

Länderspezifische Äquivalenzen zu Anforderungen in Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft

Version -Stand: **Februar 2025**

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

Erhebungsbogen	Stand und Version
Brustkrebszentren	Stand 10.09.2024 , Version M1
Gynäkologische Krebszentren	Stand 16.08.2024 , Version J1
Hautkrebszentren	Stand 16.08.2024 , Version L1
Zentren für Hämatologische Neoplasien	Stand 12.09.2024 , Version D1
Kinderonkologische Zentren	Stand 23.07.2024 , Version F1
Kopf-Hals-Tumor Zentren	Stand 29.08.2024 , Version H1
Lungenkrebszentren	Stand 23.08.2024 , Version J1
Neuroonkologische Zentren	Stand 16.08.2024 , Version H1
Sarkomzentren	Stand 16.08.2024 , Version F1
Pathologie	Stand 08.12.2023 , Version M1
Radioonkologie	Stand 18.12.2023 , Version L1
Uroonkologische Zentren	Stand 18.09.2024 , Version P1
Viszeralonkologische Zentren	Stand 22.10.2024 , Version O1
Onkologische Zentren	Stand 19.08.2024 , Version M1

Inhalt

Erläuterungen zum Dokument	3
1. Schweiz	4
2. Österreich und andere Länder	62
Anlage 1 – Kennzeichnungen der Erhebungsbögen (EB):	64

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 EB 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 15.02.2025

Die hier vorliegende länderspezifische Äquivalenztabelle ist für alle ab dem 01.01.2025 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen gegenüber den Anforderungen der DKG sind in farblich „gelb und fett“ gekennzeichnet. Neurungen zum Vorjahr sind farblich in grün gekennzeichnet. Neue Äquivalenzen sind farblich blau gekennzeichnet.

1. Schweiz

Äquivalenzen aus den Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Schweiz:

Herausgeber: Deutsche Krebsgesellschaft

Freigabe: Oncosuisse

Autoren: Arbeitsgemeinschaft Schweizer Krebszentren

Die Übersetzung der OPS in die CHOP-Codes wurden sorgfältig und nach bestem Gewissen erstellt. Gleichwohl kann für die Vollständigkeit und Richtigkeit keine Gewähr übernommen werden.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
LZ	1.1.1	CHOP Codes	3. Alle anatomischen Resektionen (OPS: 5-323 bis 5-328, bei ICD-10 C.34.0-.9, C78.0 an allen Standorten müssen von in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen durchgeführt werden.	3. Alle anatomischen Resektionen (CHOP: 32.3 – 32.6),-bei ICD-10 C.34.0-.9, C78.0 an allen Standorten müssen von in 5.2.3 benannten Thoraxchirurgen durchgeführt werden.
LZ	1.1.4	Weitere Kooperationen	Eine Kooperation mit dem Nationalen Netzwerk genomische Medizin sollte geprüft werden.	Es muss sichergestellt sein, dass Patient:innen Zugang zu einer Analyse der Treiber-Mutationen haben und so von einer personalisierten Behandlung profitieren können. Der Prozess ist schriftlich definiert.
VZ	1.1.3 - Leber-	Kooperation Transplantationszentrum	Viszeralonkologische Zentren, die keine Lebertransplantationen durchführen, müssen eine Kooperation mit einem durch das	Viszeralonkologische Zentren, die keine Lebertransplantationen durchführen, müssen eine Kooperation mit einem durch das Bundesamt für

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Landesministerium anerkannten Transplantationszentrum nachweisen.	Gesundheit anerkannten Transplantationszentrum nachweisen.
UZ, Penis PZ, Penis	1.2.5	CHOP-Codes	<ul style="list-style-type: none"> alle Pat. mit invasivem Karzinom \geq pT1b vor invasiver LK-Diagnostik (dynamische Senti-nel-Lymphknotenbiopsie [DSNB, OPS 5-401.51/.52/.53, 5-401.a1/.a2/a3] oder modifizierte inguinale Lymphadenektomie [MIL, OPS 5-402.4/.9]) alle Pat. nach (radikaler/therapeutischer) inguinaler u./o. pelviner Lymphadenektomie (OPS 5-404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/.3/.4) 	<ul style="list-style-type: none"> alle Pat. mit invasivem Karzinom \geq pT1b vor invasiver LK-Diagnostik (dynamische Senti-nel-Lymphknotenbiopsie [DSNB, CHOP 40.24.11,40.24.20] oder modifizierte inguinale Lymphadenektomie [MIL, CHOP 40.3X.14, 40.3X.15]) alle Pat. nach (radikaler/therapeutischer) inguinaler u./o. pelviner Lymphadenektomie (CHOP 40.52.10, 40.52.10+54.21.20, 40.54.10, 40.3X.25, 40.52.11)
OZ	1.2.12.c	Erfassung von Symptomen und Belastungen	<p>Insbesondere für Pat. mit fortgeschrittener Erkrankung</p> <p>a. Zur Erfassung von Symptomen und Belastungen sollen validierte Instrumente (MIDOS, IPOS) verwendet werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin).</p>	<p>Insbesondere für Pat. mit fortgeschrittener Erkrankung</p> <p>a. Zur Erfassung von Symptomen und Belastungen sollen validierte Instrumente (MIDOS, IPOS, ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)) verwendet werden (siehe S3-Leitlinie Palliativmedizin).</p>
BZ, Dz, , GZ, HAEZ, HZ, LZ, PZ, UZ, VZ, OZ	1.4.1	Qualifikation Psychoonkologie	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> Diplom/ Master in Psychologie, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert, Ärzte der Humanmedizin, 	<p>Psychoonkologie – Qualifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> eidg. anerkannte Psychotherapeut:in und äquivalente in der Schweiz anerkannte ausländische Titel oder

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> Diplom/ Master Sozialpädagogik, der für ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren qualifiziert <p>jeweils mit [mind. 1] psychotherapeutischer 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- anerkannt).</p> <p>[...] Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG- anerkannte</p>	<ul style="list-style-type: none"> eidg. Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und äquivalente in der Schweiz anerkannte ausländische Titel <p>jeweils mit [mind. 1] psychotherapeutischer Weiterbildung.</p> <p>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, die die Kriterien erfüllt, wie sie von der SGPO gefordert werden oder abgeschlossener Titel in Psychoonkologischer Psychotherapie.</p> <p>[...]</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich.</p>	<p>Bestandsschutz für alle, die aktuell anerkannt sind sowie diejenigen, die eine DKG-anerkannte psychoonkologische Fortbildung bis 31.12.2019 begonnen haben.</p> <p>Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen oder Onkologische Pflegefachpersonen mit Masterabschluss können bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen zugelassen werden. Hierfür ist eine Einzelfallprüfung erforderlich. Als psychoonkologische Fortbildung wird an dieser Stelle der Titel «Psychoonkologischer BeraterIn» anerkannt.</p>
BZ, <u>DZ</u>, , GZ, HAEZ, HZ, LZ, UZ, VZ, OZ	1.4.1	Qualifikation Psychoonkologie	<p>Approbation: Mind. 1 Person im psychoonkologischen Team des Netzwerkes (stationär o ambulant) muss approbiert sein (Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut)</p>	<p>Besteht eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit einer niedergelassenen Psychoonkologin/ einem niedergelassenen Psychoonkologen muss diese/r über eine Berufsausübungsbewilligung als Psychotherapeut/-in des jeweiligen Kantons verfügen. Eine Berufsausübungsbewilligung muss nicht vorliegen, wenn Psychoonkologische Psychotherapeut:innen im Angestelltenverhältnis (z.B. in Institutionen) tätig sind.</p> <p><i>Bemerkung: Die Schweiz kennt die «Approbation» nicht. «Approbation» in Deutschland bedeutet „Erlaubnis zur Berufsausübung“. Für die Ausübung der Psychotherapie in einer selbstständigen Tätigkeit</i></p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<i>bedarf es einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der Beruf ausgeübt wird. Siehe Bundesgesetz über die Psychologieberufe, Kapitel 5, Artikel 22. Für Psychoonkologen in angestellter Position wird keine Berufsausübungsbewilligung verlangt.</i>
MKIO	1.4.2	Qualifikation Psychoonkologie	Das Team des Psychosozialdiensts ist multiprofessionell: Es besteht aus mind. Je einem Vertreter mit der Grundqualifikation: <ul style="list-style-type: none"> • Dipl. / MA Psychologe • Dipl. / MA/Bachelor Soziale Arbeit / Sozialpädagogik / Dipl. Sozialarbeit • pädagogisch qualifizierte Fachkraft (z.B. staatl. Anerkannte Erzieher/-innen oder staatl. Anerkannte Heilpädagogen/-innen) 	Das Team des Psychosozialdiensts ist multiprofessionell: Es besteht aus mind. Je einem Vertreter mit der Grundqualifikation: <ul style="list-style-type: none"> • eidg. anerkannte Psychotherapeut:in und äquivalente in der Schweiz anerkannte ausländische Titel oder • eidg. Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und äquivalente in der Schweiz anerkannte ausländische Titel • Dipl. / MA/Bachelor Soziale Arbeit / Sozialpädagogik / Dipl. Sozialarbeit • pädagogisch qualifizierte Fachkraft (z.B. staatl. Anerkannte Erzieher/-innen oder staatl. Anerkannte Heilpädagogen/-innen)
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»
MKIO	1.4.5b	Qualitätssicherung Psychosoziale Mitarbeiter	Psychosoziale/n Mitarbeiter/n	Psychosoziale/n Mitarbeiter/n <ul style="list-style-type: none"> • wird die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen (insbesondere im Rahmen der

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> wird die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen (insbesondere im Rahmen der PSAPOH) ermöglicht. nutzen die PSAPOH-Regionalgruppen als Qualitätszirkel und sind so regional vernetzt. haben Zugang zu regelmäßiger externer Supervision. 	<p>PSAPOH und auch der Krebsliga Schweiz) ermöglicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutzen vorhandene Gefässe zur regionalen/nationalen Vernetzung (z.B. 2x pro Jahr eintägiger Fachaustausch Psychoonkologen/Psychologen/Psychiater der deutschen und italienischen Schweiz) haben Zugang zu regelmäßiger externer Supervision.
MSAR, HAEZ, BZ, GZ, 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 Bemerkung: Es werden keine Sonder-Regelungen anerkannt.
LZ, DZ, GZ, PZ, UZ, VZ	1.5.2 1.5.3	Angebot und Zugang	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. Bemerkung: Es werden keine Sonder-Regelungen anerkannt.
DZ, VZ	1.5.4	Angebot und Zugang	Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der	Jedem Patienten muss die Möglichkeit einer Beratung durch den Sozialdienst in allen Phasen der Erkrankung

