



Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Amt für Gesundheit
Versorgungsplanung

Dossier-Nr. 1895-2023 / 2025-07-3132

Ergebnisbericht Vernehmlassung

Revision Gefässmedizin

Version 1.0



Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Indikationsboard	3
2.1	Routineeingriffe.....	3
2.2	Spezielle Fälle	3
2.3	Besetzung des Indikationsboards	4
3	GEFB Basis-Gefässmedizin	4
3.1	Gefässeingriffe im Basispaket und Fistelchirurgie	4
3.2	Zusatzcodes	4
3.3	Gefäss-Präparation	5
4	GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin	5
4.1	Verknüpfung mit GEF2.1 Gefässmedizin	5
4.2	Eingriffe an der Aorta	5
4.3	Stent in der Carotis	5
4.4	Mindestfallzahl pro Spital	5
5	GEF2.1 Gefässchirurgie	5
5.1	Belegarzt / Belegärztin	5
5.2	Facharzttitle	6
5.3	Mindestfallzahl pro Spital	6
6	CARO Eingriffe an der Carotis.....	6
6.1	Facharzttitle	6
6.2	Belegarzt / Belegärztin	6
6.3	Zeitliche Verfügbarkeit	6
6.4	Verknüpfung CARO-NEU3	6
6.5	Qualitätsprogramm	6
7	RAD2 Komplexe interventionelle Radiologie	7
7.1	Bezeichnung der Leistungsgruppe	7
7.2	Facharzttitle	7
7.3	Radiologie als Querschnittbereich	7
8	Diverse Ergänzungen zu den Anpassungen nach Vernehmlassung.....	7
8.1	Ziele der Revision	7
8.2	Mindestfallzahlen	7
8.3	CARO Eingriffe an der Carotis - Erreichbarkeit.....	8
9	Eingriffe an der Aorta	9
10	Bewerbungen für Zürcher Listenspitäler	10
11	Anhänge.....	10

1 Zusammenfassung

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Zürcher Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG), die mittlerweile schweizweit angewendet werden, hat das Amt für Gesundheit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zusammen mit Fachexpertinnen und Fachexperten einen Vorschlag zur Revision der Gefässmedizin ausgearbeitet. Der Vorschlag wurde bei akutsomatischen Kliniken, Fachgesellschaften, Kantonen, Versicherern und anderen interessierten Parteien in eine breite Vernehmlassung gegeben. Die Vernehmlassung zur Revision der Gefässmedizin hat grosses Interesse geweckt. Die Rücklaufquote war sehr hoch: 33 Akutspitäler, 17 Kantone und 6 Fachgesellschaften haben im Rahmen der Vernehmlassung zur Revision der Gefässmedizin Stellung genommen. Dies unterstreicht die Relevanz des Themas und das Engagement aller Beteiligten.

Obwohl die ersten Berichte über Gefässligaturen bereits um 700 v. Chr. datieren, ist die eigenständige Fachdisziplin der Gefässmedizin noch relativ jung. Mit der stetigen Weiterentwicklung der endovaskulären Verfahren seit den 1980er-Jahren haben sich unterschiedliche Fachdisziplinen auf diese interventionellen Eingriffe spezialisiert. Die Gefässchirurgie, die interventionelle Angiologie und die interventionelle Radiologie sind heute spezifische Fachdisziplinen, die sich regelmässig mit (invasiven) Gefässeingriffen beschäftigen. Auch die Abgrenzung zu anderen chirurgischen Disziplinen, wie der Herzchirurgie und der Thoraxchirurgie, wurde präziser. Deshalb ist die korrekte Abbildung der regional unterschiedlichen Entwicklungen im Bereich der Gefässmedizin in der SPLG-Systematik mit einigen Herausforderungen verbunden.

