Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

BBl 2023
www.fedlex.admin.ch
Massgebend ist die signierte
elektronische Fassung

Beschluss

über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

vom 2. Juni 2023

Das Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (HSM-Beschlussorgan) hat nach Einsichtnahme in den Antrag des HSM-Fachorgans an seiner Sitzung vom 2. Juni 2023 gestützt auf Artikel 39 Absatz 2bis des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR *832.10*) sowie Artikel 3 Absätze 3–5 der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) beschlossen:

1. Zuteilung

Mit Beschluss vom 21. Januar 2016, publiziert am 9. Februar 2016, wurde die tiefe Rektumresektion der hochspezialisierten Medizin zugeordnet. Die Leistungsvergabe in diesem Teilbereich erfolgt an folgende Zentren:

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Universitätsspital Zürich, Zürich
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (Leistungsauftrag mit besonderer Auflage gemäss Ziffer 4)

– Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (Leistungsauftrag mit besonderer Auflage gemäss Ziffer 4)

Der Beschluss ist Bestandteil der gemeinsamen Spitalliste der Vereinbarungskantone gemäss Artikel 39 KVG in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 4 IVHSM.

2. Anforderungen

Die vorgenannten Zentren haben für den Erhalt eines Leistungsauftrages bereichsspezifische Anforderungen zu erfüllen, welche durch das HSM-Fachorgan basierend auf den Planungskriterien der IVHSM sowie den Kriterien der Versorgungsplanung gemäss KVG und KVV definiert wurden (siehe Anlage I).

Die Anforderungen sind kumulativ über die gesamte Dauer des Leistungsauftrags einzuhalten. Die Nichteinhaltung kann zum Entzug des Leistungsauftrags führen.

3. Auflagen

Die vorgenannten Zentren haben während der Laufzeit der HSM-Leistungsaufträge folgende Auflagen zu erfüllen:

a) Die Bestimmungen der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR *832.102*), die die Spitäler betreffen, sind einzuhalten, insbesondere auch diejenigen, die per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind (AS *2021* 439).

b) Übernahme der Versorgungsaufgaben und Einhaltung der damit verbundenen Anforderungen.

c) Mitwirkungspflicht bei der Einhaltung der Auflagen und Anforderungen sowie bei der Überprüfung der Einhaltung derselben.

d) Berichterstattung an das HSM-Projektsekretariat zuhanden der IVHSM-Organe:

   a. Umgehende Offenlegung allfälliger Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie strukturelle und personelle Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (bspw. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzen der Klinikdirektion oder in der ärztlichen sowie pflegerischen Leitung);

   b. Jährliche Einreichung eines vom Fachorgan definierten Auszugs der im Rahmen des HSM-Minimaldatensatzes (siehe Anlage II) erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität inkl. der Fallzahlen. Die Zentren reichen die standardisierten, direkt vergleichbaren Daten beim HSM-Projektsekretariat koordiniert ein und bestimmen zu diesem Zweck eine verantwortliche Person;

   c. Abgabe einer Einwilligungserklärung, welche die Registerbetreiberin (Geschäftsstelle) ermächtigt, die im Viszeralchirurgieregister der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)/Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) (nachfolgend «Register») erhobenen Daten an das HSM-Projektsekretariat weiterzuleiten;

d. Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung.

e) Einheitliche Erhebung und Übermittlung der Angaben des Minimalen Datensatzes (siehe Anlage II) an das Register für jede HSM-Patientin und jeden HSM-Patienten.

f) Regelmässige unabhängige Auditierung der Registerdaten zwecks Qualitätssicherung und Übernahme der daraus entstehenden Kosten. Den IVHSM-Organen werden die Auditresultate bekannt gegeben und die auditierten Zentren namentlich genannt.

g) Übernahme der Betriebskosten des Registers. Die Kosten werden unter allen Zentren, die eine HSM-Zuteilung erhalten, aufgeteilt.

h) Datenqualität: Der Datensatz mit Ausnahme des Follow-ups muss zu mindestens 98 % vollständig sein (nicht mehr als 2 % fehlende Datenpunkte).

i) Datenqualität: Der Datensatz betreffend Follow-up muss zu mindestens 85 % vollständig sein.

j) Pro Operateurin oder Operateur wird eine Mindestfallzahl von zehn Eingriffen pro Jahr in einem Spital mit dem entsprechenden HSM-Leistungsauftrag verlangt. Die Zählweise richtet sich nach Anlage III. Das Spital verpflichtet sich dazu, diese Daten im Register zu dokumentieren und die entsprechenden Angaben zu den Überprüfungszeitpunkten einzureichen.

k) Ergebnisqualität: Die 30-d-Mortalität darf nicht über 3 % liegen; gemittelt nachgewiesen für drei vorangehenden Jahre (Registerzahlen).

