



Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen

Akutsomatik (Version 2017.2; gültig ab 1. Januar 2017)

Inhaltsverzeichnis

1.	DER2 Wundambulatorium (V2.0)	2
2.	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)	2
3.	NEU4 Epileptologie (Version 2017.1).....	2
4.	END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0).....	2
5.	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1)	4
6.	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0).....	4
7.	ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0).....	4
8.	NCH, NEU, HER, KAR Teilnahme an Forschungsstudien (Version 2015.1)	4
9.	HER Herzchirurgie (Version 2015.1).....	6
10.	KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0).....	6
11.	NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)	6
12.	PNE1 Pneumologie (V2.0)	6
13.	PNE2 Polysomnographie (V2.0).....	7
14.	BEW3 Handchirurgie (V2.0)	7
15.	BEW10 Plexuschirurgie (V2.0).....	7
16.	PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0).....	7
17.	GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 37. SSW; Version 2017.2)	7
18.	GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1)	10
19.	NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1)	10
20.	NUK1 Nuklearmedizin (V2.0)	10
21.	KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1).....	10
22.	KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2017.1).....	11
23.	GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1)	12
24.	PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2015.1)	13
25.	BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2017.2)	14
26.	Facharzt-Qualifikation Kinder- und Jugendmedizin (Version 2015.1)	16
27.	Facharzt-Verfügbarkeit (Version 2015.1)	16
28.	Notfallstation (Version 2015.1)	17
29.	Intensivstation (IS) (Version 2015.1)	18
30.	Verknüpfung inhouse oder in Kooperation (V2.0).....	19
31.	Tumorboard (V2.0)	20



32. Mindestfallzahlen (MFZ) (Version 2015.1) 20

Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen

Akutsomatik (Version 2016.1; gültig ab 1. Januar 2016)

1. DER2 Wundambulatorium (V2.0)

Die Leistungen an Wundpatienten finden in der Regel ambulant statt. Dies setzt ein Wundambulatorium voraus, das heisst eine spezifische wöchentliche Sprechstunde mit Fachspezialisten (Ärzte und Pflege) mit spezifischer Erfahrung in Wundpflege.

2. NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)

Die Stroke-Versorgung erfolgt in der Verantwortung von Fachärzten Neurologie oder Innere Medizin in einer Stroke Unit oder integriert in den Notfalldienst/Betrieb Innere Medizin. Das Spital verfügt über CT oder MRI mit Möglichkeit zur Angiographie rund um die Uhr. Die behandelnden Ärzte verfügen über die NIH-Stroke Scale Zertifizierung. Alle Stroke Patienten werden in einem einheitlichen nationalen Register (voraussichtlich Swiss Stroke Register) erfasst.

Eine zwingend erforderliche telemedizinische Anbindung an ein Stroke Center ist vertraglich geregelt. Triage und Festlegung des Procedere erfolgen im nächstgelegenen Spital mit Leistungsauftrag NEU3 (Lyse-Möglichkeit). Die Triage-Richtlinien sowie die mit dem Stroke Center zu koordinierenden Fälle sind definiert und verbindlich. Das periphere Spital wendet die Empfehlungen des Stroke Centers an, soweit sich diese übertragen lassen. Abweichungen davon müssen dokumentiert werden. Informationen aus den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen des Stroke Centers werden dem betroffenen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personal vermittelt (Teilnahme oder entsprechende Schulung).

3. NEU4 Epileptologie (Version 2017.1)

Bei der Diagnose eines nichtepileptischen psychogenen Anfalls ist eine psychiatrische Mituntersuchung und -beurteilung obligatorisch. Ein Langzeit-Video/EEG-Monitoring ist obligatorisch, Verfügbarkeit von fachlich geschultem Personal (FND) bei Bedarf.

4. END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0)

Für endokrinologische Patienten muss eine Ernährungs- und Diabetesberatung angeboten werden. In der Ernährungsberatung werden die Patienten von Fachpersonen beraten, die

Empfehlungen für die Ernährung und deren Umsetzung während und nach dem Spitalaufenthalt geben. In der Diabetesberatung wird das notwendige Fachwissen zur Krankheit und zum Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten vermittelt.



5. VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1)

*SMOB-Kriterien*¹: Für die Behandlung bariatrischer Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien bzw. die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB Primärzentrum (VIS1.4) vorausgesetzt.

6. HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0)

*JACIE*²-Akkreditierung: Für autologe Blutstammzelltransplantation ist eine JACIE-Akkreditierung erforderlich.

7. ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0)

Die Indikation soll für alle Patienten der Gefässchirurgie und Angiologie in einer interdisziplinären Indikationskonferenz mit chirurgischen und interventionellen Fachärzten gestellt werden. Ein spezifisches Zusammenarbeitskonzept der entsprechenden Leistungserbringer ist notwendig.