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>Erkrankung orts- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren. durch den Sozialdienst beraten wurden, ist zu erfassen.</p>	<p>orts- und zeitnah angeboten werden (Nachweis erforderlich). Das Angebot muss niederschwellig erfolgen. Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialdienst eine Betreuung erfahren haben, ist zu dokumentieren. durch den Sozialdienst beraten wurden, ist zu erfassen.</p> <p>Bemerkung: <i>Es werden keine Sonder-Regelungen anerkannt.</i></p>
OZ, BZ, GZ, HZ	1.5.7	Inhalte Beratung Sozialdienst	Inhalte der Beratung unter Anwendung des DVSG-Leistungskatalogs und des Expertenstandards PEOPSA (Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patienten durch Soziale Arbeit):	Der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) stützt sich bei Fragen zur Sozialen Beratung auf die links genannten Dokumente, da es in der Schweiz keine vergleichbaren Unterlagen gibt.
HAEZ	1.7.7	Studien	<p>Zusammenarbeit Studiengruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Zentrum beteiligt sich an Studien überregionaler akademischer Studiengruppen (u.a. die im Kompetenznetz Leukämien und in der German Lymphoma Alliance versammelten Gruppen). Falls Patienten mit Akuter Leukämie im Zentrum behandelt werden, ist eine Zusammenarbeit mit der GM-ALL und einer AML-Studiengruppe dringend empfohlen. 	<p>Zusammenarbeit Studiengruppen</p> <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
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.
MKIO	1.7.4	Studien	Anzahl der in Studien/ Register einer GPOH-Studiengruppe (nicht Meldung an Kinderkrebsregister) eingeschlossenen Pat. (mit nationalem Wohnsitz): Sollvorgabe ≥ 90%. Wenn eine für einen Pat. passende GPOH-Studie in Deutschland offen ist und die Einschlusskriterien erfüllt sind, sollen die Pat. in die GPOH-Studie und nicht allein in ein parallel vorhandenes Register eingeschlossen werden.	Anzahl der in Studien/ Register einer GPOH- oder SPOG -Studiengruppe (nicht Meldung an Kinderkrebsregister) eingeschlossenen Pat. (mit nationalem Wohnsitz): Sollvorgabe ≥ 90%. Wenn eine für einen Pat. passende GPOH-Studie in Deutschland respektive SPOG-Studie in der Schweiz offen ist und die Einschlusskriterien erfüllt sind, sollen die Pat. in die GPOH-Studie und nicht allein in ein parallel vorhandenes Register eingeschlossen werden.
OZ	1.7.3.	Studien	Studienassistentz – Qualifikation Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheit-/ Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte) Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentzfunktion nachzuweisen. Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der	Studienassistentz – Qualifikation Berufsausbildung Wenn möglich medizinische Fachausbildung (z.B. MTA, Gesundheit-/ Krankenpfleger, medizinische Fachangestellte) Ausbildung Es ist eine spezifische Ausbildung für die Studienassistentzfunktion nachzuweisen. Kurse in Good Clinical Practice (GCP) werden an dieser Stelle anerkannt (mindestens 2 Kurstage).

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragter die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.	<p>Mindestens ein Teammitglied hat zusätzlich zu den GCP Kursen mindestens eine der folgenden Weiterbildungen/ einer der folgenden Kurse abgeschlossen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurs für CRCs and CTNs (SAKK, 1d) • Projektmanagement in klinischen Prüfungen (2d, FORUM) • Weiterbildungskurs klinische Studien Study Nurses und Studienkoordination (CTU Bern, 2d) • CAS Clinical Trial Management (USZ, 12 ETCS) • CAS Clinical Research Coordinator (BFH, 12 ETCS) • CAS Study Nurse/Coordinator (USB, 10 ETCS) • CAS Clinical Research I (USB, 11 ETCS) • Ähnliche Kurse mit einer Mindestlänge von einem Tag <p>Zum Zeitpunkt der Erstzertifizierung muss mind. eine Lehrgangsanmeldung vorliegen. Der Lehrgang ist innerhalb eines Jahres abzuschließen. Während der Ausbildung hat der Prüfarzt/ Studienbeauftragter die Qualifikationsdefizite zu kompensieren.</p>
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 	<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)

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) • oder Advanced Practice Nurse (Master-Titel) plus 2 Jahre praktische Berufserfahrung (VK äquivalent) im zu zertifizierenden onkologischen Bereich. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Qualifikation Onkologische Fachpflegekräfte	<p>§4 (5) Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum müssen mindestens 2 VK aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie im Tagdienst eingebunden sein. • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen pädiatrisch-onkologische Pat. betreut werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen und die Aufgabenbereiche schriftlich zu benennen. 	<p>§4 (5) Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Zentrum müssen mindestens 2 VK aktive Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende mit einer Fachweiterbildung in der Onkologie im Tagdienst eingebunden sein. <p>Bemerkung: Die Ausbildung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ gibt es in der Schweiz nicht. An dieser Stelle wird folgende Qualifikation anstelle der Ausbildung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ anerkannt: Pflegfachpersonen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe als diplomierte Pflegefachperson HF oder Bachelor of Science in Pflege FH oder ein vom SBFJ anerkanntes ausländisches Diplom in der Pflege mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Pflege.</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<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 • 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"> • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen. • In Bereichen, in denen pädiatrisch-onkologische Pat. betreut werden, ist jeweils die Tätigkeit einer onkologischen Fachpflegekraft nachzuweisen und die Aufgabenbereiche schriftlich zu benennen. Die Onkologische Fachpflegekraft verfügt über eine der unten aufgelisteten Weiterbildungen: <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 Erfahrung (VK äquivalent) in der Kinderonkologie • Weitere Abschlüsse mit vergleichbarem Umfang und Kenntnisstand
MKIO	1.8.3	Qualifikation Pflegedienst	<p>§4 (6)</p> <p>Der Pflegedienst des Zentrums muss aus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden oder • Pflegefachfrauen/-männern mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ oder Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ o. „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ 	<p>§4 (6)</p> <p>Der Pflegedienst des Zentrums muss aus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden oder • Pflegefachfrauen/-männern mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ oder Weiterbildung in dem pflegerischen Fachgebiet „Pädiatrische Intensivpflege“ o. „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ gemäß den „Empfehlungen zur pflegerischen

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>gemäß den „Empfehlungen zur pflegerischen Weiterbildung“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft bzw. gleichwertiger Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung</p> <p>mit mind. 1260 Std. Berufserfahrung in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Berufserfahrung, bestehen. Für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, die ihre Ausbildung auf der Grundlage der Vorschriften des Krankenpflegegesetzes abgeschlossen haben oder bis zum 31. Dezember 2024 noch abschließen werden, entfällt die Forderung nach Berufserfahrung von mind.1260 Std.</p> <p>Zudem können Gesundheits- und Krankenpflegende eingesetzt werden, die am 01. Januar 2022 mind. 5 Jahre Berufstätigkeit in Vollzeit (seit Ausbildungsabschluss) in der direkten Patientenversorgung in einem Zentrum für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung, nachweisen können. Von den geforderten 5 Jahren Berufstätigkeit müssen mind. 3 Jahre in der Zeit von 1. Januar 2015 bis 1. Januar 2022 absolviert worden sein.</p>	<p>Weiterbildung“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft bzw. gleichwertiger Weiterbildung nach landesrechtlicher Regelung</p> <p>mit mind. 1260 Std. Berufserfahrung in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Berufserfahrung, bestehen. Für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, die ihre Ausbildung auf der Grundlage der Vorschriften des Krankenpflegegesetzes abgeschlossen haben oder bis zum 31. Dezember 2024 noch abschließen werden, entfällt die Forderung nach Berufserfahrung von mind.1260 Std.</p> <p>Zudem können Gesundheits- und Krankenpflegende eingesetzt werden, die am 01. Januar 2022 mind. 5 Jahre Berufstätigkeit in Vollzeit (seit Ausbildungsabschluss) in der direkten Patientenversorgung in einem Zentrum für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung, nachweisen können. Von den geforderten 5 Jahren Berufstätigkeit müssen mind. 3 Jahre in der Zeit von 1. Januar 2015 bis 1. Januar 2022 absolviert worden sein.</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>Der Anteil der jeweils eingesetzten Gesundheits- und Krankenpflegenden darf max. 15 Prozent (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen.</p> <p>§4 (6) Jede Schicht muss mit mindestens zwei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden besetzt sein.</p>	<p>Der Anteil der jeweils eingesetzten Gesundheits- und Krankenpflegenden darf max. 15 Prozent (gemessen an Vollzeitäquivalenten) betragen.</p> <p>§4 (6) Jede Schicht muss mit mindestens zwei Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden besetzt sein.</p> <p>Bemerkung: Die Ausbildung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ gibt es in der Schweiz nicht. An dieser Stelle wird folgende Qualifikation anstelle der Ausbildung „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ anerkannt: Pflegefachpersonen mit einem Abschluss auf der Tertiärstufe als diplomierte Pflegefachperson HF oder Bachelor of Science in Pflege FH oder ein vom SBFJ anerkanntes ausländisches Diplom in der Pflege mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung in der direkten neonatologischen bzw. pädiatrischen Pflege.</p>
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.	Anerkannt sind Weiterbildungen der FgSKW zur/zum Pflegeexpertin / Pflegeexperte für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720h sowie der Nachdiplomkurs (NDK) Stoma-, Kontinenz- und Wundpflege mit einem Weiterbildungsumfang von 540h bzw. sonstige vergleichbare Weiterbildungen.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
DZ, VZ	1.8.9	CHOP-Codes	OPS-Codierung der Stomaanlagen (analog Entlassungsbrief) im Stomapass	CHOP-Codierung der Stomaanlagen (analog Entlassungsbrief) im Stomapass
DZ, VZ	1.9.2	Qualifikation Ernährungsberatung	Ernährungsberatung <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Ernährungsberatung (durchgeführt von Diätassistenten/Ökotrophologen/Ernährungswissenschaftlern oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin) muss Bestandteil des Zentrums sein 	Ernährungsberatung <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Ernährungsberatung (durchgeführt von Diätassistenten/Ökotrophologen/Ernährungswissenschaftlern/Ernährungsberatern HF/ Ernährungsberatern FH (BSc) oder FA mit der Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin/FA mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Ernährungsmedizin (GESKES) muss Bestandteil des Zentrums sein. Ein ausländisches Zertifikat, das vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannt wurde, wird hier akzeptiert. Das Schweizerische Rote Kreuz überprüft dabei den ausländischen Berufsabschluss und vergleicht ihn mit dem Schweizer Abschluss «Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik».
VZ Magen, Speiseröhre	1.9.2	Qualifikation Ernährungsberatung	<ul style="list-style-type: none"> • prätherapeutisch sollte eine Beratung, wenn möglich mit Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern, durchgeführt und dokumentiert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • prätherapeutisch sollte eine Beratung, wenn möglich mit Diätassistenten / Ökotrophologen / Ernährungswissenschaftlern / Ernährungsberatern HF / Ernährungsberatern FH (BSc), durchgeführt und dokumentiert werden. Ein ausländisches Zertifikat, das vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannt wurde, wird hier akzeptiert. Das Schweizerische Rote Kreuz überprüft dabei den ausländischen Berufsabschluss und vergleicht ihn