Die Auflagen sind kumulativ über die gesamte Dauer des Leistungsauftrags einzuhalten. Die Nichteinhaltung kann zum Entzug des Leistungsauftrags führen.

4. Besondere Auflagen

Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern erhält den Leistungsauftrag für sechs Jahre, jedoch mit folgender besonderen Auflage: Die 30-d-Mortalität ist jährlich zu erheben und darf über drei Jahre gemessen 3 % nicht überschreiten, ausser das erhöhte Risikopotential kann nachgewiesen werden.

Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich erhält den Leistungsauftrag für sechs Jahre, jedoch mit folgender besonderen Auflage: Die 30-d-Mortalität ist jährlich zu erheben und darf über drei Jahre gemessen 3 % nicht überschreiten, ausser das erhöhte Risikopotential kann nachgewiesen werden.

5. Befristung

Die Zuteilungsentscheide sind bis zum 31. Dezember 2029 befristet.

6. Begründung

Für die Begründung der Leistungszuteilung wird auf den Schlussbericht «Reevaluation – Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Teilbereiche tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen und komplexe bariatrische Chirurgie, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung» vom 2. Juni 2023 verwiesen.

7. Inkrafttreten

Der vorliegende Entscheid tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

8. Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Beschluss kann innerhalb von 30 Tagen ab Datum der Publikation im Bundesblatt beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden (Art. 90*a* Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung in Verbindung mit Art. 12 der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin).

Hinweis für nicht berücksichtigte Leistungserbringer

Nicht berücksichtigte Leistungserbringer erhalten eine separate individuelle Verfügung, gegen die innert 30 Tagen Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erhoben werden kann.

Mitteilung und Publikation

Der Schlussbericht «Reevaluation – Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Teilbereiche tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen und komplexe bariatrische Chirurgie, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung» vom 2. Juni 2023 kann auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren eingesehen werden (www.gdk-cds.ch).

Dieser Beschluss wird im Bundesblatt publiziert.

9. August 2023

Für das HSM-Beschlussorgan

Die Präsidentin: Natalie Rickli

Anlage I
zum Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Bereichsspezifische Anforderungen

Lehre, Weiterbildung und Forschung

- Aktive Teilnahme an Forschung und Entwicklung im Bereich Viszeralchirurgie sowie Engagement in Weiterbildung am Standort der Leistungserbringung für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen:
  - SIWF-Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie V1 oder V2;[1]
  - Aktive Beteiligung am Weiterbildungsprogramm der SIWF für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie vom 1. Juli 2006;[2]
  - Spezielle Berücksichtigung des viszeralchirurgischen Teilgebiets im Weiterbildungskonzept. Dieses ist öffentlich zugänglich.
- Erfüllung der Anforderungen des HSM-Fachorgans an die Lehre, Weiterbildung und Forschung (siehe Anlage IV).

Teilbereichsspezifische Anforderungen

Strukturqualität

- Verantwortliche Chirurgin oder verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie (unabhängig vom Anstellungs- oder Vertragsverhältnis).
- Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln:
  - 24/7 Verfügbarkeit einer diagnostischen Radiologie;
  - 24/7 Verfügbarkeit eines qualifizierten Teams von Chirurginnen und Chirurgen (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitinter-

1 Gemäss den vom SIWF definierten Kriterien für die Einteilung der Weiterbildungsstätten, beschrieben im Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006 für den Facharzt Chirurgie, Anhang II: Schwerpunkt Viszeralchirurgie.

2 Einsehbar unter https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzttitel-und-schwerpunkte/chirurgie.cfm#i113259; akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 31. August 2018, letzte Revision 11. März 2021, in Kraft seit 1. Juli 2022; Anhang II Viszeralchirurgie vom 13. Juni 2019, in Kraft seit 1. Januar 2020.

valls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärztinnen/Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie.

- Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.
- 24/7 Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie.
- Medizinische Onkologie im Haus.
- Verfügbarkeit einer Radioonkologie im Haus oder in vertraglich geregelter Kooperation.
- Qualifizierte Stomatherapeutinnen oder -therapeuten im Haus.

Mindestfallzahlen

- Für einen HSM-Leistungsauftrag im Teilbereich tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen muss pro Standort eine Mindestfallzahl von 20 Eingriffen pro Jahr erreicht werden. Die Zahlen werden dem Register entnommen.

Prozessqualität

- Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organe). Die Anforderungen sind in Anlage V definiert.

Anlage II
zum Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Minimaler Datensatz

Für jede HSM-Patientin und jeden HSM-Patienten muss der untenstehende minimale Datensatz erhoben und an das Register übermittelt werden.

Dem HSM-Fachorgan muss ein von diesem festgelegter Auszug aus dem minimalen Datensatz aller Spitalstandorte mit einem Leistungsauftrag tiefer Rektumresektion bei Erwachsenen gemeldet werden. Dieser muss koordiniert von einer verantwortlichen Person – jedoch aufgeschlüsselt nach Zentrum – beim HSM-Projektsekretariat eingereicht werden.

A. Eintrittsinformationen

- Institutions-Nr.
- Fallnummer Spital
- Geburtsjahr
- Geschlecht
- ASA
- BMI (kg/m2)
- Hauptdiagnose (ICD-Code)
- Hauptdiagnose Text

Bei Rektumkarzinomen:

- Datum Tumordiagnose
- Datum erstes Tumorboard
- Neoadjuvante Therapie
- Datum Ende neoadjuvante Therapie

B. Operation

- Operationsdatum
- Operations-Code
- Dringlichkeit Operation

- Operations-Intention
- Operateur/-in 1
- Level Weiterbildung Operateur/-in 1
- Operateur/-in 2
- Level Weiterbildung Operateur/in 2
- Teaching

C. Hospitalisation

- Eintrittsdatum
- Austrittsdatum
- Komplikation
- Komplikationsart
- Re-Operation gleiche Hospitalisation
- Verlegungsort/Austritt
- 30-Tage-Mortalität

Bei Rektumkarzinomen:

D. Pathologie

- Histologischer Tumortyp
- TNM-Stadium
- Version TNM-Klassifikation
- Anzahl reserzierter Lymphknoten
- Anzahl befallener Lymphknoten
- R-Resektion

Bei Rektumkarzinomen:

E. Follow-up

- Datum Erstkontakt Zentrum
- Anastomoseninsuffizienz
- Typ Anastomoseninsuffizienz
- Blutung mit Transfusionsbedürftigkeit
- Wundinfekt
- Thrombose
- Ileus

F. Zusatz Rektum

- Anastomoseninsuffizienz

Bei Rektumkarzinomen:

- Distanz ab anokutan (starre Rektoskopie)
- Distanz ab ano anterior (Radiologie)
- Distanz ab ano posterior (Radiologie)
- Qualität TME
- distaler Resektionsrand
- CRM (circumferential resection margin)

Anlage III
zum Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Regeln für die Ermittlung der Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur

Für die unter die HSM-Definition fallenden Eingriffe der tiefen Rektumresektion bei Erwachsenen müssen im Register die Fallzahlen pro Operateurin oder Operateur ausgewiesen werden.

Folgende Regeln sind zu beachten:

- Jeder Eingriff am tiefen Rektum nach HSM-Definition gibt grundsätzlich 1 Punkt für eine Operateurin resp. einen Operateur. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Operateur/-innen mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie (= Operateur/-in SP) und Operateur/-innen in Weiterbildung (= Operateur/in WB)
  - Führt ein/e Operateur/-in SP den Eingriff allein durch, erhält er/sie 1 Punkt.
  - Sind zwei Operateur/-innen am Eingriff beteiligt, werden die Punkte wie folgt vergeben:
    i. Operateur/-in SP + Co-Operateur/-in SP: beide erhalten je ½ Punkt;
    ii. Operateur/-in SP + Assistent: nur der/die Operateur/-in SP erhält 1 Punkt;
    iii. Operateur/-in WB + Teaching durch Operateur/-in SP: beide erhalten je 1 Punkt;
    iv. zwei Operateure verschiedener Fachgebiete: der/die Operateur/-in SP erhält einen ganzen Punkt.
- Fallzahlen, die an einem anderen Standort oder Spital mit entsprechendem Leistungsauftrag erreicht wurden, sind ebenfalls anrechenbar.
- Pro Fall – auch mit Primär- und Nachfolgeeingriffen – werden nur einmal Punkte vergeben, in der Regel beim Index-Eingriff.