8. NCH, NEU, HER, KAR Teilnahme an Forschungsstudien (Version 2015.1)

Die Gesamtstrategie Hochspezialisierte Medizin des Kantons Zürich wurde auf der Grundlage der Strategien der universitären Spitäler und der Universität entwickelt. Dies wird nur zum gemeinsamen Erfolg führen, wenn die strategischen Entwicklungen der Leistungsempfänger im Bereich der Hochspezialisierten Medizin koordiniert werden. Zur Stärkung des Forschungs-Standortes Zürich sind daher weitere Synergien in der Forschung zu schaffen. Gemäss § 4 lit. d SPFG sind Leistungen, die in Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen, zu koordinieren oder zu konzentrieren. Im Vordergrund stehen zurzeit im Kanton Zürich die Leistungen der universitären Medizin in der Herzchirurgie und Kardiologie sowie Neurologie und Neurochirurgie. Mit der Verpflichtung zur Erfassung der Patienten- und Behandlungsdaten dieser Leistungsbereiche in entsprechenden Registern wird eine gute Basis für eine kantonale Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und für weitergehende Kooperationen geschaffen. Dazu soll pro Fachbereich Kardiologie, Herzchirurgie, Neurologie und Neurochirurgie eine Arbeitsgruppe zusammengestellt werden zur;

- Definition der zu erfassenden Datensets
- Definition der Kenndaten zur Qualitätssicherung und einem zweckmässigen Benchmark
- Die zu erfassenden Datensets und Kenndaten sollen von den Arbeitsgruppen nach Vorgabe der Gesundheitsdirektion Zürich bis Ende Jahr 2014 definiert werden. Die Definitionen sollen mit der Gesundheitsdirektion Zürich besprochen werden. Weitere Kenndaten können von der Gesundheitsdirektion Zürich vorgegeben werden.

¹ Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB).
www.smob.ch/guide_lines/Richtlinien%20zur%20Behandlung%20von%20Uebergewicht%20der%20SMOB.9.11.2010x.pdf

² Joint Accreditation Committee ISCT EBMT. JACIE (www.jacie.org) ist eine nicht-kommerzielle europäische Organisation, die 1998 durch die beiden führenden Organisationen für Stammzelltransplantationen in Europa, die European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) und die International Society for Cellular Therapy (ISCT) gegründet wurde. Ziel von JACIE ist die Etablierung und Überwachung von Qualitätsstandards für die Stammzelltransplantation in Europa. Zentren, die die Qualitätsanforderungen von JACIE erfüllen, können eine Zertifizierung erhalten.



- Die Datenerfassung soll ab 1.1.2015, spätestens aber ab 1.1.2016 erfolgen.
- Nach Möglichkeit soll auf bereits verfügbare zweckmässige Register zurückgegriffen werden und Doppelspurigkeiten sollen vermieden werden.
- In der Herzchirurgie ist dies im Rahmen der Qualitätsdaten Herzchirurgie bereits geplant bzw. teilweise umgesetzt (siehe dazu 4.1.4).

In einer übergeordneten Arbeitsgruppe sind zudem folgende Punkte zu definieren bzw. Grundsätze zu beachten:

- Der Verwendungszweck (Qualitätssicherung, Forschung) sowie die Zugriffsrechte (Datenzulieferer, GD) auf die Daten sind festzulegen.
- Der Datensatz soll für keinen Leistungsauftragsnehmer diskriminierend sein.
- Es sind Regeln zu erstellen, wie mit dem Recht der Patienten umgegangen werden kann, ihre Daten nicht einzuspeisen (die Diskussionen um das Krebsregister könnten vorbildlich sein).
- Die Datenerfassung soll überprüft bzw. auditert werden.
- Die Schaffung einer neutralen Stelle, die die Datenerfassung und –auswertung koordiniert, führt und überwacht, soll geprüft werden. Aufgabe, Verantwortung, Kompetenz und Organisation dieser Stelle wären zu definieren. Die Definitionen sollten mit der Gesundheitsdirektion Zürich besprochen werden. Zusätzliche Vorgaben könnten von der Gesundheitsdirektion Zürich gemacht werden.
- Die Schaffung eines Begleitboards mit Vertretern aus jedem betroffenen Spital soll geprüft werden.
- Der Aufbau der neutralen Datenstelle sowie des Begleitboards könnte nach dem Vorbild der HIV- bzw. Transplant Kohortenstudien erfolgen.
- Eine frühzeitige Abstimmung dieser Datensammlung mit der Ethikkommission ist zu prüfen.