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				mit dem Schweizer Abschluss «Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik».
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-ärztlichen 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. • Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen. 	<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-ärztlichen Bereich sollte über eine zertifizierte Befähigung zur Tabakentwöhnung verfügen (z.B. über Curriculum BÄK, DGP, BdP oder Fachkurs «Nikotinberatung und Tabakentwöhnung» an der Berner Fachhochschule). Die Personen sind namentlich zu benennen. • Medikamente zur Tabakentwöhnung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin) müssen im Krankenhaus vorgehalten oder rezeptiert werden. Eine medikamentöse Nikotinersatztherapie muss während der stationären Behandlung gewährleistet sein. • Eine Kooperation mit einem ambulanten, multimodalen Tabakentwöhnungsprogramm sollte bestehen (z.B. Beratungsangebot stopsmoking der Krebsliga Schweiz).
LZ	2.1.1	Mesotheliomsprechstunde	Im Rahmen der Mesotheliomsprechstunde muss der Pat. auf die Bedeutung des Mesothelioms als	Im Rahmen der Mesotheliomsprechstunde muss der Pat. darauf hingewiesen werden, dass das

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Berufskrankheit hingewiesen und darüber informiert werden, dass er ggf. vom zuständigen Unfallversicherungsträger kontaktiert wird. Die unverzügliche Meldung einer Mesotheliom-Erkrankung bzw. eines entsprechenden Verdachtsfalls an den Unfallversicherungsträger muss sichergestellt sein. Der Prozess ist im Audit vorzustellen.	Mesotheliom nicht als Berufskrankheit gelistet ist, jedoch Asbest als Stoff und die Staublungenge als Krankheit. Der Patient muss darüber informiert werden, dass durch den zuständigen UVG-Versicherer geklärt wird, ob eine Berufskrankheit vorliegt und dass er ggf. vom zuständigen UVG-Versicherer kontaktiert wird. Patienten mit malignen Mesotheliomen sind dem zuständigen UVG-Versicherer (insbesondere der Suva) zur genaueren Arbeitsanamnese und Prüfung des Vorliegens einer Berufskrankheit anzumelden. In Fällen, wo zwar ein in der Schweiz erworbenes malignes Mesotheliom vorliegt, eine berufliche Verursachung aber nicht bestätigt werden kann, haben die betroffenen Personen die Möglichkeit, sich bei der Stiftung EFA (Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer) zu melden. Diese klärt ab, ob ein Anspruch auf finanzielle Zuwendung besteht. Der Prozess ist im Audit vorzustellen.
HZ	2.1.3	Sprechstunde	Frequenz Die Hauttumorsprechstunde muss mind. 1 x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken: <ul style="list-style-type: none"> • [...] • Erstellung Hautkrebsbericht (BK 5103) 	Frequenz Die Hauttumorsprechstunde muss mind. 1 x pro Woche stattfinden und folgende Themen abdecken: <ul style="list-style-type: none"> • [...] • Bei Hinweisen auf eine Berufskrankheit muss der Pat. Informiert werden, dass eine Meldung an die SUVA erfolgen soll. Hierfür erhält der Patient einen Arztbericht mit entsprechendem Hinweis.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
MKHT	2.1.4	Sprechstunde	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥5 MHz: Anforderung Durchführung: KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung <p>Kriterien für die Beurteilung der Dignität: verfügbar unter https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html (Reiter „Kopf-Hals-Tumor-Zentren“)</p>	<p>Aus der Sprechstunde heraus sind folgende Leistungen/ Methoden sicherzustellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • B-Bild-Sonographie mit Farbdoppler, ≥5 MHz: Anforderung Durchführung: KV-Zulassung entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung. <p>Die in der Ultraschall-Vereinbarung beschriebenen fachlichen Voraussetzungen gelten mit dem Fähigkeitsausweis Sonografie, Modul Halsorgane der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM) als erfüllt. Dieser Fähigkeitsausweis ist seit einigen Jahren in den ORL-Weiterbildungskliniken Teil des Curriculums. Die Fortführung des Titels ist mit hohen Anforderungen verknüpft.</p> <p>Die in der Ultraschall-Vereinbarung beschriebenen Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung werden in der Schweiz von allen Geräten erfüllt.</p> <p>Die Wartung der Geräte ist in der Schweiz individuell geregelt. Die in der Ultraschall-Vereinbarung beschriebenen Anforderungen an die Wartung müssen erfüllt sein (Konstanzprüfungen in einem</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				sechsjährigen Abstand oder Vorlegen von Wartungsprotokollen).
BZ GZ	2.1.4 2.1.7	Erbliche Belastung	Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FREBK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss schriftlich, in Anlehnung an FBREK-Kooperationsvertrag des vdek nachgewiesen werden.	<p>Die Zusammenarbeit mit einem Arzt / einer Ärztin, welcher / welche über einen Facharzttitel in Medizinischer Genetik (Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik SGMG) verfügt, muss nachgewiesen werden.</p> <p>Bemerkung: <i>Im Schweizer Gesetz ist die genetische Untersuchung beim Menschen speziell geregelt (Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen GUMG). Eine genetische Testung darf nur erfolgen, wenn vorgängig eine ausführliche Beratung bei einem speziell dafür qualifizierten Arzt / Ärztin stattgefunden hat und das informierte Einverständnis der betroffenen Person vorliegt. In der Verordnung über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMV) ist festgehalten, dass für zyto- und molekulargenetische Untersuchungen, welche im Rahmen der Abklärung einer Erbkrankheit oder einer Krankheitsveranlagung durchgeführt werden, eine Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erforderlich ist (Artikel 9 GUMV). Unter anderem müssen Laboratorien für die Durchführung der zyto- oder molekulargenetischen Untersuchungen ein geeignetes</i></p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Qualitätsmanagement betreiben, wobei dabei die folgenden Normen zu berücksichtigen sind: ISO/IEC 17025:2018 oder ISO 15189:2012 respektive 15189:2022. Weiter muss sich das Laboratorium regelmässig der externen Qualitätskontrolle unterziehen (QUALAB für Qualitätssicherung im medizinischen Labor oder eine gleichwertige externe Qualitätskontrolle) (Artikel 9 GUMV).
BZ	2.1.12	Mammografie— Screening	Mammographie-Screening Mind. 1 Operateur des Zentrums sollte als kooperierender Krankenhausarzt an dem Mammographie-Screening-Programm teilnehmen.	Mammographie-Screening Falls im Kanton ein Mammografie-Screening-Programm besteht, sollte das Brustzentrum daran beteiligt sein. Bemerkung: In der Schweiz wird nicht in allen Kantonen ein Mammographie-Screening durchgeführt. Bis jetzt bestehen Mammografie-Programme in den Kantonen Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Neuenburg, Solothurn, St. Gallen, Tessin, Thurgau, Waadt und Wallis. In den folgenden Kantonen ist die Einführung eines Mammographie-Screenings geplant: Aargau, Basel-Land, Schaffhausen, Appenzell-Ausserrhoden. In den Kantonen ohne Screening-Programm erfolgt die Durchführung einer Mammografie in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
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 oder Master of Science Biotechnologie <ul style="list-style-type: none"> Eine Vertretungsregelung mit entsprechender Qualifikation besteht. Eine werktägliche Rücksprache mit der Laborleitung muss für die Kliniker des PZ möglich sein. Ein Facharzt bzw. die Laborleitung führt die medizinische Validation der Laborbefunde durch. 	<p>Laborleitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder Spezialist für Labormedizin FAMH oder klinischer Chemiker oder Facharzt für Urologie mit Fachkunde Labor oder Master of Science Biotechnologie <ul style="list-style-type: none"> Eine Vertretungsregelung mit entsprechender Qualifikation besteht. Eine werktägliche Rücksprache mit der Laborleitung muss für die Kliniker des PZ möglich sein. 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	<ul style="list-style-type: none"> Qualitätssicherung diagnostische Einheit Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (verfügbar unter Link), insbesondere Abschnitt B5, wird eingehalten. 	<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.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> Die Einheit nimmt regelmäßig und erfolgreich an Maßnahmen der Qualitätssicherung, insbesondere an Ringversuchen von Referenzinstitutionen der Bundesärztekammer, teil. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Einheit nimmt regelmässig und erfolgreich an Massnahmen der Qualitätssicherung, insbesondere an Ringversuchen von Referenzinstitutionen der QUALAB*, teil. <p>* siehe https://www.qualab.swiss/Aktuelle-Externe-Qualitaetskontrolle.htm</p>
PZ, UZ	2.2.5	Labor Diagnostik Prostata	Laborinterne Qualitätssicherung: Nach Richtlinien der Bundesärztekammer.	Laborinterne Qualitätssicherung: Nach Richtlinien der QUALAB (Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor)
VZ, DZ	2.2.11	Facharzttitle und Weiterbildungen	Qualifikation Proktoskopie und Endosonographie anorektal <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie oder Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder Facharzt für Dermatologie jeweils mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology	Qualifikation Proktoskopie und Endosonographie anorektal <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie oder Facharzt für Chirurgie FMH oder Facharzt für Chirurgie FMH mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder Facharzt für Gastroenterologie FMH oder Facharzt für Dermatologie oder Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH jeweils mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
BZ	3.2	Qualifikation Mitarbeitende	<p>MTR</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 2 qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein. Qualifikationsnachweis: Fachkraft für Mammadiagnostik entsprechend DRG oder entsprechende Qualifikation als MTR im Mammographie-Screening 	<p>MTR</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 2 qualifizierte MTR oder qualifizierte Dipl. Radiologiefachpersonen HF/FH müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein. Qualifikationsnachweis: Fachkraft für Mammadiagnostik entsprechend DRG oder entsprechende Qualifikation als MTR im Mammographie-Screening oder Dipl. Radiologiefachperson HF/FH mit Nachweis zur fachlichen Befähigung in der Mammografie mit Auffrischung alle 3 Jahre (z.B. Kursangebot von Mamma Seminar oder Kurs mit ähnlichem Inhalt und Umfang) oder entsprechende Qualifikation als Dipl. Radiologiefachperson HF/FH im Mammographie-Screening mit Auffrischung gemäss Vorgaben des jeweiligen Kantons
FBREK	3.3	Qualifikation Mitarbeitende	<p>MTR</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualifizierte MTR müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein. Qualifikationsnachweis: Fachkraft für Mammadiagnostik entsprechend DRG oder entsprechende Qualifikation als MTR im Mammographie-Screening mit Auffrischung alle 3 Jahre 	<p>MTR</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualifizierte MTR oder Dipl. Radiologiefachpersonen HF/FH müssen zur Verfügung stehen und namentlich benannt sein. Qualifikationsnachweis: Fachkraft für Mammadiagnostik entsprechend DRG oder entsprechende Qualifikation als MTR im Mammographie-Screening mit Auffrischung alle 3 Jahre oder Dipl. Radiologiefachperson HF/FH mit Nachweis zur fachlichen Befähigung in der

