

Qualitätskriterien

A Fachpersonal	
A 1	Die in eigener Verantwortung tätigen Ärzt*innen sind Inhaber*innen eines gültigen schweizerischen Facharzttitels für medizinische Onkologie, Hämatologie, Radio-Onkologie oder eines gleichwertigen, vom Bund anerkannten Diploms. ^{1 2}
A 2	Das pflegerische Fachpersonal hat mindestens eine externe Fach-Fortbildung pro Jahr besucht. ³
A 3	Es besteht ein fachärztlich onkologischer 7 x 24-Stunden- Hintergrunddienst. ⁴
B Tumorboard	
B 1	Mitgliedern des Swiss Cancer Network steht der Zugang zu allen Tumorboards offen, an denen andere Mitglieder des Swiss Cancer Network teilnehmen.
B 2	Das Tumorboard besteht aus fachspezifischen Entscheidungsträger*innen mit Facharzttiteln FMH bzw. mit in der Schweiz anerkannten gleichwertigen Ausbildungsbescheinigungen.
B 3	Der Hausarzt/die Hausärztin sowie die in der Patientenbetreuung involvierten Pflegefachpersonen sind generell zur Teilnahme am Tumorboard eingeladen. ⁵
B 4	Im Tumorboard vertreten sind die prozessverantwortliche Fachperson und die Vertreter*innen der diagnostisch und therapeutisch involvierten Fachrichtungen. Die Fachpersonen und Entscheidungsträger*innen können über elektronische Medien am Board teilnehmen. In der Regel sind die Vertreter*innen der Medizinischen Onkologie, der Radio-Onkologie, der Radiologie, des zuständigen chirurgischen Fachs und der/die Patholog*in am Board beteiligt. Der/die Patholog*in ist zumindest auf Abruf zur Teilnahme bereit.
B 5	Bei jeder neu diagnostizierten Tumorerkrankung wird der Behandlungsplan an einem multidisziplinären Tumorboard festgelegt. Ebenfalls am Tumorboard besprochen werden Patient*innen mit Krankheitsverläufen, die auf Grund der Guidelines oder der klinischen Situation ein multidisziplinäres Behandlungskonzept erfordern.

¹ „In eigener Verantwortung tätig“ bedeutet, dass die Fachperson in letzter ärztlicher Verantwortung, medizinische Abklärungen und Behandlungen durchführen.

² Gleichwertiges Fachdiplom: Im Zweifelsfall gelten die eidgenössischen und kantonalen Regelungen.

³ Als Fach-Fortbildung gelten die von der Onkologiepflege Schweiz auf ihrer Webseite aufgeführten Fortbildungen.

⁴ Der Hintergrunddienst bedeutet telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr.

⁵ Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Hausarzt/die Hausärztin und weitere in der Betreuung des/der Patient*in wichtige Fachpersonen jährlich informiert werden, dass sie am Tumorboard teilnehmen können.

B Tumorboard (Fortsetzung)

B 6 Jede Sitzung des Tumorboards wird von einer Fachperson geleitet und die Entscheidungen werden protokolliert.

B 7 Das Tumorboard findet in der Regel einmal pro Woche statt.

B 8 Zytologische/histologische und diagnostische Befunde müssen in schriftlicher Form vorliegen oder im Protokoll die notwendigen Vorbehalte formuliert werden.⁶

B 9 Der individuelle Behandlungsplan wird im Tumorboard-Bericht schriftlich festgehalten und allen, am Behandlungsprozess beteiligten Ärzt*innen zur Verfügung gestellt.

Der Tumorboard-Bericht umfasst folgende Punkte:

- Datum des Tumorboards mit Personendaten des/der Patient*in
 - Inhalt der Therapieempfehlung⁷
 - Bezugnahme auf Guidelines oder Literatur
 - Begründung, wenn von einer Guideline abgewichen wird
 - Informationen zu klinischen Studien, für die der/die Patient*in qualifiziert
 - B 10** - Die Namen aller für die Therapieempfehlung verantwortlichen Vertreter*innen der Fachdisziplinen⁸
 - Bezeichnung der Person, die für die Führung des/der Patient*in im Behandlungsprozess verantwortlich ist
 - Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist⁹
 - Festlegung des Zeitpunkts, wann die Situation des/der Patient*in, falls angebracht, erneut am Tumorboard besprochen wird, sonst nach allgemeinen Richtlinien
-

B 11 Der Tumorboard-Bericht enthält eine für die Tumorboard-Teilnehmer*innen verbindliche Empfehlung und wird mit dem/der Patient*in besprochen. Über die Umsetzung der Therapie-Empfehlung entscheidet der/die Patient*in. Die Patientenentscheidung wird schriftlich in der Krankengeschichte dokumentiert.¹⁰

B 12 Die Mitglieder des Tumorboards erstellen jährlich einen Qualitätsbericht^{11,12}, der auch die Massnahmen zur Entwicklung der Qualität beschreibt.

⁶ „Vorbehalt“ gilt, wenn der Befund des/der Patholog*in oder eines/einer anderen Facharztes/Fachärztin erst in mündlicher oder provisorischer Form vorliegt, weil das Resultat oder der Bericht von Spezialuntersuchungen noch aussteht.

⁷ Ohne Details zu individuellen Dosierungen von Chemotherapeutika oder Strahlenbehandlungen.

⁸ Unterzeichnet wird der Bericht von der Fachperson, die das Tumorboard leitet und von dem/der Protokollführer*in.

⁹ Die Führung des/der Patient*in im Behandlungsprozess übernimmt beispielweise ein/eine niedergelassene*in Onkolog*in oder der Hausarzt/die Hausärztin. Für Koordination der multimodalen Behandlung kann die Fachperson einer Fachdisziplin im Spital verantwortlich zeichnen.

¹⁰ Die Dokumentation ist vollständig, wenn Ort, Datum, beteiligte Personen und die Gründe für den Entscheid niedergelegt sind. Wünschenswert, aber nicht obligatorisch ist die Abgabe einer schriftlichen Information zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie, die der/die Patient*in unterzeichnet und so bestätigt, dass er/sie die Information erhalten hat.

¹¹ Der Qualitätsbericht enthält Angaben zu: Einzugsgebiet soweit beurteilbar, Struktur Tumorboard, Anzahl Patient*innen pro Tumorboard, Anzahl Tumorboards pro Jahr, diskutierte Haupt-Entitäten und Anzahl, geschätzter Zeitaufwand pro Tumorboard pro Woche pro Spezialität, sowie allgemeine Massnahmen, welche die Institution im Sinne der Qualitätserhaltung und -förderung umzusetzen plant.

¹² Falls der/die Inhaber*in des Zertifikats die Veröffentlichung seines/ihrer Qualitätsberichts (vollständig oder auszugsweise) wünscht, muss der Inhalt vorgängig mit der SGMO abgesprochen sein.

C Behandlung und Betreuung

- C 1** Die Abklärung, Behandlung und Betreuung erfolgt nach international gültigen Richtlinien oder Guidelines. Die Institution hält sich dabei an die Guidelines, die von der Fortbildungskommission der SGMO jährlich als allgemein gültig erklärt werden ([Eine Liste der Guidelines finden Sie hier](#))
-
- C 2** Abweichungen von den Richtlinien oder Guidelines werden begründet und schriftlich dokumentiert.
-
- C 3** Wirkung und Nebenwirkung, die Risiken einer Behandlung werden erwogen und dem/der Patient*in in einer geeigneten Form mitgeteilt. Die Behandlungsentscheide werden in der Krankengeschichte schriftlich begründet.
-

D Zusammenarbeit im Betreuungsnetz

- D 1** Palliativmedizin¹³
-
- D 2** Onkorehabilitation und Onkologiepflege
-
- D 3** Ernährungsberatung
-
- D 4** Psychoonkologie
-
- D 5** Sozialdienst
-
- D 6** Genetische Beratung
-
- D 7** Andere
-

E Behandlungsergebnisse

- E 1** Die Institution bestätigt, dass sie die eigenen Behandlungsdaten zur Auswertung in einem Qualitätsregister der Schweizerischen Fachgesellschaft für medizinische Onkologie, basierend auf dem Krebsregister, im Rahmen eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements offenlegen wird (Ergebnisqualität).
-

¹³ Der Nachweis der Zusammenarbeit mit den aufgeführten Fachdisziplinen erfolgt jeweils über ein Dokument, das die Namen der Fachvertreter*innen, allfällige Verträge oder Absichtserklärungen enthält.