9. HER Herzchirurgie (Version 2015.1)

Die Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie sind dazu verpflichtet, das von der SGHC (Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen der Herzchirurgie umzusetzen und die Daten und Ergebnisse der Gesundheitsdirektion Zürich zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring der SGHC umfasst folgende Punkte:

- Erfassung aller Patienten der Herzchirurgie im nationalen Register für Herzchirurgie (seit 2013 obligatorisch)
- Definition und Ausweis von Kenndaten (Herbst 2014)
- Qualitätskontrolle der Datenerfassung durch ein Monitoring (Audit) von 5% der erfassten Fälle pro Jahr ab 2015
- Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten ab 2015 („Green & Red Flag-System“)

Sobald die Kenndaten im Herbst 2014 von der SGHC definiert sind, sollen diese Definitionen mit der Gesundheitsdirektion Zürich besprochen werden. Die Gesundheitsdirektion kann die Erhebung von weiteren Kenndaten und zusätzliche Spezifikationen vorschreiben.

Diese Kenndaten und Ergebnisse des Monitorings sind der Gesundheitsdirektion in der Besprechung mit dem jeweiligen Listenspital offenzulegen. Allfällige Massnahmen erfolgen grundsätzlich analog dem «Green & Red Flag-System» der Fachgesellschaft.

10. KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0)

Defibrillatortherapie: Die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie sind zu erfüllen. Das Aktivitätsregister ist zu führen und der GD bekannt zu geben. Wenn die Leistungsgruppe HER1.1 in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer angeboten wird, ist ein spezifisches Zusammenarbeitskonzept mit einem entsprechenden Leistungserbringer notwendig. Die Patientenbetreuung muss rund um die Uhr sichergestellt sein.

11. NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)

Ambulante Hämodialyse und Peritonealdialyse: Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag für NEP1 Nephrologie bieten die ambulante Hämodialyse selbst oder in enger Kooperation mit einem selbständigen Dialysezentrum an. Sie sind verpflichtet die Peritonealdialyse anzubieten und zu fördern.

12. PNE1 Pneumologie (V2.0)

Patientenüberwachung, Intubation und Beatmung: Die Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung muss gewährleistet sein.



13. PNE2 Polysomnographie (V2.0)

Schlaf Labor Zertifizierung durch SGSSC³: Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaf Labors durch die SGSSC notwendig.

14. BEW3 Handchirurgie (V2.0)

Handchirurgisches Spezialambulatorium: Leistungserbringer mit einer Handchirurgie müssen ein handchirurgisches Spezialambulatorium betreiben, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden. Begleitend muss eine spezialisierte Handtherapie zur Verfügung stehen.

15. BEW10 Plexuschirurgie (V2.0)

Intraoperatives Nerven-Monitoring: Leistungserbringer, die Plexuschirurgie oder Replantationen durchführen, müssen in Zusammenarbeit mit der Neurologie ein intraoperatives Nerven-Monitoring betreiben.

16. PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0)

Gynäkologische Endokrinologie und psychiatrische Betreuung: Bei Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität müssen die gynäkologisch-endokrinologische sowie die psychiatrische Betreuung vor und nach den Eingriffen sichergestellt sein.

17. GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (ab 37. SSW; Version 2017.2)

Anforderungen an ein Geburtshaus

Einführung

Die Hebamme ist eine anerkannte Gesundheitsfachperson, welche für ihre professionellen Handlungen verantwortlich und haftbar ist. Sie arbeitet mit den Frauen partnerschaftlich zusammen und gewährt ihnen die erforderliche Unterstützung, Betreuung und Beratung während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit. Sie leitet eigenverantwortlich die Geburt und betreut das Neugeborene und den Säugling. Die Arbeit der Hebamme umfasst präventive Massnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Frau und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmassnahmen.

Strukturelle Anforderungen

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch mindestens 3 Hebammen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.

³ Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie. http://swiss-sleep.ch/?page_id=99



- Verfügbarkeit:
 - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 37. Schwangerschaftswoche bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar
 - Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Min im Geburtshaus sein (Pikettdienste sind möglich)
 - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau) im Geburtshaus anwesend
 - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase 2 Personen anwesend: entweder 1 Pflegefachfrau und 1 Hebamme oder 2 Hebammen
- Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologie Klinik:
 - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept)
 - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburtshaus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen
- Arbeitsanweisung für Notfallsituationen bei Gebärenden, Wöchnerinnen und Kind
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand
- Apparative Einrichtungen
 - Infusionen, wehenhemmende Mittel, Notfall-Medikamente, Ausrüstung zur Nahtversorgung
 - Sauerstoff, Ambu-Beutel und Oxymetriegerät
 - Kinderärztliches Notfallset
 - CTG
 - Erstversorgungsplatz für Neugeborenes mit Wärmestrahler und ausreichenden Lichtverhältnissen
 - optional: BiliBed (Phototherapie bei Hyperbilirubinämie)

Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang 2 „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik mit „GEBH“ bzw. „NEOG“ gekennzeichnet.
- Durchführung von Einling-Entbindungen
- Mindestens 1 Kontrolle vor der 37. SSW
 - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei der Hebamme des Geburtshauses.
 - Ein Ultraschall bei einem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung wird von der Hebamme dokumentiert.



- Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 37. SSW (36 0/7 SSW) und einem Geburtsgewicht ab 2000g
- Bei Übertragung (ab Ende 42. SSW) Rücksprache mit dem Spital (Geburtshilfe) oder dem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe
- Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades
- Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 35. SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
- Das Geburtshaus ist verpflichtet die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen im Geburtshaus mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung des Geburtshauses ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein normaler körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine normale Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass trotz der korrekten Durchführung der obengenannten Massnahmen das Auftreten unvorhergesehener medizinischer Probleme nicht völlig auszuschliessen ist. Es liegt jederzeit im Ermessen der Hebammen zu entscheiden, ob die weitere Betreuung durch eine Ärztin, einem Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt, entsprechend ihren Kompetenzen Erste Hilfe zu leisten oder Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Frau verweigern, wenn keine Beurteilung eines Facharztes vorliegt, oder die Hebamme auf Grund der fachärztlichen Beurteilung die Verantwortung nicht übernehmen will. Die Abklärung wird von der Hebamme schriftlich dokumentiert. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und - wenn nötig - durch die/den Spezialärztin/Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:

- Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, inkompletter Beckenring)
- Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen
- Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen
- Neurologische Erkrankungen
- Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus oder Verlegungsgründe einer Frau oder des Neugeborenen vor, während, nach der Geburt oder aus dem Wochenbett in ein Spital sind alle im Anhang 2 „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik unter GEBH bzw. NEOG nicht aufgeführten geburtshilflichen und neonatologischen CHOP- und ICD-Codes.



Ausschlusskriterien (beispielhaft genannt)

- Beckenendlagen (sofern und soweit voraussehbar)
- Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea)
- Polyhydramnion (möglich wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden)
- Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar)
- Zustand nach Transplantationen (Niere, Lunge, Pankreas, Herz usw.)
- Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain
- Ausgedehnte Zervixrevisionen (möglich wenn ein Geburtshindernis durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurde)

Verlegungsgründe ins Spital (beispielhaft genannt)

- Mekoniumabgang bei schlechten Zusatzkriterien wie Geburtsdynamik, pathologisches CTG, etc.
- Blasensprung grösser 48 Stunden ohne Geburtsfortschritt

18. GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1)

Pränatale Hospitalisationen: Bei pränatalen Hospitalisationen auf einer Geburtsklinik GEB1 muss eine Rücksprache mit einer entsprechenden neonatologischen Abteilung, mindestens NEO1.1 erfolgen.

Für die Geburt muss die Frau rechtzeitig in ein Spital mit Leistungsauftrag für den erwarteten Zustand des Kindes verlegt werden.

Drillingsgeburten dürfen nur in Spitälern mit Leistungsauftrag GEB1.1.1 erfolgen.

19. NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1)

Anforderungen gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland⁴:

Mechanische Beatmung über die CPAP-Beatmung hinaus und von mehr als 2 Stunden bedarf eines Leistungsauftrag NEO1.1.1.

20. NUK1 Nuklearmedizin (V2.0)

BAG-Strahlenschutzbedingungen⁵: In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG zu erfüllen.

21. KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1)

Anforderungen an die Pädiatrie und Kinderchirurgie: Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche < 16 Jahre (bis zum 16.Geburtstag) ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und

⁴ Swiss Society of Neonatology „Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland“ www.neonet.ch.

⁵ www.bag.admin.ch/themen/strahlung/10463/index.html?lang=de



Jugendlichen werden von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheiten angeboten. Grundsätzlich gelten für Kinderspitäler dieselben Qualitätsanforderungen wie für alle Listenspitäler. Sonderregelungen sind in begründeten Ausnahmefällen in Absprache mit der Gesundheitsdirektion möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund der kleinen Fallzahlen oder die Anforderungen an die Notfallstation.

Kriterien für eine Kinderklinik:

1. Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie respektive Kinderchirurgie
2. Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege
3. Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur
4. Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen
5. Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab siebtem Hospitalisationstag

Leistungserbringer, welche die Anforderungen an eine Kinderklinik erfüllen, können sich für Leistungsaufträge in Pädiatrie und Kinderchirurgie bewerben.