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<p>Mammografie mit Auffrischung alle 3 Jahre (z.B. Kursangebot von Mamma Seminar Module 1-3 und Refresher-Kurs für die Auffrischung oder Kurs mit ähnlichem Inhalt und Umfang) oder entsprechende Qualifikation als Dipl. Radiologiefachperson HF/FH im Mammographie-Screening mit Auffrischung gemäss Vorgaben des jeweiligen Kantons</p> <p>Bemerkung: <i>In der Schweiz wird nicht in allen Kantonen ein Mammographie-Screening durchgeführt. Bis jetzt bestehen Mammografie-Programme in den Kantonen Appenzell-Ausserrhoden, Appenzell-Innerrhoden, Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Neuenburg, Solothurn, St. Gallen, Tessin Thurgau, Waadt und Wallis. In den folgenden Kantonen ist die Einführung eines Mammographie-Screenings geplant: Aargau, Basel-Land, Schaffhausen.</i></p>
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 	<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

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>und Personal im Rahmen von CT-Untersuchungen zur Verfügung stehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Verfügbarkeit kann über Kooperations- bzw. Service-Verträge geregelt werden. Die routinemäßige Anwesenheit eines MPE bei allen CT-Untersuchungen ist nicht erforderlich. 	<ul style="list-style-type: none"> 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.
BZ	3.5	Strahlenschutz	<p>Mammographiegeräte</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anforderungen der Strahlenschutzverordnung in aktueller Version und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie in aktueller Version wenn möglich digital sind zu erfüllen. 	<p>Mammographiegeräte</p> <p>Die Anforderungen der Strahlenschutzverordnung (StSV), die BAG Weisung R-08-02 «Qualitätsprüfungen an Mammografie-Einrichtungen» und die Anforderungen der Medizinprodukteverordnung in jeweils aktueller Version sind zu erfüllen.</p>
MNOZ	3.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Mind. 1 Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie	Mind. 1 Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie oder Facharzt für Radiologie FMH mit Schwerpunkt Diagnostische/Invasive Neuroradiologie
MSAR	3.2	Facharzttitle und Weiterbildungen	Mind. 1 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)	Mind. 1 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/DGNER-Stufe 2-Zertifikates	Facharzt für Radiologie mit Nachweis des DeGIR/DGNER-Stufe 2-Zertifikates oder EBIR Zertifikat

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
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	3.7	Doppelbefundung im BZ	Im BZ sollte bei Mammographien von asymptomatischen Pat. und in der Nachsorge eine Doppelbefundung durchgeführt werden Für diese Mammographien gilt: <ul style="list-style-type: none"> • Prozess der Zweit-/Doppelbefundung ist zu beschreiben. • Die diskrepanten Befunde sollten erfasst und hinsichtlich der Ergebnisse innerhalb eines Q-Zirkels betrachtet werden 	Im BZ sollte bei Mammographien von asymptomatischen Pat. und in der Nachsorge eine Doppelbefundung durchgeführt werden oder für die erste oder zweite Befundung ein CAD-System (Computerassistierte Detektion) zum Einsatz kommen, sofern die Gleichwertigkeit belegt werden kann. Für diese Mammographien gilt: <ul style="list-style-type: none"> • Prozess der Zweit-/Doppelbefundung ist zu beschreiben. • Die diskrepanten Befunde sollten erfasst und hinsichtlich der Ergebnisse innerhalb eines Q-Zirkels betrachtet werden
BZ	3.8 3.10	Mammasonographie	Mammasonographie <ul style="list-style-type: none"> • Ultraschallgeräte entsprechen der DIN EN 61157:2007 + A1:2013 	Mammasonographie <ul style="list-style-type: none"> • Ultraschallgeräte entsprechen der EN 61157:2007 + A1:2013
BZ	3.11	Mammasonographie	Anforderung Durchführung Mammasonographie Nachweis einer Qualifikation in Mammasonographie (Fachkunde Mammasonographie [Bestandschutz] oder Ultraschallvereinbarung KBV oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung)	Anforderung Durchführung Mammasonographie Nachweis einer Qualifikation in Mammasonographie (Fachkunde Mammasonographie [Bestandschutz] oder Ultraschallvereinbarung KBV oder Erfüllung der Anforderungen entsprechend Ultraschall-Vereinbarung oder Zertifikat der Schweizer

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM) mit Zusatzmodul «Mamma»
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).
UZ, Harnblase	5.2.1	CHOP-Codes	Operative Expertise Harnblase <ul style="list-style-type: none"> • 20 Zystektomien (OPS 5-576) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67, D09.0, D41.4) • Ebenso zählen vordere komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67, D09.0, D41.4) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose. 	Operative Expertise Harnblase <ul style="list-style-type: none"> • 20 Zystektomien (CHOP 57.6, 57.7) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67, D09.0, D41.4) • Ebenso zählen vordere komplette Exenterationen (CHOP 68.8) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67, D09.0, D41.4) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose.
UZ, Niere	5.2.1	CHOP-Codes	Operative Expertise Nierenzellkarzinom mind. 30 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien (OPS 5-553, 5-554) bei malignen Nierentumoren karzinom / Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64, C65))	Operative Expertise Nierenzellkarzinom mind. 30 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien (CHOP 55.4, 55.5*) bei malignen Nierentumoren karzinom / Jahr/ Zentrum (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64, C65))
UZ, Penis PZ, Penis	5.2.1	CHOP-Codes	Operative Expertise Penis <ul style="list-style-type: none"> • 4 Resektionen (OPS 5-640.2, 5-641, 5-642) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4 pro Jahr und • 3 inguinale/pelvine Lymphadenektomien (OPS 5-401.51 / .52/ .53, 5-401.a1/ .a2/a3, 5-402.4/ .9 , 5- 	Operative Expertise Penis <ul style="list-style-type: none"> • 4 Resektionen (CHOP 64.0, 64.2 + 00.90.30 (mit Laser), 64.3X.**) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4 pro Jahr und

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/.3/.4) in Verbindung mit ICD 10 C60 /D07.4 pro Jahr	• 3 inguinale/pelvine Lymphadenektomien (CHOP 40.24.11, 40.24.20, 40.3X.14, 40.3X.15, 40.52.10, 40.52.10+54.21.20, 40.54.10, 40.3X.25, 40.52.11)
LZ	5.2.2	CHOP-Codes	<p>Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (OPS: 5-323 bis 5-328) bei Pat. mit C34.0-9, C78.0 durchzuführen.</p> <p><u>Definition operative Therapie:</u></p> <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. 	<p>Pro Abteilung sind mind. 75 anatomische Lungenresektionen /Jahr (CHOP: 32.3 – 32.6) bei Pat. mit C34.0-9, C78.0 durchzuführen.</p> <p><u>Definition operative Therapie:</u></p> <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 CHOPS Ziffern (CHOP 32.2-32.6) belegt werden.
LZ	5.2.2	CHOP-Codes	<p>Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit:</p> <p>Definition operative Resektion Pleuramesotheliom:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extrapleurale Pleuropneumektomie (EPP) (OPS 5-328.6) Pleurektomie/ Dekortikation (P/D) (OPS 5-344.0 und 5-344.2) 	<p>Bei zusätzlicher Zertifizierung als Mesotheliomeinheit:</p> <p>Definition operative Resektion Pleuramesotheliom:</p> <ul style="list-style-type: none"> Extrapleurale Pleuropneumektomie (EPP) mit Perikard- und Zwerchfellresektion (CHOP 32.52) Pleurektomie/ Dekortikation (P/D) (CHOP 34.51)
MKIO	5.2.3	CHOP-Codes	Qualifikation Abteilung	Qualifikation Abteilung