Diese Komplexität spiegelte sich auch in den verschiedenen Stellungnahmen wider. Grundsätzlich wurde der Bedarf nach einer Revision anerkannt und der Vorschlag wurde prinzipiell begrüsst. Die neue Zuteilung in fünf Leistungsgruppen (GEFB Basis-Gefässmedizin, GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin, GEF2.1 Gefässchirurgie, CARO Eingriffe an der Carotis, RAD2 Interventionelle Radiologie EBIR [nach Vernehmlassung: RAD2 Komplexe interventionelle Radiologie]) wurde akzeptiert. Die konkrete Zuordnung von Codes und spezifischen Anforderungen wurden jedoch detailliert hinterfragt und teils deutlich kritisiert. Der folgende Bericht präsentiert die im Rahmen der Vernehmlassung eingegangenen wesentlichen Rückmeldungen und die nach der Vernehmlassung vorgenommenen Anpassungen.

2 Indikationsboard

Die flächendeckende Einführung eines Indikationsboards gehört zu den wichtigsten Anpassungen dieser Revision. Vorgesehen ist ein Indikationsboard bei allen Eingriffen der Leistungsgruppen GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin, GEF2.1 Gefässchirurgie und CARO Eingriffe an der Carotis. Die Einführung eines Indikationsboards wurde in der Vernehmlassung grundsätzlich begrüsst, da dies zu einer erhöhten Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten führe.

2.1 Routineeingriffe

Bestimmte Eingriffe, insbesondere der Leistungsgruppe GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin zugewiesene Eingriffe, wurden von diversen Vernehmlassungsteilnehmenden als Routineeingriffe bezeichnet. Für diese Eingriffe gäbe es klare Richtlinien, innerhalb derer die Indikationen eindeutig und unbestritten definiert seien, daher sei für diese Eingriffe kein Indikationsboard notwendig. Die Anforderungen an die Indikationsboards werden daher präzisiert und sind in den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen ersichtlich.

2.2 Spezielle Fälle

Für die Organisation der Indikationsboards wurde vorgeschlagen, dass ein Indikationsboard nicht nur auf den angewandten Verfahren basieren solle (endovaskulär oder offen chirurgisch), sondern auch auf dem jeweiligen Krankheitsbild. Folgende spezifischen Indikationsboards wurden als erforderlich eingeschätzt:

2.2.1 Zugänge für die Hämodialyse

Bei Zugängen für die Hämodialyse (Dialyseshunt) wurde ein wöchentliches Indikationsboard unter Beizug von Spezialistinnen und Spezialisten der Nephrologie, der Gefässchirurgie, der Angiologie und der Interventionellen Radiologie empfohlen. Die Anforderungen wurden entsprechend angepasst.

2.2.2 Eingriffe an der Carotis

Bei Eingriffen an der Carotis wurde ein Indikationsboard für alle Indikationen inklusive den asymptomatischen Carotisstenosen empfohlen. Die Indikationsstellung selbst solle durch mindestens drei Fachdisziplinen erfolgen: Neurologen und mindestens eine – der für die Carotis-Eingriffe befähigten – chirurgischen/interventionellen Fachdisziplinen. Die Anforderungen wurden entsprechend angepasst.

2.3 Besetzung des Indikationsboards

Die Formulierung zur Besetzung des Indikationsboards durch verschiedene Fachdisziplinen wurde als unklar und widersprüchlich kritisiert. Die in den leistungsspezifischen Anforderungen erwähnten Fachdisziplinen seien nicht identisch mit den für das Board erforderlichen Fachdisziplinen. Bei organspezifischen Therapien sollten weitere Expertinnen oder Experten beigezogen werden, was zu einer Dreier- bzw. Viererbesetzung führen könne, was wiederum wirtschaftliche Konsequenzen mit sich bringen könnte. Die Anforderungen wurden entsprechend präzisiert.

3 GEFB Basis-Gefässmedizin

Bemängelt wurde eine unzureichende Berücksichtigung des allgemeinen Zustands des Patienten / der Patientin bei der Code-Zuteilung. Mit der vorgeschlagenen Zuteilung könnten weiterhin Patientinnen und Patienten mit schweren Komorbiditäten oder in einem schlechten Allgemeinzustand bei «Basis-Gefässmedizin-Eingriffen» ausserhalb von Kompetenzzentren behandelt werden. Dies widerspreche den internationalen Empfehlungen. Es wurde versucht, die bessere Berücksichtigung des Gesamtzustandes durch eine bessere Indikationsstellung (durch die Forderung nach Indikationsboards bei entsprechenden Eingriffen) und eine bessere Verknüpfung zwischen den Leistungsgruppen abzubilden. Damit soll gesichert werden, dass Patientinnen und Patienten in einem schlechteren Allgemeinzustand auch in die entsprechenden Zentren triagiert werden.

