist nicht erforderlich. 	<p>Medizinphysik-Experte (MPE)</p> <ul style="list-style-type: none"> Gemäß Strahlenschutzverordnung Art. 36 muss der Radiologie ein Medizinphysik-Experte (MPE) für die Optimierung des Strahlenschutzes von Patienten und Personal im Rahmen von CT-Untersuchungen einbeziehen Die Verfügbarkeit kann über Kooperations- bzw. Service-Verträge geregelt werden. Gemäss Strahlenschutzverordnung Art. 36 muss bei standardisierten Anwendungen in der Computertomografie eine Medizinphysikerin oder ein Medizinphysiker einbezogen werden.
MNOZ	3.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Neuroradiologie	<p>Vorbehaltlich der Abstimmung im November 2020: Facharzt für Neuroradiologie oder Facharzt für Radiologie FMH mit Schwerpunkt Diagnostische/Invasive Neuroradiologie Kooperation möglich, bis 60km</p>
MSAR	3.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR)	Facharzt für Radiologie mit speziellen Kenntnissen in der Beurteilung der muskuloskelettalen Radiologie (anerkannt wird Qualifikation gemäß DRG Stufe II oder DGMSR Stufe II oder ESSR).
VZ Leber,	3.6		Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/DGMR-Stufe 2-Zertifikates	Facharzt für Radiologie

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				mit Nachweis des DeGIR/DGNR-Stufe 2-Zertifikates oder EBIR Zertifikat
VZ Speiseröhre	3.6		Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/DGNR-Stufe 1-Zertifikates	Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/DGNR-Stufe 1-Zertifikates oder EBIR Zertifikat .
BZ	4.4	Sentinelnode-Biopsie	Durchführung, Qualitätskontrolle und Dokumentation der Sentinelnode-Biopsie und Sentinellymphknotenszintigrafie müssen nach dem Konsensuspapier der DGS erfolgen (Kuehn T et al., Cancer 2005; 103:451–61).	Durchführung, Qualitätskontrolle und Dokumentation der Sentinelnode-Biopsie und Sentinellymphknotenszintigrafie müssen nach dem Konsensuspapier der Schweizerischen Arbeitsgruppe Sentinel beim Mammakarzinom und der AGO erfolgen (Köchli O T et al., Schweizerische Ärztezeitung 2005; 68: Nr 1) .
MKIO	5.2.2 a)		Fachärzte für Neurochirurgie Mind. 1 der FÄ muss an einem DGNC-Kurs teilgenommen haben oder bei Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein.	Fachärzte für Neurochirurgie Mind. 1 der FÄ muss an einem DGNC-Kurs teilgenommen haben oder bei Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein. Alternativ kann die Teilnahme an einem Kurs für pädiatrische Neurochirurgie nachgewiesen werden

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
MSAR	5.2.2 b)		Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).	Qualifikation benannte Operateure für Knochen-Tumorresektionen Nachweis einer tumororthopädischen Qualifikation gemäß DGOU/ DGOOC (Zertifizierung Tumororthopäde) oder gleichwertige Qualifikation (Einzelfallprüfung).
LZ	5.2.2	CHOP Codes Weiteres Vorgehen: Die AGSKZ macht Vorschläge für die CHOP-Codes. Nach Prüfung durch die DKG werden sie in die vorliegende Liste eingepflegt. Die DKG überprüft die CHOP-Codes jährlich auf Aktualität)	Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Pat. mit C-Diagnose durchzuführen. <u>Definition operative Therapie:</u> <ul style="list-style-type: none"> Anatomische Resektionen (Anatomische Segmentresektion, Lobektomie, Pneumektomie, bronchio- u. angioplastische Operationen). Atypische Resektionen (Keilresektionen) können nicht zu den operativen Primärfällen bzw. nicht zu den operierten Pat. mit C-Diagnose gezählt werden. Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-323 bis 5-328) belegt werden. 	Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (CHOP: xxx) bei Pat. mit C-Diagnose durchzuführen. <u>Definition operative Therapie:</u> <ul style="list-style-type: none"> Anatomische Resektionen (Anatomische Segmentresektion, Lobektomie, Pneumektomie, bronchio- u. angioplastische Operationen). Atypische Resektionen (Keilresektionen) können nicht zu den operativen Primärfällen bzw. nicht zu den operierten Pat. mit C-Diagnose gezählt werden. Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (CHOP xxx) belegt werden.
MKIO	5.2.3		Qualifikation Abteilung Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE); davon mind. 5 bei Kindern und Jugendlichen. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumorresektion können angerechnet werden (Definition: OPS 5-900 bis	Qualifikation Abteilung Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE); davon mind. 5 bei Kindern und Jugendlichen. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumorresektion können angerechnet

