Kanton Zürich
Regierungsrat

Anhang zu den Zürcher Spitallisten 2023
Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie

Generelle Anforderungen an die Listenspitäler

Version 2024.1; gültig ab 1. Januar 2024

Dossier Nr. 1964-2022 / 2023-08-0720

Inhalt

1. Allgemeines ... 3

2. Leistungsaufträge ... 4

3. Versorgungsauftrag ... 4

4. Qualitätssicherung und -entwicklung durch die Listenspitäler ... 5

4.1. Anforderungen für alle Bereiche ... 5
4.1.1. Leitlinien und Behandlungskonzepte ... 6
4.1.2. Qualitäts- und Risikomanagement ... 6
4.1.3. Zwischenfallmeldesystem (CIRS) ... 7
4.1.4. Qualitätsmessungen ... 8
4.1.5. Hygienemanagement ... 8
4.1.6. Heilmittelmanagement ... 8
4.1.7. Patientendokumentation ... 9
4.1.8. Koordinierte Versorgung ... 9
4.2. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Akutsomatik ... 10
4.2.1. Hygienemanagement ... 10
4.2.2. Mindestfallzahlen ... 10
4.2.3. Qualitätscontrolling ... 11
4.3. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Rehabilitation ... 11
4.3.1. Multiprofessioneller Behandlungsansatz ... 11
4.3.2. Multiprofessionelles Behandlungsteam ... 12
4.3.3. Ärztliche Abklärung und Behandlung ... 12
4.3.4. Therapieplanung und -leistungen ... 12
4.3.5. Weitere Leistungen der Rehabilitationsklinik ... 13
4.3.6. Qualifikation und Verfügbarkeit der Leitungsfunktionen ... 13
4.3.7. Qualifikation und Verfügbarkeit des Fachpersonals ... 14
4.3.8. Infrastruktur ... 15
4.3.9. Mindestfallzahlen und Mindestpflegetage ... 15
4.4. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Psychiatrie ... 15

5. Rettungswesen, Patiententransporte (Verlegungen) ... 17

5.1. Verlegungskategorien ... 17
5.2. Spezialtransporte ... 18
5.3. Management des Helikopterlandeplatzes ... 18
5.4. Verlegungen ab Geburtshaus ... 18

6. Aus- und Weiterbildung ... 20

7. Daten ... 21

7.1. Datenlieferung ... 21
7.2. Datenschutz und Informationssicherheit ... 21

8. Rechnungslegung ... 22

9. Aufsicht und Revision ... 22

10. Zahlungsmodalitäten ... 23

1. Allgemeines

1. Die vorliegenden generellen Anforderungen stützen sich auf § 7 Abs. 1 lit. c des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG).

   Sie gelten für alle Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich (Listenspitäler).

2. In begründeten Fällen kann die Gesundheitsdirektion abweichende Regelungen treffen. Dies gilt insbesondere für Spitäler, die Kinder behandeln, und für Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich und einem Standort in einem anderen Kanton (ausserkantonale Listenspitäler).

3. Neben den hier aufgeführten generellen Anforderungen sind weitere Anforderungen des Regierungsrates in folgenden Anhängen zu den Spitallisten zu berücksichtigen:

   a. Leistungsspezifische Anforderungen Akutsomatik

   b. Leistungsspezifische Anforderungen Rehabilitation

   c. Leistungsspezifische Anforderungen Psychiatrie

   Sodann sind die von der Gesundheitsdirektion in Anwendung von § 7 Abs. 2 SPFG erlassenen Anforderungen und Definitionen massgebend.

   Alle Anforderungen und Definitionen sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion abrufbar (zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html).

2. Leistungsaufträge

4. Die Leistungsaufträge und die damit verbundenen Auflagen gemäss den Anhängen zu den Zürcher Spitallisten 2023 sind grundsätzlich auf das zugrunde liegende Planungsintervall befristet (§ 8 Abs. 1 SPFG). Ist ein Leistungsauftrag mit einer kürzeren Geltungsdauer erteilt worden (§ 8 Abs. 2 SPFG), endet der Leistungsauftrag grundsätzlich mit Ablauf der vorgesehenen Geltungsdauer. Ein allfälliges Gesuch um Verlängerung des Leistungsauftrags ist zu begründen.

5. Die teilweise oder vollständige Übertragung eines Leistungsauftrags auf einen anderen Leistungserbringer ist nicht zulässig (§ 9a Abs. 2 SPFG). Zulässig ist die Übertragung von nicht an Patientinnen und Patienten selbst erbrachten medizinischen Supportleistungen (z.B. Laboruntersuchungen).

   Die Gesundheitsdirektion kann in begründeten Fällen einem Listenspital bewilligen, einen Teil der Behandlungen einer Leistungsgruppe nicht anzubieten (§ 9a Abs. 3 SPFG), beispielsweise bei einer Kooperation mit einem oder mehreren anderen Listenspitälern, welche die entsprechenden Behandlungen abdecken.

   Die Gesundheitsdirektion legt die Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen zwischen Listenspitälern fest. Bestehende Kooperationen bei der Erfüllung eines Leistungsauftrags sind grundsätzlich auf der Spitalliste zu vermerken.

6. Die Kündigung eines Leistungsauftrags gemäss § 8 Abs. 3 SPFG ist der Gesundheitsdirektion schriftlich mitzuteilen.

7. Verfügt ein Listenspital über Leistungsaufträge in mehreren Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie und/oder Langzeit), muss es in jedem Bereich die für diesen Bereich geltenden Anforderungen gemäss den Anhängen zu den Spitallisten erfüllen. Innerhalb des Spitals müssen die Versorgungsbereiche räumlich, betrieblich und tarifarisch sowie hinsichtlich der Kostenrechnung und der Datenlieferung klar abgegrenzt sein. Insbesondere gilt Folgendes:

   a. Die Patientinnen und Patienten der verschiedenen Bereiche müssen räumlich und betrieblich getrennt sein. Grundsätzlich sind separate Abteilungen erforderlich. Patientinnen und Patienten verschiedener Bereiche dürfen nicht im gleichen Zimmer untergebracht werden.

   b. Die klinische Verantwortung für die Patientinnen und Patienten liegt bei der ärztlichen Leitung des betreffenden Bereichs.*

3. Versorgungsauftrag

8. Die Listenspitäler sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und Kapazitäten sämtliche Zürcher Patientinnen und Patienten nach rechtsgleichen Kriterien und medizinischer Dringlichkeit sowie unabhängig von Versicherungsklasse oder Schweregrad einer Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln (vgl. Art. 41a Abs. 1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG]). Eine Bevorzugung von Patientinnen oder Patienten mit Zusatzversicherung oder mit geringerem Schweregrad bei der Aufnahme ist nicht zulässig. Die Aufnahmebereitschaft ist für alle zugesprochenen Leistungsgruppen am Standort des Listenspitals zu gewährleisten.

9. Die Gesundheitsdirektion kann die Listenspitäler bei Anzeichen von Nichterfüllung der Aufnahmepflicht und insbesondere Listenspitäler, die weniger als 50% Nur-Grundversicherte aufweisen, verpflichten, folgende Daten einzureichen bzw. auf der Spital-Webseite zu publizieren:

   a. Datum der Anmeldung sowie Datum und Uhrzeit der Operationen/Interventionen bei elektiven Eingriffen, aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen der Zürcher Spitallisten 2023 sowie nach Liegeklasse der Patientinnen und Patienten (allgemein, halbprivat, privat) sowie nach den durchschnittlichen Wartezeiten pro Leistungsgruppe und Liegeklasse.

   b. Für Listenspitäler mit Notfallstation zusätzlich: Anzahl aufgenommener sowie an Drittspitäler weitergewiesener Notfallpatientinnen und -patienten, aufgeschlüsselt nach Diagnose, Begründung für Verlegung sowie nach Liegeklasse.