3.1 Gefässeingriffe im Basispaket und Fistelchirurgie

Routineeingriffe, wie Stripping bei Varikose oder einfache Gefässnähte, sind Bestandteile des Basispakets (BP) und nicht im Leistungsbereich Gefässmedizin enthalten. Alle diese Eingriffe dürfen in allen akutsomatischen Kliniken mit Basispaket durchgeführt werden. Die Liste von Gefässeingriffen im Basispaket ist im Anhang 1 enthalten.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde darauf hingewiesen, dass zwei Codes der Fistelchirurgie (39.29.51/39.29.59 Arteriovenöser Shunt [AV-Fistel] an Gefässen der unteren Extremität, perkutan-transluminale) fälschlicherweise der Leistungsgruppe GEFB Basis-Gefässmedizin anstatt der Leistungsgruppe GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin zugewiesen worden seien, diese Fehlzuweisung wurde behoben.

3.2 Zusatzcodes

Jeder SPLG werden CHOP-Codes zugewiesen. Der CHOP-Katalog besteht aus mehr als 14'000 Codes, von denen jedoch nur ein Drittel angewendet wird. Bei der Zuordnung der Codes müssen auch die nicht angewendeten Codes organspezifisch zugewiesen werden. Dies hat zur Folge, dass die Leistungsgruppe GEFB Basis-Gefässmedizin viele nicht angewendete Zusatzcodes enthält, welche jedoch formal trotzdem zugewiesen werden müssen und daher – entgegen der Rückmeldung einiger Vernehmlassungsteilnehmer – in dieser Gruppe richtig einsortiert sind.

3.3 Gefäss-Präparation

Für die Stentimplantationen wird eine «vessel preparation» durchgeführt. Die Codes dafür (39.75.ff) wurden in der Vernehmlassungsversion der Leistungsgruppe GEF2.1 Gefässchirurgie zugewiesen, gehören aber richtigerweise in die Basis-Gefässmedizin, diese Fehlzusweisung wurde korrigiert.

4 GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin

4.1 Verknüpfung mit GEF2.1 Gefässmedizin

Die Verknüpfung zwischen den Leistungsgruppen GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin und GEF2.1 Gefässchirurgie wurde von wenigen Vernehmlassungsteilnehmenden kritisiert. Grösstenteils wurde diese Verknüpfung jedoch gutgeheissen, weshalb sie beibehalten wird (siehe auch Kapitel 8.1).

4.2 Eingriffe an der Aorta

In der Vernehmlassungsversion sind die Codes für Eingriffe an der Aorta unterschiedlichen SPLG zugewiesen: Stenting zu GEF2, Bypässe zu GEF2.1 und die übrigen Eingriffe zu AOR1/AOR2. Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende regten eine Verschiebung aller Eingriffe an der Aorta inklusive Re-Entry-Interventionen in die Leistungsgruppe AOR1/AOR2 an. Dieser Hinweis wurde aufgenommen. Alle Eingriffe an der Aorta werden in die Leistungsgruppe AOR1 verschoben.

4.3 Stent in der Carotis

Bestimmte Eingriffe an der Carotis und der Arteria vertebralis sind in der Vernehmlassungsversion der Leistungsgruppe GEF2 zugewiesen, obwohl sie – wie im Rahmen der Vernehmlassung vorgebracht – richtigerweise in die Leistungsgruppe CARO gehören. Diese Zuweisung wurde berichtigt.

4.4 Mindestfallzahl pro Spital

Die in der Vernehmlassungsversion vorgeschlagene Mindestfallzahl von 30 Fällen pro Spital und Jahr wurde im Rahmen der Vernehmlassung als sinnvoll eingeschätzt. Damit sei die notwendige Routine und Erfahrung sichergestellt.