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE); davon mind. 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 40. Geburtstag. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumorsektion können angerechnet werden (Definition: OPS 5-900 bis 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, 5-838 in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste «Zentrumsfälle Kinderonkologie» (siehe Datenblatt))	Mind. 10 Operationen bei Muskuloskelettalen Sarkomen/Jahr (ohne PE); davon mind. 5 bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 40. Geburtstag. Sekundäre Eingriffe im Zusammenhang mit der Tumorsektion können angerechnet werden (Definition: CHOP 03.03, 7A.25, 7A.28.31, 7A.28.41, 7A.28.51, 7A.28.61, 7A.70 – 7A.73, 37.9A, 77.20, 77.21 ohne 77.21.20 und 77.21.21, 77.22-25, 77.27, 77.28 ohne 77.28.40, 77.29 ohne 77.29.40, 77.20 – 77.29 ohne 77.28, 77.30, 77.31 ohne 77.31.20 und 77.31.21, 77.32-77.35, 77.37, 77.38 ohne 77.38.13 und 77.38.27, 77.39 ohne 77.39.40 und 77.39.49, 77.30-77.39 ohne 77.34, 77.60 – 77.69 ohne 77.61.11, 77.81.12, 77.66, 77.68.11, 77.68.21, 77.69.13 und 77.69.23, 77.70-77.79, 78.00 – 78.09, 78.20 – 78.29, 78.30-78.39 ohne 78.38.20 und 78.39.30, 78.49.12 78.40-78.49, 78.60 – 78.69, 78.90-78.99, 80.86, 81.40.30 – 81.40.33, 81.47.27, 81.49.32, 81.51.12, 81.51.22, 81.54.22, 81.54.32, 81.54.45, 81.83.40, 81.85.21, 81.96.96, 81.96.98, 81.96.9A, 82.03, 82.21, 83.01, 83.13, 83.31, 83.32, 83.39, 83.41 – 83.49, 83.5, 83.61, 83.62, 83.64, 83.65, 83.71-83.79, 83.81, 83.82, 83.88, 83.88.40-83.88.49, 83.89, 83.99.1, 84.00 – 84.09, 84.10 – 84.19, 84.3, 84.55, 84.99, 84.99.20, 86.2A ohne Verbrennung, 86.2B ohne Verbrennung, 86.32, 86.33,

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				86.39, 86.40, 86.42, 86.43, 86.60 – 86.6D, 86.70, 86.79, 86.7A, 86.7B, 86.7D, 86.7E, 86.88, 86.91 in Kombination mit einem ICD10-Code aus der Diagnosenliste «Zentrumsfälle Kinderonkologie» (siehe Datenblatt))
MNOZ	5.2.3	CHOP-Codes	5.2.3a Operative Primärfälle Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operateurs zu operieren. (Als 1. Oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision). 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 5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: OPS-Schlüssel: 1-510.; 1-511;1-512.; 1-514;1-515	5.2.3a Operative Primärfälle Mind. 60 Primärfälle (Definition siehe EB 1.2.1) werden pro Jahr operiert. Alle Operationen (Primärfälle und Rezidive) sind unter der Aufsicht eines benannten Operateurs zu operieren. (Als 1. Oder 2. Operateur oder im Sinne einer dokumentierten Supervision). Definition operative Therapie: CHOP-Schlüssel: 01.51.1, 01.51.10, 01.51.19, 01.51.21, 01.51.22, 01.51.3, 01.51.41, 01.51.42, 01.6X.10, 01.6X.11, 03.4X, 04.04.00, 04.07.20, 04.12.10, 07.61 – 07.69, 07.72 5.2.3b Biopsien: Erfassung Biopsien bei Primärfällen: CHOP-Schlüssel: 01.11.-01.14, 03.03.02, 07.13 – 07.15, 07.17.
VZ, Anal DZ, Anal	5.2.4	CHOP-Codes	Operative Expertise Analkarzinom Definition operative Resektion: OPS 5-485* oder 5-49***, jeweils in Kombination mit ICD C21 oder C44.5	Operative Expertise Analkarzinom Definition operative Resektion: CHOP 48.5* oder 49.** , jeweils in Kombination mit ICD C21 oder C44.5
VZ, Leber	5.2.4	CHOP Codes	Operative Expertise	Operative Expertise

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> •40 chirurgisch operative Interventionen bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (Resektionen/Transplantationen)/Zentrum/ Jahr •Definition Resektion/ Transplantation: 5-502*, 5-504* •Bei diesen 40 Operationen können bis zu 15 atypische Leberresektionen (OPS 5-501.0; 5-501.2) angerechnet werden. 	<ul style="list-style-type: none"> •40 chirurgisch operative Interventionen bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (Resektionen/Transplantationen)/Zentrum/ Jahr •Definition Resektion/ Transplantation: 50.2A.2*, 50.5* •Bei diesen 40 Operationen können bis zu 15 atypische Leberresektionen (CHOP 50.23*, 50.24*) angerechnet werden.
VZ, Magen	5.2.4	CHOP Codes	Definition operative Resektion Magen/AEG: ICD-10 C16.01, 16.1-16.9, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438* Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, dann können auch Resektionen bei ICD-10 C15.2 und 15.5 und 16.02 gezählt werden (siehe auch Kapitel 1.2.0).	Definition operative Resektion Magen/AEG: ICD-10 C16.01, 16.1-16.9, CHOP: 42.42.10, 42.42.20, 42.42.21, 42.42.29, 43.6X.20, 43.71.11, 43.71.21, 43.81, 43.9, 43.92+42.41.20, 43.91 + 42.41.20, 43.99.99+42.41.99 Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, dann können auch Resektionen bei ICD-10 C15.2 und 15.5 und 16.02 gezählt werden (siehe auch Kapitel 1.2.0).
VZ, Pankreas	5.2.4	CHOP-Codes	operative Primärfälle Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524*, 5-525* = Adeno-Ca, Neuroendokrines Ca, KEIN IPMN	operative Primärfälle Ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit CHOP: 52.5*, 52.6* = Adeno-Ca, Neuroendokrines Ca, KEIN IPMN
VZ, Pankreas	5.2.4	CHOP-Codes	Pankreasresektionen benigne + maligne ICD's, auch IPMN's; relevant ist nur OP-Art (=Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie; OPS: 5-524*, 5-525*)	Pankreasresektionen benigne + maligne ICD's, auch IPMN's; relevant ist nur OP-Art (=Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie; CHOP: 52.5*, 52.6*)

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
VZ, Speiseröhre	5.2.4	CHOP-Codes	Definition komplexe Operationen: OPS: 5-423*, 5-424*, 5-425*, 5-426*, 5-438.0 u. 1 u. x	Definition komplexe Operationen: CHOP: 42.41.10, 42.41.20, 42.42.10, 42.42.20, 42.42.21, 42.42.29, 43.92+42.41.20, 43.91 + 42.41.20, 43.99.99+42.41.99
MNOZ	5.2.4	CHOP-Codes	Qualifikation Operateure <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). Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. 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	Qualifikation Operateure <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). Die spezielle Qualifikation der Operateure ist über Curricula nachzuweisen. CHOP-Schlüssel: 04.51.1, 01.51.10, 01.51.19, 01.51.21, 01.51.22, 01.51.3, 01.51.41, 05.51.42, 01.6X.10, 01.6X.11, 03.4X, 04.07.20, 04.12.10, 07.61-07.69
MSAR	5.2.4	CHOP-Codes	Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion) <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. 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.	Operative Einheit Plastische Chirurgie (Rekonstruktion) <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. Das Operationsspektrum muss anhand der 6-stelligen OPS-Ziffern (CHOP: 04.71-04.79, 78.00-78.09, 82.01 – 82.99, 83.41, 83.43, 83.71 – 83.79, 83.81, 83.82.09, 83.82.1, 83.82.3, 83.82.4, 83.85 - 83.88, 83.8A,

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				83.99.10-83.99.19, 86.60-86.6D, 86.7A.4, 86.91 belegt werden.
VZ, Leber	5.2.5	CHOP-Codes	Zulassung neuer Leber-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 chirurgische Leberinterventionen als Erstoperateur (nicht ausschließlich HCC): typ. Leberresektionen (5-502*), Lebertransplantation (5-504*)	Zulassung neuer Leber-Operateur In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 20 chirurgische Leberinterventionen als Erstoperateur (nicht ausschließlich HCC): typ. Leberresektionen (50.2A.2*), Lebertransplantation (50.5*)
VZ, Speiseröhre	5.2.5	CHOP-Codes	Expertise pro Ösophagus-Operateur: ≥ 10 komplexe Operationen am Ösophagus/Jahr (OPS: 5-423*, 5-424*, 5-425*, 5-426*, 5-438.0 u. 1 u. x)	Expertise pro Ösophagus-Operateur: ≥ 10 komplexe Operationen am Ösophagus/Jahr (CHOP: 42.41.10, 42.41.20, 42.42.10, 42.42.20, 42.42.21, 42.42.29, 43.92+42.41.20, 43.91 + 42.41.20, 43.99.99+42.41.99)
UZ, Harnblase	5.2.8.f	CHOP-Codes	Expertise pro Operateur 10 Zystektomien (OPS 5-576) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67, D09.0, D41.4) Ebenso zählen vordere / komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C 67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose.	Expertise pro Operateur 10 Zystektomien (CHOP 57.6, 57.7) bei Harnblasenkarzinom/ Jahr (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 67, D09.0, D41.4) Ebenso zählen vordere / komplette Exenterationen (CHOP 68.8) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C 67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose.
UZ, Niere	5.2.8.d	CHOP-Codes	Expertise pro Operateur Mind. 15 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien (=OPS: 5-553, 5-554), bei malignen Nierentumoren karzinom / Jahr (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64, C65)	Expertise pro Operateur Mind. 15 Nierenteilresektionen und/oder Nephrektomien (= CHOP 55.4, 55.5*), bei malignen Nierentumoren karzinom / Jahr (= gezählt werden Karzinome (ICD-10 C 64, C65)
UZ, Harnblase	5.2.8.g	CHOP-Codes	Zulassung neuer Operateure	Zulassung neuer Operateure