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			5-907, 5-916, 5-781 bis 5-785, 5-789.1, 5-789.2, 5-789.4, 5-820.2, 5-822.9, 5-828.0 bis 5-828.8, 5-829.0 bis 5-829.9, 5-852 bis 5-859, 5-862 bis 5-866, 5-869, 5-832.1, 5-832.2, 5-832.7 bis 5-832.9, 5-837 in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste "Zentrumsfälle Kinderonkologie" (siehe Datenblatt))	werden (Definition: CHOP xxx in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste "Zentrumsfälle Kinderonkologie" (siehe Datenblatt))
MNOZ	5.2.3		<p>5.2.3a Operative Primärfälle</p> <p>Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operators zu operieren. (Als 1. oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision).</p> <p>Definition operative Therapie: OPS-Schlüssel: 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1, 5-035, 5-075</p> <p>5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510. - 1-512.; 1-514 - 1-515</p>	<p>5.2.3a Operative Primärfälle</p> <p>Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operators zu operieren. (Als 1. oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision).</p> <p>Definition operative Therapie: CHOP-Schlüssel: xxx</p> <p>5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: CHOP-Schlüssel: xxx</p>
MNOZ	5.2.4		<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> Pro Operateur Nachweis von mind. 25 offenen neuroonkologischen Operationen/ Jahr (als 1. Operateur oder als 2. Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure). 	<p>Qualifikation Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> Pro Operateur Nachweis von mind. 25 offenen neuroonkologischen Operationen/ Jahr (als 1. Operateur oder