Pädiatrie:

- Stationäre pädiatrische Patienten < 16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln
- Die Pädiatrie wird von einem Facharzt FMH Kinder- und Jugendmedizin geleitet

Kinderchirurgie:

- Stationäre chirurgische Patienten < 16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln
- Die Kinderchirurgie wird von einem Facharzt FMH Kinderchirurgie geleitet
- Bei Kindern < 6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie⁶ gewährleistet sein
- Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenhospital erfolgen. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind, als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

Zusätzlich wird ein entsprechender organspezifischer Leistungsauftrag vergeben.

22. KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2017.1)

Leistungserbringer, welche die Anforderungen an eine Kinderklinik NICHT erfüllen, können sich für einen Leistungsauftrag für Basis-Kinderchirurgie bewerben.

Basis-Kinderchirurgie:

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie z.B. unkomplizierte Appendizitis, einfache Frakturen, Tonsillenhypertrophie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst, die auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich ist: <http://www.gd.zh.ch/leistungsgruppen>

⁶ Eine Anästhesie bei Kindern < 6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss grundsätzlich durch ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Fachleuten (inkl. dazugehörige Infrastruktur) durchgeführt werden (s. Standards und Empfehlungen der SGKA / SGAR 2004). Die Kinderanästhesie muss bei Komplikationen postoperativ während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein.



Folgende Voraussetzungen müssen für einen Leistungsauftrag in Basis-Kinderchirurgie erfüllt werden:

- Das Spital verfügt über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen
- Bei Kindern < 6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie gewährleistet sein

23. GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1)

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

Grundsätzlich gehört die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Patienten zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch geriatrische Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie medizinisch versorgt werden.

Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

In einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie wird der Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen akut erkrankten alten, und meist multimorbiden, Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene soziale Umfeld besonders Rechnung getragen. Für Behandlungen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie ist der CHOP 93.89.9x "geriatrische-früh-rehabilitative Komplexbehandlungen" vorgesehen. Um diesen CHOP codieren zu dürfen, sind Mindestanforderungen definiert, welche die GD auch als Voraussetzung für einen Leistungsauftrag in Akutgeriatrie vorsieht.

Mindestanforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

1. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich).
2. Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität).
3. Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).
4. Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
5. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.
6. Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der 4 Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.
7. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Die Akutgeriatrie ist in einigen Spitälern noch im Aufbau begriffen. Dies ist derzeit mit kleinen Abteilungen verbunden, die zum Teil über weniger als 10 Betten respektive belegte Betten verfügen. Auch für kleine akutgeriatrische Kompetenzzentren ist es für den Patienten wesentlich, dass ein Facharzt Geriatrie die Behandlung durch das geriatrische Team fachärztlich leitet. Um diesen Anspruch zu genügen, ist eine Mindest Präsenz des Facharztes Geriatrie vor Ort notwendig.



Pro akutgeriatrisches Bett muss deshalb künftig die Anstellung eines „Facharztes Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie“ mindestens fünf Stellenprozent betragen. Folglich müssen Spitäler mit 20 akutgeriatrischen Betten über einen oder mehrere Fachärzte Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit insgesamt mindestens 100 Stellenprozenten verfügen. Zur Gewährleistung einer ausreichenden geriatrischen Kompetenz vor Ort, soll der Facharzt Geriatrie an mindestens drei Werktagen (Montag bis Freitag) im Spital anwesend sein, bei Institutionen mit mehr als 20 Betten an jedem Werktag (gültig ab 1. Januar 2018).

24. PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2015.1)

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Palliative Care

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen (gem. Richtlinien Palliative Care, SAMW).

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Leistungserbringer Pflicht. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit, sich als Kompetenzzentrum Palliative Care zu bewerben.

Kompetenzzentren für Palliative Care erbringen spezialisierte Palliative-Care-Leistungen. Diese umfassen folgende speziellen Aufgaben:

1. Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung.
2. Stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen.
3. Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care.
4. Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen.
5. Aus- und Weiterbildung in Palliative Care, d.h.
 - Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards
 - Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärzte, Pflegende, Therapeuten)
 - Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärzte, Pflegende und Therapeuten.

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Palliative Care:

A) Anforderungen an die Strukturqualität:

1. Interdisziplinäres Team (Ärzte/Pflegende/Therapeuten etc.) mit Ausbildung und Erfahrung in Palliative Care.
2. 24-Stunden-Präsenz von Pflegenden mit Ausbildung in Palliative Care.



3. Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.

Hinweis:

Das Strukturmerkmal "organisatorische Einheit mit eigenen Räumlichkeiten" gilt nicht für das Kinderspital Zürich. Allfällig palliative Behandlungen bei Kindern können auf einer Kinderstation stattfinden. Zu gewährleisten sind jedoch alle anderen Anforderungen und Aufgaben eines Kompetenzzentrums Palliative Care für Kinder und Jugendliche.