10. Das Listenspital muss die Erbringung des gesamten Spektrums der ihm erteilten Leistungsaufträge sicherstellen. Es ist zur Meldung an die Gesundheitsdirektion verpflichtet, wenn ein Leistungsauftrag nicht mehr vollumfänglich erbracht werden kann.

11. Das Listenspital erbringt die gesetzlichen und in der Spitalliste definierten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sowie in der notwendigen Qualität. Die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) sind zu beachten.

12. Für medizinische Notfälle besteht unabhängig vom zugesprochenen Leistungsspektrum eine Beistandspflicht (§ 38 Abs. 1 Gesundheitsgesetz). Diese umfasst lebensrettende Sofortmassnahmen, Triage und Organisation der weiteren Behandlung im Normalfall sowie bei Katastrophen oder anderen aussergewöhnlichen Ereignissen. Nationale und kantonale Vorgaben bei Ereignissen wie Epidemien oder Pandemien sind verbindlich.

13. Das Listenspital ist verpflichtet, im Pandemiefall Vorgaben des Epidemiengesetzes (EpG), des Pandemieplans Schweiz, des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes und des Bevölkerungsschutzgesetzes, jeweils in der geltenden Fassung, zu berücksichtigen und umzusetzen.

14. Das Listenspital ist verpflichtet, in seiner Unternehmensführung die Interessen des Gesundheitssystems als Ganzes zu berücksichtigen. Das Spital legt im jährlichen Qualitäts- oder Geschäftsbericht dar, wie es diese Interessen mitgestaltet und gewährleistet.

4. Qualitätssicherung und -entwicklung durch die Listenspitäler

4.1. Anforderungen für alle Bereiche

15. Das Listenspital ist verpflichtet, sämtliche für die Erfüllung des Leistungsauftrags notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen am Spitalstandort zu gewährleisten. Es sichert und fördert die Qualität der zu erbringenden Leistungen.

16. Das Listenspital beachtet die Vereinbarungen mit den Tarifpartnern und die Vorgaben der Gesundheitsdirektion. Es trifft insbesondere folgende Mindestmassnahmen zur Qualitätssicherung und -entwicklung:

4.1.1. Leitlinien und Behandlungskonzepte

17. Die Behandlungen der Patientinnen und Patienten erfolgen nach auf aktueller Evidenz beruhenden Leitlinien der nationalen Fachgesellschaften oder, wenn solche fehlen, nach entsprechenden internationalen Leitlinien.

18. Die Behandlungen müssen medizinisch indiziert sowie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

19. Wird in der Behandlung von Leitlinien oder Behandlungskonzepten abgewichen, ist dies in der Patientendokumentation zu begründen.

20. Die Listenspitäler erstellen und implementieren Behandlungskonzepte oder Standard Operating Procedure [SOP] als Grundlage für die medizinische Versorgung. Die Konzepte enthalten Vorgaben zur Diagnostik und zu den Behandlungen. Sie sind für das medizinische Fachpersonal zugänglich und verbindlich. Der Umgang mit Abweichungen von den Behandlungskonzepten ist geregelt (siehe auch Ziff. 19).

4.1.2. Qualitäts- und Risikomanagement

21. Die Listenspitäler verfügen über ein systematisches Qualitäts- und Risikomanagement (QRM). Dieses ist auf der Führungsebene verankert und im Spital umgesetzt.

22. Das QRM orientiert sich an einem auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichteten Regelkreislauf, beispielsweise am PDCA-Zyklus mit den Schritten Planung (Plan), Implementierung (Do), Analyse der Massnahmen (Check) und Systemmodifikation (Act).

23. Die Listenspitäler verfügen über ein den neuesten Standards entsprechendes schriftliches Qualitätskonzept (umfassend insbesondere die Struktur-, Prozess- mit Indikationsqualität sowie Ergebnisqualität) und ein Risikokonzept.

24. Im Rahmen der Indikationsqualität ist insbesondere sicherzustellen, dass eine medizinische Intervention notwendig und angemessen ist. Der medizinische Nutzen muss die Risiken überwiegen. Die Intervention muss aus wissenschaftlichen und sozialethischen Gründen zu empfehlen sein.

25. Im QRM sind schriftlich festzuhalten und zu implementieren:

    a. Grundsätze der Qualitäts- und Risikopolitik einschliesslich der Definition von Zielen und Massnahmen zur Zielerreichung (z.B. internes Kontrollsystem zur Schadenminderung, Teilnahme an nationalen Qualitätsprogrammen, Zertifizierungen, sonstige Qualitätsaktivitäten).

    b. Grundsätze der Informationspolitik im Bereich QRM: Die Mitarbeitenden sind über Aktivitäten und Prozesse im Bereich QRM informiert, auf dem neuesten Stand und bei Bedarf handlungsfähig. Aktivitäten im Bereich QRM werden nach aussen (z.B. auf der Spital-Webseite) kommuniziert.

    c. Verantwortlichkeiten im Bereich QRM: Qualitätssicherungs- und Entwicklungsorgane und -personen (z.B. Qualitätskommission, Qualitätszirkel, Qualitätsverantwortliche, Projektgruppen) sowie die Verantwortlichkeit für das Risikomanagement sind definiert.

    d. Interne Fort- und Weiterbildungen zu QRM-Themen werden ausgewiesen (z.B. betreffend CIRS, Vigilanzen).

e. Beschwerde- und Haftpflichtmanagement: Beschwerden und Vorfälle werden systematisch dokumentiert und gelenkt. Die Verantwortlichkeit ist geregelt und die Patientinnen und Patienten sind über ihre Möglichkeiten, Rechte und Pflichten informiert.

f. Notfallmanagement für eine optimale Versorgung von Notfällen innerhalb des Spitals sowie bei Spitälern mit Notfallaufnahme: Die Kompetenz des gesamten Teams, Notfallerkennung, Schulung der Mitarbeitenden, Arztverfügbarkeit und Infrastruktur sind sichergestellt.

g. Schulung des klinischen Personals mindestens alle zwei Jahre gemäss den Richtlinien des European Resuscitation Council.

h. Grippeimpfungsmanagement mit dem Ziel einer möglichst hohen Grippeimpfrate beim Spitalpersonal.

i. Nachweis der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben, Richtlinien und amtlicher Kontrollen.

4.1.3. Zwischenfallmeldesystem (CIRS)

26. Das Listenspital führt ein Zwischenfallmeldesystem (Critical Incident Reporting System [CIRS]). Hierbei werden patientensicherheitsrelevante Zwischenfälle erfasst, analysiert, kommuniziert und Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.

27. Das CIRS genügt folgenden Anforderungen in Anlehnung an etablierte Handlungsempfehlungen:

a. Vorliegen eines CIRS-Konzepts.

b. Die Verantwortlichkeiten für die Pflege und Nutzung des CIRS sind geregelt und zugeteilt.

c. Die für die Fallbearbeitung in CIRS verantwortlichen Personen verfügen über die dazu erforderlichen Ressourcen und sind in systemischer Fallanalyse geschult. Sie haben Zugang zu allen Entscheidungs- und Leitungsgremien aller Ebenen des Spitals gemäss Wichtigkeit und Dringlichkeit einer Angelegenheit.

d. Die Bearbeitungsfristen für die Eingangsphase einer Fallbearbeitung (von Meldungseingang bis Triage und Information über das weitere Vorgehen) sind definiert. Die Kriterien zur Fallbeurteilung sind festgelegt und werden angewendet. Der Abschluss der CIRS-Meldung muss in jedem Fall kommentiert sein (auch, wenn bewusst auf Massnahmen verzichtet wurde).

e. Es erfolgen systematische Rückmeldungen zu den CIRS-Fällen. Mitarbeitende erhalten (von den Verantwortlichen) Informationen zu Berichten und Massnahmen. Entscheidungs- und Leitungsgremien erhalten regelmässig systematische Auswertungen.

f. Die Mitarbeitenden werden gemäss definiertem Prozess in das CIRS eingeführt.

g. Die Anonymität der Meldenden ist geregelt. Das Listenspital gewährleistet die betriebsinterne Sanktionsfreiheit der Meldenden.

h. Anonyme Meldungen sind möglich. Das Spital gewährleistet den jederzeitigen, niederschwelligen und meldegerechten Zugang auf das CIRS.