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD - 10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperaeur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen). <p>Ebenso zählen vordere /komplette Exenterationen (OPS 5-687.0; 5-687.2) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67, D09.0, D41.4) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose</p>	<ul style="list-style-type: none"> In den letzten 3 Jahren kumulativ mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD - 10 C67, D09.0, D41.4) (als Erstoperaeur (Auszug aus dem Klinikinformationssystem oder Vorlage von Zeugnissen). <p>Ebenso zählen vordere /komplette Exenterationen (CHOP 68.8) bei Pat. mit Harnblasenkarzinom (ICD-10 C67) und Pat. mit jeglicher C-Diagnose</p>
UZ, Hoden	5.2.8.h	CHOP-Codes	<p>Expertise pro Operateur</p> <p>3 (nerv-schonende) retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien (OPS 5-404.d/e, 5-407.2) pro Jahr</p>	<p>Expertise pro Operateur</p> <p>3 (nerv-schonende) retroperitoneale (paraaortal, paracaval) Lymphadenektomien (CHOP 40.52.10, 40.52.10 mit Zugang 54.21.20, 40.52.11) pro Jahr</p>
UZ, Penis PZ, Penis	5.2.8.j	CHOP-Codes	<p>Expertise pro Operateur:</p> <ul style="list-style-type: none"> in den letzten 3 Jahren mind. 6 Resektionen (OPS 5-640.2, 5-641, 5-642) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4) und in den letzten 3 Jahren mind. 4 inguinale/pel-vine Lymphadenektomien (OPS 5-401.51 /.52/.53, 5-401.a1/.a2/a3, 5-402.4/.9 , 5-404.d-h, 5-406.4, 5-407.2/.3/.4) in Verbindung mit ICD 10 C60 /D07.4 	<p>Expertise pro Operateur:</p> <ul style="list-style-type: none"> in den letzten 3 Jahren mind. 6 Resektionen (CHOP 64.0, 64.2 + 00.90.30 (mit Laser), 64.3X.**) in Verbindung mit ICD 10 C60/ D07.4) und in den letzten 3 Jahren mind. 4 inguinale/pelvine Lymphadenektomien (CHOP 40.24.11, 40.24.20, 40.3X.14, 40.3X.15, 40.52.10, 40.52.10+54.21.20, 40.54.10, 40.3X.25, 40.52.11) in Verbindung mit ICD 10 C60 /D07.4
HZ	5.2.3d	Facharzttitel und Weiterbildungen	<p>Ad 3: Sentinel Node Biopsy (SNB)</p> <p>Mind. 2 SNB-Operateure, davon mind. 1 Facharzt für Dermatologie oder Allgemeine Chirurgie und 1 Facharzt für HNO, MKG, Plastische Chirurgie, Gynäkologie, sind namentlich zu benennen.</p>	<p>Mind. 2 SNB-Operateure sind namentlich zu benennen. Qualifikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Dermatologie oder Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH oder

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt Allgemeine Chirurgie oder Facharzt für Chirurgie FMH oder • Facharzt für HNO oder Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH oder • Facharzt für MKG oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie FMH oder • Facharzt für Plastische Chirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie FMH oder • Facharzt für Gynäkologie oder Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH <p>Es sollten SNB-Operateure aus zwei Fachdisziplinen vorgehalten werden.</p>
GZ	5.2.1	Facharzttitle und Weiterbildungen	<p>Fachärzte für Gynäkologie mit Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie</p> <p>Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum.</p>	<p>Fachärzte für Gynäkologie mit Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie</p> <p>Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie oder Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum.</p>
MKIO	5.2.2 a)	Facharzttitle und Weiterbildungen	<p>Fachärzte für Neurochirurgie</p> <p>Mind. 1 der FÄ muss an dem DGNC-Kurs pädiatrische Neurochirurgie teilgenommen haben oder bei</p>	<p>Fachärzte für Neurochirurgie</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein. Alternativ Anerkennung des ESPN-Zertifikats bzw. die Anmeldung zur Teilnahme Mind. 1 der FÄ muss mind. Alle 2J. an der HIT-Netzwerktagung teilgenommen haben	Mind. 1 der FÄ muss an dem DGNC-Kurs pädiatrische Neurochirurgie teilgenommen haben oder bei Erstzertifizierung für die Teilnahme angemeldet sein. Alternativ Anerkennung des ESPN-Zertifikats bzw. Anmeldung zur Teilnahme Mind. 1 der FÄ muss mind. Alle 2J. an der HIT Netzwerktagung teilgenommen haben oder einer ähnlichen kideronkologischen Veranstaltung in der Schweiz oder im Ausland.
VZ DZ	5.2.1 5.2.4	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology	Facharzt für Allgemein- oder Viszeralchirurgie oder Facharzt für Chirurgie FMH oder Facharzt für Chirurgie FMH mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology
VZ	5.2.5.a	Facharzttitle und Weiterbildungen	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 Allgemein Chirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.	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 Allgemein Chirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
VZ	5.2.5.b Darm	Facharzttitle und Weiterbildungen	oder Facharzt für Allgemein Chirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology	oder Facharzt für Allgemein Chirurgie respektive Facharzt für Chirurgie FMH mit der europäischen Qualifikation EBSQ Coloproctology
VZ	5.2.5.c Pankreas	Facharzttitle und Weiterbildungen	oder Facharzt für Allgemein Chirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ Hepato-Pancreatico-Biliary Surgery (HPB)	oder Facharzt für Allgemein Chirurgie respektive Facharzt für Chirurgie FMH mit der europäischen Qualifikation EBSQ Hepato-Pancreatico-Biliary Surgery (HPB)
VZ	5.2.5.d	Facharzttitle und Weiterbildungen	Facharzt für Allgemein- oder Viszeral Chirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology	Facharzt für Allgemein- oder Viszeral Chirurgie respektive Facharzt für Chirurgie FMH oder Facharzt für Chirurgie FMH mit dem Schwerpunkt Viszeral Chirurgie mit der Zusatz-Weiterbildung Proktologie oder europäischer Zusatzqualifikation EBSQ coloproctology.
KHT	5.4	Facharzttitle und Weiterbildungen	Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“	Mind. 1 Operateur (HNO oder MKG) mit der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ oder dem chirurgischen Fähigkeitsausweis im FMH-Schwerpunkt Hals- und Gesichtschirurgie (hals und gesichtschirurgie version internet d.pdf (siwf.ch))
MKHT, 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
OZ	6.1.3 6.1.5 6.1.9	Facharzttitel und Weiterbildungen	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH.
GZ, DZ, HZ, LZ, PZ, UZ, VZ MSAR	6.2.1 6.2.2			
GZ	6.2.1	Facharzttitel und Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie oder Facharzt für Gynäkologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie 	<ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Gynäkologie mit Schwerpunkt Gynäkologischer Onkologie oder Facharzt für Gynäkologie mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie und Nachweis der Expertise in medikamentöser Tumorthherapie (Einzelfallprüfung; Auflistung von durchgeführten Tumorthérapien) (kann identisch mit Operateur sein) oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH
HZ	6.2.1	Facharzttitel und Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie und 1 Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder 2 Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie 	<ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie oder Facharzt für Medizinische Onkologie FMH und 1 Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<ul style="list-style-type: none"> 2 Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
HAEZ DZ, VZ OZ PZ, UZ	6.2.9 6.2.10 6.2.12 6.2.13	Zytostatikazubereitung	Zytostatikazubereitung Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben (u.a. AMG, APBetrO, GMP, GCP, Eudralex (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, Eudralex (Be. 10)) in einer Apotheke statt. Die Herstellungsbewilligung für Zytostatika vom Kanton oder von Swissmedic muss vorgelegt werden.
LZ	6.2.9		Zytostatikazubereitung <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 Ärztin. Die Verabreichung liegt in der Kompetenz der, und erfolgt durch die Pflegefachperson. Eine Delegation der Aufgabe ist daher nicht erforderlich.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
BZ	6.2.1	Facharzttitel 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)	<p>Nachweis einer Schulung über folgende Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente und mögliche Symptome • 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 Tumorthherapie • 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 (www.onkologiepflege.ch) werden an dieser Stelle anerkannt.</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
OZ	6.2.2	Facharzttitel 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 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.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
HZ, P	8.2	Fallzahlen pathologisches Institut	<p>Dermatohistologische/pathologische Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> Jährl. mind. 250 Histologien von malignen Hauttumoren (nicht nur Primärfälle) Erfahrung Beurteilung von Lymphknoten (alle Tumorentitäten): Jährlich mind. 100 Histologien von Lymphknoten <p>(Die Untersuchung der Lymphknoten nach Lymphadenektomie (LAD) muss von einem Facharzt für Pathologie durchgeführt werden. Ggf. kann dies auch im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden Zweitbefundung nach Befundung durch einen Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie erfolgen. Sentinel bei Hauttumoren: Beurteilung durch Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ oder Facharzt für Pathologie)</p>	<p>Dermatohistologische/pathologische Erfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> Jährl. mind. 250 Histologien von malignen Hauttumoren (nicht nur Primärfälle) Erfahrung Beurteilung von Lymphknoten (alle Tumorentitäten): Jährlich mind. 100 Histologien von Lymphknoten <p>(Die Untersuchung der Lymphknoten nach Lymphadenektomie (LAD) muss von einem Facharzt für Pathologie durchgeführt werden. Ggf. kann dies auch im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden Zweitbefundung nach Befundung durch einen Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie oder einem Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH mit Schwerpunkt Dermatopathologie erfolgen. Sentinel bei Hauttumoren: Beurteilung durch Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ oder Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH mit Schwerpunkt Dermatopathologie oder Facharzt für Pathologie)</p>
MNOZ	8.3	Facharztstitel	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> Mindestens 2 Fachärzte Neuropathologen stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation). 	<p>Fachärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mindestens 2 Fachärzte für Neuropathologie oder Träger des Schwerpunkttitels der SSNPath (Swiss Society of Neuropathology) „Neuropathologie“ stehen dem Zentrum zur Verfügung (ggf. in Kooperation).