B) Personalanforderungen:

Patientinnen und Patienten in Palliative-Care-Kompetenzzentren sollten ausschliesslich von in Palliative Care geschultem Personal betreut werden. Als Minimalanforderung gilt:

1. Die Verantwortung für das Kompetenzzentrum liegt bei einem Facharzt mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care oder entsprechender Berufserfahrung. Eine adäquate Vertretungsregelung ist gewährleistet.
2. Pflegefachpersonal mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care.
3. Weiteres Fachpersonal (Psychologen, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Mal-, Gestaltungs- oder Musiktherapie, Ernährungsberatung) steht zur Verfügung.

C) Als Kompetenzzentrum für Palliative Care verfügt das Spital über:

1. Ein Betriebskonzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patienten und Patientinnen gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Das Konzept gibt Auskunft über das Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrages notwendige Infrastruktur und Prozesse.
2. Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen.

Bis zum 1.01.2018 wird die Zertifizierung mit dem Label „Qualität in Palliative Care⁷“ für Erwachsene für alle Listenspitäler mit Leistungsauftrag PAL Palliative Care Kompetenzzentrum gefordert.

25. BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2017.2)

Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür hat die Gesundheitsdirektion zwei Basispakete definiert, welche die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen bilden: Basispaket (BP) und Basispaket Elektiv (BPE). Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BPE ist dagegen Grundlage für Leistungserbringer, die primär elektiv tätig sind und über keine Notfallstation verfügen.

Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen

⁷ Qualitätskriterien für die Audits zur Erteilung eines Qualitäts-Labels an spezialisierte stationäre Palliative-Care.

Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie.

Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst die Basisversorgungs-Leistungen aus denjenigen „elektiven Leistungsbereichen“, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat z.B. ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das BPE alle urologischen „Basisleistungen“. Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital ein Arzt (z.B. Internist, Anästhesist) rund um die Uhr verfügbar. Beim BPE gelten die Anforderungen nur wenn Patienten im Spital in Behandlung sind. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Labor, Kooperation mit Spital mit Basispaket und Infektiologie.

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt Chirurgie Anästhesie geleitet durch Facharzt Anästhesie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Notfall (vgl. Kapitel 3.2.2)	Level 1	-
Intensivstation (vgl. Kapitel 3.2.3)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	-
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung ⁸	-

⁸ Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

26. Facharzt-Qualifikation Kinder- und Jugendmedizin (Version 2015.1)

Die folgende Tabelle enthält die Gegenüberstellung der Facharzttitel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin:

Erwachsenenmedizin	Kindermedizin
Innere Medizin	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Chirurgie	Kinderchirurgie
Neurologie	Schwerpunkt Neuropädiatrie
Endokrinologie	Schwerpunkt päd. Endokrinologie-Diabetologie
Gastroenterologie	Schwerpunkt päd. Gastroenterologie und Hepatologie
Hämatologie, medizinische Onkologie	Schwerpunkt päd. Onkologie-Hämatologie
Kardiologie	Schwerpunkt päd. Kardiologie
Radiologie	Schwerpunkt päd. Radiologie
Nephrologie	Schwerpunkt päd. Nephrologie
Pneumologie	Schwerpunkt päd. Pneumologie
Rheumatologie	Schwerpunkt päd. Rheumatologie

27. Facharzt-Verfügbarkeit (Version 2015.1)

Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Fachärzte (FMH oder ausländisch äquivalenter Titel) gefordert. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patienten von diesen Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

Bei jeder Leistungsgruppe ist zudem definiert, in welcher Form die Fachärzte zur Verfügung stehen müssen. Wenn der FMH-Titel in der Tabelle Leistungsgruppen ohne Klammern steht, müssen die Fachärzte am Spital angestellt sein oder ihre Praxis im Spital haben. FMH-Titel in Klammern bedeutet, dass auch Belegärzte oder Konsiliarärzte möglich sind, sofern sie vertraglich mit dem Spital verbunden sind und eine eigene Praxis in der Nähe des Spitals führen.

Pro Leistungsgruppe ist eine bestimmte zeitliche Verfügbarkeit des Facharztes gefordert. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Unten finden Sie die von der GD definierten zeitlichen Verfügbarkeiten. Die Verfügbarkeit muss auch bei Beleg- und Konsiliarärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein.

Level 1	FA Erreichbarkeit <60min oder Verlegung	Die Fachärzte ⁹ sind innert 60 Minuten erreichbar oder der Patient wird an das nächste Spital mit entsprechendem Leistungsauftrag verlegt.
Level 2	FA Intervention <60min	Die Fachärzte ⁹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30min	Die Fachärzte ⁹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (Geburt)	FA Intervention <10min	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. FA Neonatologie oder FA Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15min gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland)

⁹ Fachärzte oder Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation (auch Beleg- oder Konsiliarärzte möglich).