4.1.4. Qualitätsmessungen

28. Listenspitäler führen ein Qualitätsmonitoring und messen Prozess- und Ergebnisqualität ausgewählter Bereiche. Routinedaten sind (wo möglich) für Qualitätsmessungen zu nutzen.

29. Die Spitäler nehmen regelmässig an den nationalen Qualitätsmessungen teil und erfüllen den nationalen Qualitätsvertrag.

30. Die Listenspitäler händigen der Gesundheitsdirektion auf Verlangen spitalspezifische Ergebnisse von Qualitätsmessungen aus. Die Listenspitäler ermächtigen die Gesundheitsdirektion bei national verpflichtenden Messungen, deren Auswertungen (auf Spitalebene) direkt einzuholen.

31. Ergebnisse aus nationalen und kantonalen verpflichtenden Qualitätsmessungen und Registern sind regelmässig innerhalb des klinikeigenen Qualitätsmanagementsystems zu dokumentieren. Anhand der Qualitätsziele sind kontinuierlich Verbesserungsmassnahmen abzuleiten, zu bewerten und zu dokumentieren. Datenvollständigkeit und -qualität sind vom Spital zu kontrollieren und bei Bedarf zu optimieren. Geltende Vorgaben des Datenschutzes sind einzuhalten.

32. Für medizinische Register – soweit geplant, im Aufbau oder vorhanden – gelten die Empfehlungen der SAMW oder des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schweizer Zertifikate sollten nur dort zur Anwendung gelangen, wo internationale Zertifikate den Schweizer Strukturen nicht genügend Rechnung tragen. Es werden nationale Zertifikate empfohlen, die den SAMW-Empfehlungen entsprechen, durch die jeweilige Fachgesellschaft und/oder nationale Institutionen fachlich und normgebend verantwortet und durch einen von der Schweizerischen Akkreditierungsstelle (SAS) akkreditierten Betrieb zertifiziert werden.

4.1.5. Hygienemanagement

33. Ein Hygienekonzept, das die Etablierung einer Hygienekommission (mit Protokollierung der Sitzungen und Mitteilung der Ergebnisse an die Spitalleitung) und die Implementierung von Hygienerichtlinien und -empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene oder Swissnoso vorsieht, liegt vor.

34. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien ist zu überwachen.

35. Klinisch tätige Mitarbeitende sind bei Stellenantritt und während der Anstellung regelmässig in der Klinikhygiene zu schulen.

36. Empfehlungen der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspitals Zürich im Bereich der Hygiene sowie der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (einschliesslich Epidemien/Pandemien) sind zu berücksichtigen.

4.1.6. Heilmittelmanagement

37. Jedes Spital betreibt ein Heilmittelmanagement zur Optimierung der Heilmittelsicherheit und Vermeidung von Schäden durch Fehler bei der Anwendung sowie bei unerwünschten Wirkungen und Vorkommnissen.

38. Die Rollen und Kompetenzen bei der Abgabe und Anwendung von Heilmitteln sind in einem klar strukturierten Versorgungskonzept mit klinischen Leitlinien festgelegt.

39. Der Arzneimittelversorgungsprozess ist unter Einbezug der relevanten Akteure (Ärztinnen und Ärzte, Spitalapothekerinnen und -apotheker, Pflegefachpersonen, diplomierte Hebammen) hinsichtlich Verschreibung, Abgabe und Anwendung standardisiert und dokumentiert.

40. An externen sowie internen Schnittstellen erfolgt ein Arzneimittelabgleich. Der Umgang mit Fehlern und kritischen Ereignissen ist geregelt.

4.1.7. Patientendokumentation

41. Das Patientendokumentationssystem gewährleistet einen effizienten Informationsaustausch unter allen Akteuren unter Wahrung der Authentizität, der Datenintegrität und der Vertraulichkeit.

4.1.8. Koordinierte Versorgung

42. Ein Konzept zur integrierten Versorgung, speziell für multimorbide Patientinnen und Patienten, unter Berücksichtigung der Schnittstellen zu internen Abteilungen bzw. Kliniken ist vorhanden.

43. Ein Konzept zum koordinierten und multiprofessionellen Ein- und Austrittsmanagement (Übertrittsmanagement) einschliesslich einer den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten, allgemein verfügbaren Sozialberatung ist vorhanden und etabliert. Dies umfasst unter anderem Folgendes:

    a. Das Spital verfügt über einen definierten Eintrittsprozess. Dieser regelt insbesondere auch die Erfassung von schutz- und pflegebedürftigen Angehörigen (z.B. Minderjährige, pflegebedürftige Partnerinnen und Partner oder Eltern usw.) sowie von Tieren, für welche die Patientin oder der Patient die alleinige Verantwortung trägt. Der Eintrittsprozess enthält Handlungsanweisungen, um im Bedarfsfall Wohl und Betreuung von schutz- und pflegebedürftigen Angehörigen sowie Tieren sicherzustellen.

    b. Beim Austritt ist die Patientin oder der Patient schriftlich und mündlich über das weitere medizinische und therapeutische Prozedere zu instruieren.

    c. Es findet eine Information der Nachbehandler (u.a. Pflegeheime) und eine Koordination mit den Nachbehandlern statt.

    d. Die Sozialberatung kann von internen oder externen Fachpersonen durchgeführt werden, die innerhalb von 48 Stunden und an mindestens zwei Tagen pro Woche zur Verfügung stehen. Die Sozialberatung orientiert sich an den Richtlinien des Berufskodexes Soziale Arbeit Schweiz (AvenirSocial), soweit diese für das Spitalumfeld relevant sind.

44. Die Spitäler verschreiben beim Patientenaustritt bei Bedarf an Spitex-Pflegeleistungen – unter der Voraussetzung, dass die nötigen Anforderungen erfüllt sind – «Akut- und Übergangspflege» anstatt sonstiger Leistungen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung. Rehabilitationskliniken sind hiervon ausgenommen.

45. Die Spitäler verfügen mindestens über eine Kooperation mit einem psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst. Psychiatrien sind hiervon ausgenommen.

46. Die Patienteninformation und -aufklärung ist während des gesamten Behandlungsverlaufs sichergestellt (neben dem direkten Arzt-Patienten-Kontakt mittels schriftlicher Informationen).

47. Ein Betriebskonzept mit Angaben zur Organisation (Leitung, Administration, Stellenschlüssel, Koordination, Öffnungszeiten, Erreichbarkeit) sowie zur medizinischen Ausrichtung des Spitals ist vorhanden.

4.2. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Akutsomatik

Für Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag im Bereich der Akutsomatik gelten zusätzlich folgende Qualitätsanforderungen:

4.2.1. Hygienemanagement

48. Im Rahmen des Hygienemanagements verfügt das Listenspital über ein Konzept zum prophylaktischen und therapeutischen Antibiotikagebrauch (einschliesslich Berücksichtigung regionaler Resistenzspektren und Empfehlungen zur Dosierung der Antibiotika und zur Dauer der Therapie).