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. <p>OPS-Schlüssel 5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1; 5-035; 5-075</p>	<p>als 2. Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure).</p> <ul style="list-style-type: none"> Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. <p>CHOP-Schlüssel xxx</p>
MSAR	5.2.4		<p>Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)</p> <ul style="list-style-type: none"> Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr durchgeführt werden. Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Patienten können jeweils gezählt werden. <p>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (OPS: 5-901, 5-902, 5-903.6, 5-058, 5-058.4, 5-784, 5-854, 5-857, 5-858, 5-840, 5-853, 5-852.f) belegt werden.</p>	<p>Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion)</p> <ul style="list-style-type: none"> Für Plastische Chirurgie-Einheiten gilt: es müssen mind. 30 plastisch-rekonstruktive Eingriffe/ Jahr durchgeführt werden. Resektion und Rekonstruktion beim gleichen Patienten können jeweils gezählt werden. <p>Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (CHOP xxx) belegt werden.</p>
VZ	5.2.5	Facharzttitle und Weiterbildungen	<p>Operateure Basisqualifikation Operateure Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt ist der Facharzt für Viszeralchirurgie bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.</p>	<p>Operateure Basisqualifikation Operateure Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010) oder der Facharzt für Chirurgie FMH mit dem Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Gleichwertig anerkannt ist der Facharzt für Viszeralchirurgie bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.
VZ	5.2.5 Darm	Facharzttitle und Weiterbildungen	oder Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology	oder Facharzt für Allgemeinchirurgie respektive Facharzt für Chirurgie FMH mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology
VZ	5.2.5 Pankreas	Facharzttitle und Weiterbildungen	oder Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Hepato-Pancreatico-Biliary Surgery (HPB)	oder Facharzt für Allgemeinchirurgie respektive Facharzt für Chirurgie FMH mit der europäischen Qualifikation EBSQ Hepato-Pancreatico-Biliary Surgery (HPB)
DZ	5.2.5	Facharzttitle und Weiterbildungen	Darmoperateure <ul style="list-style-type: none"> mind. 2 Darmoperateure sind namentlich zu benennen Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO oder der Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.	Darmoperateure <ul style="list-style-type: none"> mind. 2 Darmoperateure sind namentlich zu benennen Basisqualifikation ist der Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab Muster-WbO 2003, Stand 25.06.2010) oder der Facharzt für Chirurgie FMH mit dem Schwerpunkt Viszeralchirurgie . Gleichwertig anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO oder der Facharzt für Allgemeinchirurgie respektive der Facharzt für Chirurgie FMH mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.
MNOZ	5.2.6	Facharzttitle und Weiterbildungen	<p>Stereotaxie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Stereotaxie muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein). • Vertretungsregelung muss bestehen. • Die Qualifikation muss über Curricula nachgewiesen werden. <p>Anforderung: 10 stereotaktische Operationen/ Jahr.</p>	<p>Stereotaxie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Facharzt für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Stereotaxie oder ein Facharzt für Neurochirurgie FMH mit Nachweis der Expertise in Stereotaxie (Einzelfallprüfung; Auflistung von Untersuchungen/Schulungen/Tätigkeiten in diesem Gebiet) muss vorhanden sein (kann identisch mit 5.2.2 sein). • Vertretungsregelung muss bestehen. • Die Qualifikation muss über Curricula nachgewiesen werden. • Anforderung: 10 stereotaktische Operationen/ Jahr.
KHT, MNOZ, MSAR	6.1.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie	Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.
HAEZ	2.1.2, 2.2.1 6.1.2 6.1.6 6.2.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
HAEZ	6.1.6 c)	Stammzelltransplantation	Die Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen der Bundesärztekammer ist einzuhalten. Insbesondere sind nachstehende Anforderungen (6.1.6 d) bis 6.1.6 i)) zu erfüllen. Eine gültige Akkreditierung nach den Richtlinien des „Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT“ (JACIE) kann den Nachweis der nachstehenden Anforderungen (6.1.6 d) bis 6.1.6 j)) ersetzen.	Eine gültige Akkreditierung nach den Richtlinien des Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT“ (JACIE) muss vorliegen.
OZ GZ, DZ, HZ, LZ, PZ, UZ, VZ MSAR	6.1.3 6.1.5 6.1.9 6.2.1 6.2.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.
HZ	6.2.1	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie	Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.
HAEZ DZ, VZ OZ PZ, UZ	6.2.9 6.2.10 6.2.12 6.2.13	Zytostatika-zubereitung	Zytostatikazubereitung Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, APBetrO, GMP, GCP, Eudralox (Bd. 10)) in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden.	Zytostatikazubereitung Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. HMG, GMP, GCP, Eudralox (Be. 10)) in einer Apotheke statt. Die Herstellungsbewilligung für Zytostatika vom Kanton oder von Swissmedic muss vorgelegt werden.
LZ	6.2.9		Zytostatikazubereitung	

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> Die Zubereitung der Zytostatika-Lösungen muss innerhalb von 48h durch die Apotheke möglich sein (ggf. in Kooperation) Die Zubereitung findet unter Berücksichtigung aller gesetzlichen Vorgaben statt. Die Rücksprache mit der zubereitenden Stelle muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert sein, möglich sein. Verfahrensbeschreibung zur Zubereitung existiert.	Die Zubereitung von Zytostatika-Infusionen kann durch spezialisierte Fachpersonen, die in den Prozess eingewiesen sind, erfolgen. Hierfür ist keine spezielle Bewilligung nötig.
HAEZ OZ	6.2.10 6.2.13	Applikation Zytostatika	Prozessbeschreibungen <ul style="list-style-type: none"> Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte (u.a. Zytostatikaapplikation) muss beschrieben sein. 	--- Bemerkung: In der Schweiz erfolgt die Verschreibung der medikamentösen onkologischen Therapie durch den Arzt. Die Verabreichung liegt in der Kompetenz der, und erfolgt durch die Pflegefachperson. Eine Delegation der Aufgabe ist daher nicht erforderlich.
BZ	6.2.1	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Innere Medizin / Hämatologie und Onkologie	Facharzt für Innere Medizin / Hämatologie und Onkologie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.
BZ, DZ, GZ, HZ, VZ HAEZ, LZ, MKIO, OZ, PZ, UZ	6.2.2 6.2.3	Applikationsverantwortliche Pflegefachkraft	Nachweis einer Schulung nach den Empfehlungen der KOK (Handlungsempfehlung der KOK, Applikation von Zytostatika durch Pflegefachkräfte)	Nachweis einer Schulung über folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente und mögliche Symptome