Anlage IV
zum Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Evaluationsschema der Anforderungen an die Lehre, Weiterbildung und Forschung

1	Ausbildung	Keine Medizinstudentinnen oder -studenten in Ausbildung	0 Punkte
		Mindestens eine Medizinstudentin oder ein Medizinstudent in Ausbildung pro Semester (akzeptiert werden formelle Unterassistenz-lehrprogramme oder -kurse resp. anderweitig ausgestaltete, strukturierte Ausbildungsprogramme)	1 Punkt
2	Weiterbildung	Keine Anwärterin/kein Anwärter auf Facharzt- oder Schwerpunkttitel in Weiterbildung im HSM-Bereich Viszeralchirurgie	0 Punkte
		Mindestens eine Weiterbildungsstelle im HSM-Bereich Viszeralchirurgie nachweislich lückenlos besetzt	1 Punkt
3	Klinische Forschung	Keine klinische Forschung im HSM-Bereich Viszeralchirurgie	0 Punkte
		Durchführung einer Mono- oder Beteiligung an Multizenterstudie im HSM-Bereich Viszeral-chirurgie und mindestens eine Study Nurse/Study Coordinator angestellt	1 Punkt
		Hauptleitung einer Multizenterstudie im HSM-Bereich Viszeralchirurgie	2 Punkte

4	Publikation (peer-reviewed)	Keine in Pubmed gelistete Publikation im HSM-Bereich Viszeralchirurgie	0 Punkte
		Eine in Pubmed gelistete Publikation im HSM-Bereich Viszeralchirurgie pro Jahr im Durchschnitt (Mitglied des Teams ist Erst-, Zweit- oder Letztautor/in; bei Multizenterstudien werden auch Co-Autorenschaften akzeptiert)	1 Punkt
		Mehr als eine in Pubmed gelistete Publikation im HSM-Bereich Viszeralchirurgie pro Jahr im Durchschnitt (Mitglied des Teams ist Erst-, Zweit- oder Letztautor/in; bei Multizenterstudien werden auch Co-Autorenschaften akzeptiert)	2 Punkte

Das Kriterium «Aktive Beteiligung an Lehre, Weiterbildung und Forschung» gilt als erfüllt, wenn mindestens **vier von maximal sechs möglichen Punkten** erreicht werden.

Anlage V
zum Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Verbindliche Anforderungen an HSM-Tumorboards

1. Begriffsklärung

Das Tumorboard ist ein interdisziplinäres medizinisches Fachgremium, welches bei Patientinnen und Patienten mit einer bösartigen Erkrankung einen individuellen Behandlungsplan zu Diagnostik und Therapie entwickelt. Ein multidisziplinäres Tumorboard ist ein obligatorisches Kernelement der Prozessqualität für die folgenden vier Teilbereiche der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie:

- Oesophagusresektion
- Pankreasresektion
- Leberresektion
- Tiefe Rektumresektion

2. Funktionsweise und Qualitätsanforderungen an ein HSM-Tumorboard

2.1 Jede Primärdiagnose eines Malignoms wird an einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt. Grundsätzlich wird jede/r Patient/-in vor der Initiierung von therapeutischen Schritten und Eingriffen vorgestellt und die Besprechung des Falls wird dokumentiert. Allfällige Ausnahmen von diesem Vorgehen sind in den Arbeitsanweisungen (Standard Operation Procedures, SOPs) der Institution festgehalten. Falls eine sofortige Intervention notwendig ist (z. B. Notfallindikation für sofortige Operation) wird der betreffende Primärfall post-interventionell im nächsten Tumorboard vorgestellt. Postoperativ erfolgt eine erneute Vorstellung, um auf der Basis der pathologischen Aufarbeitung des Operationspräparates die weiteren therapeutischen Schritte (v. a. adjuvante Behandlungen und Nachsorge) interdisziplinär planen zu können.