28. Notfallstation (Version 2015.1)

Für Spitäler mit dem Basispaket und damit Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. In Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe, werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben.

Anforderungen an die Notfallstation (Version 2015.2; gültig ab 1. Januar 2015)				
Für Spitäler mit dem Basispaket und damit Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. In Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe, werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben.				
	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 (Geburtshilfe)
Ärztliche Versorgung	<p>8-17 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).</p> <p>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>8-17 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie und Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).</p> <p>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>8-23 Uhr Mo-Fr: Ärzte mit Facharztqualifikation Chirurgie und Medizin stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).</p> <p>23-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärzte stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb 5 Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mindestens ein Assistenzarzt Medizin in der 2. Hälfte der Facharzt-Ausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innerhalb 30 Minuten zur Verfügung.</p>	<p>24-Stunden Mo-So: Ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe innerhalb von 10 Minuten vor Ort zur Verfügung.</p> <p>Die Notfallsectio hat in weniger als 15 Minuten zu erfolgen (d.h. vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit))</p>
Am Spital notwendige Fachdisziplinen		Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Innere Medizin (in 30 Minuten ¹) - Chirurgie (in 30 Minuten ¹) - Anästhesie (in 15 Minuten)	Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Haus) - Intensivmedizin (im Haus)	Beizug von Fachärzten / Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus) Hebammen: 24 Std. vor Ort
¹ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig.				

29. Intensivstation (IS) (Version 2015.1)

Anforderungen an die Intensivstation (Version 2016)

Für Leistungsgruppen, die relativ oft eine Verlegung der Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer Intensivstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei Levels von Intensivstationen unterschieden, die je nach Komplexität der Intensivbehandlung pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden.

	Level 1 Überwachungs- station	Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis-Richtlinien	„Nähere Erläuterungen sind auf der Homepage der Spitalplanung unter Definitionen weitergehender Anforderungen sowie Erläuterungen publiziert: www.gd.zh.ch/leistungsgruppen .	Die Richtlinien vom 1.11.2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten (http://www.sgi-ssmi.ch/tl_files/daten/7%20Downloads/Reglemente_Formulare_Listen_etc/2%20Allgemeine%20Reglemente%20und%20Richtlinien/KAI_Richtlinien_2013_D.pdf).	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: Anzahl Pflgetage p.a. ≥ 2'600 Anzahl Beatmungstage p.a. ≥ 1'000

Intensivstation (IS) Level 1 Anforderungen für eine Überwachungsstation gemäss Anhang Zürcher Spitalliste Akutsomatik: Leistungsgruppenspezifische Anforderungen (Version 2015.1 gültig ab 1. Januar 2015)

Eine Überwachungsstation (gemäss IS Level 1) ist erforderlich für:

- die post-operative Überwachung von Patienten (primär elektive Eingriffe)
- die Übernahme von Patienten von der Notfallstation (BP)
- die Übernahme von Patienten von einer Bettenstation

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24h/7d Betrieb möglichen sein.
2. Das Spital hat für die unverzügliche Verlegung von Patienten Verträge mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 gemäss Zürcher Spitalliste 2012 verfügen.
3. Das Spital behandelt nur ASA I-II bzw. stabile ASA III Patienten (keine Risiko-Patienten).
4. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

Fachpersonal:

5. Dem Anästhesist obliegt die Verantwortung der Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin). Dies betrifft die Patientensicherheit für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten und der Infrastruktur des Spitals.
6. Der ärztliche Leiter ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten ein Arzt mit Erfahrung (2 Jahre Anästhesie oder 6 Monate IS) im Haus und innerhalb von 5 Minuten zur Intervention verfügbar ist.



7. Ein ärztlicher Vertreter der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation bzw. der Operateur) welcher den Patienten auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss ≤ 1 Stunde möglich sein.
8. Die Pflegenden verfügen über ein 1 Jahr Erfahrung im Aufwachraum oder in Intensiv- oder Anästhesie- oder Notfallpflege.

Das Spital erfüllt in Anlehnung an die IMC-Richtlinien folgende Anforderungen:

9. Konventionelle Röntgen-Untersuchungen sind rund um die Uhr verfügbar.
10. Laboruntersuchungen wie Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung, Tests für Blut-Transfusionen, Blutgasanalyse sind rund um die Uhr verfügbar.
11. EKG, invasives BD- und ZVD-Messung, Pulsoxymetrie sind in genügender Anzahl vorhanden.
12. EKG mit 12-Ableitung, 1 Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind vorhanden.
13. Es wird sichergestellt, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentraler Katheter, Thoraxdrainage etc.) jederzeit durchgeführt werden können.
14. Monitoring (gemäss SGAR Standards) ist gewährleistet.
15. Zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patienten (bei > 4 Plätzen z.B. Monitor).
16. Mindestens 2 feste Sauerstoffanschlüsse (nicht pro Bett), bei Bedarf weitere mobil pro Bett.
17. Mindestens 2 mobile Vakuumanschlüsse.
18. Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit.