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der und Umgang mit Applikationswege/n und Venenkathetersysteme/n sowie die praktische Ausführung der Venenpunktion und i.v. Applikation • Prinzipien und Methoden der Supportivtherapie • Sicherer Umgang mit Zytostatika • Anleitung und Beratung von Patienten • Rechtliche Vorgaben der Tumortherapie • Dokumentation und Meldung von unerwünschten Ereignissen • Prävention von Paravasaten <p>Hausinterne Kurse, welche die genannten Themen abdecken sowie der Einführungskurs für Pflegende in das Fachgebiet Onkologie der Onkologiepflege Schweiz (https://www.onkologiepflege.ch/einfuehrungskurse/einfuehrungskurs-onkologie/?no_cache=1) werden an dieser Stelle anerkannt.</p>
OZ	6.2.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Medizinische Onkologie für das gesamte Spektrum	Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Medizinische Onkologie für das gesamte

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Spektrum oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.
R	7.8	Strahlenschutz	Bestrahlungsprozesse Die Vorgaben der Strahlenschutzgesetzgebung und der „Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin“ sind umzusetzen.	Bestrahlungsprozesse Die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung (StSV) sind umzusetzen.
R	7.19	Strahlenschutz	Der Prozess für die tumor(strahlentherapie-) spezifische Nachsorge ist zu beschreiben (unter Berücksichtigung der Richtlinien „Strahlenschutz in der Medizin“).	Der Prozess für die tumor(strahlentherapie-) spezifische Nachsorge ist zu beschreiben. Bemerkung: In Deutschland ist der Prozess per Gesetz geregelt, in der Schweiz nicht.
R	7.8	Begehung Radioonkologie	Begehung ärztliche Stelle (nach §83 Strahlenschutzverordnung) Die Beurteilung durch die Ärztliche Stelle muss der Stufe 1 (keine Mängel), 2 (geringgradige Mängel, erneute Begehung in 2 Jahren) oder einmalig Stufe 3 entsprechen.	Klinische Audits (nach Art. 41 Strahlenschutzverordnung) Der Auditbericht darf keine deutlichen Mängel enthalten. Bemerkung: Eine ärztliche Stelle gibt es in der Schweiz weder in der Organisation noch in der Funktion so wie Deutschland es kennt. In der Schweiz übernimmt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Überwachungsfunktion. Das BAG führt klinische Audits durch. In der Beurteilung werden keine Stufen verwendet.
LZ	9.1	Palliativversorgung	Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten stationären und ambulanten Palliative–	Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten stationären und

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen.	ambulanten Palliative-Care Teams , palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen.
MKIO	9.1.1	Palliativversorgung	<p>Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder und Jugendliche zu erbringen und nachzuweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Zentrum sollte entweder über ein eigenes SAPV-Team für Kinder und Jugendliche verfügen oder eine Kooperations-Vereinbarung mit einem SAPV-Team für Kinder und Jugendliche nachweisen. • Für die im Zentrum behandelten Patienten ist die Versorgung durch ein SAPV-Team für Kinder und Jugendliche sicherzustellen. 	<p>Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante Palliativ Care für Kinder und Jugendliche zu erbringen und nachzuweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Zentrum sollte entweder über ein eigenes spezialisiertes ambulantes Palliative Care Team für Kinder und Jugendliche verfügen oder eine Kooperations-Vereinbarung mit einem spezialisierten ambulanten Palliativ Care Team für Kinder und Jugendliche nachweisen. • Für die im Zentrum behandelten Patienten ist die Versorgung durch ein spezialisiertes ambulantes Palliative Care Team für Kinder und Jugendliche sicherzustellen.
OZ	9.1.1	Palliativversorgung	Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen.	Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativ Care vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
MKIO, OZ	9.1.2	Qualifikation Pflege Palliative Care	<p>Pflegerisches Personal Namentliche Nennung von mind. 4 hauptamtlichen Vollkräften mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung</p> <p>Formulierung OZ: (Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)</p> <p>Formulierung MKIO: (Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung z.B. nach Dattelner Curriculum)</p>	<p>Pflegerisches Personal Namentliche Nennung von mind. 4 hauptamtlichen Vollkräften mit $\geq 80\%$ Arbeitszeit mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung</p> <p>(Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP oder ≥ 150 Std. Weiterbildung nach Curriculum der Fachgesellschaft palliative.ch)</p>
MKIO	9.1.4	Palliativversorgung	<p>Fallzahlen und Kennzahlen Die SAPV-Versorgung ist allen terminal erkrankten Kindern und Jugendlichen anzubieten. Dies ist zu dokumentieren. Die Versorgungen werden einzeln dokumentiert.</p>	<p>Fallzahlen und Kennzahlen Die Versorgung durch eine spezialisierte ambulante Palliativ-Care ist allen terminal erkrankten Kindern und Jugendlichen anzubieten. Dies ist zu dokumentieren. Die Versorgungen werden einzeln dokumentiert.</p>
MKIO	9.1.5	Palliativversorgung	<p>Notfall- und Krisenintervention Das kooperierende SAPV-Team für Kinder und Jugendliche stellt eine Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die ambulant betreuten Palliativpatienten (einschließlich ärztlicher Hausbesuche) zur Verfügung:</p>	<p>Notfall- und Krisenintervention Das kooperierende spezialisierte ambulante Palliative-Care-Team für Kinder und Jugendliche stellt eine Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft rund um die Uhr für die ambulant betreuten</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Nennung der Telefonnummer unter der die SAPV 24h/ 7d für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.	Palliativpatienten (einschließlich ärztlicher Hausbesuche) zur Verfügung: Nennung der Telefonnummer unter der das spezialisierte ambulante Palliative Care Team 24h/ 7d für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.
OZ	9.1.8	Ambulante Hospizarbeit	Ambulante Hospizarbeit <ul style="list-style-type: none"> Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten gemäß §39a SGB V (sofern vorhanden) 	Ambulante Hospizarbeit Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten/mobilen spezialisierten Palliativdiensten
MKIO	9.2.2	Palliativversorgung	Stationäre Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> Aktuelles Informationsmaterial zu den Kinderpalliativstationen in Deutschland sollte vorhanden sein und 1 x pro Jahr aktualisiert werden. 	Stationäre Palliativversorgung <ul style="list-style-type: none"> Aktuelles Informationsmaterial zu den Kinderpalliativstationen in der Schweiz sollte vorhanden sein und 1 x pro Jahr aktualisiert werden.
OZ	9.3.2	Palliativversorgung	Wenn sich eine eigenständige Palliativstation erst im Aufbau befindet, ist ein Konzept zu formulieren, in dem die Ressourcen (personell/ finanziell), die räumliche Infrastruktur, die in dem Kapitel 9.3 aufgeführten Anforderungen sowie die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine, Kooperationspartner) darzulegen sind. Ein Palliativdienst entsprechend den Vorgaben des OPS (8-982 und 8-982h) muss bei der Erstzertifizierung vorhanden sein. Die Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.	Wenn sich eine eigenständige Palliativstation erst im Aufbau befindet, ist ein Konzept zu formulieren, in dem die Ressourcen (personell/ finanziell), die räumliche Infrastruktur, die in dem Kapitel 9.3 aufgeführten Anforderungen sowie die geplanten Schritte zur Einführung (Zieltermine, Kooperationspartner) darzulegen sind. Ein Palliativdienst entsprechend den Vorgaben des CHOP (93.8A.2) muss bei der Erstzertifizierung vorhanden sein. Die

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.
OZ	9.3.16	Palliativversorgung	Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Kerndatensatz DGP und DHPV wird empfohlen.	Externe Qualitätssicherung Die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B. Minimal Data Set der Fachgesellschaft palliative.ch (https://www.palliative.ch/de/fachbereich/arbeitsgruppen/qualitaet/) wird empfohlen.
OZ	9.3.6	Qualifikation Pflege Palliative Care	Pflegeleitung Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)	Pflegeleitung Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥ 160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP oder ≥ 150 Std. Weiterbildung nach Curriculum der Fachgesellschaft palliative.ch). Bei einem Leitungswechsel werden Übergangsregelungen berücksichtigt.
DZ, HAEZ, OZ, VZ, KHT, MNOZ, BZ, GZ, HZ, LZ, PZ, UZ	10.1 10.2 10.3	Tumordokumentation – Datensatz und Datenübermittlung an Krebsregister	Es muss ein Datensatz entsprechend des Einheitlichen Onkologischen Basisdatensatzes und seiner Module der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) verwendet werden. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.	Das Zentrum bzw. seine Trägerschaft führt eine Tumordatenbank. Das Zentrum erfüllt die Vorgaben des Krebsregistrierungsgesetzes und der zugehörigen Verordnung, die seit 1.1.2020 auf Bundesebene die Krebsregistrierung abschliessend regeln. Die Meldung an die Krebsregister ist gesetzlich verpflichtend, die Kontrolle über

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				die Meldung wird von den zuständigen Behörden vorgenommen.
MKIO	10.2		Das Zentrum meldet die neu erkrankten Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Erkrankungen (mit nationalem Wohnsitz) an das Deutsche (bzw. nationale) Kinderkrebsregister . Die Meldung beim nationalen Kinderkrebsregister muss nachgewiesen werden: Sollvorgabe $\geq 95\%$	Das Zentrum bzw. seine Trägerschaft führt eine Tumordatenbank. Das Zentrum erfüllt die Vorgaben des Krebsregistrierungsgesetzes und der zugehörigen Verordnung, die seit 1.1.2020 auf Bundesebene die Krebsregistrierung abschliessend regeln. Die Meldung an die Krebsregister ist gesetzlich verpflichtend, die Kontrolle über die Meldung wird von den zuständigen Behörden vorgenommen. Bei Patientinnen und Patienten jünger als 20 Jahre wird an das Kinderkrebsregister gemeldet.
BZ, DZ, GZ, HAEZ, HZ, OZ, UZ, VZ LZ, PZ	10.3 10.4	Tumordokumentation – Kooperationsvereinbarung Krebsregister	Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de).	Der Prozess der Meldung an das Krebsregister laut Krebsregistrierungsgesetz muss dargestellt werden.
PZ, UZ	10.8	PCO Bogen	Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität 1. [...] 2. [...] 3. EPIC-26 inkl. Zusatzfragen Patientenbefragung mit EPIC-26 inkl. Zusatzfragen muss bei der Erstzertifizierung vorliegen	Tumorspezifische Indikatoren zur Ergebnisqualität 1. [...] 2. [...] 3. EPIC-26 inkl. Zusatzfragen Patientenbefragung mit EPIC-26 Schweiz inkl. Zusatzfragen muss bei der Erstzertifizierung vorliegen.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz

Anlage 1 – Kennzeichnungen der Erhebungsbögen (EB):

<u>Organkrebszentren</u>	<u>Module</u>	<u>Übergreifende Zentren</u>	<u>Sonstige</u>
BZ =	MB=Harnblasenkrebszentrum	OZ=Onkologisches Zentrum	S= Schwerpunkt kataloge
Brustkrebszentrum	m	VZ=	P=Pathologiekatalog
DZ=	MKHT=Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	Viszeralonkologisches Zentrum	R=Radioonkologiekatalog
Darmkrebszentrum	MKIO=Kinderonkologisches Zentrum	UZ=Uroonkologisches Zentrum	
GZ= Gyn. Krebszentrum	ML=Leberkrebszentrum		
HAEZ=	MM=Magenkrebszentrum		
Hämatologische Neoplasien	MN=Nierenkrebszentrum		
HZ=Hautkrebszentrum	MNOZ=Neuroonkologisches Zentrum		
LZ=Lungenkrebszentrum	MP= Pankreaskrebszentrum		
m	MS=Speiseröhrenkrebszentrum		
PZ=	MSAR=Zentrum für Tumore/Sarkome des Weichteilgewebes		
Prostatakrebszentrum			