5 GEF2.1 Gefässchirurgie

5.1 Belegarzt / Belegärztin

Die leistungsspezifischen Anforderungen in der Vernehmlassungsversion sahen vor, dass die Gefässchirurgen und Gefässchirurginnen im Spital angestellt sein müssen. Diese Anforderung wurde als zu strikt kritisiert. Es sollten auch Belegärztinnen und Belegärzte zugelassen werden. Dieser Hinweis wurde aufgenommen. In der finalen Version der leistungsspezifischen Anforderungen sind auch Belegärztinnen und Belegärzte für diese Leistungsgruppe zugelassen. Die zeitliche Verfügbarkeit muss jedoch unabhängig davon weiterhin garantiert sein.

5.2 Facharzttitel

In den leistungsspezifischen Anforderungen der Vernehmlassungsversion wurde der Facharzttitel Herz- und thorakale Gefässchirurgie für die SPLG GEF2 – Gefässchirurgie eingefügt. Diese Anforderung wurde durch die meisten Teilnehmenden als nicht mehr zeitgemäss kritisiert, dieser Facharzttitel wurde daher aus den finalen leistungsspezifischen Anforderungen der Leistungsgruppe entfernt.

5.3 Mindestfallzahl pro Spital

Die Mindestfallzahl pro Spital von 20 wurde als sinnvoll eingeschätzt. Damit sei die notwendige Routine und Erfahrung sichergestellt.

6 CARO Eingriffe an der Carotis

6.1 Facharzttitel

Die Anforderung an die Facharzttitel wurde als unvollständig eingeschätzt, weil der SIWF-Fähigkeitsausweis Interventionelle Angiologie nicht berücksichtigt worden sei, obwohl die durchgeführten Eingriffe Teil des Curriculums wären. Der Fähigkeitsausweis interventionelle Angiologie wurde daher in die finale Version der leistungsspezifischen Anforderungen aufgenommen.

6.2 Belegarzt / Belegärztin

Die leistungsspezifischen Anforderungen der Vernehmlassungsversion sahen vor, dass die Fachärztinnen und Fachärzte in einem Spital angestellt sein müssen. Diese Anforderung wurde als zu strikt kritisiert. Es sollten auch Belegärztinnen und Belegärzte zugelassen werden. Dieser Hinweis wurde aufgenommen, in der finalen Version der leistungsspezifischen Anforderungen sind auch Belegärzte für diese Leistungsgruppe zugelassen. Die zeitliche Verfügbarkeit muss jedoch unabhängig davon weiter garantiert sein,

6.3 Zeitliche Verfügbarkeit

Die zeitliche Verfügbarkeit Level 3 (Fachärztin oder Facharzt ist jederzeit erreichbar; eine diagnostische oder therapeutische Intervention ist innerhalb von 30 Minuten möglich) wurde von einzelnen Kliniken als medizinisch zu streng bewertet. Aufgrund der teilweise hohen medizinischen Dringlichkeit wird an dieser Anforderung festgehalten. Um die Verfügbarkeit auch mit Belegärztinnen und Belegärzten sicherzustellen wird das Level der Verfügbarkeit tagsüber an Werktagen von Level 2 auf Level 3 angehoben. Dadurch soll während dem elektiven Tagesbetrieb eine diagnostische oder therapeutische Intervention innerhalb von 30 Minuten ermöglicht werden.

6.4 Verknüpfung CARO-NEU3

Obwohl die Einführung einer Verknüpfung zwischen den Leistungsgruppen CARO – Eingriffe an der Carotis und NEU3 – Zerebrovaskuläre Störungen grundsätzlich begrüssenswert sei, wurde die Versorgungssicherheit ausserhalb des Kantons Zürich in Frage gestellt. Eine Auswertung der verfügbaren Daten ergibt trotz dieser Verknüpfung keine hinreichenden Hinweise auf eine schlechtere Versorgung (siehe Kapitel 8.3).

6.5 Qualitätsprogramm

Es wurde von einigen Teilnehmenden die verpflichtende Teilnahme an Qualitätsprogrammen bemängelt. Im Rahmen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung und deren Messbarkeit wird an der Anforderung festgehalten.

7 RAD2 Komplexe interventionelle Radiologie

7.1 Bezeichnung der Leistungsgruppe

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde die vorgesehene Bezeichnung der Leistungsgruppe (RAD2 Interventionelle Radiologie EBIR) aufgrund der Referenz auf den europäischen Schwerpunkt «European Board of Interventional Radiology (EBIR)» als zu spezifisch kritisiert. Dieser Einwand ist nachvollziehbar. Die bisherige bzw. aktuelle Bezeichnung der Leistungsgruppe, RAD2 Komplexe interventionelle Radiologie, wird daher unverändert übernommen.