30. Verknüpfung inhouse oder in Kooperation (V2.0)

Viele Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dies sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, zusammen angeboten werden. Ist die fachübergreifende Behandlung besonders eng und die zeitliche Verfügbarkeit besonders wichtig, müssen diese Leistungen am gleichen Standort erbracht werden.

Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort erbracht werden, sondern können in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer geleistet werden. Eine Kooperation ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln, die folgende Punkte umfasst:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der spitalübergreifenden Schnittstellen
- die Ansprechpartner sind benannt
- der inhaltliche Umfang und die Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert
- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert
- medizinische Dokumentation: Dem zugewiesenen Spital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf bzw. auf Nachfrage zu gewährleisten



31. Tumorboard (V2.0)

Bei Leistungen an Karzinompatienten ist in der Regel ein Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus einem Radio-Onkologen, Onkologen, Internisten, Radiologen, einem Pathologen und dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Mit der interdisziplinären Einzelfallbesprechung soll jedem Karzinompatienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht werden. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden.

Tumorboards können grundsätzlich in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden. Dabei sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Jeder Tumorpatient wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt
- Die für das Tumorboard genannten Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärzte besteht
- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Patientenakte übernommen, sodass sie jederzeit überprüft werden können

32. Mindestfallzahlen (MFZ) (Version 2015.1)

Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten. Allerdings sind die Grundlagen für die Festlegung von Mindestfallzahlen noch nicht vollumfänglich erarbeitet. In diversen Leistungsbereichen gibt es derzeit erst wenige oder keine empirische Evidenz. Die wissenschaftliche Literatur dazu ist aber im Wachsen begriffen. Zudem gibt es zwar viele Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität zeigen, hingegen lässt sich bei vielen Behandlungen kein exakter Schwellenwert ableiten, ab welchem die Qualität deutlich besser wird. Dies widerspiegelt sich auch in der Praxis. Ein Vergleich der Mindestfallzahlen in verschiedenen Ländern zeigt, dass die Höhe der Mindestfallzahlen bei gleichen Leistungen teilweise beträchtlich variiert.

Da die Höhe der Mindestfallzahlen in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers beurteilt und auch in der Praxis verschiedener Länder unterschiedlich festgesetzt wird, hat sich die Gesundheitsdirektion entschieden, mit eher niedrigen Mindestfallzahlen erste Erfahrungen zu sammeln.

Bei rund 30 Leistungsgruppen wird eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Spital¹⁰ vorgeschrieben. Im Vordergrund stehen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Diese niedrigen Mindestfallzahlen von 10 pro Spital stellen für diese Leistungsgruppen eine sinnvolle minimale Schwelle dar, die in erster Linie verhindern soll, dass Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese

¹⁰ Die Behandlungen werden pro Standort gezählt. Die Gesundheitsdirektion ist sich bewusst, dass nicht nur das Spital, sondern auch der behandelnde Arzt einen Einfluss auf die Qualität hat. In der vorliegenden Planung wird bis zum Vorliegen neuer Kenntnisse auf die Einführung einer Mindestfallzahl pro Arzt verzichtet. Diesem Umstand wird Rechnung getragen, indem primär Leistungen mit Mindestfallzahlen versehen werden, bei denen nicht nur ein einzelner Arzt, sondern Teams oder das ganze Spitalumfeld einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität haben.



spezialisierten Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden.

Zusätzlich werden für je eine Leistungsgruppe in der Viszeralchirurgie, in der Herzchirurgie und in der Thoraxchirurgie höhere Mindestfallzahlen vorgeschrieben, da bei diesen Behandlungen bereits gute empirische Evidenz in wissenschaftlichen Studien und Anwendungsbeispiele im Ausland existieren. Es handelt sich um eine Mindestfallzahl von 30 für maligne Neoplasien der Lunge (THO1.1) und eine Mindestfallzahl von 100 in der Koronarchirurgie (HER1.1.1).

Die Gesundheitsdirektion wird in den nächsten Jahren die Erfahrungen aus der Anwendung von Mindestfallzahlen analysieren. Im Falle von positiven Erfahrungen ist geplant, die bestehenden Mindestfallzahlen anzupassen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen oder Mindestfallzahlen pro Operateur zu prüfen. Parallel dazu werden in Zukunft die Fallzahlen aller Listenspitäler pro Leistungsgruppe publiziert.