49. Das Spital führt ein Überwachungsprogramm (Surveillance) von nosokomialen Infektionen sowie Resistenzentwicklungen und erfüllt die strukturellen Mindestanforderungen der Strategie NOSO des BAG.

50. Postoperative Wundinfektionen sind wie folgt zu erfassen: Mindestens drei Eingriffsarten aus der von ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) und Swissnoso bereitgestellten Auswahl sind simultan zu überwachen, darunter Colonchirurgie, falls diese angeboten wird. Die Auswahl der Eingriffsarten erfolgt auf der Grundlage der häufigsten Leistungen im Spital. Die Eingriffsarten können jedoch – anders als von ANQ und Swissnoso definiert – nicht mit jeder neuen Erfassungsperiode gewechselt werden, sondern bleiben mindestens drei Erhebungsjahre in Folge bestehen. Auf begründeten Antrag kann die Gesundheitsdirektion frühestens nach drei Jahren die Anpassung der Auswahl bewilligen.

4.2.2. Mindestfallzahlen

51. Im Anhang *Leistungsspezifische Anforderungen* zur Zürcher Spitalliste Akutsomatik sind die Leistungsgruppen bezeichnet, für die der Leistungsauftrag grundsätzlich voraussetzt, dass im Listenspital pro Jahr die im Anhang genannte Mindestzahl an Behandlungen erreicht wird (Mindestfallzahlen pro Spital [MFZS]).

52. In den im Anhang *Leistungsspezifische Anforderungen* zur Zürcher Spitalliste entsprechend bezeichneten Leistungsgruppen darf ein Listenspital eine Operateurin oder einen Operateur grundsätzlich nur dann ohne Supervision für einen Eingriff einsetzen, wenn sie oder er die im Anhang genannte Mindestzahl an Behandlungen erreicht (Mindestfallzahlen pro Operateur/in [MFZO]).

53. Die Gesundheitsdirektion bezeichnet und veröffentlicht diejenigen Untersuchungs- und Behandlungscodes einer Leistungsgruppe, die bei der Bestimmung der Mindestfallzahlen berücksichtigt werden. Die Bezeichnung der Codes erfolgt in der Regel in Absprache mit externen Fachexpertinnen und -experten.

54. Die Gesundheitsdirektion regelt die Erfassung und die Zählweise der im Rahmen der Mindestfallzahlen zu berücksichtigenden Behandlungen sowie die Ausnahmen vom Erfordernis der Mindestfallzahlen.

4.2.3. Qualitätscontrolling

55. Für ausgewählte Leistungsgruppen ist ein Qualitätscontrolling in Form eines Qualitätsprogramms vorgeschrieben.

56. Ein Qualitätsprogramm erfüllt folgende Rahmenbedingungen:

    a. Es sind geeignete Daten definiert, die eine stabile und belastbare Aussage zur entsprechenden Behandlungsqualität innerhalb eines Spitals zulassen. Wenn möglich werden bereits verfügbare Daten verknüpft und verwendet, um den Aufwand zur Datenerfassung für die Spitäler möglichst gering zu halten.

    b. Gestützt auf die definierte Datengrundlage werden in Zusammenarbeit mit Fachexpertinnen und -experten Kenndaten erarbeitet, die mindestens Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglichen. Bei Bedarf werden die Fachgesellschaften einbezogen.

    c. Die Auswertungen sollen verlässliche Spitalvergleiche ermöglichen. Bei spezifischen Indikationen oder Behandlungen werden Vergleiche auf Ebene der Operateurinnen und Operateure durchgeführt.

    d. Im jährlichen Qualitätszirkel werden Spitalvergleiche zu Indikations- und Ergebnisqualität offengelegt und besprochen. Dies ermöglicht ein Qualitätscontrolling und eine Qualitätsentwicklung. Die Teilnahme am Qualitätszirkel ist für Listenspitäler obligatorisch.

57. Die Gesundheitsdirektion regelt die Einzelheiten der Qualitätsprogramme je Leistungsgruppe. Sie erstellt transparente Konzepte zu den Qualitätsprogrammen und veröffentlicht diese auf ihrer Webseite.

58. Bei Auffälligkeiten im Rahmen des Qualitätscontrollings entscheidet die Gesundheitsdirektion in Abhängigkeit vom Schweregrad über allfällige Folgemassnahmen wie z.B. Stellungnahmen oder Peer Reviews. Bei wiederholten und/oder schwerwiegenden Auffälligkeiten kann der Leistungsauftrag nur noch provisorisch erteilt oder entzogen werden.

4.3. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Rehabilitation

Für Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag im Bereich der Rehabilitation gelten zusätzlich folgende Qualitätsanforderungen:

4.3.1. Multiprofessioneller Behandlungsansatz

59. Die Behandlung in Rehabilitationskliniken folgt einem multiprofessionellen Ansatz. Sie setzt sich aus verschiedenen Leistungen zusammen. Dazu gehören:

    a. methodisch fundierte Abklärung/Befunderhebung, Diagnostik, Therapien durch verschiedene Fachdisziplinen bzw. Berufsgruppen

    b. Einzel- sowie Gruppentherapien

    c. Rehabilitationspflege

    d. Vernetzungsgespräche mit Angehörigen, Arbeitgebenden, Case Managerinnen und Case Managern

    e. Kontakte mit vor- und nachbehandelnden medizinischen Fachpersonen, Helfernetz und Behörden

60. Rehabilitationskliniken erbringen alle für die medizinische und therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten notwendigen Leistungen.

4.3.2. Multiprofessionelles Behandlungsteam

61. Die Rehabilitationskliniken verfügen über ein multiprofessionelles, interdisziplinär zusammenarbeitendes Behandlungsteam, bestehend aus:

    a. Ärztinnen und Ärzten

    b. Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen

    c. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

    d. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

    e. Dipl. Pflegefachpersonen

    f. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern

    Je nach Indikation, Bedarf, Behandlungsangebot und Konzeption bzw. Leistungsauftrag gehören dem Team weitere Fachpersonen an.

62. Zur Sicherstellung einer abgestimmten und vernetzten Behandlung der Patientinnen und Patienten findet eine zielorientierte Rehabilitationskoordination zwischen allen beteiligten Fachpersonen der Bereiche Medizin, Therapie, Pflege und Beratung mit klaren Verantwortlichkeiten statt.

4.3.3. Ärztliche Abklärung und Behandlung

63. Die ärztliche Leistung umfasst die Überprüfung und Klärung der für die Diagnostik und Behandlung relevanten medizinischen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Behandlungsauftrag (Behandlung und Management von Krankheitssymptomen, Evaluation und Verordnung von Medikamenten, therapeutischen Leistungen und medizinisch-technischen Verrichtungen, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie Erstellung von Arztberichtenusw.).

64. Innert 24 Stunden nach Eintritt der Patientin oder des Patienten findet eine medizinische Untersuchung und Indikationsstellung statt. Beim Austritt erfolgt eine medizinische Untersuchung.

65. Medizinische Indikation und Behandlungsauftrag werden in regelmässigen Abständen und mindestens wöchentlich überprüft und bei Bedarf angepasst.

4.3.4. Therapieplanung und -leistungen

66. Das Behandlungsprogramm ist multiprofessionell und multidisziplinär. Die Behandlungsfrequenz (Behandlungstage pro Woche, Therapieeinheiten pro Tag) richtet sich nach der Indikation, dem Behandlungsauftrag und den Therapiezielen sowie dem Therapieprogramm, einschliesslich der individuellen Bedürfnisse und der Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten.