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<ul style="list-style-type: none"> Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Fachärzte bzw. Schwerpunkttitleträger sind namentlich zu benennen.
HZ	8.3	Facharzttitle und Weiterbildungen	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“/„Dermatopathologie“ und 1 Facharzt für Pathologie <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 Fachärzte für Pathologie 	<p>Fachärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> Mind. 1 Facharzt für Dermatologie mit Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“/„Dermatopathologie“/mind. 1 Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH mit Schwerpunkt Dermatopathologie und 1 Facharzt für Pathologie/1 Facharzt für Pathologie FMH <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 Fachärzte für Pathologie/2 Fachärzte für Pathologie FMH
Pathologie	8.5	Berufsbezeichnung	Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTL's / Technischer Assistenten muss zur Verfügung stehen.	Eine ausreichende Anzahl qualifizierter MTL's / Technischer Assistenten / Biomedizinische Analytiker HF muss zur Verfügung stehen.
MNOZ	8.6.1	Facharzttitle	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch Fachärzte für Neuropathologie zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen >45 km sind zu begründen). In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die telemedizinische, mikroskopische Beurteilung des Schnellschnitts muss in diesen 	<p>Beurteilung Schnellschnitte/ Präparate</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle Schnellschnitte/Präparate sind durch Fachärzte für Neuropathologie oder Träger des Schwerpunkttitels der SSNPath (Swiss Society of Neuropathology) „Neuropathologie“ zu befunden (i.d.R. vor Ort, ggf. über Kooperation; Kooperationen >45 km sind zu begründen). In Ausnahmefällen kann der Zuschnitt des Schnellschnitts durch Pathologen vor Ort erfolgen. Die telemedizinische, mikroskopische Beurteilung

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie durchgeführt werden.	des Schnellschnitts muss in diesen Fällen durch den Facharzt für Neuropathologie oder Träger des Schwerpunkttitels der SSNPath (Swiss Society of Neuropathology) „Neuropathologie“ durchgeführt werden.
LZ	9.1	Palliativversorgung	Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten stationären und ambulanten Palliative-Care (SAPV)-Teams, palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen.	Es sind jeweils Kooperationsvereinbarungen mit spezialisierten stationären und ambulanten Palliative Care Teams , palliativmedizinischen Konsiliardiensten, stationären Hospizen und Palliativstationen nachzuweisen.
MKIO	9.1.1	Palliativversorgung	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. <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. 	Die Anforderungen, die sich im Erhebungsbogen Onkologische Zentren auf eine SAPV beziehen, sind hier durch eine spezialisierte ambulante Palliative Care für Kinder und Jugendliche zu erbringen und nachzuweisen. <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 Palliative 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	Neben der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind die Leistungen der

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen.	spezialisierten ambulanten Palliative Care vorzuhalten oder in Kooperation zur Verfügung zu stellen.
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 ≥ 80% Arbeitszeit mit Palliative-Care-Qualifikation und Erfahrung</p> <p>Formulierung OZ: (Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP oder Kompetenzlevel B1 nach Curriculum der Fachgesellschaft palliative.ch)</p> <p>Formulierung MKIO: Definition Palliative-Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung z.B. nach Dattelner Curriculum oder CAS pädiatrische Palliative Care der Universität Zürich oder ähnliche Weiterbildung.</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 Palliative Care ist allen terminal erkrankten Kindern und Jugendlichen anzubieten. Dies ist zu dokumentieren. Die Versorgungen werden einzeln dokumentiert.</p>
MKIO	9.1.5	Palliativversorgung	Notfall- und Krisenintervention	Notfall- und Krisenintervention

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			<p>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>Nennung der Telefonnummer unter der die SAPV 24h/ 7d für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.</p>	<p>Das kooperierende spezialisierte ambulante Palliative Care-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>Nennung der Telefonnummer unter der das spezialisierte ambulante Palliative Care Team 24h/ 7d für Patienten/ Angehörige erreichbar ist.</p>
OZ	9.1.8	Ambulante Hospizarbeit	<p>Ambulante Hospizarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten gemäß §39a SGB V (sofern vorhanden) 	<p>Ambulante Hospizarbeit</p> <p>Nachweis der Kooperation mit ambulanten Hospizdiensten/mobilen spezialisierten Palliativdiensten</p>
MKIO	9.2.2	Palliativversorgung	<p>Stationäre Palliativversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Aktuelles Informationsmaterial zu den Kinderpalliativstationen in Deutschland sollte vorhanden sein und 1 x pro Jahr aktualisiert werden. 	<p>Stationäre Palliativversorgung</p> <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	<p>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 8-98h) muss bei der Erstzertifizierung</p>	<p>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</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			vorhanden sein. Die Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.	sein. Die Palliativstation ist zur Rezertifizierung ggf. in zentrumsnaher Kooperation funktionsfähig nachzuweisen.
OZ	9.3.13	Palliativversorgung	Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung des Palliativdienstes (anerkannt durch MD zur Abrechnung OPS 8-98h) muss vorliegen.	Eine SOP für die Erreichbarkeit und Einbindung des Palliativdienstes (anerkannt durch MD zur Abrechnung OPS 8-98h) muss vorliegen.
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/was-wir-tun/arbeitsgruppen/qualitaet) wird empfohlen.
OZ	9.3.5	Qualifikation Ärzteschaft	Facharzt Mind. 2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin Ressourcen: 0,2 VK pro aufgestelltem Pat.bett (Name, Stellenumfang)	Facharzt Mind. 2 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin respektive mit Nachweis des abgeschlossenen Weiterbildungsganges Interdisziplinärer Schwerpunkt Palliativmedizin der FMH oder in Ausnahmefällen mit einer von palliative.ch validierten Äquivalenzbescheinigung. Ressourcen: Mind. 0,2 VK pro aufgestelltem Pat.bett (Name, Stellenumfang)
OZ	9.3.6	Qualifikation Pflege Palliative Care	Pflegeleitung	Pflegeleitung

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP)	Pflegerische Leitung und deren Stellvertretung müssen die Palliative Care-Qualifikation haben (Definition Palliative Care-Qualifikation: ≥160 Std. Weiterbildung nach Curriculum der DGP oder Kompetenzlevel B1 nach Curriculum der Fachgesellschaft palliative.ch). Bei einem Leitungswechsel werden Übergangsregelungen berücksichtigt.
OZ	9.3.14	Qualifikation Psychoonkologie	Qualifikation: Psychologe mit therapeutischer Zusatzausbildung in einem Richtlinienverfahren (Psychologischer Psychotherapeut, KJ-Psychotherapeut) oder Gesprächspsychotherapie oder systemischer Familientherapie und spezielle Qualifikation: Palliative-Care-Weiterbildung (DGP) oder Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (DKG)	Qualifikation: Psychologe mit therapeutischer Zusatzausbildung in einem Richtlinienverfahren, was dem/der eidg. anerkannten Psychotherapeuten/Psychotherapeutin entspricht sowie äquivalente in der Schweiz anerkannte ausländische Titel und spezielle Qualifikation: Palliative-Care-Weiterbildung (DGP) oder Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (DKG) oder andere Weiterbildung mit vergleichbarem Umfang und Inhalt. Die folgenden Schweizer Weiterbildungen übertreffen die genannten Weiterbildungen im Umfang und in der inhaltlichen Tiefe und werden an dieser Stelle für PsychotherapeutInnen anerkannt: <ul style="list-style-type: none"> Certificate of Advanced Studies in Psychoonkologie Uni Basel Certificate of Advanced Studies in Palliative Care

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
DZ, HAEZ, OZ, VZ, MKHT, MNOZ, BZ, GZ, HZ, LZ, PZ, UZ	10.1 10.2 10.3	Tumordokumentation – Datensatz und Datenübermittlung an Krebsregister	<p>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.</p> <p>Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt. Ggf. bestehende Ländergesetze für Meldefristen sind zu beachten.</p>	<p>Das Zentrum bzw. seine Trägerschaft führt eine Tumordatenbank.</p> <p>Das Zentrum erfüllt die Vorgaben des Krebsregistrierungsgesetzes und der zugehörigen Verordnung, die seit 1.1.2020 auf Bundesebene die Krebsregistrierung abschliessend regeln.</p> <p>Die Meldung an die Krebsregister ist gesetzlich verpflichtend, die Kontrolle über die Meldung wird von den zuständigen Behörden vorgenommen.</p>
MKIO	10.2		<p>Das Zentrum meldet die neu erkrankten Patienten mit pädiatrisch-onkologischen Erkrankungen (mit nationalem Wohnsitz) an das Deutsche (bzw. nationale) Kinderkrebsregister.</p> <p>Die Meldung beim nationalen Kinderkrebsregister muss nachgewiesen werden: Sollvorgabe ≥ 95%</p>	<p>Das Zentrum bzw. seine Trägerschaft führt eine Tumordatenbank.</p> <p>Das Zentrum erfüllt die Vorgaben des Krebsregistrierungsgesetzes und der zugehörigen Verordnung, die seit 1.1.2020 auf Bundesebene die Krebsregistrierung abschliessend regeln.</p> <p>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.</p>
BZ, DZ, GZ, HAEZ, HZ, OZ, UZ, VZ, LZ, PZ	10.3 10.4	Tumordokumentation – Kooperationsvereinbarung Krebsregister	<p>Die Zusammenarbeit mit dem zuständigen 65c-Krebsregister ist auf Basis der Kooperationsvereinbarung nachzuweisen (www.tumorzentren.de).</p>	<p>Der Prozess der Meldung an das Krebsregister laut Krebsregistrierungsgesetz muss dargestellt werden.</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
DZ BZ, UZ, PZ, HZ	10.3 10.4	Follow-Up	Sofern das zuständige 65c-Krebsregister die Follow-up-Daten nicht liefern kann, sollen Krebsregister und Zentrum begründen, warum eine Lieferung nicht erfolgen kann.	Sofern das zuständige 65c-Krebsregister die Follow-up-Daten nicht liefern kann, sollen Krebsregister und Zentrum begründen, warum eine Lieferung nicht erfolgen kann. <i>Bemerkung: In der Schweiz ist ein Datenfluss von den Krebsregistern zu den Zentren per Gesetz nicht vorgesehen. Follow-up Daten werden von den Zentren selbst eingeholt und am Audit vorgestellt.</i>
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.
HAEZ	10.9	Follow-up	Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist. Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up-Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet.	Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist. Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet.