7.2 Facharzttitle

Die Anforderung an die Facharzttitle wurde als unvollständig eingeschätzt, weil der SIWF-Fähigkeitsausweis Interventionelle Angiologie nicht berücksichtigt worden sei, obwohl die durchgeführten Eingriffe Teil des Curriculums wären. Der Fähigkeitsausweis interventionelle Angiologie wurde daher in die finale Version der leistungsspezifischen Anforderungen aufgenommen.

7.3 Radiologie als Querschnittsbereich

In den Rückmeldungen zur Vernehmlassungsversion wurden einige Unstimmigkeiten bei der Leistungsgruppe im Zusammenhang mit der Gefässmedizin geltend gemacht. Da die radiologischen Eingriffe keinen direkten medizinischen Zusammenhang mit der Gefässmedizin haben, sollte die Leistungsgruppe als Querschnittsbereich geführt werden. Diese Einwände können zum Teil nachvollzogen werden. Es ist angedacht (interventionell), radiologische Eingriffe in Zukunft auch ausserhalb der Leistungsgruppe RAD2 Komplexe interventionelle Radiologie, soweit notwendig und sinnvoll, zuzulassen. Dazu sind noch weitergehende Anpassungen in der Leistungsgruppensystematik notwendig. Die endgültigen Ergebnisse dazu werden daher mit der Aktualisierung zur Spitalliste 2027 bekanntgegeben.

8 Diverse Ergänzungen zu den Anpassungen nach Vernehmlassung

8.1 Ziele der Revision

Ziel der Revision des Leistungsbereichs «Gefässe» ist die Stärkung von Kompetenzzentren im Bereich der Gefässmedizin. Dies bedeutet, dass die Kliniken sowohl endovaskuläre als auch offene Verfahren anbieten sollten. Wird in einer Klinik nur eine Art der Eingriffe angeboten, dann erhöht sich die Gefahr einer systematischen Fehlindikation. Mit den Verknüpfungen zwischen den Leistungsgruppen soll sichergestellt werden, dass das jeweils besser geeignete Verfahren, im Sinne einer optimalen Versorgung für die Patientinnen und Patienten, angewendet wird.

Die Leistungsgruppen GEF2 Interventionelle und endovaskuläre Gefässmedizin und GEF2.1 Gefässchirurgie sowie die Leistungsgruppen CARO – Eingriffe an der Carotis und NEU3 – Zerebrovaskuläre Störungen behalten daher die Verknüpfungen und können auch nicht zusammengeführt werden, da jede SPLG unterschiedliche Anforderungen aufweist, insbesondere bezüglich der verschiedenen Facharzttitle.

8.2 Mindestfallzahlen

Die Codes, welche für die Mindestfallzahlen pro Spital relevant sind, wurden definiert und sind im Anhang «Definitionen» ersichtlich.

8.3 CARO Eingriffe an der Carotis - Erreichbarkeit

Die Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten mit zerebrovaskulären Störungen wird sich auf Grund der Anpassungen voraussichtlich nicht ändern. Die untenstehenden Abbildungen zeigen die aktuelle Erreichbarkeit im Vergleich zu der Erreichbarkeit der aktuellen Stroke Units/Center, was der Situation nach der Revision entsprechen würde.