67. Die individuelle Therapieplanung wird auf der Grundlage der Ergebnisse der Abklärung, Befunderhebung und Diagnostik des Behandlungsteams und unter Nutzung anerkannter Assessment-Instrumente erarbeitet. Die Therapieziele werden vom Behandlungsteam unter Einbezug der Patientinnen und Patienten (bzw. ihrer Vertretung) und der Angehörigen vereinbart und schriftlich festgelegt. Dabei wird auch das berufliche und soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten berücksichtigt. Die Therapieplanung ist dem ganzen Behandlungsteam zugänglich.

68. Die Behandlung richtet sich nach einem strukturierten, sowohl für die Patientin oder den Patienten als auch für das Behandlungsteam verbindlichen Wochenplan (Therapieprogramm). Die einzelnen Therapieelemente sind aufeinander abgestimmt und individuell ausgestaltet. Die Behandlung wird anhand der Therapieplanung und Zielsetzung fortlaufend überprüft, im Behandlungsteam abgestimmt und bei Bedarf angepasst.

69. Für jede Patientin und jeden Patienten wird eine fallführende Bezugsperson bezeichnet.

4.3.5. Weitere Leistungen der Rehabilitationsklinik

70. Rehabilitationskliniken erbringen nach Bedarf weitere fallbezogene und fallunabhängige Leistungen. Dazu gehören insbesondere:

    a. Betreuung und Beratung zur sozialen, schulischen oder beruflichen Reintegration der Patientinnen und Patienten durch einen Sozialdienst

    b. weitere ergänzende Therapien

    c. Ernährungsberatung

    d. Diabetesberatung

    e. Diätküche

    f. Fortführung der im akutsomatischen Spital eingeleiteten Therapien

    g. Sicherstellung der Durchführung von (klinikexternen) Dialysen

    h. sozialpädagogische Leistungen und schulische Reintegration bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation»

    i. Beratungsangebot für Angehörige sowie Fachpersonen im Vorfeld und/oder während einer Behandlung

    j. Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern

4.3.6. Qualifikation und Verfügbarkeit der Leitungsfunktionen

71. Die medizinisch für die Rehabilitationsklinik verantwortliche Person (ärztliche Leitung) ist fest angestellt und verfügt über mindestens drei Jahre Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin.

72. Die medizinisch für einen Fachbereich verantwortliche ärztliche Person vor Ort und ihre Stellvertretung sind fest angestellt und verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozente.

73. Die Leitung Therapien und ihre Stellvertretung verfügen über einen anerkannten Abschluss nach Art. 47 Abs. 1 Bst. a, Art. 48 Abs. 1 Bst. a, Art. 50 Bst. a oder Art. 50b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Die Leitung und ihre Stellvertretung sind fest angestellt und verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozente.

74. Die Leitung Pflegedienst und ihre Stellvertretung verfügen über ein anerkanntes Diplom als Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege oder Master of Science in Pflege nach Art. 49 Bst. a KVV und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Die Leitung und ihre Stellvertretung sind fest angestellt und verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozente.

4.3.7. Qualifikation und Verfügbarkeit des Fachpersonals

75. Die Verfügbarkeit des Behandlungsteams gemäss Ziff. 61 ist zu den üblichen Behandlungszeiten vor Ort im Spital sichergestellt. Für folgendes Fachpersonal gilt eine spezifische Verfügbarkeit:

    a. Fachärztinnen und Fachärzte der Leistungsbereiche, in denen die Rehabilitationsklinik einen Leistungsauftrag hat, stehen von Montag bis Freitag in der Regel im Zeitfenster von 8.00 bis 18.00 Uhr während acht Stunden vor Ort zur Verfügung. In der übrigen Zeit, an Wochenenden und Feiertagen ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst für die Rehabilitationsklinik sichergestellt sowie eine diensthabende Ärztin oder ein diensthabender Arzt vor Ort anwesend.

    b. An jedem Tag steht rund um die Uhr pro Fachbereich mit höchstens 48 Betten mindestens eine Pflegefachperson mit einem Abschluss als dipl. Pflegefachfrau/Pflegefachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege oder Master of Science in Pflege nach Art. 49 Bst. a KVV vor Ort zur Verfügung.

    c. Eine Pflegefachperson mit Weiterbildung in Wundmanagement steht bei Bedarf zur Verfügung.

76. Die Rehabilitationsklinik gewährleistet eine regelmässige Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden.

77. Die nachfolgend aufgeführten Berufsgruppen erfüllen die definierten Ausbildungsabschlüsse:

Beruf	**Abschluss**
Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen sowie Neuropsychologinnen und Neuropsychologen	Abschluss nach Art. 2 oder 3 Psychologieberufegesetz
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Abschluss nach Art. 47 Abs. 1 Bst. a KVV
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	Abschluss nach Art. 48 Abs. 1 Bst. a KVV
Logopädinnen und Logopäden	Abschluss nach Art. 50 Bst. a KVV
Pflegefachpersonal	Abschluss nach Art. 49 Bst. a KVV
Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater	Abschluss nach Art. 50a Abs.1 Bst. a KVV

4.3.8. Infrastruktur

78. Die Rehabilitationsklinik verfügt über ausreichende Räumlichkeiten, um den Leistungsauftrag zu gewährleisten.

79. Die Gesamtanlage und die Räumlichkeiten sind rollstuhlgängig und behindertengerecht gestaltet. Bei Neu- und Umbauten ist die SIA-Norm 500 zu berücksichtigen.

80. Die Rehabilitationsklinik verfügt über eine Infrastruktur, die mindestens folgende Untersuchungen und Behandlungen zulässt:
    a. Monitoring der Vitalparameter täglich rund um die Uhr
    b. Notfall-Labor: täglich rund um die Uhr verfügbar
    c. Medizinische Diagnostik gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
    d. Routine-EKG
    e. Medizinische Trainingstherapie
    f. Einrichtungen und apparative Ausrüstung für aktive und passive Therapieformen, die eine adäquate Behandlung gewährleisten.

81. Notfall-Koffer bzw. -Wageneinschliesslich Defibrillator sind so in der Rehabilitationsklinik platziert, dass sie innert fünf Minuten bei der Patientin oder dem Patienten sind.

4.3.9. Mindestfallzahlen und Mindestpflegetage

82. Im Anhang *Leistungsspezifische Anforderungen* zur Zürcher Spitalliste Rehabilitation sind die Leistungsgruppen bezeichnet, für die der Leistungsauftrag grundsätzlich voraussetzt, dass im Listenspital pro Jahr die im Anhang genannte Mindestzahl an Fällen bzw. Pflegetagen erreicht wird (Mindestfallzahlen bzw. Mindestpflegetage pro Spital).

83. Die Gesundheitsdirektion regelt die Erfassung und die Zählweise der Fälle bzw. Pflegetage sowie die Ausnahmen vom Erfordernis der Mindestfallzahlen bzw. Mindestpflegetage.

4.4. Zusätzliche Anforderungen im Bereich Psychiatrie

Für Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag im Bereich der Psychiatrie gelten zusätzlich folgende Qualitätsanforderungen:

84. Das Listenspital orientiert sich für die Leistungserbringung am Grundsatz der Präferenz der ambulanten vor der stationären Behandlung und bevorzugt eine wohnortsnahe (gemeindenahe) Betreuung. Es fördert innovative therapeutische Angebote und Versorgungsmodelle.

85. Ein strukturierter patientenbezogener Behandlungsprozess ist vorhanden. In diesem Rahmen werden insbesondere anerkannte Assessmentinstrumente eingesetzt, Therapieziele definiert, eine Therapieplanung erstellt und die Zielerreichung überprüft.

86. Die Indikation für den stationären Aufenthalt und der Behandlungsauftrag werden in regelmässigen Abständen, mindestens wöchentlich, überprüft.

87. Das Listenspital verfügt über ein Konzept zur Suizidprävention während des stationären Aufenthalts und über ein Konzept zur Gewaltprävention und zum Umgang mit Gewaltereignissen in der Klinik.

88. Das Listenspital stellt eine interdisziplinär ausgerichtete Behandlung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam sicher.

89. Das Listenspital erfüllt folgende Voraussetzungen:

    a. Auf jeder Akutstation ist täglich rund um die Uhr mindestens eine Pflegefachperson mit einem im Sinne von Art. 49 Bst. a KVV anerkannten Diplom anwesend.

    b. Pro zwei Nicht-Akutstationen ist täglich rund um die Uhr mindestens eine solche Pflegefachperson anwesend. Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein.

90. Mindestens drei Viertel der Kaderärztinnen und -ärzte (Chefärztinnen und -ärzte, Leitende Ärztinnen und Ärzte, Oberärztinnen und -ärzte) verfügen über folgenden Facharzttitel FMH oder befinden sich im letzten Drittel der Weiterbildung dazu:

    a. Erwachsenenpsychiatrie- und Gerontopsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie

    b. Kinder- und Jugendpsychiatrie: FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie

91. Für die im Spital tätigen Psychologinnen und Psychologen gelten folgende Aus- und Weiterbildungsvoraussetzungen:

    a. Klinisch tätige Psychologinnen und Psychologen verfügen über einen eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten Universitäts- oder Fachhochschulabschluss (Master oder Lizenziat) in Psychologie.

    b. Mindestens drei Viertel der klinisch tätigen Psychologinnen und Psychologen verfügen über einen eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder – für den Altersbereich Gerontopsychiatrie – in Neuropsychologie oder befinden sich in Weiterbildung dazu.

    c. Mindestens drei Viertel der klinisch tätigen Psychologinnen und Psychologen in Kaderstellungen (leitende Psychologin oder leitender Psychologe) verfügen über einen eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel in Psychotherapie oder – für den Altersbereich Gerontopsychiatrie – in Neuropsychologie oder befinden sich im letzten Drittel der Weiterbildung dazu.

92. Das Listenspital verfügt über einen Sozialdienst bzw. eine fest angestellte diplomierte Sozialarbeiterin oder einen fest angestellten diplomierten Sozialarbeiter oder eine diplomierte Pflegefachkraft mit Certificate of Advanced Studies (CAS) in Case Management ist vorhanden.

93. Das Spital verfügt subsidiär über eine Kooperation mit einem Dolmetscherdienst für fremdsprachige Patientinnen und Patienten, die sich weder in einer schweizerischen Landessprache noch auf Englisch verständigen können. In erster Linie sind spitalinterne Ressourcen für Übersetzungszwecke durch fremdsprachiges medizinisches Fachpersonal in Anspruch zu nehmen.

5. Rettungswesen, Patiententransporte (Verlegungen)

94. Für die Patientenübergabe von und an Rettungsdienste ist ein strukturiertes Übergabeprotokoll zu verwenden. Bei Notfalleinweisungen durch die Rettungsdienste ist entscheidend, dass das Zielspital über die für die Behandlung erforderlichen Kompetenzen und einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt. Die Spitäler dürfen bei der Anmeldung durch den Rettungsdienst nur Fälle annehmen, für deren erwartete Behandlung sie über einen Leistungsauftrag verfügen. Patientenaufnahmen sind nicht zulässig, wenn ausserhalb des Leistungsauftrags eine Behandlung durchgeführt wird, die zu erwarten war und in der Planung hätte berücksichtigt werden können. Damit sollen kurzfristige Sekundärverlegungen während der Erstbehandlung möglichst verhindert werden.

5.1. Verlegungskategorien

95. Bei Patiententransporten (Verlegungen) zwischen stationären Einrichtungen (Spital, Geburtshaus) muss die verlegende Einrichtung unterscheiden zwischen einfachen (stabilen) und komplexen Patientinnen und Patienten:

    a. Einfache (stabile) Patientinnen und Patienten (Kategorie E gemäss Anhang 1 der Verordnung über das Rettungswesen vom 12. April 2018 [RWV]) sind Personen, bei denen davon auszugehen ist, dass es während der Verlegung zu keinen Komplikationen kommen wird. Typische Einsätze sind Verlegungstransporte nach einfacher Fraktur (z.B. bei Skiunfällen), bei denen die Patientin oder der Patient liegend transportiert werden muss, jedoch während des Transports keine weitergehende Behandlung benötigt. Bei diesen einfachen (stabilen) Patientinnen und Patienten ist eine Medikamentengabe (u.a. mittels Infusion, Perfusor) nicht zulässig. Erlaubt sind ausschliesslich folgende medizinischen Massnahmen:

        – Monitoring für Blutdruck und Blutsauerstoffspiegel / SpO_2
        – Sauerstoffabgabe
        – Belassen bestehender Infusionen ohne Medikamentenzusätze. Medikamentenzusätze sind ausnahmsweise erlaubt bei geplanten parenteralen Dauer-Heimtherapien ohne kontinuierliche medizinische Betreuung.

        Ergibt die medizinische Beurteilung dieser Patientinnen und Patienten, dass während des Transports weitergehende medizinische Massnahmen erforderlich werden könnten, muss eine höhere Transportkategorie (A–D) gewählt werden. Ändert sich der Zustand der Patientin oder des Patienten während des Transports, ist umgehend die Einsatzleitzentrale (ELZ) zu kontaktieren.

    b. Komplexe Patientinnen und Patienten (Kategorie A–D gemäss Anhang 1 der RWV) sind alle übrigen Patientinnen und Patienten.

96. Patiententransporte (Verlegungen) zwischen stationären Einrichtungen mit Standort im Kanton Zürich sind grundsätzlich mit zugelassenen Verlegungsdiensten (Kategorie E) oder Rettungsdiensten (Kategorien A–D) durchzuführen. Verlegungen einfacher (stabiler) Patientinnen und Patienten (Kategorie E) können zwischen den Spitälern und Verlegungsdiensten vereinbart werden. Verlegungen komplexer Patientinnen und Patienten müssen der ELZ angemeldet werden. Die Wahl der richtigen Transportkategorie liegt in der Verantwortung des verlegenden Spitals.

5.2. Spezialtransporte

97. Bei Spezialtransporten mit intensivmedizinischer Betreuung und speziellem Equipment (z.B. Isolettentransporte oder ECMO) ist das verlegende Spital verpflichtet, das ärztliche oder pflegerische Fachpersonal zur fachgerechten Betreuung der Patientin oder des Patienten während des Transports zur Verfügung zu stellen, wenn

    a. die Patientin oder der Patient intensivmedizinischer Betreuung bedarf oder für den Transport ein spezielles Equipment zum Einsatz kommt, das nicht zur Basisausrüstung des Rettungsmittels gehört, und

    b. das Team des Rettungsmittels erklärt, dass es die Patientenbetreuung nicht allein gewährleisten kann.

98. Das Spital kann entsprechend qualifiziertes Personal selbst stellen oder auf seine Kosten durch das spezialisierte Zielspital stellen lassen.

5.3. Management des Helikopterlandeplatzes

99. Die Pflege und das Management des Helikopterlandeplatzes liegt in der Verantwortung der Spitäler. Die Spitäler sind verpflichtet, die aktuelle Verfügbarkeit des Helikopterlandeplatzes auf der EBAK-Plattform (Elektronische Bestellung aus Kliniken) einzutragen und somit der ELZ zur Verfügung stellen. Die ELZ verbreitet die Informationen zeitnah an alle Luftrettungsanbieter.

5.4. Verlegungen ab Geburtshaus

100. Für Verlegungen ab einem Geburtshaus in das Verlegungsspital gilt Folgendes:

    a. Wenn die Gebärende oder das Kind vitale Unterstützung benötigen:

    Die Verlegung erfolgt in einem Rettungstransportwagen. Dies gilt auch dann, wenn der Rettungsdienst die im konkreten Fall benötigte vitale Unterstützung nicht bieten kann, es sei denn, der Rettungstransportwagen sei nicht innert nützlicher Frist verfügbar. In solchen Fällen erfolgt die Verlegung ausnahmsweise in einem Taxi oder PW.

    b. Wenn die Gebärende und das Kind *keine* vitale Unterstützung benötigen:

    Die Verlegung erfolgt in einem Krankentransportwagen. Ist ein Krankentransportwagen nicht innert nützlicher Frist verfügbar, erfolgt die Verlegung ausnahmsweise in einem Taxi oder PW.

101. Beim Entscheid über die Verlegung mit einem PW wägt das Geburtshaus ab:
    a. Dringlichkeit der Verlegung: Hohe Dringlichkeit, z.B. bei einer Bradykardie beim Kind oder der Indikation für eine Blitzsectio (spricht eher für Verlegung mit einem PW)
    b. Bedarf nach und Möglichkeit von medizinischer Erstversorgung und vitaler Unterstützung durch das Rettungsteam: Hoher Bedarf z.B. bei postpartalen Kreislaufproblemen oder Blutungssituationen (spricht eher für Verlegung mit einem Rettungsdienst)
    c. Möglichkeit der medizinischen Versorgung durch das Geburtshaus bis zum Eintreffen des Rettungstransportwagens
    d. zeitliche Verfügbarkeit des Rettungs- oder Transportdienstes

102. Die Verlegung mit einem Taxi oder PW kann beispielsweise angezeigt sein
    a. bei einer Indikation für eine Blitzsectio, wenn der Rettungs- oder Transportdienst nicht sofort verfügbar ist,
    b. bei der Verlegung einer Gebärenden, die eine medikamentöse Schmerzbehandlung (z.B. mittels Periduralanästhesie) wünscht, wenn der Transportdienst nicht innert nützlicher Frist verfügbar ist.

103. Für die Verlegung in einem Taxi oder PW gelten folgende Voraussetzungen und Modalitäten:
    a. Das Geburtshaus klärt vor dem Transport die Verfügbarkeit eines Rettungsfahrzeugs mit der ELZ. Eine Verlegung im Taxi oder PW ist nur zulässig, wenn nicht innert nützlicher Frist ein Rettungsfahrzeug verfügbar ist.
    b. Das Geburtshaus reicht der Gesundheitsdirektion ein Konzept für Verlegungen im Taxi oder PW zur Genehmigung ein. Für das Konzept gelten folgende Rahmenbedingungen:
        - Das Geburtshaus stellt sicher, dass ein Taxi oder PW rund um die Uhr verfügbar ist. Bei Verlegungen im Taxi sichert sich das Geburtshaus die entsprechende Dienstleistung vertraglich zu.
        - Die Verlegung im PW der Gebärenden oder einer oder eines Angehörigen der Gebärenden ist nicht zulässig.
        - Das Konzept legt dar, wer das Fahrzeug steuert und wer die Gebärende und das Kind während der Fahrt betreut.
        - Das Taxi oder der PW verfügt über die für die Verlegung erforderliche, im Konzept darzulegende Ausrüstung. An medizinischer Sonderausrüstung ist einzig die Möglichkeit zur Sauerstoffgabe erlaubt.
        - Das Fahrzeug darf nicht mit Blaulicht ausgerüstet sein.
        - Bei Eintritt eines medizinischen Notfalls während der Fahrt ist die ELZ zu kontaktieren.

6. Aus- und Weiterbildung

104. Die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung nach § 5 Abs. 1 lit. f SPFG gilt für die Listenspitäler mit Standort im Kanton Zürich. Sie gilt nicht für Geburtshäuser. Listenspitäler mit ausserkantonalem Standort beteiligen sich an der Aus- und Weiterbildung gemäss Vorgaben des Standortkantons.

105. Die Pflicht zur Aus- und Weiterbildung gilt für folgende nichtuniversitären Berufe:

a. Ausbildung

a1. *Pflege und Betreuung*

- diplomierte Pflegefachfrau FH oder diplomierter Pflegefachmann FH
- diplomierte Pflegefachfrau HF oder diplomierter Pflegefachmann HF
- Fachfrau oder Fachmann Gesundheit EFZ (FaGe)
- Assistentin oder Assistent Gesundheit und Soziales EBA (AGS)

a2. *MTT-Berufe*

- diplomierte Physiotherapeutin FH oder diplomierter Physiotherapeut FH
- diplomierte Ergotherapeutin FH oder diplomierter Ergotherapeut FH
- diplomierte Ernährungsberaterin FH oder diplomierter Ernährungsberater FH
- diplomierte Fachfrau Operationstechnik HF oder diplomierter Fachmann Operationstechnik HF
- diplomierte Biomedizinische Analytikerin HF oder diplomierter Biomedizinischer Analytiker HF
- diplomierte Fachfrau medizinisch-technischer Radiologie HF oder diplomierter Fachmann medizinisch-technischer Radiologie HF
- diplomierte Aktivierungsfachfrau HF oder diplomierter Aktivierungsfachmann HF

a3. *Hebammen*

- diplomierte Hebamme FH / diplomierter Entbindungspfleger FH

b. Weiterbildung

- diplomierte Expertin oder diplomierter Experte Intensivpflege NDS HF
- diplomierte Expertin oder diplomierter Experte Notfallpflege NDS HF
- diplomierte Expertin oder diplomierter Experte Anästhesiepflege NDS HF

106. Der gesamtkantonale Bedarf eines Gesundheitsberufs gemäss § 5 Abs. 1 lit. f SPFG bestimmt sich in erster Linie nach der Zahl der diesen Beruf ausübenden Personen, deren Vollzeitäquivalenten und der durchschnittlichen Berufsverweildauer dieser Personen.

107. Das Aus- und Weiterbildungssoll eines Listenspitals bestimmt sich in erster Linie nach der Zahl der Personen und deren Vollzeitäquivalenten, die in diesem Spital in den betreffenden Gesundheitsberufen tätig sind.

108. Das Spital hat die Ausbildungsleistungen grundsätzlich selbst zu erbringen. Aus- und Weiterbildungsmodule, die vom Spital nicht angeboten werden, können im Auftrag des Spitals durch ein Pflegeheim derselben Rechtsträgerschaft wie das Spital, durch ein anderes Listenspital oder eine medizinisch-technische Einrichtung (Labor, Radiologieinstitut, Institut für Medizinische Mikrobiologie usw.) erbracht werden. Das Spital hat zudem die Möglichkeit, Aus- und Weiterbildungsleistungen bei einem anderen Listenspital einzukaufen.

109. Die Kosten des Aufwandes der Spitäler für die Aus- und Weiterbildung im stationären Bereich in nichtuniversitären Gesundheitsberufen ist in den von Kanton und Versicherern zu leistenden Pauschalen enthalten. Es werden keine zusätzlichen Vergütungen geleistet.

110. Liegt die erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung eines Spitals unter dem Aus- und Weiterbildungssoll dieses Spitals, hat es im entsprechenden Umfang eine Ersatzabgabe zugunsten der Staatskasse zu leisten. Die Ersatzabgabe beträgt 150% der durchschnittlichen Kosten des Aus- und Weiterbildungsaufwandes des betreffenden Berufs. Für die Bestimmung der Kosten kann auf die im Auftrag der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz erhobenen Nettonormkosten des Aus- und Weiterbildungsaufwandes der Gesundheitsberufe abgestellt werden. In begründeten Fällen kann die Ersatzabgabe nach freiem Ermessen reduziert oder erlassen werden.

111. Bei Nichterfüllung der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung bleiben Sanktionen gemäss § 22 SPFG vorbehalten.

7. Daten

7.1. Datenlieferung

112. Das Listenspital stellt der Gesundheitsdirektion Kosten-, Leistungs- und weitere Daten zu, die für die optimale Umsetzung des KVG und des SPFG erforderlich sind. Die Datenlieferungen erfolgen in der erforderlichen Qualität und fristgerecht gemäss den Vorgaben der Gesundheitsdirektion.

113. Das Listenspital liefert Daten an die von der SwissDRG AG bezeichneten Stellen gemäss deren Vorgaben.

7.2. Datenschutz und Informationssicherheit

114. Das Listenspital ist zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben gemäss kantonalem und Bundesrecht verpflichtet. Die Vorgaben sind während der gesamten gesetzlich definierten Bearbeitungs- und Aufbewahrungsdauer zu beachten.

115. Es sind verantwortliche Personen für Datenschutz und für Informationssicherheit zu bestimmen. Es ist sicherzustellen, dass diese Personen für ihre Aufgaben geschult sind und über die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen verfügen.

116. Das Listenspital ist verpflichtet, ein Informationssicherheits-Managementsystem (ISMS) zu führen. Die nötigen Vorgaben, Prozesse, organisatorischen und technischen Massnahmen sowie Kontrollen zur Sicherstellung der Informationssicherheit sind zu definieren, umzusetzen und regelmässig zu überprüfen. Das Listenspital berücksichtigt dabei den neuesten Stand der Technik und orientiert sich an einschlägigen internationalen Standards (ISO 2700x-Reihe, Vorgaben des deutschen Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik).

117. Die Umsetzung der Prozesse und Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Informationssicherheit ist zu dokumentieren. Zum ISMS ist ein PDCA-Zyklus für die kontinuierliche Verbesserung der Informationssicherheit zu implementieren. Der Geschäftsleitung ist regelmässig darüber Bericht zu erstatten.

118. Sofern das Listenspital Datenbearbeitungen an externe Partner auslagert (Outsourcing), muss der Inhalt des Auslagerungsvertrags mindestens den Anforderungen entsprechen, die in den «Allgemeinen Geschäftsbedingungen bei der Auslagerung von Datenbearbeitungen unter Inanspruchnahme von Informatikleistungen», erlassen vom Regierungsrat des Kantons Zürich am 24. Juni 2015, festgehalten sind. Für jede Auslagerung ist vorgängig eine Risikofolgenabschätzung vorzunehmen und der Geschäftsleitung zur Genehmigung zu unterbreiten.

8. Rechnungslegung

119. Die Buchführung erfolgt nach den für den Betrieb geltenden gesetzlichen Grundlagen und den branchenüblichen Standards. Die Kostenrechnung wird nach den Bestimmungen des Bundes und den für eine optimale Umsetzung des KVG erforderlichen Vorgaben der Gesundheitsdirektion geführt.

120. Das Listenspital erstellt eine Jahresrechnung nach einem der Standards Swiss GAAP FER, IPSAS oder IFRS und lässt diese revidieren. Der Revisionsbericht ist der Gesundheitsdirektion vorzulegen. Die Betriebsbuchhaltung muss nach dem Branchenstandard REKOLE® zertifiziert sein. Geburtshäuser sind von diesen Bestimmungen ausgenommen. Der Betrieb erstellt einen Rechnungsabschluss pro Kalenderjahr.

121. Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in mehreren Versorgungsbereichen (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) grenzen die verschiedenen Bereiche räumlich, betrieblich und in der Kostenrechnung sachgerecht ab.

9. Aufsicht und Revision

122. Die Gesundheitsdirektion überprüft die Einhaltung der Leistungsaufträge, bei Bedarf auch vor Ort. Das Listenspital hat der Gesundheitsdirektion alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen.

123. Das Listenspital hat die staatsbeitragsrechtlichen Revisionen und Kodierrevisionen durch die Gesundheitsdirektion zu unterstützen. In diesem Zusammenhang sind den zuständigen Organen der Gesundheitsdirektion die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, Einsicht in die Bücher und Belege zu gewähren sowie weitere Unterlagen vorzulegen. Soweit möglich wird sich die staatsbeitragsrechtliche Revision auf die anderen finanziellen Audits stützen, die von den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden.

124. Die Gesundheitsdirektion ist berechtigt, die Umsetzung der Aufnahmepflicht bzw. des Gleichbehandlungsgrundsatzes in Form von Audits in den Spitälern zu überprüfen. Die Gesundheitsdirektion behält sich vor, die Einhaltung von generellen und leistungsspezifischen Anforderungen mittels Audits oder anderer Methoden zu überprüfen.

10. Zahlungsmodalitäten

125. Die Gesundheitsdirektion vereinbart mit den Listenspitälern die Modalitäten der Vergütung für die Behandlung von Kantonseinwohnerinnen und -einwohnern sowie für die Behandlung von EU-/EFTA-OKP-Patientinnen und -Patienten mit Anknüpfungspunkt im Kanton Zürich.

126. Die Listenspitäler stellen der Gesundheitsdirektion den kantonalen Vergütungsanteil für die Behandlungen elektronisch über Einzelrechnungen in Rechnung. Die Listenspitäler liefern der Gesundheitsdirektion die für die Prüfung der kantonalen Zahlungspflicht notwendigen Angaben und Unterlagen. Die Listenspitäler stellen der Patientin oder dem Patienten unaufgefordert eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist, zu (Art. 42 Abs. 3 KVG). Die Übermittlung der Rechnung an die versicherte Person kann auch elektronisch erfolgen. Hat der Leistungserbringer in Abweichung dieses Grundsatzes gestützt auf Art. 59 Abs. 4 Satz 2 KVV mit dem Versicherer vereinbart, dass dieser die Rechnungskopie zustellt, hat er dies gegenüber der Gesundheitsdirektion nachzuweisen.

127. Die Listenspitäler lassen alle Rechnungskorrekturen, die sie gegenüber den Versicherern vornehmen, in voller Höhe in die Rechnungstellung gegenüber dem Kanton einfliessen.

128. Es werden ausschliesslich Leistungen abgegolten, für die das Listenspital auf der Zürcher Spitalliste 2023 einen Leistungsauftrag erhalten hat (§ 10 Abs. 1 SPFG). Dies wird im Rahmen des Leistungscontrollings durch die Gesundheitsdirektion jährlich überprüft. Abgeltungen für Leistungen, für die kein Leistungsauftrag bestanden hat, werden zurückgefordert.

129. Bei Vorliegen zwingender medizinischer Gründe kann die Gesundheitsdirektion im Interesse der Patientin oder des Patienten die Durchführung eines Eingriffes genehmigen und sich an den Kosten beteiligen, auch wenn das Spital nicht über einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt.

130. Ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt der Meinung, dass eine Behandlung trotz fehlenden Leistungsauftrags durchgeführt werden muss, und handelt es sich dabei nicht um eine Notfallbehandlung, stellt sie oder er bei der Gesundheitsdirektion ein Gesuch um Kostengutsprache. Das Gesuch muss einen Antrag und eine medizinische Begründung enthalten. Dem Gesuch müssen alle medizinischen Unterlagen (Berichte, Befunde usw.), die für die Beurteilung notwendig sind, beigelegt werden. Die Einreichung kann postalisch oder elektronisch (gesundheitsversorgung@gd.zh.ch) erfolgen.