2.2 Das multidisziplinäre Tumorboard stellt die Indikationen und legt auch indikationsspezifische resp. bereichsspezifische Richtlinien oder SOPs fest. Dabei regeln die SOPs insbesondere:

- die Festlegung auf Diagnose- und Therapierichtlinien für Standardsituationen;
- den minimalen Datensatz, welcher für die Besprechung einer Patientin oder eines Patienten mit Primärdiagnose im Tumorboard vorhanden sein muss;
- die Kriterien für eine Wiedervorstellung einer Patientin oder eines Patienten im Tumorboard;

– die Kriterien für die Nachsorge;
– das Erfassen der Patientendaten;
– die Empfehlungen des Tumorboards und die durchgeführten Behandlungen, in einer Form, die Auswertungen des Behandlungserfolgs ermöglicht.

Diese Richtlinien und SOPs werden mindestens jährlich auf ihre Aktualität überprüft.

2.3 Das Tumorboard trifft sich ohne zeitliche Verzögerung mindestens einmal pro Woche und kann bei Bedarf auch kurzfristig einberufen werden.

2.4 Das obligatorische Kernteam des Tumorboards setzt sich aus Vertretungen der folgenden Fachdisziplinen zusammen:

– zwei medizinische Onkologinnen resp. Onkologen,
– zwei Viszeralchirurginnen resp. -chirurgen,
– eine Radioonkologin resp. ein Radioonkologe,
– eine Radiologin resp. ein Radiologe,
– eine Gastroenterologin resp. ein Gastroenterologe,
– eine Pathologin resp. ein Pathologe.

Jede Fachdisziplin des Kernteams ist an jedem Tumorboard vertreten. Mitglieder des Kernteams verfügen über einen Facharzttitel FMH (oder äquivalente Qualifikation) respektive über eine Weiterbildung in einem Schwerpunkt FMH (oder äquivalente Qualifikation) und haben abhängig von der Fachdisziplin Erfahrung mit der Behandlung/Diagnose der entsprechenden Erkrankung.

2.5 Das obligatorische Kernteam kann bei Bedarf (indikationsspezifisch) um weitere Fachärztinnen/Fachärzte erweitert werden. So können je nach klinischer Situation bspw. Vertreterinnen und Vertreter der Fachdisziplinen, der Querschnittsfächer oder andere Spezialisten am Tumorboard teilnehmen.

2.6 An der Sitzung ist mindestens eine Ärztin/ein Arzt präsent, welche/r die zu besprechende Patientin resp. Patienten persönlich konsultiert hat.

2.7 Falls im Tumorboard keine Einigkeit betreffend die empfohlene Behandlung erreicht werden kann, oder mehrere Optionen in Frage kommen, so ist der Patientin oder dem Patienten die ganze Breite der Möglichkeiten darzustellen (idealerweise interdisziplinär).

2.8 Ein Beschlussprotokoll, das die Namen der beteiligten Mitglieder des Kernteams und die Therapieempfehlung enthält, ist für jede Tumorboard-Vorstellung obligatorisch. Die elektronische Zugänglichkeit des Protokolls wird sichergestellt.

3. Organisation des Tumorboards

3.1 Das Tumorboard bestimmt eine/n Moderator/-in. Diese/r leitet das Tumorboard und ist für die Organisation und Durchführung des Tumorboard-Meetings verantwortlich.

3.2 Das Tumorboard bestimmt eine koordinierende Person, welche die Moderatorin resp. den Moderator in den Aufgaben unterstützt. Letztere/r ist der koordinierenden Person gegenüber weisungsbefugt.

3.3 Das Tumorboard bestimmt ein Mitglied, das mittels Protokollierung die nächsten Schritte sicherstellt.

3.4 Die fallführende Ärztin oder der fallführende Arzt oder ihre/seine Stellvertretung stellt den Fall im Tumorboard vor.

3.5 Die Fachdisziplinen des Kernteams des Tumorboards sind bei allen Sitzungen vollständig anwesend. Falls ein Tumorboard-Mitglied nicht anwesend sein kann, bezeichnet es eine Stellvertretung.

4. Weiterführende Prinzipien und Anforderungen an ein interdisziplinäres Tumorboard

4.1 Die Anforderungen unter Ziffer 1 bis 3 sind verbindlich. Bei Bedarf können jedoch weitere Prinzipien bei der Organisation und Durchführung von Tumorboards gemäss der Empfehlungen des HSM-Fachorgans[3] angewendet werden.

3 Empfehlungen des HSM-Fachorgans zur Organisation und Durchführung der HSM-Tumorboards vom 13. April 2015, https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/querschnittsthemen.