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				Bemerkung: In der Schweiz ist ein Datenfluss von den Krebsregistern zu den Zentren per Gesetz nicht vorgesehen. Follow-up Daten werden von den Zentren selbst eingeholt und am Audit vorgestellt.
LZ	10.10	Follow-up	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist. Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up-Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. des LZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen.</p>	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist. Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up-Status dar. Wo diese Möglichkeit nicht besteht, wird gemeinsam mit den Zentren, der ADT, der DKG und den jeweiligen Regierungsbehörden an einer regionalen Lösung gearbeitet. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. des LZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen.</p> <p>Bemerkung: In der Schweiz ist ein Datenfluss von den Krebsregistern zu den Zentren per Gesetz nicht vorgesehen. Follow-up Daten werden von den Zentren selbst eingeholt und am Audit vorgestellt.</p>
BZ	10.10.	Follow-up	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix). Wenn Krebsregister die</p>	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und was der aktuelle Follow-up Status ist (s. Ergebnismatrix). Wenn Krebsregister die</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			Nachsorgedaten für die Pat. Des BZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (siehe 10.4).	<p>Nachsorgedaten für die Pat. des BZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen (siehe 10.4).</p> <p>Bemerkung: In der Schweiz ist ein Datenfluss von den Krebsregistern zu den Zentren per Gesetz nicht vorgesehen. Follow-up Daten werden von den Zentren selbst eingeholt und am Audit vorgestellt.</p>
GZ	10.10	Follow-up	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. des GZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen.</p> <p>Zum Follow-up Status gehören:</p>	<p>Erfassung Follow-up Es ist zu beschreiben, wie die Nachsorgedaten eingeholt werden und wie der aktuelle Follow-up Status ist Funktionierende Krebsregister stellen den Follow-up Status dar. Wenn Krebsregister die Nachsorgedaten für die Pat. des GZ nicht zur Verfügung stellen, ist eine schriftliche Erklärung des KR nachzuweisen.</p> <p>Bemerkung: In der Schweiz ist ein Datenfluss von den Krebsregistern zu den Zentren per Gesetz nicht vorgesehen. Follow-up Daten werden von den Zentren weiterhin selbst eingeholt und am Audit vorgestellt. Lediglich die Bearbeitung der Ergebnismatrix entfällt für die Zentren.</p> <p>Zum Follow-up Status gehören:</p>

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) Zweitmalignome Sterbefälle lebt unter der aktuellen Adresse Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Bundesland)	auftretende Progressionen (Lokalrezidive, ggf. regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression) Zweitmalignome Sterbefälle lebt unter der aktuellen Adresse Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Kanton)

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
BZ, DZ, GZ, HAEZ, HZ, LZ, MNOZ, MKIO, MKHT, MSAR, PZ	Basisdaten	Basisdaten	IK-Nummer, Standort-Nummer	Felder können leer gelassen werden
GZ		Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen	operative Therapie durch Gynäkoonkologen (Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie)	<ul style="list-style-type: none"> operative Therapie durch Gynäkoonkologen (Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie oder Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH mit dem Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie)

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
LZ	Kennzahlenbogen KN 26	Symptomerfassung im Stadium IV	Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS im Stadium IV.	Symptomerfassung mittels MIDOS,IPOS oder ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) im Stadium IV. <i>Bemerkung: ESAS ist äquivalent zu MIDOS und kommt in Zentren, welche nach dem Qualitätslabel qualitépalliative zertifiziert sind, häufig zur Anwendung.</i>
MNOZ	Kennzahlenbogen KZ9	Erfassung Palliativsymptome	Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS.	Symptomerfassung mittels MIDOS, IPOS oder ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) . <i>Bemerkung: ESAS ist äquivalent zu MIDOS und kommt in Zentren, welche nach dem Qualitätslabel qualitépalliative zertifiziert sind, häufig zur Anwendung.</i>
BZ	Basisdaten	MM-Regelung G-BA	Anzahl operative Eingriffe entspr. MM-Regelung G-BA	Feld kann leer gelassen werden
BZ	Kennzahlenbogen	CHOP-Codes	OPS	CHOP
			5-401.11/13	40.23.11
			5-402.10-13	40.3X.12
			5-404.00-03	40.51.10
			5-406.10-13	40.3X.22
			5-407.00-5-407.03	40.51.11
			5-870.90/91	85,28
			5-870.a0-ax	85.A1
		5-872.0-y	85.A5	

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			5-874.0-2	85.A6 85.A7
			5-874.0-6	85.A6.11
			5-874.7-8	85.A6.12 und 85.A7
			5-877.0	85.A3.11 und 85.A3.12
			5-877.10-1x	85.A3.11 und 85.A3.12
			5-877.20-2x	85.A3.11 und 85.A3.12
			5-877.x	85.A9
			5-877.y	85.A0
HAEZ	Basisdaten, KB	CHOP-Codes	OPS	CHOP
			8-544	99.25.52 – 99.25.54
			1-941.0	99.A0.10 – 99.A0.12
			5-411.0	41.0B.11
			5-411.2	41.0B.13
			5-411.3	41.0B.15
			5-411.4	41.0B.12
			5-411.5	41.0B.14
			8-805.0	41.0B.21
			8-805.2	41.0B.23
			8-805.3	41.0B.25
			8-805.4	41.0B.22
			8-805.5	41.0B.24
HZ	KB	CHOP-Codes	OPS 5-983	CHOP 00.99.10
LZ	Basisdaten, KB	CHOP-Codes	OPS	CHOP
			5-323	32.3*
			5-324	32.4*
			5-325	32.4*

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			5-327	32.5*
			5-328	32.6*
			5-319.14	31.96
			5-319.15	31.96
			5-320.0	32.0
LZ, Mesothelio m	KB	CHOP-Codes	OPS	CHOP
			5-328.6	32.52
			5-344.0	34.51
			5-344.2	34.51
MNOZ	Basisdat en, KB	CHOP-Codes	5-015.1	01.51.22 01.51.42
			5-016.0	01.6X.10
UZ, Harnblase	Basisdat en, KB	CHOP-Codes	OPS	CHOP
			5-573	57.49**
			5-576	57.6, 57.7
			5-687.0	68.8
UZ, Niere	Basisdat en, KB	CHOP-Codes	OPS	CHOP
			5-552.40	55.3A.11 + 00.99.A7
			5-552.42	55.3A.11 + 00.99.AA
			5-552.52	55.3A.14 +00.99.A7
			5-552.54	55.3A.14 +00.99.AA
			5-552.70	55.3A.12 + 00.99.A7 55.3A.13 + 00.99.A7
			5-552.71	55.3A.12 + 00.99.AA 55.3A.13 + 00.99.AA
			5-553	55.4

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			5-554	55.5*
UZ, Penis	Basisdaten	CHOP-Codes	5-640.2	64.0
			5-641	64.2 + 00.90.30 (mit Laser)
			5-642	64.3X.**
			5-401.51	40.24.11
			5-401.52	40.24.11
			5-401.53	40.24.11
			5-401.a1	40.24.20
			5-401.a2	40.24.20
			5-401.a3	40.24.20
			5-402.4	40.3X.14
			5-402.9	40.3X.15
			5-404d	40.52.10
			5-404e	40.52.10 + 54.21.20
			5-404f	40.52.10
			5-404g	40.52.10 + 54.21.20
			5-404h	40.54.10
			5-406.4	40.3X.25
			5-407.2	40.52.11
5-407.3	40.52.11			
5-407.4	40.52.11			
VZ, Analkarzinom	KB	CHOP Codes	OPS	CHOP
			5-485*	48.5*
			5-49**	49.**
VZ, Leber	Basisdaten	CHOP Codes	OPS	CHOP
			5-501.0	50.23*, 50.24*
	KB		5-501.2	50.23*, 50.24*

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
			5-502*	50.2A.2*
			5-511*	51.2*
			5-515*	51.6*
			5-504*	50.5*
			5-501.90	50.27.12
			5-501.a0	50.27.12
			5-501.91	50.27.22
			5-501.a1	50.27.22
			5-501.92	-
			5-501.a2	-
			5-501.93	50.27.32
			5-501.a3	50.27.32
			5-513.42/43	51.64.10
VZ, Magen	Basisdaten KB	CHOP Codes	Operative Primärfälle: OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*	Operative Primärfälle: 42.42.10, 42.42.20, 42.42.21, 42.42.29, 43.6X.20, 43.71.11, 43.71.21, 43.81, 43.9, 43.92+42.41.20, 43.91+42.41.20, 43.99.99+42.41.99
			Primärfälle mit endoskopischer Resektion Magen: 5-433.23, 5-433.24, 5-433.25	43.92+42.41.20, 43.91+42.41.20, 43.99.99+42.41.99
			Primärfälle mit endoskopischer Resektion: 5-422.23, 5-422.24	Primärfälle mit endoskopischer Resektion Magen: 43.41.10, 43.41.11, 43.41.99
				Primärfälle mit endoskopischer Resektion Speiseröhre: 42.33.10, 42.33.11
		CHOP Codes	5-524*	52.5*

Datenblatt	Blatt	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
VZ, Pankreas	Basisdaten KB		5-525*	52.6*
VZ, Speiseröhre	Basisdaten, KB	CHOP Codes	OPS	CHOP
			5-422.2*	42.33
			5-422.5**	42.33
			5-423*	42.41.10
			5-424*	42.41.20
			5-425*	42.42.10
			5-426*	42.42.20, 42.42.21, 42.42.29
			5-438.0	43.92 + 42.41.20
			5-438.1	43.91 + 42.41.20
5-438.x	43.99.99 + 42.41.99			

2. Österreich und andere Länder

Äquivalenzen aus den Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft für Österreich und andere Länder:

Herausgeber: Deutsche Krebsgesellschaft

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
GZ	5.2.1	Organspezifische operative Therapie - Anforderung Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie	operative Therapie durch Gynäkoonkologen (Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie) (EB_Gyn 5.2.1)	Um die onkologische Therapie in einem Gynäkologischen Krebszentrum durchführen zu können, muss der benannte Facharzt spezielle Voraussetzungen erfüllen. Analog zu den Anforderungen der deutschen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (2018) für den Schwerpunkt „Gynäkologischer Onkologe“ muss der Facharzt in den deutschsprachigen Nachbarländern, die die Schwerpunktweiterbildung nicht ermöglichen, folgende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren vorweisen: <ul style="list-style-type: none"> • Organerhaltende u. radikale Operationen gutartiger, prämaligener oder maligner Erkrankungen am weiblichen Genitale Per OP-Bericht nachzuweisen: 100
	6.2.1	Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie	Qualifikation Facharzt Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie	

Erhebungsbogen	Kapitel	Thema	Forderung DKG	Äquivalenz
				<ul style="list-style-type: none"> • Rekonstruktive Eingriffe am Genitale und den Bauchdecken in Zusammenhang mit onkologischen Behandlungen. Per OP-Bericht nachzuweisen: 50 • Zytostatische, immunmodulatorische, antihormonelle sowie supportive Therapiezyklen, einschließlich auftretender Komplikationen. Nachzuweisen: medikamentöse Tumortherapie bei 100 Patienten • Tumornachsorge: Nachzuweisen: 50 <p>Die geforderten Nachweise sind im Anschluss an die Facharztweiterbildung zu erbringen. Der benannte Facharzt muss eine mind. 24-monatige Tätigkeit mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie nachweisen. Die Nachweise sind in Form von Protokollen (z.B. OP-Bericht) u. /o. über die Bestätigung durch Vorgesetzte zu erbringen und werden im Rahmen des Audits überprüft.</p>

Anlage 1 – Kennzeichnungen der Erhebungsbögen (EB):

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