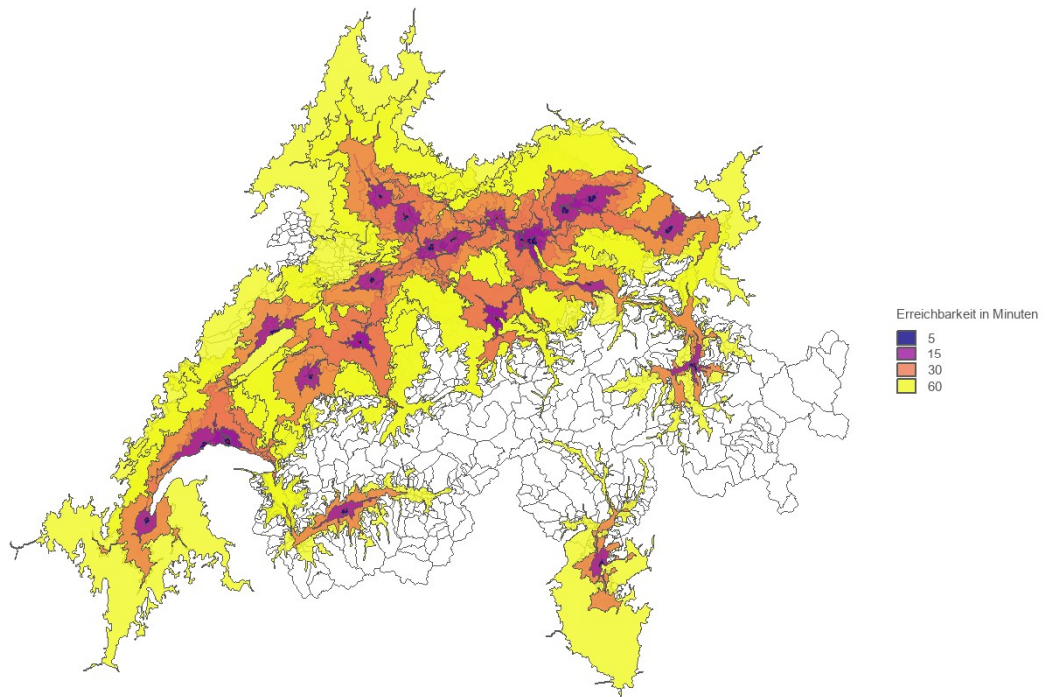


Abbildung 1 : Erreichbarkeit: Distanz in Minuten bis zur nächstgelegenen Klinik mit einem Leistungsauftrag „Zerebrovaskuläre Störungen“ (aktueller Stand).

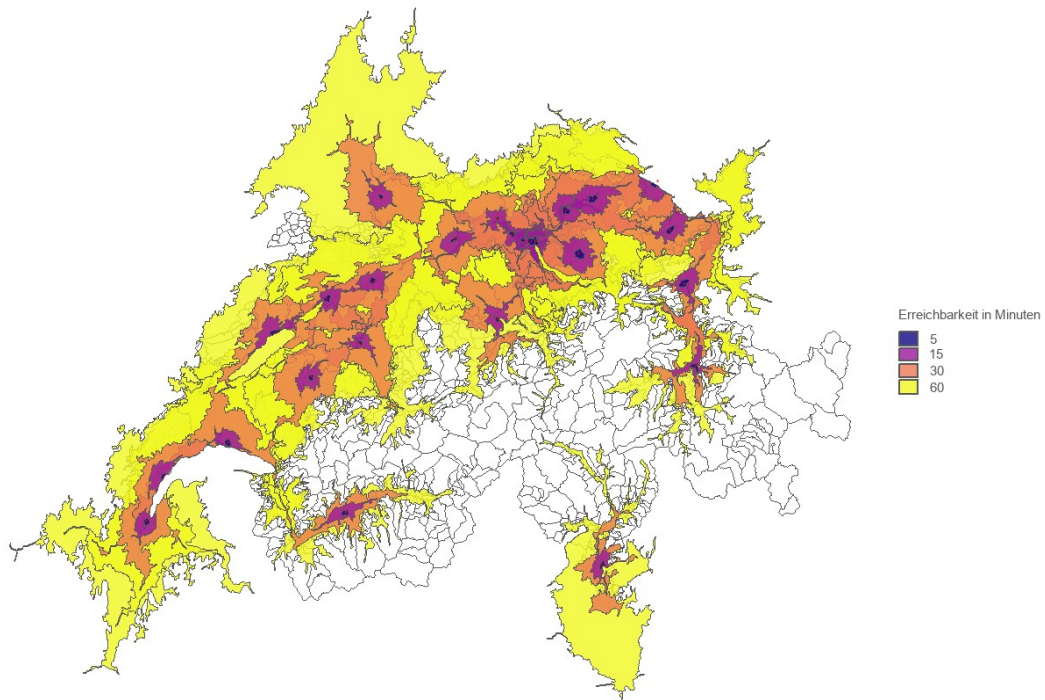


Abbildung 2 : Erreichbarkeit: Distanz in Minuten bis zur nächstgelegenen Stroke Unit/Center (aktueller Stand)

9 Eingriffe an der Aorta

Parallel zur allgemeinen Revision des Bereichs Gefässmedizin hat das HSM-Fachorgan der GDK eine verbesserte Koordination und Konzentration der gefässchirurgischen und endovaskulären Eingriffe bei Erwachsenen angestrebt. Die Fachexperten kamen zum Schluss, dass nur ein kleiner Teil der Aorteneingriffe alle Kriterien für eine Zuordnung erfüllen und alle anderen Eingriffe nicht der HSM, sondern weiterhin den kantonalen Leistungsgruppen zuzuordnen sind und damit in der Regelungszuständigkeit der Kantone verbleiben. Die Aorteneingriffe wurden dementsprechend in drei SPLG aufgeteilt:

AOR1 «Endovaskuläre Behandlung des abdominalen Aortenaneurysmas und TEVAR»

AOR1.1 «Chirurgische Behandlung des abdominalen Aortenaneurysmas und TEVAR»

AOR2 «Komplexe Aorteneingriffe».

Die Behandlung der abdominalen Aorta wurde in zwei separate Leistungsgruppen aufgeteilt, die endovaskulären Eingriffe wurden AOR1 und die chirurgischen Operationen AOR1.1 zugewiesen. Die Zuweisung in zwei separate Leistungsgruppen erlaubt die Definition von spezifischen Mindestfallzahlen für die endovaskulären und die chirurgischen Verfahren. Ziel dieser Zuweisung ist, sicherzustellen, dass Spitäler beide Verfahren anbieten können und bei der Indikationsstellung mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der chirurgischen Disziplin anwesend ist, damit systematische Fehlindikationen – aufgrund nicht vorhandener Fachkompetenzen im Spital – möglichst vermieden werden.

Am 22. Januar 2026 ordnete das HSM-Beschlussorgan die Leistungsgruppe AOR2 «Komplexe Aorteneingriffe bei Erwachsenen» der hochspezialisierten Medizin zu. Im Laufe des Jahres 2026 werden sich interessierende Spitäler und Kliniken für diesen Leistungsauftrag bewerben können. Der Bewerbungsprozess inklusive Vernehmlassung zur Leistungsauftragszuteilung kann bis zu zwei Jahre in Anspruch nehmen.

Die aktuelle Revision der Gefässmedizin wird im Kanton Zürich bereits vor Inkrafttreten der finalen HSM-Zuteilung umgesetzt, voraussichtlich ab dem 1. Januar 2027. Bis zum Inkrafttreten der finalen HSM-Zutei-

lung soll die sich daraus ergebende Lücke zwischen dem Teilbereich der komplexen Aorteneingriffe innerhalb der bisherigen kantonalen Leistungsgruppe GEFA «Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe» (endet voraussichtlich am 31. Dezember 2026) und der definitiven Zuteilung der neuen HSM-Leistungsgruppe AOR2 «Komplexe Aorteneingriffe» durch subsidiäre kantonale Leistungsaufträge überbrückt werden.

10 Leistungsaufträge

Die finalen Definitionen für die Gefässmedizin sind im Anhang «Definitionen» ersichtlich. Die Leistungsaufträge für die Leistungsgruppen des überarbeiteten Leistungsbereichs Gefässmedizin gemäss Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik werden den Zürcher Listenspitälern mit bestehendem Leistungsauftrag für Leistungsgruppen des bisherigen Leistungsbereichs Gefässe – bei erfüllten Anforderungen – auf den 1. Januar 2027 erteilt. Dabei wird die HSM-SPLG AOR2 Komplexe Aorteneingriffe bei Erwachsenen eingeschlossen (kantonale Leistungsaufträge bis zur rechtskräftigen HSM-Regelung).

11 Anhänge

Anhang 1 - Definitionen nach Vernehmlassung

Anhang 2 - Regeln nach Vernehmlassung

Anhang 3 - Auszug aus den leistungsspezifischen und weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen