



**Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion**

Zürcher Spitalplanung 2023

**Beilage zum Versorgungsbericht
Juni 2021**

Herausgeber

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Gesundheitsversorgung
Stampfenbachstrasse 30
8090 Zürich
Tel. +41 43 259 24 71
spitalplanung@gd.zh.ch
zh.ch/gesundheitsdirektion

Juni 2021

Inhalt

Generelle Anforderungen	5
Weitergehende generelle Anforderungen	19
Akutsomatik	24
Operationalisierung Leistungsgruppenmodell Akutsomatik	24
Leistungsspezifische Anforderungen	24
Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen	25
Psychiatrie	41
Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	41
Operationalisierung Leistungsgruppenmodell Psychiatrie	42
Leistungsspezifische Anforderungen	48
Leistungsspezifische Anforderungen nach Auftragsstyp	48
Leistungsspezifische Anforderungen nach Leistungsgruppen	51
Leistungsspezifische Anforderungen nach Altersbereiche	52
Rehabilitation	53
Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	53
Operationalisierung Leistungsgruppenmodell Rehabilitation	53
Leistungsspezifische Anforderungen	53
Leistungsspezifische Anforderungen nach Leistungsgruppen	54
Leistungsspezifische Anforderungen nach Querschnittsbereich	67
Anhang zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen	71
Konzept zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufe	74

Generelle Anforderungen

1. Allgemeines

1. Die vorliegenden generellen Anforderungen gelten für alle Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich (Listenspitäler).
2. Für ausserkantonale Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich (ausserkantonale Listenspitäler) kann Abweichendes geregelt sein. Ausserkantonale Listenspitäler informieren die Gesundheitsdirektion über den Abschluss von Tarifverträgen und über Tariffestsetzungsbegehren zeitgleich mit der Einreichung des Genehmigungs- bzw. Festsetzungsantrages bei der Regierung des Standortkantons.
3. Neben den hier aufgeführten generellen Anforderungen sind weitere Anforderungen und Definitionen in folgenden Anhängen und Dokumenten zu berücksichtigen:
 - a. **Bereich Akutsomatik:**
 - a1. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen
 - a2. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik: Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen
 - a3. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik: SPLG-Systematik (Zuteilung von Leistungen zu den Spitalplanungsleistungsgruppen)
 - b. **Bereich Rehabilitation:**
 - b1. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation: Leistungsspezifische Anforderungen
 - b2. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Rehabilitation: SPLG-Systematik (Zuteilung von Leistungen zu den Spitalplanungsleistungsgruppen)
 - c. **Bereich Psychiatrie:**
 - c1. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie: Leistungsspezifische Anforderungen
 - c2. Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Psychiatrie: SPLG-Systematik (Zuteilung von Leistungen zu den Spitalplanungsleistungsgruppen)
 - d. **Alle Bereiche:**
 - d1. Anhang zu den Zürcher Spitallisten 2023 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie: Weitergehende generelle Anforderungen
 - d2. Anhang und Konzept zu den Zürcher Spitallisten 2023 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie betreffend Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen

Die Dokumente sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html>) abrufbar.

2. Leistungsaufträge

4. Die Leistungsaufträge und die damit verbundenen Auflagen gemäss den Anhängen zu den Zürcher Spitallisten 2023 sind grundsätzlich auf das zugrundeliegende Planungsintervall befristet (§ 8 Abs. 1 SPFG). Ist ein Leistungsauftrag für einen kürzeren Zeitraum befristet erteilt worden, muss ein begründetes Gesuch um Erteilung eines weiteren Leistungsauftrages bis spätestens neun Monate vor Ablauf der Befristung bei der Gesundheitsdirektion eingereicht werden. Wird kein Gesuch gestellt, endet der Leistungsauftrag mit Ablauf der Befristung.
5. Die teilweise oder vollständige Übertragung eines Leistungsauftrages auf einen anderen Leistungserbringer ist nicht zulässig. Zulässig ist die Übertragung von nicht an Patientinnen und Patienten selbst erbrachten medizinischen Supportleistungen (z. B. Laboruntersuchungen).
6. Die Kündigung eines Leistungsauftrages 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. 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 Spitalisten 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 weitergewiesene 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. 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 Epidemiegesetzes (EpG), des Pandemieplans Schweiz, des Bevölkerungs- und Zivilschutzgesetzes (BZG) und des Bevölkerungsschutzgesetzes (BSG), jeweils in der aktuellen Version 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 Leistungsauftrages 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 über 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 soziaethischen 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 aktuellen 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 (bspw. zum CIRS, Vigilanz).
 - 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 der European Resuscitation Council (ERC).
 - h. Grippeimpfungsmanagement mit dem Ziel einer möglichst hohen Grippeimpfquote 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 Leistungsgremien erhalten regelmässig systematische Auswertungen.

- f. Die Mitarbeitenden werden gemäss definiertem Prozess ins 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, niederschweligen und melder gerechten Zugang auf das CIRS-Meldesystem.

4.1.4 Qualitätsmessungen

- 28. Listenspitäler führen ein Qualitätsmonitoring und messen Prozess- und Ergebnisqualität ausgewählter Bereiche. Routinedaten sind (dort 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 spitalspezifischen Ergebnisse von Qualitätsmessungen aus. Die Listenspitäler ermächtigen die Gesundheitsdirektion bei national verpflichtenden Messungen deren Auswertungen (auf Spital-ebene) 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. Für medizinische Register – soweit geplant, im Aufbau oder vorhanden – gelten die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- 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 (SGSH) 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 Universitäts-spitals Zürich im Bereich der Hygiene sowie der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (inkl. 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 (Ärzte/-innen, Spitalapotheker/in, Pflegefachpersonen, dipl. 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) ist vorhanden und etabliert. Das Spital verfügt über einen definierten Eintrittsprozess. Dieser regelt insbesondere auch die Erfassung von schutz- und pflegebedürftigen Angehörigen (z.B. Minderjährige, pflegebedürftige Partner/-innen oder Eltern etc.) sowie von Tieren, für welche die Patientin/der Patient die alleinige Verantwortung trägt. Der Eintrittsprozess enthält Handlungsanweisungen, um im Bedarfsfall Wohl und Betreuung von schutz- und pflegebedürftigen Angehörigen sowie Tieren sicherzustellen. Beim Austritt ist die Patientin/der Patient schriftlich und mündlich über das weitere medizinische und therapeutische Prozedere zu instruieren. Es findet eine Information der Nachbehandler (u.a. Pflegeheime) und eine Koordination mit den Nachbehandlern statt.
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 KLV-Leistungen. 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 Behandlungsverlaufes 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 (inkl. 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 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. In den im Anhang Leistungsspezifische Anforderungen zur Zürcher Spitalliste entsprechend bezeichneten Leistungsgruppen dürfen in einem Listenspital Behandlungen nur dann durchgeführt werden, wenn in diesem Spital 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 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. Die Gesundheitsdirektion schreibt für ausgewählte Leistungsgruppen ein Qualitätscontrolling vor.
56. Die Gesundheitsdirektion anerkennt ein Qualitätscontrolling, wenn es folgende Minimalanforderungen erfüllt:
 - a. Erfassung der Fälle in einem Register oder einer Datenbank, idealerweise in einem international anerkannten Register mit der Möglichkeit zu einem Benchmarking mit grossen Fallzahlen. Mindestanforderung ist ein nationales Register. Datenschutzrechtliche Vorschriften sind einzuhalten.
 - b. Kenndaten müssen strukturiert ausgewiesen werden und Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglichen. Sie sollten von einer von den Leistungserbringern unabhängigen nationalen oder internationalen medizinischen Fachgesellschaft anerkannt sein und sich an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und nationalen oder internationalen Richtlinien orientieren. Die Bestimmung der massgeblichen Kenndaten erfolgt in Absprache mit der Gesundheitsdirektion. Die Berücksichtigung von allfälligen, durch die Gesundheitsdirektion gestellten versorgungsrelevanten Fragen soll dadurch ermöglicht werden. Die Daten sind der Gesundheitsdirektion mindestens auf Stufe Spital transparent auszuweisen. Spitalintern soll nach Möglichkeit eine Auswertung bis auf die Ebene einzelner Operateurinnen und Operateure erfolgen.
 - c. Die Datenerfassung und Datenqualität muss regelmässig mit Stichproben durch ein unabhängiges, professionelles Auditinstitut überprüft werden.
 - d. Die Prüfung der Kenndaten erfolgt durch ein Fachgremium mit Festlegung von Massnahmen (bspw.: Peer Review) bei Auffälligkeiten.
 - e. Das Ergebnis des Qualitätscontrollings wird an regelmässigen Treffen (ein- bis zweijährlich) der Leistungserbringer und ihrer Spezialisten mit der Gesundheitsdirektion vorgestellt und diskutiert.
57. Wenn die Zertifizierung oder die Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft einzelne der Minimalanforderungen nicht erfasst, muss die Erfüllung oben genannter Anforderungen ergänzend umgesetzt und ausgewiesen werden.
58. Die Umsetzung im Detail bzw. die Ausführung kann auf spezifische Bedingungen und Besonderheiten abgestimmt werden. Die Erarbeitung neuer Qualitätssicherungssysteme oder die Anpassung und Ergänzung bestehender Systeme erfolgt unter Einbezug der Gesundheitsdirektion. Die Gesundheitsdirektion regelt in den leistungsspezifischen und weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen, welche Zertifikate oder Programme von medizinische Fachgesellschaften vorausgesetzt und anerkannt 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, Arbeitgebern, 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 / Ärzten
 - b. Klinischen Psychologinnen / Klinischen Psychologen
 - c. Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten
 - d. Ergotherapeutinnen / Ergotherapeuten
 - e. Dipl. Pflegefachpersonen
 - f. Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter.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 Arztberichten etc.).
64. Innerhalb 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 Basis 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:
- Betreuung und Beratung zur sozialen, schulischen oder beruflichen Reintegration der Patientinnen und Patienten durch einen Sozialdienst
 - weitere ergänzende Therapien
 - Ernährungsberatung
 - Diabetesberatung
 - Diätküche
 - Fortführung der im akutsomatischen Spital eingeleiteten Therapien
 - Sicherstellung der Durchführung von (klinikexternen) Dialysen
 - sozialpädagogische Leistungen und schulische Reintegration bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Leistungsgruppe «Pädiatrische Rehabilitation»
 - Beratungsangebot für Angehörige sowie Fachpersonen im Vorfeld und/oder während einer Behandlung
 - 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 Stellenprozent.

73. Die Leitung Therapien und ihre Stellvertretung verfügen über einen anerkannten Abschluss nach Art. 47 Abs. 1 lit. a KVV, Art. 48 Abs. 1 lit. a KVV, Art. 50 lit. a KVV oder Art. 50b 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 / Master of Science in Pflege nach Art. 49 lit. 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. 60 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 08:00 – 18:00 Uhr während acht Stunden vor Ort zur Verfügung. In der übrigen Zeit, an Wochenenden und an Feiertagen ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst für die Rehabilitationsklinik sichergestellt sowie eine diensthabende Ärztin / ein diensthabender Arzt vor Ort anwesend.
 - b. An jedem Tag steht rund um die Uhr pro Fachbereich mit maximal 48 Betten mindestens eine Pflegefachperson mit einem Abschluss als dipl. Pflegefachfrau / Pflegefachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege / 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 vor Ort 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 / Klinische Psychologen, Neuropsychologinnen / Neuropsychologen	Abschluss nach Art. 2 oder 3 PsyG
Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten	Abschluss nach Art. 47 Abs. 1 Bst. a KVV
Ergotherapeutinnen / Ergotherapeuten	Abschluss nach Art. 48 Abs. 1 Bst. a KVV
Logopädinnen / Logopäden	Abschluss nach Art. 50 Bst. a KVV
Pflegefachpersonal	Abschluss nach Art. 49 Bst. a KVV
Ernährungsberaterinnen / 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 während 24 Stunden, sieben Tage die Woche
 - b. Notfall-Labor: 365 Tage / 24 Stunden 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. -Wagen inkl. Defibrillator sind so in der Rehabilitationsklinik positioniert, dass sie innert fünf Minuten bei der Patientin / beim Patienten sind.

4.4 Zusätzliche Anforderungen im Bereich Psychiatrie

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

82. Das Listenspital orientiert sich für die Leistungserbringung am Grundsatz der Präferenz der ambulanten vor der stationären Behandlung und bevorzugt eine wohnortnahe (gemeindenahе) Betreuung. Es fördert innovative therapeutische Angebote und Versorgungsmodelle.
83. Ein strukturierter patientenbezogener Behandlungsprozess ist vorhanden. In diesem Rahmen werden insbesondere anerkannte Assessmentinstrumente eingesetzt, Therapieziele definiert, eine Therapieplanung erstellt und die Zielerreichung überprüft.
84. Die Indikation für den stationären Aufenthalt und der Behandlungsauftrag werden in regelmässigen Abständen, mindestens wöchentlich, überprüft.
85. 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.
86. Das Listenspital stellt eine interdisziplinär ausgerichtete Behandlung durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam sicher.
87. 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.
88. Mindestens 75 Prozent der Kaderärzte/-innen (Chefärzte/-ärztinnen, Leitende Ärzte/-innen, Oberärzte/-innen) 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.
89. Für die im Spital tätigen Psychologen/-innen gelten folgende Aus- und Weiterbildungsvoraussetzungen:
 - a. Klinisch tätige Psychologen/-innen verfügen über einen eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten Universitäts- oder Fachhochschulabschluss (Master oder Lizentiat) in Psychologie.
 - b. Mindestens 75 Prozent der klinisch tätigen Psychologen/-innen 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 75% der klinisch tätigen Psychologen/-innen in Kaderstellungen (leitende Psychologin/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.
90. Das Listenspital verfügt über einen Sozialdienst bzw. eine fest angestellte diplomierte Sozialarbeiterin oder einen fest angestellten diplomierten Sozialarbeiter oder eine diplomierte Pflegefachkraft mit Certificate in Advanced Studies (CAS) in Case Management ist vorhanden.
91. 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. Primär sind spitalinterne Ressourcen für Übersetzungszwecke durch fremdsprachiges medizinisches Fachpersonal in Anspruch zu nehmen.

5. Rettungswesen, Patiententransporte (Verlegungen)

92. Für die Patientenübergabe von und an Rettungsdienste ist das strukturierte Übergabeprotokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) 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

93. Bei Patiententransporten (Verlegungen) zwischen stationären Einrichtungen (Spital, Geburtshaus) muss die verlegende Einrichtung unterscheiden zwischen einfachen (stabilen) und komplexen Patientinnen und Patienten:
- 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 welchen 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. via Infusion, Perfusor) nicht zulässig. Erlaubt sind ausschliesslich folgende medizinischen Massnahmen:
 - Monitoring für Blutdruck und Blutsauerstoffspiegel / SpO₂
 - 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 bis D) gewählt werden. Ändert sich der Zustand der Patientin oder des Patienten während des Transports, ist umgehend die Einsatzleitzentrale (ELZ) zu kontaktieren.
 - Komplexe Patientinnen und Patienten (Kategorie A bis D gemäss Anhang 1 zur RWV) sind alle übrigen Patientinnen und Patienten.
94. 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 des Kantons Zürich angemeldet werden. Die Wahl der richtigen Transportkategorie liegt in der Verantwortung des verlegenden Spitals.

5.2 Spezialtransporte

95. Bei Spezialtransporten mit intensivmedizinischer Betreuung und speziellem Equipment (Beispiele: 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
- 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
 - das Team des Rettungsmittels erklärt, dass es die Patientenbetreuung nicht allein gewährleisten kann.
96. Das Spital kann entsprechend qualifiziertes Personal selbst stellen oder auf seine Kosten durch das spezialisierte Zielspital stellen lassen.

5.3 Management des Helikopterlandeplatzes

97. 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

98. Für Verlegungen ab einem Geburtshaus in das Verlegungsspital gilt Folgendes:
- a. Wenn die Gebärende oder das Kind vitale Unterstützung benötigen:
Die Verlegung erfolgt in folgenden Fällen in einem Rettungstransportwagen:
 - Der Rettungsdienst kann die benötigte vitale Unterstützung bieten, oder
 - der Rettungsdienst kann die benötigte vitale Unterstützung nicht bieten, aber es ist ein Rettungstransportwagen innert nützlicher Frist verfügbar.
 Andernfalls erfolgt die Verlegung in einem Taxi oder PW.
 - b. Wenn die Gebärende und das Kind keine vitale Unterstützung benötigen:
Die Verlegung erfolgt in einem Krankentransportwagen, wenn ein solcher innert nützlicher Frist verfügbar ist.
Andernfalls erfolgt die Verlegung in einem Taxi oder PW.
99. 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. zeitliche Verfügbarkeit des Rettungs- oder Transportdienstes.
100. Die Verlegung mit einem Taxi oder PW des Geburtshauses 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 kurzer Frist verfügbar ist.
101. 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 während 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche verfügbar ist. Bei Verlegungen im Taxi sichert sich das Geburtshaus die entsprechende Dienstleistung vertraglich zu.
 - Die Verlegung im PW der Gebärenden oder eines/-er Angehörigen der Gebärenden ist nicht zulässig.
 - Das Konzept legt dar, wer das Fahrzeug steuert und wer die Gebärende/das Kind während der Fahrt betreut.
 - Das Taxi oder der PW verfügt über die für die Verlegung erforderlichen, 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

102. 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.
103. Die Pflicht zur Aus- und Weiterbildung gilt für folgende nicht-universitäre Berufe:
- a. Ausbildung
 - a1. Pflege und Betreuung
 - Diplomierte Pflegefachfrau FH / diplomierter Pflegefachmann FH
 - Diplomierte Pflegefachfrau HF / diplomierter Pflegefachmann HF
 - Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (FaGe)
 - Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales EBA (AGS)
 - a2. MTT-Berufe
 - Diplomierte Physiotherapeutin FH / diplomierter Physiotherapeut FH
 - Diplomierte Ergotherapeutin FH / diplomierter Ergotherapeut FH
 - Diplomierte Ernährungsberaterin FH / diplomierter Ernährungsberater FH
 - Diplomierte Fachfrau Operationstechnik HF / diplomierter Fachmann Operationstechnik HF
 - Diplomierte Biomedizinische Analytikerin HF / diplomierter Biomedizinischer Analytiker HF
 - Diplomierte Fachfrau medizinisch-technischer Radiologie HF / Diplomierter Fachmann medizinisch-technischer Radiologie HF
 - Diplomierte Aktivierungsfachfrau HF / Diplomierter Aktivierungsfachmann HF
 - a3. Hebammen
 - Diplomierte Hebamme FH / diplomierter Entbindungspfleger FH
 - b. Weiterbildung
 - Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Intensivpflege NDS HF
 - Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Notfallpflege NDS HF
 - Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Anästhesiepflege NDS HF
104. 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.
105. 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.
106. 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 durch 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.
107. Die Kosten des Aufwandes der Spitäler für die Aus- und Weiterbildung im stationären Bereich in nicht-universitären Gesundheitsberufen ist in den von Kanton und Versicherern zu leistenden Pauschalen enthalten. Es werden keine zusätzlichen Vergütungen geleistet.
108. Liegt die erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung eines Spitals unter dem Aus- und Weiterbildungssoll dieses Spitals, hat das Spital 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 GDK erhobenen Nettonormkosten des Aus- und Weiterbildungsaufwandes der Gesundheitsberufe abgestellt werden. In begründeten Fällen kann die Ersatzabgabe nach freiem Ermessen reduziert oder erlassen werden.
109. Bei Nichterfüllung der Aus- und Weiterbildungsverpflichtung bleiben Sanktionen gemäss § 22 SPFG vorbehalten.

7. Daten

7.1 Datenlieferung

110. 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.
111. Das Listenspital liefert Daten an die von SwissDRG AG bezeichneten Stellen gemäss deren Vorgaben.

7.2 Datenschutz und Informationssicherheit

112. 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.
113. 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.
114. 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 aktuellen Stand der Technik und orientiert sich an einschlägigen internationalen Standards (ISO 2700x-Reihe, Vorgaben des deutschen Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik BSI).
115. Die Umsetzung der Prozesse und Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Informationssicherheit ist zu dokumentieren. Zum ISMS ist ein PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) für die kontinuierliche Verbesserung der Informationssicherheit zu implementieren. Der Geschäftsleitung ist regelmässig darüber Bericht zu erstatten.
116. 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

117. 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.
118. 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.
119. 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

120. 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.
121. 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.
122. 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

123. 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.
124. 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 bzw. dem Patienten eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist, zu (Art. 42 Abs. 3 KVG).
125. Die Listenspitäler lassen alle Rechnungskorrekturen, die sie gegenüber den Versicherern vornehmen, in voller Höhe in die Rechnungsstellung gegenüber dem Kanton einfließen.
126. 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.
127. 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.
128. Ist die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt der Meinung, dass eine Behandlung trotz fehlenden Leistungsauftrag durchgeführt werden muss, und handelt es sich dabei nicht um eine Notfallbehandlung, dann 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.

Weitergehende generelle Anforderungen

1. Allgemeines

Die vorliegenden weitergehenden generellen Anforderungen gelten für die Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich (Listenspitäler).

2. Aus- und Weiterbildung

Die Gesundheitsdirektion (GD) legt jedes zweite Jahr das vom Listenspital jährlich zu erbringende Aus- und Weiterbildungssoll fest.

Das Listenspital hat grundsätzlich die Möglichkeit, Minderleistungen bei der Aus- und Weiterbildung in einem Beruf durch Mehrleistungen in einem anderen Beruf zu kompensieren.

Verträge über Ausbildungsleistungen in einer anderen Institution als dem verpflichteten Listenspital und über den Einkauf von Ausbildungsleistungen sind der GD bis Februar des Folgejahres vorzulegen.

Die Ersatzabgabe für nicht erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistungen eines Listenspitals entfällt insoweit, als das Spital nachweist, dass es das Aus- und Weiterbildungssoll unverschuldet nicht erreicht hat. Das Spital reicht der GD die entsprechenden Belege unaufgefordert ein.

Eine Minderleistung gilt insbesondere dann als unverschuldet, wenn

- a. die auszubildende Person den Ausbildungsvertrag weniger als zwei Wochen vor Ausbildungsbeginn kündigt,
- b. Bildungszentren vereinbarte Praktikumsplätze in der Institution nicht besetzen,
- c. die auszubildende Person die Ausbildung abbricht,
- d. Studierende der Tertiärstufe die erforderlichen Prüfungen nicht bestehen,
- e. dokumentierte, branchenübliche Rekrutierungsbemühungen des Spitals erfolglos bleiben.

Eine Minderleistung gilt insbesondere dann nicht als unverschuldet, wenn

- a. die zuständigen Amtsstellen einen Lehrvertrag nicht genehmigen oder eine Bildungsbewilligung entziehen,
- b. ein Bildungszentrum oder eine Fachhochschule einen Praktikumsort nicht anerkennt.

Im Übrigen ist das Konzept der GD für die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen für Listenspitäler vom 28. August 2012 anwendbar.

3. Vorgaben zu Mindestfallzahlen und Mindestpflegetagen

3.1 Akutsomatik

3.1.1 Mindestfallzahlen pro Spital

3.1.1.1 Einleitung

Aus dem Spitallistenanhang «Leistungsspezifische Anforderungen» ergibt sich, bei welchen Leistungsgruppen welche Mindestfallzahlen pro Spital vorausgesetzt sind. Nur Spitäler, die im relevanten Zeitraum nachweislich die Mindestfallzahlen erreicht haben, können für diese Leistungsgruppen einen unbefristeten Leistungsauftrag erhalten.

3.1.1.2 Grundsatz

Die Anzahl durchgeführter Eingriffe eines Spitals kann von Jahr zu Jahr variieren. Solche Schwankungen werden in der Beurteilung berücksichtigt, indem die Summe der Eingriffe über zwei Kalenderjahre gezählt wird. Im darauffolgenden Jahr (Beurteilungsjahr t) überprüft die GD, ob das Spital die MFZS in den vorangehenden zwei Kalenderjahren (t-1 und t-2) erreicht hat. Erreicht das Spital in der Summe der letzten zwei Jahre (t-1 und t-2) den doppelten Wert der festgelegten MFZS, kann – bei Erfüllung auch der übrigen Anforderungen – für das Folgejahr zum Beurteilungsjahr (t+1) ein unbefristeter Leistungsauftrag erteilt werden.

3.1.1.3 Zählung der relevanten Fälle

3.1.1.3.1 Betroffene Codes

Wenn für eine bestimmte Leistungsgruppe eine MFZS definiert ist, sind nur spezifische, für die fragliche Behandlung charakteristische Codes für die Vergabe der Punkte (Anzahl zu zählende Fälle) relevant. Im Spitallistenanhang «SPLG-Systematik (Zuteilung von Leistungen zu den Spitalplanungsleistungsgruppen)» sind diese Codes in der Spalte «MFZ» mit «B» oder «S» markiert. Hat der Code in der Spalte «Kombination» einen Vermerk «AND_ICD», braucht es zusätzlich noch einen ICD-Code mit Eintrag «B» oder «S» in der Spalte «MFZ», damit ein Punkt vergeben wird.

3.1.1.3.2 Zuteilung der Punkte

Die Fallzählung erfolgt automatisch durch den Grouper. Für die Berechnung der MFZS werden alle in der jeweiligen SPLG durchgeführten Eingriffe summiert. Enthält ein Fall Codes, die zu mehreren SPLG (mit jeweils vorgegebener MFZS) führen, wird für jede einzelne SPLG ein Punkt gezählt. Für einen Fall kann nicht mehr als ein Punkt pro SPLG gezählt werden, auch wenn zwei Codes, die zur gleichen SPLG führen, kodiert sind.

3.1.1.3.3 Nichterreichen der MFZS

Spitälern, welche in der fraglichen Leistungsgruppe in den dem Beurteilungsjahr (t) vorausgehenden zwei Kalenderjahren (t-1 und t-2) in der Summe den doppelten Wert der festgelegten MFZS nicht erreichen, wird der Leistungsauftrag für das dem Beurteilungsjahr (t) folgende Jahr (t+1) befristet erteilt. Zeigt sich bei der Prüfung im Jahr t+1, dass auch im Jahr t-1 und im Beurteilungsjahr t in der Summe der doppelte Wert der festgelegten MFZS nicht erreicht wurde, wird der Leistungsauftrag auf Ende des Jahres t+1 entzogen. Wird im Jahr t-1 und im Beurteilungsjahr t in der Summe der doppelte Wert der festgelegten MFZS wieder erreicht, wird der Leistungsauftrag wieder unbefristet erteilt.

3.1.2 Mindestfallzahlen pro Operateur/in

3.1.2.1 Einleitung

Aus dem Spitalistenanhang «Leistungsspezifische Anforderungen» ergibt sich, bei welchen Leistungsgruppen welche MFZO vorausgesetzt sind. Die MFZO entsprechen der Zahl an Behandlungen, die eine Operateurin oder ein Operateur pro Kalenderjahr mindestens durchführen muss, damit das Spital sie bzw. ihn für Behandlungen in der betreffenden Leistungsgruppe einsetzen darf. Die GD publiziert jährlich eine Liste der ihr gemeldeten Operateure/-innen, die die MFZO erreicht haben und die übrigen fachlichen Anforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe (Facharzttitle) erfüllen.

Die Erfassung der Operateure/-innen ist zwingend für die Zürcher Listenspitäler und freiwillig für Vertragsspitäler. Da Operateure/-innen, die sowohl an Listenspitälern als auch an Vertragsspitälern operieren, auf die Erfassung der MFZO angewiesen sind, empfiehlt die GD auch den Vertragsspitälern, die Operateure/-innen zu erfassen.

Verzichtet ein Vertragsspital oder ein ausserkantonales Spital auf die Erfassung der MFZO und die Datenlieferung an die GD, kann der betroffene Operateur bzw. die betroffene Operateurin selbst die Daten der GD einreichen, damit die Punkte gutgeschrieben werden können. Das Formular «Erfassung des/der Operateurs/-in» ist auf der Webseite der GD abrufbar (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/qualitaet-listenspitaeler.html#1067459069>).

Für Leistungen einer Leistungsgruppe mit MFZO wird der Kantonsanteil nur vergütet, wenn die Leistung von einem/einer Operateur/-in erbracht wird, der/die die MFZO und die übrigen Qualitätsanforderungen (Facharzttitle) erfüllt. Eine Überprüfung durch die GD erfolgt anlässlich des jährlichen Leistungscontrollings.

3.1.2.2 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel bedeuten:

- **Erstoperateur/-in / Zweitoperateur/-in:** Der/Die Erstoperateur/-in leitet die Operation, führt sie durch und ist für sie verantwortlich. Im Operationsbericht ist festgehalten, wer Erstoperateur/-in ist. Der/Die Zweitoperateur/-in assistiert dem/der Erstoperateur/-in. Die Erfassung für die MFZO muss den Angaben im Operationsbericht entsprechen. Maximal zwei Operateure/-innen sind bei der Erfassung zulässig. Weitere Operateure/-innen werden nicht berücksichtigt.
- **Operateur/-in auf Rotationsstelle:** Dabei handelt es sich um Operateure/-innen in Ausbildungszentren mit oder ohne Facharzttitle, die sich für eine begrenzte Zeit intensiv in einer spezifischen SPLG ausbilden. Für Ärzte/-innen in solchen Rotationsstellen erfolgt keine Punktezahl, weil sie noch in Ausbildung sind. Sie dürfen im Rahmen ihrer Ausbildung als Erstoperateur/-in tätig sein. Die Spitäler, die eine Rotationsstelle führen, müssen bei der GD eine Bewilligung beantragen und jährlich die Operateure/-innen in Rotation bei der GD melden. Eine Ärztin oder ein Arzt darf sich nicht länger als vier Jahre in Rotation befinden.
- **Operateur/-in in Ausbildungssituation:** Es handelt sich um einen Arzt/eine Ärztin in Weiterbildung zu einem Facharzt- oder Schwerpunkttitle. Er/Sie darf als Erstoperateur/-in nur unter Supervision eines Operateurs/einer Operateurin tätig sein, der/die auf der Liste steht. Für den Arzt/die Ärztin in der Ausbildungssituation erfolgt keine Punktezahl.

3.1.2.3 Grundsatz

Die Fallzahlen pro Operateur/-in werden jährlich ermittelt. Die Aktivität eines/einer Operateur/-in ist von Jahr zu Jahr nicht immer konstant. Deswegen wird für die Beurteilung die Summe der Eingriffe gezählt, die in den letzten zwei Kalenderjahren (t-1 und t-2) vor dem Beurteilungsjahr (t) erbracht worden sind. Erreicht die Operateurin oder der Operateur mit dieser Summe den doppelten Wert des in den «Leistungsspezifischen Anforderungen» als jährliche MFZO genannten Werts, darf sie oder er für das Folgejahr zum Beurteilungsjahr (t+1) vom Listenspital für entsprechende Behandlungen eingesetzt werden.

3.1.2.4 Anmeldung als neue/-r Operateur/-in

Operateure/-innen, die neu ihre eigenverantwortliche Tätigkeit im Kanton Zürich aufnehmen und Eingriffe durchführen, für die eine MFZO verlangt wird, müssen sich vor Beginn der Tätigkeit bei der Abteilung Versorgungsplanung der GD Zürich (mfz@gd.zh.ch) mit dem Formular «Anmeldung Operateur/-in» anmelden. Die GD überprüft die Angaben stichprobenartig.

Als neue Operateure/-innen gelten:

- Operateure/-innen nach Abschluss der Ausbildung, die im Kanton Zürich mit der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung beginnen möchten;
- Operateure/-innen mit Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung in einem anderen Kanton, die auch im Kanton Zürich mit der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung beginnen möchten;
- Operateure/-innen mit ausländischem Facharztstitel oder Schwerpunktstitel, die im Kanton Zürich mit der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung beginnen möchten.

Grundsätzlich brauchen Fachärzte/-ärztinnen mit einem ausländischen Titel eine Anerkennung der Medizinalberufekommission des Bundes (Art. 15 Medizinalberufegesetz; MedBG). Die Anerkennung des Facharztstitels bzw. der Nachweis über den verlangten Schwerpunktstitel muss vor Beginn der Tätigkeit im Kanton Zürich erfolgen.

Für neue Operateure/-innen gelten folgende Regelungen:

1. Operateure/-innen mit entsprechendem Facharztstitel, die in den letzten zwei Kalenderjahren vor Aufnahme der Tätigkeit die MFZO erreicht haben, werden auf die Liste der Operateure/-innen, die die Qualitätsanforderungen erfüllen, aufgenommen.
2. Für Operateure/-innen, die in den letzten zwei Kalenderjahren vor Aufnahme der Tätigkeit die MFZO nicht erreicht haben, gilt Folgendes:
 - a. Besitzen sie ihren Facharztstitel oder Schwerpunktstitel seit weniger als drei Jahren, werden sie provisorisch für 3 Jahre auf die Liste der Operateure/-innen, die die Qualitätsanforderungen erfüllen, aufgenommen. Erreichen sie in der Summe der ersten beiden Jahre die doppelte MFZO, werden sie definitiv auf die Liste aufgenommen. Andernfalls werden sie am Ende des dritten Jahres von der Liste gestrichen.
 - b. Besitzen sie ihren Facharztstitel oder Schwerpunktstitel seit mehr als drei Jahren, dürfen sie während zweier Jahre nur unter Supervision behandeln. Erreichen sie im ersten Jahr die MFZO, werden sie definitiv auf der Liste aufgenommen. Andernfalls werden sie am Ende des zweiten Jahres von der Liste gestrichen.

3.1.2.5 Punktevergabe

3.1.2.5.1 Betroffene Codes

Wenn für eine bestimmte SPLG eine MFZO definiert ist, sind nur spezifische, für die fragliche Behandlung charakteristische Codes für die Punktevergabe relevant. Die Operateure/-innen müssen nur für diejenigen Codes erfasst werden, welche eine SPLG mit MFZO auslösen und welche in der SPLG-Definition als relevant für die Operateure/-innen markiert sind. Im Spitalistenanhang «SPLG-Systematik (Zuteilung von Leistungen zu den Spitalplanungsleistungsgruppen)» sind diese Codes in der Spalte «MFZ» mit «B» oder «O» markiert. Hat der Code in der Spalte «Kombination» einen Vermerk «AND_ICD», braucht es zusätzlich noch einen ICD-Code mit Eintrag «B» oder «O» in der Spalte «MFZ», damit ein Punkt vergeben wird.

Um die Bestimmung der Codes zu erleichtern, bietet die GD eine Excel-Tabelle an, in der alle CHOP-Codes, welche Operateure/-innen mit MFZO voraussetzen, vermerkt sind, inklusive eventuell benötigter ICD-Codes. Die Tabelle «MFZO Code Liste» ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektion abrufbar (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/qualitaet-listenspitaeler.html#1067459069>).

3.1.2.5.2 Aufteilung der Punkte

Obwohl technisch beliebig viele Operateure/-innen erfasst werden können, werden für die Punktevergabe pro Behandlung maximal zwei Operateure, die beiden zuerst erfassten, berücksichtigt. Auch pro Fall werden maximal zwei Operateure/-innen berücksichtigt, unabhängig davon, wie viele Operationen bei diesem Fall durchgeführt wurden.

Behandlung durch einen/eine Operateur/-in	Anzahl Punkte Erstoperaeur/-in
Erstoperaeur/-in auf der Liste	1

Behandlung durch einen/eine Operateur/-in	Anzahl Punkte Erstoperaeur/-in	Anzahl Punkte Zweitoperaeur/-in
Erstoperaeur/-in auf der Liste	Zweitoperaeur/-in auf der Liste	0.5
	Zweitoperaeur/-in nicht auf der Liste	1
	Zweitoperaeur/-in in Ausbildung	1
	Zweitoperaeur/-in auf Rotationsstelle	1
Erstoperaeur/-in unter Supervision	Zweitoperaeur/-in auf der Liste	1
Erstoperaeur/-in in Ausbildung	Zweitoperaeur/-in auf der Liste	0
Erstoperaeur/-in auf Rotationsstelle	Zweitoperaeur/-in auf der Liste	0
	Zweitoperaeur/-in auf Rotationsstelle	0
	Zweitoperaeur/-in in Ausbildung	0

3.1.2.5.3 Behandlung durch Operateure/-innen aus zwei Fachgebieten

In gewissen Fällen müssen bei einer Operation Operateure/-innen aus zwei Fachgebieten zusammenarbeiten, beispielsweise eine Gefässchirurgin und ein Angiologe oder Radiologe. Der SPLG-Grouper erkennt diese Fälle und vergibt für die Behandlung zwei Punkte, also je einen Punkt an jede Operateurin/jeden Operateur.

3.1.2.5.4 Beidseitige Behandlung

Die Seitigkeit der Eingriffe ist gemäss Kodierhandbuch zu kodieren. Der SPLG-Grouper erkennt beidseitig erfolgte Eingriffe und vergibt für jede Seite einen Punkt.

3.1.2.5.5 Pauschale Punktevergabe

Bei Absenzen gemäss nachfolgender Aufstellung bis zu sechs Monaten werden dem/der Operateur/-in für die Zeit der Abwesenheit Punkte pro rata temporis gutgeschrieben.

Begründung	Pauschal Punkte
Sabbatical	Dauer Abwesenheit * MFZO
Weiterbildung	Dauer Abwesenheit * MFZO
Bezahlter Mutterschaftsurlaub	(Dauer Abwesenheit * MFZO) + (10% * MFZO)
Krankheit / Unfall	(Dauer Abwesenheit * MFZO) + (10% * MFZO)

Beispiel: Eine Gynäkologin, die in der Leistungsgruppe GYN2 operiert (MFZO: 30 pro Jahr), kann in einem bestimmten Jahr wegen ihrer Schwangerschaft während dreier Monate nicht arbeiten. Der Gynäkologin werden gemäss folgender Rechnung 10.5 Punkte gutgeschrieben.

$$\left(\frac{3 \text{ Monate}}{12 \text{ Monate}} \times 30 \right) + (10\% \text{ von } 30) = \frac{1}{4} \times 30 + 3 = 10.5$$

3.1.2.6 Lange Inaktivität

Für Operateure/-innen, die mehr als sechs Monate nicht operiert haben, gelten folgende Regeln:

1. Ist der/die Operateur/-in mehr als sechs Monate, aber weniger als zwei Jahre inaktiv gewesen, gilt sie oder er als neue/-r Operateur/-in und wird gemäss Kap. 3.1.2.4. Ziff. 2a auf die Liste aufgenommen.
2. Ist der/die Operateur/-in mehr als zwei Jahre inaktiv gewesen, darf er oder sie vom Listenspital während zweier Jahre nur unter Supervision als Operateur/-ineingesetzt werden. Es gilt Kap. 3.1.2.4 Ziff. 2b.

3.1.2.7 Nichterreichen der MFZO

Operateuren/-innen, welche in der Summe der Jahre t-1 und t-2 den doppelten Wert der festgelegten MFZO nicht erreichen, sind für das dem Beurteilungsjahr (t) folgende Jahr (t+1) befristet als Operateur/-in ohne Supervision an Listenspitälern einsetzbar. Zeigt sich später, dass sie auch im Jahr t-1 und im Beurteilungsjahr t in der Summe den doppelten Wert der festgelegten MFZO nicht erreicht haben, werden sie auf Ende des Jahres t+1 von der Liste gestrichen; sie dürfen von Listenspitälern nur noch unter Supervision als Operateur/-in eingesetzt werden. Haben sie im Jahr t-1 und im Beurteilungsjahr t in der Summe den doppelten Wert der festgelegten MFZO erreicht, sind sie wieder unbefristet als Operateur/-in an Listenspitälern einsetzbar.

Bei Nichterreichen der MFZO kann in begründeten Fällen bei der GD ein Gesuch um Erteilung einer Ausnahmegewilligung mit dem dafür vorgesehenen Antragsformular «Antrag auf weitere Zulassung bei Nichterreichen der MFZ / Operateur» eingereicht werden (abrufbar unter <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/qualitaet-listenspitaeler.html#1067459069>). Ausnahmen werden nur restriktiv erteilt.

3.1.2.8 Wiederaufnahme auf die Liste der Operateure/-innen

Die Wiederaufnahme auf die Liste von Operateure/-innen, die früher auf der Liste standen, aber aktuell nicht mehr auf der Liste stehen, richtet sich nach den Regelungen gemäss Kap. 3.1.2.4. Für die erneute Anmeldung ist das dort genannte Formular zu verwenden.

3.2 Rehabilitation

3.2.1 Einleitung

Die «Leistungsspezifischen Anforderungen» für die Spitalliste Rehabilitation, die der Regierungsrat als Anhang zur Spitalliste festlegt, schreiben für die Leistungsgruppen Mindestfallzahlen oder bei Leistungsgruppen mit grossen Schwankungen bei der Aufenthaltsdauer eine Mindestanzahl an Pflgetagen vor. Die Mindestfallzahl oder -pflgetage entsprechen der Anzahl Fälle respektive der Anzahl Pflgetage, die eine Rehabilitationsklinik pro Kalenderjahr mindestens erreichen muss, um weiterhin für den Leistungsauftrag zugelassen zu sein.

3.2.2 Grundsatz

Die Fallzahlen oder die Pflgetage werden jährlich durch die GD ausgewertet. Bei den SPLG-Fallzahlen oder -Pflgetagen handelt sich um die Summe von Fällen resp. der Pflgetage, die in einer spezifischen SPLG gruppiert sind. Bei Fällen, die sich mehreren Leistungsgruppen zuordnen lassen, erfolgt die Zuteilung im Grouper über eine Hierarchisierung der Leistungsgruppen.

Die Fallzahlen oder die Pflgetage sind von Jahr zu Jahr nicht immer konstant. Deshalb ist für die Beurteilung die Summe der Fallzahlen oder der Pflgetage ausschlaggebend, die in den letzten zwei Kalenderjahren (t-1 und t-2) vor dem Beurteilungsjahr (t) erreicht worden sind. Erreicht die Rehabilitationsklinik mit dieser Summe den doppelten Wert des in den «Leistungsspezifischen Anforderungen» als jährliche Mindestfallzahl oder -pflgetage genannten Werts, läuft ihr Leistungsauftrag für das Folgejahr zum Beurteilungsjahr (t+1) unverändert weiter.

3.2.3 Nichterreichen der Mindestfallzahlen oder Mindestpflgetage

Rehabilitationskliniken, welche die Mindestfallzahl oder Mindestpflgetage in der fraglichen Leistungsgruppe in den beiden dem Beurteilungsjahr (t) vorausgehenden Kalenderjahren (t-1 und t-2) nicht erreichen, wird der Leistungsauftrag für das dem Beurteilungsjahr folgende Jahr (t+1) befristet erteilt. Zeigt sich später, dass sie die Mindestfallzahlen oder -pflgetage auch im Beurteilungsjahr (t) nicht erreicht haben, wird der Leistungsauftrag auf Ende des darauffolgenden Jahres (t+1) entzogen. Haben sie die Mindestfallzahl oder -pflgetage im Beurteilungsjahr (t) erreicht, wird der Leistungsauftrag wieder unbefristet erteilt.

3.2.4 Datenlieferung

Zur Evaluation der Mindestfallzahlen oder -pflgetage reichen die Zürcher Listenspitäler Rehabilitation der GD die Medizinische Statistik der Krankenhäuser bis Ende April des Folgejahres ein.

Akutsomatik

Operationalisierung Leistungsgruppenmodell Akutsomatik

Die Operationalisierung der einzelnen Leistungsgruppen ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektion im Kapitel SPLG-Systematik als Excel-Datei (www.zh.ch/spitalplanung2023) abrufbar.

Leistungsspezifische Anforderungen

Die leistungsspezifischen Anforderungen Akutsomatik sowie die Legende und Konkretisierung der Anforderungen sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektion abrufbar: www.zh.ch/spitalplanung2023.

Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen

1. Einleitung

1. Die vorliegenden Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen ergänzen die Leistungsspezifischen Anforderungen und enthalten Ausführungen dazu sowie zusätzliche mit den Spitalplanungsleistungsgruppen zusammenhängende Anforderungen an die Spitäler. Sie gelten für die Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Zürich (Listenspitäler).
2. Wird ein Leistungsauftrag der IVHSM vorübergehend kantonal vergeben, gelten weiterhin die Anforderungen der IVHSM, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.

2. Konkretisierung einzelner Anforderungen

2.1 BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2023.1)

2.1.1 Allgemeine Informationen und Anforderungen Basispakete

3. Ein reibungsloser Betrieb von Spitälern setzt voraus, dass die Basisversorgung (Grundversorgung) während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür hat die Gesundheitsdirektion Zürich (GD) zwei Basispakete definiert, die – mit wenigen Ausnahmen – die Grundlage für alle anderen Leistungsgruppen bilden. Es handelt sich um das Basispaket (BP) und das Basispaket Elektiv (BPE).

2.1.1.1 Basispaket

4. Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen oder -ärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und -patienten. Da diese 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 Notfallpatientinnen oder -patienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Wichtige Basis sind die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie, Spezifikationen und weitere Anforderungen ergeben sich aus untenstehender Tabelle (Ziff. 2.1.2).

2.1.1.2 Basispaket Elektiv

5. Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst die Basisversorgungsleistungen aus denjenigen «elektiven Leistungsbereichen», in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat ein Spital z.B. einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, 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 Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital ein Arzt oder eine Ärztin (z.B. der Fachrichtung allgemeine Innere Medizin oder Anästhesiologie) rund um die Uhr verfügbar. Beim BPE gelten die Anforderungen nur, wenn Patientinnen oder Patienten im Spital in Behandlung sind. Spezifikationen und weitere Anforderungen ergeben sich aus untenstehender Tabelle (Ziff. 2.1.2).

2.1.2 Übersicht Anforderungen Basispakete

6. Im Einzelnen werden folgende Anforderungen gestellt:

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
	Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt/-ärztin Chirurgie	
	Anästhesie geleitet durch Facharzt/-ärztin Anästhesiologie	
	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus	
Intensivstation (vgl. Kap. 2.2)	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/-ärztin Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt/-ärztin Radiologie) oder bei medi-zinischer Notwendigkeit durch Facharzt/-ärztin	–
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie	Kooperation mit Spital mit BP
	Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung ¹	–

2.2 Intensivstation (IS) (Version 2023.1)

2.2.1 Übersicht Anforderungen Intensivstationen Level 1 bis 3

7. Für Leistungsgruppen, die oftmals eine Verlegung der Patientinnen und Patienten auf die Intensivstation erfordern, wird das Führen einer solchen vorgeschrieben. Je nach Komplexität der Intensivbehandlungen einer Leistungsgruppe wird nach drei Levels unterschieden:

	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation gem. SGI	Level 3 Intensivstation
Basis-Richtlinien	Nähere Erläuterungen vgl. Kap. 2.2.2	Die aktuellen Richtlinien vom 03.09.2015 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) inkl. Anhang I Qualitätskriterien sind einzuhalten.	
Zusatzbedingungen			Zusätzlich müssen die folgenden beiden FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfüllt sein (letzte Revision vom 16.06.2016): Anzahl Pflergetage p.a. ≥ 3000; Anzahl Beatmungsschichten p.a. ≥ 24000

2.2.2 Anforderungen Intensivstation Level 1

2.2.2.1 Allgemeine Anforderungen

8. Es sind die folgenden grundlegenden Anforderungen zu erfüllen:
- Bei Bedarf muss ein 24 h/7d-Betrieb möglich sein.
 - Für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten schliesst das Spital Verträge ab mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 gemäss Zürcher Spitalliste verfügen.
 - Das Spital behandelt nur ASA I-II- bzw. stabile ASA III-Patientinnen und -Patienten (keine Risikopatientinnen und -patienten).
 - Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

¹ Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Spitäler mit Notfallstation. Lediglich Patientinnen und Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

2.2.2.2 Fachpersonal

9. Das Fachpersonal erfüllt die folgenden Anforderungen:
- Der Anästhesie obliegt während eines Eingriffs die Verantwortung der Betreuung der Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen. Dies betrifft die Patientensicherheit für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung von deren Gesundheitszustand und der Infrastruktur des Spitals.
 - Die ärztliche Leitung ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung (zwei Jahre Anästhesie oder sechs Monate IS) im Haus und innerhalb von fünf Minuten für die Intervention verfügbar ist.
 - Ein ärztlicher Vertreter oder eine ärztliche Vertreterin der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation bzw. der Operation), welche/r den Patienten oder die Patientin auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss innert einer Stunde möglich sein.
 - Die Pflegenden verfügen über mindestens ein Jahr Erfahrung im Aufwachraum oder in der Intensiv-, Anästhesie- oder Notfallpflege.

2.2.2.3 Anforderungen in Anlehnung an die Intermediate Care (ICM)-Richtlinien

10. In Anlehnung an die ICM-Richtlinien gelten die folgenden Anforderungen:
- Konventionelle Röntgen-Untersuchungen sind rund um die Uhr verfügbar.
 - Laboruntersuchungen wie Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung, Tests für Blut-Transfusionen, Blutgasanalyse sind rund um die Uhr verfügbar.
 - EKG, invasive BD- und ZVD-Messung, Pulsoxymetrie sind in genügender Anzahl vorhanden.
 - EKG mit 12-fach Ableitung, ein Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind vorhanden.
 - Es wird sichergestellt, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentraler Katheter, Thoraxdrainage etc.) jederzeit durchgeführt werden können.
 - Ein Monitoring gemäss den Standards der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) ist gewährleistet.
 - Die zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patientinnen und Patienten (bei > vier Plätzen z. B. Monitor) ist gewährleistet.
 - Mindestens zwei feste Sauerstoffanschlüsse (nicht pro Bett) und bei Bedarf weitere mobile stehen zur Verfügung.
 - Mindestens zwei mobile Vakuumanschlüsse sind vorhanden.
 - Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit.

2.3 Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin

11. Falls vorhanden, wird für Leistungen der Kindermedizin der entsprechende Facharzttitle vorausgesetzt. Die folgende Tabelle enthält die Gegenüberstellung der Facharzttitle 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
Urologie	Kinderchirurgie
Vizeralchirurgie	Kinderchirurgie

3. Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen

3.1 DER2 Wundpatienten (Version 2023.1)

12. Die Leistungen an Wundpatientinnen und -patienten finden in der Regel ambulant statt. Dies setzt ein Wundambulatorium voraus, also eine spezifische wöchentliche Sprechstunde mit Fachspezialistinnen und -spezialisten (Ärztenschaft und Pflege) mit spezifischer Erfahrung in der Wundpflege.

3.2 HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2023.1)

13. Bei totalen Thyreoidektomien ist ein intraoperatives Neuromonitoring des Nervus recurrens, eine postoperativ systematische Evaluation der Stimmklappenfunktion sowie eine postoperative Messung des Calcium- und Parathormonspiegels erforderlich.

3.3 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2023.1)

14. Das Spital verfügt über eine zertifizierte Stroke Unit gemäss der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS).

3.4 NEU4 Epileptologie (Version 2023.1)

15. Bei der Diagnose eines nichtepileptischen psychogenen Anfalls ist eine psychiatrische Mituntersuchung und -beurteilung vorgeschrieben. Ebenfalls obligatorisch ist ein Langzeit-Video/EEG-Monitoring. Bei Focal Neurological Deficit (FND) ist die Verfügbarkeit von fachlich geschultem Personal zu gewährleisten. Eine kontinuierliche Überwachung durch speziell eingearbeitetes Personal ist notwendig, wenn die anfallspräventive Medikation reduziert wird, um Anfälle auszulösen.

3.5 NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlungen (Version 2023.1)

16. An jeder wöchentlichen Teambesprechung müssen Vertreter/-innen aller beteiligten Therapiebereiche teilnehmen.

3.6 END1 Endokrinologie (Version 2023.1)

17. Eine Ernährungs- und Diabetesberatung muss durch entsprechendes Fachpersonal angeboten werden.

3.7 VIS1 Viszeralchirurgie (Version 2023.1)

18. Das Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» der Chirurgischen Gesellschaft des Kantons Zürich (CGZH) befindet sich aktuell in der Finalisierung. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsauftrag VIS1 verpflichtend.

3.8 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2023.1)

19. Für die Behandlung bariatrischer Patienten/-innen wird die Erfüllung der Kriterien der Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB) und die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB als Primär- oder Referenzzentrum vorausgesetzt.

3.9 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation (Version 2023.1)

20. Für die Durchführung autologer Blutstammzelltransplantationen ist eine Akkreditierung durch das Joint Accreditation Committee ISCT EBMT erforderlich (JACIE-Akkreditierung).

3.10 ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Indikationskonferenz (Version 2023.1)

21. Die Indikation wird für alle Patienten/-innen der Gefässchirurgie und Angiologie in einer interdisziplinären Indikationskonferenz mit chirurgischen und interventionellen Fachärzten/-innen gestellt. Es ist ein spezifisches Zusammenarbeitskonzept notwendig.

3.11 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2023.1)

3.11.1 Qualifikation Operateurin oder Operateur

22. Als Verantwortliche sind für Interventionen nur Fachärztinnen und Fachärzte Angiologie, Radiologie oder Kardiologie bzw. für Operationen nur Fachärztinnen und Fachärzte Gefässchirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie oder Kinderchirurgie zugelassen.

3.11.2 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

23. Die Operateurinnen und Operateure (bzw. eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung) sind verpflichtet, in der postoperativen Phase jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb von 30 Minuten zu gewährleisten.

3.11.3 Indikation

24. Alle Fälle mit Eingriffen an den intraabdominalen Gefässen sind an einer interdisziplinären Indikationskonferenz (Operateure/-innen und Interventionalisten/-innen) zu besprechen. Bei dringlichen Situationen genügt ein ad hoc-Gremium. Die Fallbesprechung ist detailliert zu dokumentieren.

3.11.4 Qualitätscontrolling

25. Die Daten aller intra-abdominalen Gefässeingriffe (Intervention und Chirurgie) bei Erwachsenen sind im Swiss Vasc Register zu erfassen und die Kenndaten zur Qualitätssicherung auszuweisen.

3.12 ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe sowie GEF3 Gefässchirurgie Carotis (Version 2023.1)

3.12.1 Qualifikation Operateurinnen und Operateure

26. In der Leistungsgruppe ANG3 sind für Interventionen nur Fachärztinnen und Fachärzte Angiologie, Radiologie mit Schwerpunkt invasive Neuroradiologie oder Kardiologie zugelassen. Für GEF3 sind bei Eingriffen nur Fachärztinnen und Fachärzte Gefässchirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie, interventionelle Radiologie EBIR oder Neurochirurgie als Verantwortliche zugelassen.

3.12.2 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

27. Die für den Eingriff verantwortlichen Fachärztinnen und Fachärzte (bzw. eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung) sind verpflichtet, in der postoperativen Phase jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb von einer Stunde zu gewährleisten.

3.12.3 Indikation

28. Alle Fälle mit Eingriffen an der Carotis sind an einer interdisziplinären Indikationskonferenz mit den beteiligten Operateuren/-innen, Interventionisten/-innen und Neurologen/-innen zu besprechen. Bei dringlichen Situationen genügt ein ad hoc-Gremium. Die Fallbesprechung ist detailliert zu dokumentieren.

3.12.4 Qualitätscontrolling

29. Die Daten von allen an den Carotiden durchgeführten und von allen extrakraniellen Gefässeingriffen (Intervention und Chirurgie) sind im Swiss Vasc Register zu erfassen und die Kenndaten zur Qualitätssicherung auszuweisen.

3.12.5 Sonstige Anforderungen

30. Die postinterventionelle oder postoperative Überwachung und eine Nachkontrolle 30 Tage postinterventionell oder postoperativ erfolgen durch eine Fachärztin oder einen Facharzt Neurologie. Der Beizug zur Überwachung sowie zur Nachkontrolle kann konsiliarisch erfolgen.

- 3.13 HER1 – HER1.1.5 Herzchirurgie (Version 2023.1)**
31. Die Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie sind dazu verpflichtet, das von der Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen der Herzchirurgie umzusetzen und die Daten sowie die Ergebnisse der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Da aktuell und bis auf Weiteres das SGHC-Register sowie das zugehörige Qualitätsprogramm nicht zur Verfügung stehen, hat die Gesundheitsdirektion entschieden, als Übergangslösung ein kantonales Qualitätsprogramm einzuführen. Die Teilnahme an diesem kantonalen Qualitätsprogramm ist für die Listenspitäler solange verpflichtend, bis eine vergleichbare nationale Lösung (basierend auf dem SGHC Register) etabliert ist.
- 3.14 KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2023.1)**
32. Es sind die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie zu erfüllen. Implantate und Devices werden in den jeweiligen Registern vollständig erfasst.
- 3.15 NEP1 Nephrologie (Version 2023.1)**
33. Leistungserbringer mit einem Leistungsauftrag für NEP1 bieten die ambulante Hämodialyse selbst oder in Kooperation mit einem selbständigen Dialysezentrum an. Sie sind verpflichtet, die Peritonealdialyse anzubieten und zu fördern.
- 3.16 URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstiel «operative Chirurgie» und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters (Version 2023.1)**
34. Die Spitäler erfassen die Operateure/-innen.
- 3.17 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2023.1)**
- 3.17.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte**
35. Die Operateurinnen und Operateure (bzw. eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung) sind verpflichtet, in der postoperativen Phase jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb einer Stunde zu gewährleisten.
- 3.17.2 Indikation**
36. Alle Fälle mit Prostatakarzinom und kurativer Therapie sind im Tumorboard unter Beteiligung der involvierten Fachexpertinnen und Fachexperten aller Therapiealternativen (Radio-Onkologie, Onkologie, Radiologie und Urologie) zu besprechen. Die Fallbesprechung hat prä- und posttherapeutisch stattzufinden und ist zu dokumentieren. Es ist ein Indikationscontrolling durchzuführen.
- 3.17.3 Qualitätscontrolling**
37. Die Erfassung der Daten aller Patienten mit Prostatakarzinom und das Ausweisen von Kenndaten zur Qualitätssicherung sind vorgeschrieben.
- 3.18 PNE1 Pneumologie (Version 2023.1)**
38. Die Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung muss gewährleistet sein.
- 3.19 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2023.1)**
39. Nicht transplantationsnahe CF-Patientinnen und -Patienten mit periodischen Kontrollen im CF-Zentrum oder solche mit Zuweisungen vom CF-Zentrum in Spitäler mit entsprechend erfahrenen CF-Spezialistinnen und -Spezialisten können unter Anleitung des und in Rücksprache mit dem CF-Zentrum ausserhalb des CF-Zentrums stationär betreut werden. Bei Stadienänderung dürfen CF-Patientinnen und -Patienten nur im CF-Zentrum stationär behandelt werden.
- 3.20 PNE2 Polysomnographie (Version 2023.1)**
40. Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) notwendig.

3.21 THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems und THO1.2 Mediastinaleingriffe (Version 2023.1)

41. Die Spitäler erfassen die Operateure/-innen.

3.22 BEW3 Handchirurgie (V2023.1)

42. Es ist ein handchirurgisches Spezialambulatorium zu betreiben, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden. Begleitend muss eine spezialisierte Ergotherapie zur Verfügung stehen.

3.23 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2023.1)

3.23.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

43. Die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateuren/-innen in der postoperativen Phase ist nicht notwendig, da davon auszugehen ist, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärzten/-ärztinnen behandelt werden können. Für die Notfallversorgung von Frakturen mittels Totalprothesen ist die Verfügbarkeit einer Operateurin oder eines Operateurs mit Zulassung innert 24 Stunden zu gewährleisten. Dies gilt nur für Spitäler mit Notfallstation und Leistungsauftrag Basispaket (BP) zur Erstversorgung mit Hüfttotalprothesen bei Frakturen (Unfallchirurgie).

3.23.2 Indikation

44. Die Spitäler sind verpflichtet, ein Indikationscontrolling mit Bezug zum Patientenoutcome einzuführen, das auf dem Schweizerischen Implantat-Register (SIRIS) aufbaut und eine Auswertung zusammen mit den anderen SIRIS-Daten erlaubt. Dabei ist eine möglichst neutrale Befragung der Patientin oder des Patienten anzustreben.

3.23.3 Qualitätscontrolling

45. Das Qualitätscontrolling basiert auf den Daten des SIRIS-Registers.

3.24 BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie und BEW10 Plexuschirurgie (V2023.1)

46. Der Betrieb eines intraoperativen Neuromonitorings in Zusammenarbeit mit der Neurologie und die Teilnahme am nationalen Implantatregister SIRIS Spine sind erforderlich.

3.25 BEW11 Replantationen (V2023.1)

47. Es ist ein handchirurgisches Spezialambulatorium sowie ein intraoperatives Nerven-Monitoring erforderlich.

3.26 GYNT Gynäkologische Tumore (Version 2023.1)

3.26.1 Mindestfallzahlen, Ergänzungen zur Zählweise

48. Für die Fallzählung werden auch gewisse Rezidivoperationen (Tumordebulking) gemäss den CHOP- und ICD-Definitionstabellen berücksichtigt. Falls diese im gleichen Jahr wie die operative Erstversorgung stattfinden, muss die zusätzliche Zählung bei der GD beantragt werden.

3.26.2 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

49. Die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateuren/-innen in der postoperativen Phase ist nicht notwendig, da davon auszugehen ist, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärztinnen und -ärzten behandelt werden können.

3.26.3 Indikation

50. Alle Fälle sind prä- und posttherapeutisch am Tumorboard mit aktiver Beteiligung der Fachexpertinnen und Fachexperten aller Therapiealternativen zu besprechen und zu dokumentieren. Eine freie Indikationsstellung unter Berücksichtigung der aktuell möglichen, nicht-operativen Alternativen muss gewährleistet werden.

3.26.4 Qualitätscontrolling

51. Aufgrund der zwischenzeitlich bekanntgegebenen Zuordnung der gynäkologischen Tumore zu den HSM-Bereichen wird auf weitere Vorgaben im Bereich Qualitätscontrolling verzichtet.

3.27 GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum (Version 2023.1)

3.27.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

52. Die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateurinnen und Operateuren in der postoperativen Phase ist nicht notwendig, da davon auszugehen ist, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärztinnen und -ärzten behandelt werden können.

3.27.2 Indikation

53. Alle Fälle sind prä- und posttherapeutisch im Tumorboard mit aktiver Beteiligung der Fachexpertinnen und Fachexperten aller Therapiealternativen zu besprechen und zu dokumentieren.

3.27.3 Qualitätscontrolling

54. Es wird eine anerkannte Zertifizierung als Brustzentrum verlangt. Folgende Herausgeber werden anerkannt: Krebsliga Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Senologie, Deutsche Krebsgesellschaft und European Society of Mastology.

3.28 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2023.1)

55. Bei Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität müssen die endokrinologische sowie die psychiatrische Betreuung vor und nach den Eingriffen sichergestellt sein.

3.29 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1)

3.29.1 Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus

56. Strukturell gelten die folgenden Anforderungen:
- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mind. 6 VZÄ) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.
 - Verfügbarkeit:
 - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 Schwangerschaftswoche bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar.
 - Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Minuten im Geburtshaus sein (Pikettendienste 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 zwei Personen anwesend: entweder eine Hebamme und eine weitere Fachperson oder zwei Hebammen.
 - Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologieklinik:
 - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept)
 - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburtshaus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
 - Nutzung des gleichen Klinikinformationssystems (KIS) wie das Partnerspital oder Konzept zur Sicherstellung des Informationsflusses mit dem Partnerspital (Diagnosen, Medikation, Therapien, Diagnostik)
 - Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre)
 - Behandlungsrichtlinien (inkl. Notfallsituationen) werden schriftlich festgehalten und regelmässig aktualisiert und überprüft. Diese Richtlinien müssen allgemein zugänglich sein. Schnittstellen müssen klar definiert werden, insbesondere der Übergang von der hebammengeleiteten Geburt zur Geburt unter ärztlicher Verantwortung.
 - Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand
 - Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.
 - Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.

- i. Das Geburtshaus verfügt über leicht zugängliche Geräte und Materialien, einschliesslich Medikamente, die notwendig sind für:
 - Untersuchung und Monitoring von Mutter und Fötus
 - Die Versorgung während der Geburt, einschließlich der Versorgung von Dammrissen und der Behandlung von Uterusatonie
 - Untersuchung, Behandlung und, falls erforderlich, Wiederbelebung des Neugeborenen
 - Durchführung des Screenings und des laufenden Monitorings des Neugeborenen
 - Sauerstoffzufuhr für die Mutter oder das Neugeborene nach Bedarf
 - Intravenösen Zugang.

3.29.2 Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

57. Eine Geburt kann in den folgenden Fällen im Geburtshaus durchgeführt werden:
- a. Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik (Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen [ICD- und CHOP-Codes]) der Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik mit «GEBH» bzw. «NEOG» gekennzeichnet.
 - b. Durchführung von Einling-Entbindungen
 - c. Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW
 - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses.
 - Ein Ultraschall bei einem Facharzt/-ärztin Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung ist von der Hebamme zu dokumentieren.
 - d. Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000g
 - e. Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades
 - f. Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
 - g. Die Hebammen sind 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. Sinnemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:
Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein nicht pathologischer körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine spontane, komplikationslose Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass auch bei Beachtung sämtlicher Einschlusskriterien 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/einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt und verpflichtet, entsprechend ihren Kompetenzen erste Hilfe zu leisten und Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

3.29.3 Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

58. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und durch die/den Spezialärztin/Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:
- a. Übertragung (ab 42 0/7 SSW)
 - b. Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, incompletter Beckenring)
 - c. Erkrankungen des Blutes und blutbildender Organe
 - d. Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)
 - e. Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen
 - f. Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen
 - g. Neurologische Erkrankungen
 - h. Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes
 - i. Polyhydramnion (möglich, wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden)
59. Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Frau verweigern, wenn keine Beurteilung einer Fachärztin oder eines Facharztes vorliegt oder die Hebamme auf Grund der fachärztlichen Beurteilung die Verantwortung nicht übernehmen will. Die Abklärung wird von der Hebamme schriftlich dokumentiert.

3.29.4 Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

60. Ausschlusskriterien:
 - a. Voraussichtliche Geburt vor 36 0/7 SSW
 - b. Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar)
 - c. Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea)
 - d. Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar)
 - e. Schwere Nebenerkrankungen (z.B. Zustand nach Transplantation)
 - f. Missbrauch von Alkohol, Opiaten, Kokain
 - g. Ausgedehnte Zervixrevisionen (möglich, wenn ein Geburtshindernis durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurde)
 - h. Mehrlingsgeburten
61. Beispiele von Gründen für eine Verlegung ins Spital:
 - a. Mekoniumabgang bei schlechten Zusatzkriterien wie Geburtsdynamik, pathologisches CTG etc.
 - b. Blasensprung grösser 48 Stunden ohne Geburtsfortschritt
 - c. Abweichung des Geburtsfortschrittes (nach WHO-Definition)
 - d. Wunsch der Frau
 - e. Bei Eintritt beginnende Präeklampsie oder Vorhandensein einer Präeklampsie

3.30 GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1)

3.30.1 Allgemeine Anforderungen an die hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital (HGGh)

62. Die HGGh soll integriert in die bestehende Spitalinfrastruktur als «Abteilung für HGGh» oder integriert in eine bestehende Gebärabteilung erfolgen. Als Sondervariante wird in diesem Leistungsauftrag ein Geburtshaus auf oder angrenzend an das Spitalgelände eingeschlossen. Die Sicherheit muss optimal gewährleistet sein und den WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit) ist Rechnung zu tragen.

3.30.2 Strukturelle Anforderungen

63. In struktureller Hinsicht gelten die folgenden Anforderungen:
 - a. Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mindestens 6 VZÄ) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung oder durch ein Team spitalinterner Hebammen.
 - b. Verfügbarkeit:
 - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 SSW bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar. Falls die HGGh in eine bestehende Gebärabteilung integriert ist, kann die Betreuung im Wochenbett auch durch Pflegefachpersonen erfolgen.
 - Wenn die HGGh nicht in eine Gebärabteilung integriert ist, muss eine Hebamme jederzeit innert 30 Minuten vor Ort sein (Pikettdienste sind möglich).
 - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus oder der Abteilung, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau) anwesend.
 - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase zwei Personen anwesend: entweder eine Hebamme und eine weitere Fachperson oder zwei Hebammen.
 - c. Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologieklinik bei HGGh in einem Geburtshaus auf (oder angrenzend an) das Spitalgelände:
 - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept)
 - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
 - Nutzung des gleichen KIS wie das Partnerspital oder Konzept zur Sicherstellung des Informationsflusses mit dem Partnerspital (Diagnosen, Medikation, Therapien, Diagnostik).
 - d. Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre)
 - e. Behandlungsrichtlinien (inkl. Notfallsituationen) werden schriftlich festgehalten und regelmässig überprüft und aktualisiert. Diese Richtlinien müssen allgemein zugänglich sein. Die Behandlungsrichtlinien werden von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten gemeinsam erstellt. Schnittstellen müssen klar definiert werden, insbesondere der Übergang von der hebammengeleiteten Geburt zur Geburt unter ärztlicher Verantwortung.
 - f. Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand

- g. Ein CIRS steht zur Verfügung und wird angewendet und regelmässig im Team ausgewertet.
- h. Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.
- i. Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.
- j. Das Geburtshaus verfügt über leicht zugängliche Geräte und Materialien, einschliesslich Medikamente, die notwendig sind für:
 - Untersuchung und Monitoring von Mutter und Fötus
 - Die Versorgung während der Geburt, einschliesslich der Versorgung von Dammrissen und der Behandlung von Uterusatonie
 - Untersuchung, Behandlung und, falls erforderlich, Wiederbelebung des Neugeborenen
 - Durchführung des Screenings und des laufenden Monitorings des Neugeborenen
 - Sauerstoffzufuhr für die Mutter oder das Neugeborene nach Bedarf
 - Intravenösen Zugang.

3.30.3 Einschlusskriterien für die HGGh

64. Es gelten folgende Einschlusskriterien für die hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital
- a. Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus (bzw. der HGGh im Spital). Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind in der SPLG-Systematik (Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen, ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik mit «GEBS» bzw. «NEOG» gekennzeichnet.
 - b. Durchführung von Einling-Entbindungen
 - c. Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW
 - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses oder des Spitals
 - Ein Ultraschall bei einer Fachärztin/einem Facharzt Gynäkologie/Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung ist von der Hebamme zu dokumentieren.
 - d. Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000g
 - e. Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades
 - f. Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
 - g. Die Hebammen sind verpflichtet, die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen der HGGh mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung zur HGGh ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:
 Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein nicht pathologischer körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine spontane, komplikationslose Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass auch bei Beachtung sämtlicher Einschlusskriterien 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/einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt und verpflichtet, entsprechend ihren Kompetenzen erste Hilfe zu leisten und Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

3.30.4 Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

65. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und durch die/den Spezialärztin/Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:
- a. Übertragung (ab 42 0/7 SSW)
 - b. Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, incompletter Beckenring)
 - c. Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe (inkl. Gerinnungsstörungen)
 - d. Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)
 - e. Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen
 - f. Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen
 - g. Neurologische Erkrankungen

- h. Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes
 - i. Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea)
 - j. Status nach Zervixrevisionen
 - k. Polyhydramnion (möglich, wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden)
66. Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Frau ablehnen, wenn keine Beurteilung eines Facharztes oder einer Fachärztin vorliegt oder die Hebamme auf Grund der gynäkologischen Beurteilung die Verantwortung nicht übernehmen will. Die Abklärung ist von der Hebamme schriftlich zu dokumentieren.

3.30.5 Ausschlusskriterien für eine HGGh

67. Ausschlusskriterien:
- Voraussichtliche Geburt vor SSW <36 0/7
 - Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar)
 - Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar)
 - Schwere Nebenerkrankungen (z.B. Zustand nach Transplantation)
 - Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain
 - Mehrlingsgeburten
68. Beispiele von Gründen für eine Verlegung ins Spital bzw. Gründe für einen Übergang in die ärztlich geführte Geburtshilfe:
- Mekoniumabgang bei schlechten Zusatzkriterien wie Geburtsdynamik, pathologisches CTG etc.
 - Blasensprung grösser 48 Stunden ohne Geburtsfortschritt
 - Abweichung des Geburtsfortschrittes (nach WHO-Definition)
 - Wunsch der Frau
 - Bei Eintritt beginnende Präeklampsie oder Vorhandensein einer Präeklampsie

3.31 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2023.1)

69. Bei pränatalen Hospitalisationen auf einer Geburtsklinik GEB1 muss 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.

3.32 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2023.1)

70. Es gelten die folgenden Anforderungen gemäss den aktuellen Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland:
- NEO1: Anforderungen gemäss Level I
 - NEO1.1: Anforderungen gemäss Level IIB
 - NEO1.1.1: Anforderungen gemäss dem von der Gesundheitsdirektion definierten Level IIIminus. Das Zürcher Level IIIminus bildet die spezialisierte neonatologische Versorgung ohne zertifizierte Intensivstation bei Neugeborenen nach ≥ 28 0/7 Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht ≥ 1000 g ab. Grundsätzlich gelten die Anforderungen gemäss den «Absolute Requirements» des Level III der Standards of Neonatal Care in Switzerland. Hinsichtlich Mindestfallzahlen gelten davon abweichend die Zahlen gemäss nachstehender Tabelle:

Kategorie	MFZS pro Jahr
Anzahl Geburt	1500
Anzahl Eintritte	300
Anzahl Patienten mit invasiver Beatmung (ETT)	30
Anzahl der Behandlungstage mit invasiver Beatmung	60
Anzahl Patienten mit nicht-invasiver Beatmung (CPAP, NIPPV)	50
Anzahl der Behandlungstage mit nicht-invasiver Beatmung	500
Anzahl Patiententag	5000

- NEO1.1.1.1: Anforderungen gemäss Level III

3.33 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2023.1)

3.33.1 Allgemeine Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie

71. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung in einem Spital, in der Kinder und Jugendliche <18 Jahren (bis zum 18.Geburtstag) ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. 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 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 GD möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund kleiner Fallzahlen oder auf Anforderungen an die Notfallstation.

3.33.2 Anforderungen Kinderklinik

72. Anforderungen an eine Kinderklinik:
- a. Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie respektive Kinderchirurgie
 - b. Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege
 - c. Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur
 - d. Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen
 - e. Spitalschule oder E-learning für altersspezifischen Unterricht ab dem siebten Hospitalisationstag

3.33.3 Gemeinsame Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie

73. Um pädiatrische und kinderchirurgische Leistungen anbieten zu können, müssen die Anforderungen an eine Kinderklinik sowie die nötigen organspezifischen Anforderungen erfüllt sein.

3.33.3.1 Pädiatrie

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

3.33.3.2 Kinderchirurgie

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

3.34 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2023.1)

3.34.1 Allgemeines Basis-Kinderchirurgie

76. Um kinderchirurgische Leistungen anbieten zu können, müssen die Anforderungen an eine Kinderklinik sowie die nötigen organspezifischen Anforderungen erfüllt sein. Leistungen in der Basis-Kinderchirurgie können auch ohne Kinderklinik angeboten werden.
77. Leistungen der Basis-Kinderchirurgie, also einfache chirurgische Eingriffe bei sonst gesunden Kindern, können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen, wie z.B. unkomplizierte Appendektomien, einfache Frakturbehandlungen oder einfache Tonsillektomien sind im Dokument «Medizinische Leistungen pro Leistungsgruppe» auf der Webseite der GD abschliessend ausgewiesen (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaelerkliniken/spitalplanung.html#346364110>).

3.34.2 Spezielle Anforderungen Basis-Kinderchirurgie

78. Folgende Voraussetzungen müssen in der Basis-Kinderchirurgie erfüllt werden:
 - a. Das Spital verfügt über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen
 - b. Bei Kindern < 6 Jahren (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie gewährleistet sein.
 - c. Bei Kindern < 6 Jahren (bis zum 6. Geburtstag) ist Kinderanästhesie postoperativ während 24 Stunden täglich innerhalb 30 Minuten einsatzbereit.

3.35 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2023.1)

3.35.1 Allgemeines

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

3.35.2 Mindestanforderungen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

80. An ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie werden folgende Mindestanforderungen gestellt:
 - a. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Schwerpunkttitel FMH für Geriatrie)
 - b. Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität)
 - c. Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)
 - d. Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
 - e. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
 - f. Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der vier Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie
 - g. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

3.35.3 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

81. Pro akutgeriatrischem Bett muss die Anstellung einer Fachärztin/eines Facharztes Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie mindestens fünf Stellenprozent betragen. Zur Gewährleistung einer ausreichenden geriatrischen Kompetenz vor Ort soll die Fachärztin/der Facharzt an mindestens drei Werktagen (Montag bis Freitag) im Spital anwesend sein, bei Institutionen mit mehr als 20 Betten an jedem Werktag.

3.36 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2023.1)

3.36.1 Allgemeines

82. Die Palliative Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes und damit für die meisten Leistungserbringer Pflicht. Zusätzlich gibt es das Kompetenzzentrum Palliative Care.

3.36.2 Anforderungen Palliative Care Kompetenzzentrum

83. Kompetenzzentren für Palliative Care erbringen spezialisierte Palliative Care-Leistungen. Diese umfassen folgende speziellen Aufgaben:
- Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung
 - Stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen
 - Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care
 - Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen oder Bereitstellung eines pädiatrischen 24h-Hintergrunddienstes
 - Aus- und Weiterbildung in Palliative Care:
 - Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards
 - Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärztinnen/Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen/Therapeuten)
 - Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärztinnen/Ärzte, Pflegende und Therapeutinnen/Therapeuten
 - Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» von palliative.ch

3.37 ISO Sonderisolerstation (Version 2023.1)

84. Es gilt das Konzept der GDK zur Koordination der Leistungserbringung und Finanzierung bei der Behandlung von Krankheiten vom Typ «Ebola», verabschiedet durch die GDK-Plenarversammlung am 24.5.2019.

3.38 KAA, KAB, KAC, KAD Kinderanästhesie (Version 2023.1)

85. Ein Leistungsauftrag Kinderanästhesie ist notwendig, um bei Kindern unter 12 Jahren kinderanästhesiologische Leistungen im Kanton Zürich durchzuführen. Die Anforderungen werden gemäss der Entwicklung des Paediatric Anaesthesia Projects 2030 der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA) und der SGAR definiert und laufend überarbeitet.

Leistungsauftrag Kinderanästhesie / Einteilung nach Kategorien				
Leistungsauftrag	KA-A	KA-B	KA-C	KA-D
Kinderanästhesie Kategorie	I	II	III	IV
Alter	ab Geburt	post Neonatalperiode	ab 3 Jahren	ab 6–12 Jahren
ASA	alle	I & II (III unter besonderen Bedingungen ¹)	I & II (III unter besonderen Bedingungen ¹)	I & II (III unter besonderen Bedingungen ¹)
Begleiterkrankungen	Alle Kinder, inklusive Kinder mit kongenitalen oder chronischen Erkrankungen	Kinder ohne kongenitale und/oder chronischen Erkrankungen ² .		
Anforderungen an Leistungsauftrag Kinderanästhesie				
Personal	Spezialisiertes Kinderanästhesieteam	Kinderanästhesieteam (notwendig bis 6 Jahre)		Facharzt
Verfügbarkeit	Facharzt Anästhesiologie im Haus, spezialisiertes Kinderanästhesieteam verfügbar	Facharzt Anästhesiologie im Haus, Kinderanästhesieteam verfügbar	Facharzt Anästhesiologie innerhalb von 30 min im Haus	Facharzt Anästhesiologie innerhalb von 30 min im Haus
SOPs	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Postanästhesiologische kinderspezifische Überwachung	Pädiatrische IPS (SGI zertifiziert) & Spezialisierte Aufwachstation für Kinder.	24-h Überwachungsmöglichkeit für Kinder vorhanden (z. B. mit Kinderbereich und geschultem Kinderpersonal)	Bereich für Kinder und geschultes Kinderpersonal in einer allgemeinen Aufwachstation	Bereich für Kinder und geschultes Kinderpersonal in einer allgemeinen Aufwachstation
Pädiatrische Klinik	vorhanden	vorhanden oder enge, vertraglich geregelte Kooperation	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen
Notfallstation	ja	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen

¹ Eine Erweiterung auf «ASA III unter besonderen Bedingungen» setzt zwingend die Punkte a. bis c. voraus:

- Es besteht eine chirurgische und anästhesiologische Erfahrung und regelmässige Durchführung des Eingriffs für ein bestimmtes Krankheitsbild, welches per se ASA III bedingt,
- zusätzliche relevante Begleiterkrankungen oder nicht-korrigierte kongenitale Anomalien bestehen nicht und
- es besteht eine enge Kooperation mit einem pädiatrischen Zentrumsspital.

² Begleiterkrankungen: Kinder mit kongenitalen Anomalien, vermindertem Allgemeinzustand, verminderter Leistungsfähigkeit oder chronischen Erkrankungen dürfen unter folgenden Bedingungen behandelt werden:

- Gesunde Kinder und Kinder mit Begleiterkrankungen, bei denen das perioperative Risiko aufgrund der Begleiterkrankungen nicht erhöht ist;
- Kinder mit chronischen Erkrankungen ohne Einschränkung von Anästhesiefähigkeit, Allgemeinzustand, Organfunktionen oder Leistungsfähigkeit;
- Kinder mit vollständig korrigierten kongenitalen Anomalien mit vollständig wiederhergestellter Organfunktion, Leistungsfähigkeit und Anästhesiefähigkeit.

Kategorien I, II, III und IV: Es gibt einen ärztlichen Leiter/eine ärztliche Leiterin Kinderanästhesie, welcher/welche für Material, Medikamente, SOP und Richtlinien verantwortlich ist.

Kategorie I: Es ist ein spezialisiertes Kinderanästhesieteam vorhanden mit Ausbildung und ausreichender kontinuierlicher Erfahrung in spezialisierter Kinderanästhesie.

Kategorie II und III: Es ist ein Kinderanästhesieteam vorhanden mit folgender Qualifikation:

- a. Fachärztinnen/Fachärztemit Kinderanästhesieerfahrung und regelmässiger, klinischer Praxis in Kinderanästhesie in der entsprechenden Altersgruppe und
- b. Anästhesiepflegende mit Kinderanästhesieerfahrung und regelmässiger, klinischer Praxis in Kinderanästhesie.

Kategorie IV: Fachärztin/Facharzt Anästhesiologie/Anästhesiepflege NDS.

Besteht die zwingende medizinische Notwendigkeit, ein Kind, welches unter Kategorie I fällt, an einem Spital mit einer Kinderanästhesie der Kategorie II zu behandeln, darf dies nur stattfinden, wenn das Spital mit der Kinderanästhesie Kategorie II über eine enge Kooperation mit einem Spital mit einer Kinderanästhesie Kategorie I verfügt.

Psychiatrie

Leistungsgruppenmodell Psychiatrie

Auftragstyp		
	AVV	Akut- und Vollversorgung
	SPV	Spezialversorgung
Leistungsbereich	Leistungsgruppe	
Demenzen und Delire	DEMD	Demenzen und Delire
Abhängigkeitserkrankungen	ABH1	Abhängigkeitserkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin
	ABH2	Abhängigkeitserkrankungen: Drogen
	ABH3	Abhängigkeitserkrankungen: nicht substanzgebunden
Psychotische und bipolare Störungen	PBS1	Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, Katatonien
	PBS2	Manien, bipolare Störungen und Zylothymien
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	DEPR	Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen
Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen	AZB1	Angststörungen und phobische Störungen
	AZB2	Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Tic-Störungen
	AZB3	Posttraumatische Belastungsstörungen
Persönlichkeitsstörungen	PERS	Persönlichkeitsstörungen
Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen
Essstörungen	ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge-Eating-Störung und Adipositas
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen
Autismus-Spektrum-Störungen	AUTI	Autismus-Spektrum-Störungen
Störungen des Sozialverhaltens	SOZI	Störungen des Sozialverhaltens
Störungen in Verbindung mit Sexualität	SEXS	Störungen in Verbindung mit Sexualität
Mutter-Kind-Behandlungen	MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen
Nichtorganische Schlafstörungen	SCHL	Nichtorganische Schlafstörungen
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	KIND	Säuglings- und kinderspezifische Störungen
Intellektuelle Beeinträchtigungen	INTE	Intellektuelle Beeinträchtigungen
Forensische Psychiatrie	FOR1	Stationärer Massnahmenvollzug
	FOR2	Kriseninterventionen bei Haft und U-Haft
Altersbereich		
	KP	Kinderpsychiatrie: 0–13 Jahre
	JP	Jugendpsychiatrie: 14–17 Jahre
	EP	Erwachsenenpsychiatrie: 18–64 Jahre
	GP	Gerontopsychiatrie: ab 65 Jahre

Quelle: Eigene Darstellung

Operationalisierung Leistungsgruppenmodell Psychiatrie

Die Operationalisierung der einzelnen Leistungsgruppen ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektion im Kapitel SPLG-Systematik als Excel-Datei (www.zh.ch/spitalplanung2023) abrufbar.

Operationalisierung Leistungsgruppen Psychiatrie

Leistungs-bereiche	Leistungsgruppen	ICD10	ICD11
Demenzen und Delire	DEMD Demenzen und Delire	F00 Demenz bei Alzheimer- Krankheit	6D80 Dementia due to Alzheimer disease
		G30 Alzheimer- Krankheit	
		F01 vaskuläre Demenz	6D81 Dementia due to cerebrovascular disease
		F02 Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten	6D82 Dementia due to Lewy body disease
		G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert	6D83 Frontotemporal dementia
			6D85 Dementia due to diseases classified elsewhere
		F03 nicht näher bezeichnete Demenz	6D8Z Dementia, unknown or unspecified cause
		F04 organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	6D72 Amnestic disorder
		F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	6D70 Delirium
		F06 andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	
		F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	6D86 Behavioural or psychological disturbances in dementia
		F09 nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	
			6D84 Dementia due to psychoactive substances including medications
	6D86 Behavioural or psychological disturbances in dementia		
	6D71 Mild neurocognitive disorder		
	G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems		

© 2018 Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	ICD10	ICD11			
Abhängigkeits- erkrankungen	ABH1 Abhängigkeits- erkrankungen: Alkohol, Medikamente und Nikotin	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6C40 Disorders due to use of alcohol			
		F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	6C44 Disorders due to use of sedatives, hypnotics or anxiolytics			
		F55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	6C4H Disorders due to use of non-psychoactive substances			
		F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6C4A Disorders due to use of nicotine			
	ABH2 Abhängigkeits- erkrankungen: Drogen	F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	6C43 Disorders due to use of opioids			
		F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	6C41 Disorders due to use of cannabis 6C42 Disorders due to use of synthetic cannabinoids			
		F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	6C45 Disorders due to use of cocaine			
		F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	6C46 Disorders due to use of stimulants including amphetamines, methamphetamine or methcathinone 6C48 Disorders due to use of caffeine 6C4C Disorders due to use of MDMA or related drugs, including MDA			
		F16 Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	6C49 Disorders due to use of hallucinogens			
		F18 Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	6C4B Disorders due to use of volatile inhalants			
		F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	6C4F Disorders due to use of multiple specified psychoactive substances, including medications 6C47 Disorders due to use of synthetic cathinones 6C4D Disorders due to use of dissociative drugs including ketamine and phencyclidine [PCP] 6C4E Disorders due to use of other specified psychoactive substances, including medications 6C4G Disorders due use of unknown or unspecified psychoactive substances			
		ABH3 Abhängigkeits- erkrankungen: nicht substanzgebunden	F63.0 Pathologisches Spielen	6C50 Gambling disorder 6C51 Gaming disorder (neu)		
			Psychotische und bipolare Störungen	PBS1 Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, Katatonien	F20 Schizophrenie	6A20 Schizophrenia
					F21 Schizotype Störung	6A22 Schizotypal disorder
	F22 Anhaltende wahnhaftige Störungen	6A24 Delusional disorder				
	F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	6A23 Acute and transient psychotic disorder				
	F24 Induzierte wahnhaftige Störung					
F25 Schizoaffektive Störungen	6A21 Schizoaffektive disorder					
F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen						
F29 Nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose	6A25 Symptomatic manifestations of primary psychotic disorders 6A40 Catatonia associated with another mental disorder 6A41 Catatonia induced by psychoactive substances, including medications 6E21 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium, with psychotic symptoms					
PBS2 Manien, bipolare Störungen und Zykllothymien	F30 Manische Episode					
	F31 Bipolare affektive Störung	6A60 Bipolar type I disorder 6A61 Bipolar type II disorder				
	F34.0 Zykllothymia	6A62 Cyclothymic disorder				

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	ICD10	ICD11
Depressive Störungen und Anpassungsstörungen	DEPR Depressive Störungen, Dysthymien, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen	F32 Depressive Episode	6A70 Single episode depressive disorder
		F33 Rezidivierende depressive Störung	6A71 Recurrent depressive disorder
		F34.1 Dysthymia	6A72 Dysthymic disorder
		F34.8 sonstige anhaltende affektive Störungen	
		F34.9 anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet	
		F38 Andere affektive Störungen	
		F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung	
		F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	6A73 Mixed depressive and anxiety disorder
		F43.0 akute Belastungsreaktion	QE84 Acute stress reaction
		F43.2 Anpassungsstörungen	6B43 Adjustment disorder 6B42 Prolonged grief disorder
		F43.8 sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	
		F43.9 Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	
		F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	6E20 Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium, without psychotic symptoms
			QD85 Burn-out (neu)
		Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen	AZB1 Angststörungen und phobische Störungen
F41.0 Panikstörung	6B01 Panic disorder		
F41.1 Generalisierte Angststörung	6B00 Generalised anxiety disorder		
F41.3 andere gemischte Angststörungen			
F41.8 sonstige spezifische Angststörungen			
F41.9 Angststörung, nicht näher bezeichnet			
F45.2 Hypochondrische Störung	6B23 Hypochondriasis		
F42 Zwangsstörung	6B20 Obsessive-Compulsive Disorder		
F63.1 Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]	6C70 Pyromania		
AZB2 Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und Tic-Störungen	F63.2 Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]		6C71 Kleptomania
	F63.3 Trichotillomanie		6B25.0 Trichotillomania 6B25.1 Excoriation disorder
			6C72 Compulsive sexual behaviour disorder
			6B22 Olfactory reference disorder
			6B24 Hoarding disorder
	F63.8 sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle		
	F63.9 abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet		
	F95 Tic-Störungen		8A05.0 Primary tics or tic disorders
	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung		6B40 Post traumatic stress disorder 6B41 Complex post traumatic stress disorder
AZB3 Posttraumatische Belastungsstörungen			

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	ICD10	ICD11				
Persönlichkeitsstörungen	PERS	Persönlichkeitsstörungen	F60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung				
			F60.1 Schizoide Persönlichkeitsstörung	6D11.1 Detachment in personality disorder or personality difficulty			
			F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung	6D11.2 Dissociality in personality disorder or personality difficulty			
			F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung impulsiver Typ	6D11.3 Disinhibition in personality disorder or personality difficulty			
			F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ	6D11.5 Prominent personality traits or patterns: Borderline pattern			
			F60.4 Histrionische Persönlichkeitsstörung				
			F60.5 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung	6D11.4 Anankastia in personality disorder or personality difficulty			
			F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung				
			F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung				
			F60.8 sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen				
			F60.9 Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet				
			F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	6D11.0 Negative affectivity in personality disorder or personality difficulty			
			F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns				
			F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen				
			F68.1 Artificielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]	6D50 Factitious disorder imposed on self 6D51 Factitious disorder imposed on another			
			F68.8 sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen				
			F69 nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen				
			Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	DISS	Dissoziative, somatoforme und Schmerzstörungen	F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	6B60 Dissociative neurological symptom disorder 6B61 Dissociative amnesia 6B62 Trance disorder 6B63 Possession trance disorder 6B64 Dissociative identity disorder 6B65 Partial dissociative identity disorder
						F48.1 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	6B66 Depersonalization-derealization disorder
F45.0 Somatisierungsstörung	6C20 Bodily distress disorder						
F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung							
	6B21 Body Dysmorphic Disorder						
F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung							
F45.4 Anhaltende Schmerzstörung	MG30 Chronic pain						
F45.8 sonstige somatoforme Störungen							
F45.9 somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet							
F48.0 Neurasthenie							
F48.8 sonstige (andere) neurotische Störungen							
F48.9 neurotische Störung, nicht näher bezeichnet							
F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen							
F54 psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten							
F59 nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeit bei körperlichen Störungen und Faktoren							
	6C21 Body integrity dysphoria						

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	ICD10	ICD11	
Esstörungen	ESSS	Anorexien, Bulimien, Binge Eating Störung und Adipositas	F50.0 Anorexia nervosa	6B80 Anorexia Nervosa
			F50.1 atypische Anorexia nervosa	6B83 Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID)
			F50.2 Bulimia nervosa	6B81 Bulimia Nervosa
			F50.3 atypische Bulimia nervosa	
			F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen	6B82 Binge eating disorder
			F50.8 sonstige Essstörungen	
			F50.9 Essstörung, nicht näher bezeichnet	
	E66 Adipositas	5B81 Obesity		
Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen	F90 Hyperkinetische Störungen	6A05 Attention deficit hyperactivity disorder
Autismus-Spektrum-Störungen	AUTI	Autismus-Spektrum-Störungen	F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	6A02 Autism spectrum disorder
Störungen des Sozialverhaltens	SOZI	Störungen des Sozialverhaltens	F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	
			F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	
			F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	
			F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	6C90 Oppositional defiant disorder
			F91.8 sonstige Störungen des Sozialverhaltens	
			F91.9 Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet	
			F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	
		6C73 Intermittent explosive disorder		
Störungen in Verbindung mit Sexualität	SEXS	Störungen in Verbindung mit Sexualität	F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	HA00 Hypoactive Sexual Desire Dysfunction
				HA01 Sexual arousal dysfunction
				HA02 Orgasmic dysfunction
				HA03 Ejaculatory dysfunctions
			F64.0 Transsexualismus	HA60 Gender incongruence of adolescence or adulthood
			F64.2 Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters	HA61 Gender incongruence of childhood
			F64.8 sonstige Störungen der Geschlechtsidentität	
			F64.9 Störungen der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet	
F65 Störungen der Sexualpräferenz	6D30-6D36 Paraphilic disorders			
F66 Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung				
Mutter-Kind-Behandlungen	MUKI	Mutter-Kind-Behandlungen	CHOP Code 94.4A Mutter-Kind-Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie	
Nichtorganische Schlafstörungen	SCHL	Nichtorganische Schlafstörungen	F51 Nichtorganische Schlafstörungen	07 Sleep-wake disorders

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen	ICD10	ICD11		
Säuglings- und kinderspezifische Störungen	KIND Säuglings- und kinderspezifische Störungen	F80 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	6A01 Developmental speech or language disorders		
		F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	6A03 Developmental learning disorder		
		F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	6A04 Developmental motor coordination disorder		
		F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen			
		F88 Sonstige Entwicklungsstörungen			
		F89 nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung			
		F98.4 Stereotype Bewegungsstörungen	6A06 Stereotyped movement disorder		
		F98.5 Stottern [Stammeln]	6A01 Developmental speech or language disorders		
		F98.6 Poltern	6A01 Developmental speech or language disorders		
		F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	6B44 Reactive attachment disorder		
		F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	6B45 Disinhibited social engagement disorder		
		F98.0 Nichtorganische Enuresis	6C00 Enuresis		
		F98.1 Nichtorganische Enkopresis	6C01 Encopresis		
		F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter	6B85 Rumination-regurgitation disorder		
		F98.3 Pica im Kindesalter	6B84 Pica		
		F98.8 sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend			
		F98.9 nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend			
		F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	6B05 Separation anxiety disorder		
		F93.1 phobische Störung des Kindesalters			
		F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters			
		F93.3 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität			
		F93.8 sonstige emotionale Störungen des Kindesalters			
		F93.9 emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet			
		F94.0 Elektiver Mutismus	6B06 Selective mutism		
		Intellektuelle Beeinträchtigungen	INTE Intellektuelle Beeinträchtigungen	F70 leichte Intelligenzminderung	6A00.0 Disorder of intellectual development, mild
				F71 mittelgradige Intelligenzminderung	6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate
				F72 schwere Intelligenzminderung	6A00.2 Disorder of intellectual development, severe
F73 schwerste Intelligenzminderung	6A00.3 Disorder of intellectual development, profound				
F74 dissoziierte Intelligenzminderung					
F78 sonstige Intelligenzminderung	6A00.4 Disorder of intellectual development, provisional				
F79 nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	6A00.Z Disorder of intellectual development, unspecified				
Forensische Psychiatrie	FOR1 Stationärer Massnahmenvollzug	ICD10/11 unabhängig. Alle Patienten mit Status «Massnahmenvollzug»	ICD10/11 unabhängig. Alle Patienten mit Status «Massnahmenvollzug»		
	FOR2 Kriseninterventionen bei Haft und U-Haft	ICD10/11 unabhängig. Alle Patienten mit Status «Haft/U-Haft»	ICD10/11 unabhängig. Alle Patienten mit Status «Haft/U-Haft»		

Leistungsspezifische Anforderungen

Leistungsspezifische Anforderungen nach Auftragsstyp

Auftragstyp	AVV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
Personal		
Personal im ärztlichen/psychologischen Bereich		
Leitung und Stellvertretung	<p>Zu mindestens 80 Stellenprozenten ist Personal mit folgenden Qualifikationen fest angestellt:</p> <p>Erwachsenenpsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrie: FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>Gerontopsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkttitel Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie</p> <p>Forensische Psychiatrie, alle Altersbereiche: FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkttitel Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der FMH oder äquivalente Zusatzausbildung.</p>	<p>Zu mindestens 80 Stellenprozenten ist Personal mit folgenden Qualifikationen fest angestellt:</p> <p>Erwachsenenpsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrie: FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>Gerontopsychiatrie: FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkttitel Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie</p> <p>Forensische Psychiatrie, alle Altersbereiche: FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkttitel Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der FMH oder äquivalente Zusatzausbildung.</p> <p>Die Stellvertretung kann auch durch eine Psychologin/einen Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung in Psychotherapie erfolgen.</p>
Dienstärzte/Dienstärztinnen	Eine diensthabende Ärztin/ein diensthabender Arzt ist jederzeit am Spitalstandort. Zudem ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt.	Die diensthabende Ärztin/der diensthabende Arzt ist von Montag bis Freitag von 8–17 Uhr am Spitalstandort. Ausserhalb dieser Zeiten ist dieser/diese jederzeit erreichbar und bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten am Spitalstandort. Zudem ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt.
Personal im pflegerischen Bereich		
Pflegeschlüsselkräfte	siehe generelle Anforderungen	siehe generelle Anforderungen
Patientenkollektiv, Aufnahme, Erreichbarkeit		
Erreichbarkeit	Qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist telefonisch an 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen die Woche und 365 Tagen im Jahr erreichbar, um erste Beratungs- und Triage-Leistungen zu erbringen.	Qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist telefonisch von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr erreichbar, um erste Beratungs- und Triageleistungen zu erbringen. Kriseninterventionszentren (KIZ): Qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist telefonisch an 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen die Woche und 365 Tagen im Jahr erreichbar, um erste Beratungs- und Triage-Leistungen zu erbringen.
Aufnahmebereitschaft	Die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten inklusive Notfallpatientinnen und -patienten aller Leistungsbereiche durch qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist an 24 Stunden pro Tag an sieben Tagen die Woche und 365 Tagen im Jahr gewährleistet.	Die elektive Aufnahme von Patientinnen und Patienten ausgewählter Leistungsbereiche durch qualifiziertes Fachpersonal (Tertiärstufe) ist Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr gewährleistet. Kriseninterventionszentren (KIZ): Bei medizinischer Indikation ist eine Aufnahme innerhalb von 24 Stunden nach Anmeldung gewährleistet.
Eintrittsart	Die Aufnahme, diagnostische Abklärung und Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit geplantem und ungeplantem Eintritt, mit Selbst- und /oder Fremdgefährdung und mit fürsorglicher Unterbringung ist gewährleistet.	Am Spitalstandort sind mindestens geplante Eintritte sichergestellt. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Selbst- und Fremdgefährdung und mit fürsorglicher Unterbringung kann nach Möglichkeit erfolgen, wobei die Sicherheit der Patientin/ des Patienten wie der Mitpatientinnen/-patienten jederzeit sichergestellt werden muss.
	In der Forensischen Psychiatrie erfolgen die Behandlung psychisch kranker Personen im Massnahmevollzug und Kriseninterventionen bei Patientinnen und Patienten in Haft und U-Haft .	In der Forensischen Psychiatrie erfolgen die Behandlung psychisch kranker Personen im Massnahmevollzug und Kriseninterventionen bei Patientinnen und Patienten in Haft und U-Haft .

Auftragstyp	AVV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
Behandlungsangebot	<p>Ein spezialisiertes Behandlungsangebot in der Erwachsenen-/Gerontopsychiatrie für mindestens folgende Leistungsbereiche (vgl. weiterentwickeltes LG-Modell Psychiatrie) ist vorhanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Demenzen und Delire – Abhängigkeitserkrankungen – Psychotische und bipolare Störungen – Depressive Störungen und Anpassungsstörungen – Angst-, Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen – Persönlichkeitsstörungen <p>Das Behandlungsangebot in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst Patientinnen und Patienten aller Leistungsbereiche ausser Demenzen und Delire, Mutter-Kind-Behandlungen und Forensische Psychiatrie.</p>	<p>Das spezialisierte Behandlungsangebot umfasst Leistungsaufträge in maximal fünf Leistungsbereichen.</p> <p>Das Behandlungsangebot der Kriseninterventionszentren (KIZ) umfasst in der Regel alle Leistungsbereiche ausser Mutter-Kind-Behandlungen und Forensische Psychiatrie. Die Behandlungsdauer beträgt für Erwachsene in der Regel maximal 7 Tage und für Kinder und Jugendliche in der Regel maximal 28 Tage.</p>
Diagnostik- und Behandlungsangebote		
Internistischer Dienst	<p>Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie: Von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin vor Ort.</p> <p>Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführenden Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten.</p> <p>Forensische Psychiatrie: An mindestens zwei Tagen/Woche ist von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin vor Ort. An den anderen Tagen ist ein Facharzt/eine Fachärztin mindestens von 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar. Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführenden Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten.</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrie: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mindestens mit einem Facharzt/einer Fachärztin Pädiatrie kooperiert, der/die von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar ist (schriftliche Kooperationsvereinbarung).</p> <p>Alle: Für medizinische Notfälle gelten die Regelungen gemäss betriebsinternem Notfallkonzept.</p>	<p>Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie: Von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mindestens telefonisch erreichbar (schriftliche Kooperationsvereinbarung). Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführenden Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten.</p> <p>Forensische Psychiatrie: An mindestens zwei Tagen/Woche ist von 8.00 bis 17.00 Uhr ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin vor Ort. An den anderen Tagen ist ein Facharzt/eine Fachärztin mindestens von 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar. Eine wöchentliche internistische Kurvenvisite mit zuständigem fallführenden Behandler findet statt. Bei Indikationsstellung erfolgt zusätzlich eine persönliche Untersuchung des Patienten.</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrie: In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird mindestens mit einem Facharzt/einer Fachärztin Pädiatrie kooperiert, der/die von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr telefonisch erreichbar ist (schriftliche Kooperationsvereinbarung).</p> <p>KIZ: Von Montag bis Freitag 8.00 bis 17.00 Uhr ist ein Facharzt/eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mindestens telefonisch erreichbar (schriftliche Kooperationsvereinbarung).</p> <p>Alle: Für medizinische Notfälle gelten die Regelungen gemäss betriebsinternem Notfallkonzept.</p>
Behandlungsprozess und Assessmentinstrumente	Siehe generelle Anforderungen	Siehe generelle Anforderungen

Auftragstyp	AVV Akut- und Vollversorgung	SPV Spezialversorgung
Sonstige Anforderungen		
Infrastruktur	<p>Eine auf die spezifische Patientengruppe ausgerichtete Infrastruktur ist vorhanden u. a. hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mobilität und Kognition – spezifischer Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen – Patientinnen/Patienten mit hoher Selbst- und Fremdgefährdung 	<p>Eine auf die spezifische Patientengruppe ausgerichtete Infrastruktur ist vorhanden u. a. hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mobilität und Kognition – spezifischer Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen
Stationen/Betten	<p>Mindestens je eine Akutstation pro Altersbereich mit jeweils mindestens einem Intensivzimmer bei einer Stationsgrösse von mindestens 15 Betten (Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens 8 Betten) ist vorhanden. Dabei wird eine Akutstation definiert als eine Station, auf der 24 Stunden pro Tag an 7 Tagen die Woche und 365 Tage im Jahr eine Aufnahme, diagnostische Abklärung und mindestens die Erstversorgung für Patientinnen und Patienten aller Leistungsbereiche erfolgt und die fakultativ schliessbar ist. Die Möglichkeit von 1:1-Betreuung ist auf allen Stationen sichergestellt.</p>	
Kantonaler Bettenspiegel	<p>Die Akutbetten des Spitalstandorts sowie die Überbetten im Akutbereich werden im kantonalen Bettenspiegel ausgewiesen.</p>	

Leistungsspezifische Anforderungen nach Leistungsgruppen

Leistungsgruppen	DEMD Demenzen und Delire	ABH1-3 Abhängig- keitserkran- kungen	ESSS Essstörungen	MUKI Mutter-Kind- Behandlungen	SCHL Nichtorga- nische Schlaf- störungen	KIND Säuglings- und kinder- spezifische Störungen	FOR1-2 Forensische Psychiatrie
Personal							
Pflegefachkräfte	Mindestens 20% alterspsychiatrisch relevantes Certificate for Advanced Studies (CAS), z.B. in gerontologischer Pflege, oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung oder in Ausbildung dazu			Mindestens zwei Jahre Erfahrung in Säuglings- und Kleinkindpflege		Mindestens 20% der Pflegefachkräfte und/oder Sozialpädagogen haben ein kinder- und jugendpsychiatrisch relevantes Certificate for Advanced Studies (CAS), z.B. in kinder- und jugendpsychiatrischer Pflege, oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung oder sind in Ausbildung dazu	Mindestens 20% forensisch-psychiatrisch relevantes Certificate for Advanced Studies (CAS) oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung oder in Ausbildung dazu
Diagnostik- und Behandlungsangebote							
Vorhandene Angebote		Leitlinien-gerechte Behandlung der häufigsten Dualdiagnosen (die Abhängigkeitserkrankung stellt bei Eintritt jedoch den Hauptbehandlungsgrund dar)	Interdisziplinäres Konzept für Extremkranke (z. B. sehr tiefer Body Mass Index)	Leitlinien-gerechte Behandlung der Grunderkrankung der Mutter gewährleistet Individuelle pädagogische Anleitung und Unterstützung bei der Mutter-Kind-Interaktion			Spezifisch forensische Diagnostik inklusive Risikoassessment und -prognostik sowie ausreichendes Angebot an deliktpräventiv orientierten Therapien
Mindestens Kooperation (schriftliche Kooperationsvereinbarung)			Mit einem somatischen Akutspital	Mit Wochenbett- und Stillberater/-in	Mit Schlaf-labor		
Sonstige Angebote							
Infrastruktur				Infrastruktur für Säuglings- und Kleinkindpflege ist vorhanden			Strukturelle, bauliche und organisatorische Voraussetzungen erfüllen Sicherheitsanforderungen gemäss dem vom Amt für Justizvollzug verordneten Sicherheitsdispositiv
Sonstiges				Betreuung des Kindes durch Klinikpersonal während Therapieteilnahme der Mutter gewährleistet			
Verknüpfte Leistungen							
Verknüpfte Leistung	Nur in Verbindung mit dem Altersbereich Gerontopsychiatrie					Nur in Verbindung mit dem Altersbereich Kinderpsychiatrie	

Für alle anderen Leistungsgruppen gelten die evidenzbasierten Leitlinien ohne ergänzende spezifische Qualitätsanforderungen.

Leistungsspezifische Anforderungen nach Altersbereiche

Altersbereiche	KP/JP Kinderpsychiatrie/Jugend- psychiatrie	EP Erwachsenenpsychiatrie	GP Gerontopsychiatrie
Definition	Kinderpsychiatrie: Von 0 bis 13 Jahren Jugendpsychiatrie: Von 14 bis 17 Jahren	Erwachsenenpsychiatrie: Von 18 bis 64 Jahren	Gerontopsychiatrie: Ab 65 Jahren und Patientinnen und Patienten mit einer dementiellen oder anderweitigen hirnorganischen Erkrankung unabhängig vom Alter.
Personal			
Personal im ärztlichen/psychologischen Bereich			
Leitung und Stellvertretung	Siehe Anforderungen Auftrags-typen	Siehe Anforderungen Auftrags-typen	Siehe Anforderungen Auftrags-typen Zusätzlich für die Leitung Schwerpunkttitel Alterspsy-chiatrie und Alterspsycho-therapie mit Festanstellung von mindestens 80 Stellenprozenten.
Personal im pflegerischen/pädagogischen Bereich			
Pflegefachkräfte, Sozialpädagogen/-innen	Siehe generelle Anforderungen Zudem haben mindestens 20% der Pflegefachkräfte und/oder Sozialpädagogen ein kinder- und jugendpsychiatrisch relevantes Certificate for Advanced Studies (CAS), z. B. in kinder- und jugend-psychiatrischer Pflege, oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung abgeschlossen oder sind in der Ausbildung dazu.	Siehe generelle Anforderungen	Siehe generelle Anforderungen Zudem haben mindestens 20% der fest angestellten Pflege-fachpersonen ein alterspsychi-atrisch relevantes Certificate for Advanced Studies (CAS), z. B. in gerontologischer Pflege, oder eine äquivalente interne oder externe Fort- oder Weiterbildung abgeschlossen oder sind in der Ausbildung dazu.
Diagnostik- und Behandlungsangebote			
Memory Clinic			Vorhanden oder in Kooperation
Sonstige Anforderungen			
Infrastruktur	Siehe Anforderungen Auftrags-typen Eine von der Bildungsdirektion bewilligte Spitalschule mit festangestellten Pädagogen und/oder Sozialpädagogen für schulpflichtige Kinder/Jugendliche ist vorhanden (ausgenommen Kriseninter-ventionszentren für Kinder und Jugendliche).	Siehe Anforderungen Auftrags-typen	Siehe Anforderungen Auftrags-typen

In der Regel umfasst der Leistungsauftrag den zugeteilten Altersbereich. In Ausnahmefällen dürfen bei medizinischer Notwendigkeit auch jüngere bzw. ältere Patienten und Patientinnen behandelt werden.

© Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Rehabilitation

Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen
Muskuloskelettale Rehabilitation	MSK1 Allgemein muskuloskelettal
	MSK2 Entzündliches Rheuma
	MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen
	MSK4 Amputationen
	MSK5 Verbrennungen
Neurologische Rehabilitation	NER1 Allgemein neurologisch
	NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen
	NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)
	NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)
	NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
	NER6 Querschnittlähmung
Kardiovaskuläre Rehabilitation	RKA1 Allgemein kardiovaskulär
	RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunstherz
Pulmonale Rehabilitation	PNR1 Allgemein pulmonal
	PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation
Internistische und Onkologische Rehabilitation	INO1 Internistisch
	INO2 Onkologisch
Somatoforme Störungen	SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen
Querschnittsbereiche	PÄD Pädiatrische Rehabilitation
	ERW Erwachsenenrehabilitation
	GER Geriatrische Rehabilitation
	UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation

Quelle: Eigene Darstellung

Operationalisierung Leistungsgruppenmodell Rehabilitation

Die Operationalisierung der einzelnen Leistungsgruppen ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich als Excel-Datei im Kapitel SPLG-Systematik (www.zh.ch/spitalplanung2023) abrufbar.

Leistungsspezifische Anforderungen

Redaktioneller Hinweis:

Berufs- und Personenbezeichnungen werden in diesem Dokument in der jeweils kürzesten Form verwendet, wobei stets beide Geschlechter gemeint sind.

Querschnittsbereich
PÄD Pädiatrische Rehabilitation
ERW Erwachsenenrehabilitation
GER Geriatrische Rehabilitation
UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation

Begriffsdefinitionen

Fachtitel

Es sind die schweizerischen Fachtitel für Fachärzte, Psychologen oder anderes Personal aufgeführt, sofern deren Abschlüsse nicht bereits in den Generellen Anforderungen verlangt werden. Eidgenössisch oder vom Schweizerischen Rotes Kreuz (SRK) anerkannte, äquivalente ausländische Abschlüsse sind akzeptiert.

Personal

Im Spital: Die notwendige Verfügbarkeit des Fachpersonals ist vor Ort im Spital zu den üblichen Behandlungszeiten sichergestellt.

In Kooperation: Das Fachpersonal wird bedarfsspezifisch für die Behandlung zugezogen. In der Kooperationsvereinbarung regelt das Spital mit dem Vertragspartner folgende Punkte:

- Beschreibung der relevanten Behandlungsprozesse inkl. Schnittstellen
- Ansprechpartner auf beiden Seiten
- Umfang der Kooperationsleistungen und Vergütung
- Zeitliche Verfügbarkeit
- Sicherstellung des medizinischen Informationsflusses (medizinische Dokumentation).

Therapien

Im Spital: Die Therapien werden zu geregelten Zeiten im Spital angeboten.

Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung

Im Spital: Die Ausstattung steht im Spital zur Verfügung.

In Kooperation: Die medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung wird durch einen Dritten zur Verfügung gestellt. In der Kooperationsvereinbarung regelt das Spital mit dem Vertragspartner folgende Punkte:

- Beschreibung der relevanten Behandlungsprozesse inkl. Schnittstellen
- Ansprechpartner auf beiden Seiten
- Umfang der Kooperationsleistungen und Vergütung
- Zeitliche Verfügbarkeit
- Sicherstellung des medizinischen Informationsflusses (medizinische Dokumentation).

Leistungsspezifische Anforderungen nach Leistungsgruppen

MSK1 Allgemein Muskuloskelettal

Leistungsbereich Muskuloskelettale Rehabilitation		MSK1 Allgemein muskuloskelettal Qualifikation / Verfügbarkeit
Personal		
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für MSK1 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Rheumatologie (CH) und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Rheumatologie (CH) und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
	Verfügbarkeit	Mindestens ein Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation im Team
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten mit Zusatzqualifikation in manueller Therapie
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Sonstige Anforderungen		
Infrastruktur	Bewegungsbad / Therapiebecken mit Lift und/oder gleichwertige gewichtsentlastende Technologien	im Spital
Mindestfallzahl		<ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationsklinik hat keinen Leistungsauftrag aus der Gruppe MSK2 - MSK5: MFZ = 200 – Rehabilitationsklinik hat einen oder mehrere Leistungsaufträge aus der Gruppe MSK2 - MSK5: MFZ = 200 minus Mindestfallzahlen der zugewiesenen Leistungsgruppen MSK2 - MSK5

MSK2 Entzündliches Rheuma

Leistungsbereich Muskuloskeletale Rehabilitation		MSK2 Entzündliches Rheuma Qualifikation / Verfügbarkeit
Personal		
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für MSK2 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Rheumatologie (CH)
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Rheumatologie (CH) und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Allgemeine Innere Medizin
	Verfügbarkeit	Mindestens ein Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation im Team
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten mit Zusatzqualifikation in: – manueller Therapie und/oder – komplexer physikalischer Entstauungstherapie
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Sonstige Anforderungen		
Infrastruktur	Bewegungsbad / Therapiebecken mit Lift und/oder gleichwertige gewichtsentlastende Technologien	im Spital
Mindestfallzahl		25

MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen

Leistungsbereich Muskuloskeletale Rehabilitation		MSK3 Polytrauma ohne neurologischen Verletzungen Qualifikation / Verfügbarkeit
Personal		
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für MSK3 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Chirurgie
	Berufserfahrung	mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Patienten nach akut aufgetretener somatischer Erkrankung oder Unfall in als Weiterbildungsstätte anerkannter Rehabilitationsklinik mit muskuloskeletaler Rehabilitation und mindestens 1 Jahr Erfahrung in der Wundbehandlung in anerkannter Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Chirurgie und/oder Allgemeine Innere Medizin
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Berufserfahrung	30% der Therapeuten mit Erfahrung in der Behandlung nach Polytrauma
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Kinästhetik	Verfügbarkeit	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Kooperationsvereinbarungen		Kooperationsvertrag mit akutsomatischem Spital mit Unfallchirurgie (Polytrauma)
Mindestfallzahl		15

MSK4 Amputationen

Leistungsbereich Muskuloskeletale Rehabilitation

MSK4 Amputationen

Qualifikation / Verfügbarkeit

Personal

Ärzte und Psychologen

Ärztliche Leitung für MSK4 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Chirurgie
	Berufserfahrung	mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Patienten nach akut aufgetretener somatischer Erkrankung oder Unfall in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationseinrichtung mit muskuloskelettaler Rehabilitation und mindestens 1 Jahr Erfahrung in der Wundbehandlung in anerkannter Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Chirurgie

Personal im therapeutischen Bereich

Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Berufserfahrung	30% der Therapeuten mit Erfahrung in der Behandlung nach Amputationen
---------------------------------------	-----------------	---

Personal für weitere Leistungen

Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
-------------	---------------	-------------------------------

Sonstige Anforderungen

Infrastruktur		Prothetik, inkl. Prothesenschulung; im Spital oder räumlich auf dem Campus mit einem akutsomatischem Spital
Mindestfallzahl		25

MSK5 Verbrennungen

Leistungsbereich Muskuloskeletale Rehabilitation

MSK5 Verbrennungen

Qualifikation / Verfügbarkeit

Personal

Ärzte und Psychologen

Ärztliche Leitung für MSK5 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Chirurgie
	Berufserfahrung	mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Patienten nach akut aufgetretener somatischer Erkrankung oder Unfall in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationseinrichtung mit muskuloskelettaler Rehabilitation und mindestens 1 Jahr Erfahrung in der Wundbehandlung in anerkannter Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Chirurgie

Personal im therapeutischen Bereich

Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Berufserfahrung	30% der Therapeuten mit Erfahrung in der Behandlung nach Verbrennungen
Logopäden	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation

Personal für weitere Leistungen

Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
-------------	---------------	-------------------------------

Sonstige Anforderungen

Infrastruktur		Möglichkeit der Patienten-Isolation
Kooperationsvereinbarungen		Kooperationsvertrag mit akutsomatischem Spital mit IVHSM-Auftrag für die Leistungsgruppe «UNF2 Ausgedehnte Verbrennungen»
Mindestfallzahl		5

NER1 Allgemein neurologisch

Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation		NER1 Allgemein neurologisch
Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für NER1 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie oder Neurochirurgie
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Neurologie und/oder Allgemeine Innere Medizin
	Verfügbarkeit	Mindestens ein Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation im Team
Neuropsychologen	Verfügbarkeit	im Spital
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen in Konzepten des motorischen Lernens, des task-spezifischen und repetitiven Trainings
Logopäden	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen, u.a. Kenntnisse in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle
	Verfügbarkeit	im Spital
Personal für weitere Leistungen		
Orthoptisten	Berufserfahrung	Kenntnisse in neuroophthalmologischen Fragestellung
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonals: Neurorehaspezifische Weiterbildung auf neurophysiologischer Grundlage
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Blasen- und Darmmanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Dysphagiemanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Trachealkanülenmanagement	Verfügbarkeit	im Spital oder Kooperation
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Neurophysiologie	EEG	im Spital
Endoskopie	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital
Spastizität	Grundausrüstung zur intrathekalen Behandlung (Baclofen)	im Spital oder in Kooperation
Neurourologie	Neuro-urologische Diagnostik	im Spital oder in Kooperation
Therapien		Verfügbarkeit
Logopädie	Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie	im Spital
	Ess- und Dysphagietherapie	im Spital
	Trachealkanülenmanagement	im Spital
Neuropsychologie	Neuropsychologische Therapie	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Mindestfallzahl	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitationsklinik hat keinen Leistungsauftrag aus der Gruppe NER2 - NER6: MFZ = 200 - Rehabilitationsklinik hat einen oder mehrere Leistungsaufträge aus der Gruppe NER2 - NER5: MFZ = 200 minus Mindestfallzahlen der zugewiesenen Leistungsgruppen NER2 - NER5 	

NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen

Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation

NER2 Neurologisch mit schweren neuropsychiatrischen Symptomen

Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für NER2 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung Berufserfahrung	Neurologie oder Neurochirurgie mindestens 3 Jahre Erfahrung in psychiatrischen Klinik oder in der Behandlung von neurologischen Patienten in als Weiterbildungsstätte anerkannter Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Psychiatrie und Psychotherapie und/oder Neurologie und/oder Allgemeine Innere Medizin und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation
Assistenzarzt in Weiterbildung Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie	Verfügbarkeit	im Spital
Neuropsychologen	Verfügbarkeit	im Spital
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen in Konzepten des motorischen Lernens, des task-spezifischen und repetitiven Trainings
Logopäden	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen, u.a. Kenntnisse in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle
	Verfügbarkeit	im Spital
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonals: Neurorehaspezifische Weiterbildung auf neurophysiologischer Grundlage
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Blasen- und Darmmanagement	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Dysphagiemanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Neurophysiologie	EEG	im Spital oder in Kooperation
Endoskopie	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital
Therapien		Verfügbarkeit
Logopädie	Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie	im Spital
	Ess- und Dysphagietherapie	im Spital
	Trachealkanülenmanagement	im Spital
Neuropsychologie	Neuropsychologische Therapie	im Spital
	Psychotherapie	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> – Patientengerechte Infrastruktur mit Massnahmen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bzw. Weglaufgefährdung – Elemente zur Realitätsorientierung und kompensatorische Orientierungshilfen (Gedächtnishilfen, Farbkonzept, Markierungen, und Beschilderung) 	
Personelle Ressourcen	1:1 Betreuung durch Pflegefachperson möglich	
Mindestfallzahl	50	

NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)

Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation		NER3 Multiple Sklerose (Spätphase)
Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für NER3 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie oder Neurochirurgie
	Berufserfahrung	mindestens 3 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Multiple Sklerose in als Weiterbildungsstätte anerkannter Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie und/oder Allgemeine Innere Medizin und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation
Neuropsychologen	Verfügbarkeit	im Spital
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen in Konzepten des motorischen Lernens, des task-spezifischen und repetitiven Trainings
	Verfügbarkeit	im Spital
Logopäden	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen, u.a. Kenntnisse in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle
	Verfügbarkeit	im Spital
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist/Rollstuhltechniker	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Orthoptisten	Berufserfahrung	Kenntnisse in neuroophthalmologischen Fragestellung
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonals: Neurorehaspezifische Weiterbildung auf neurophysiologischer Grundlage
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Blasen- und Darmmanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Neurophysiologie	EEG	im Spital
Endoskopie	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital
Spastizität	Grundausrüstung zur intrathekalen Behandlung (Baclofen)	im Spital oder in Kooperation
Neurourologie	Neuro-urologische Diagnostik	im Spital oder in Kooperation
Therapien		Verfügbarkeit
Logopädie	Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie	im Spital
	Ess- und Dysphagietherapie	im Spital
Neuropsychologie	Neuropsychologische Therapie	im Spital
Orthoptische Therapie		im Spital oder in Kooperation
Sonstige Anforderungen		
Mindestfallzahl		30

NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)

Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation

NER4 Parkinson und ähnliche Bewegungsstörungen (Spätphase)

Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für NER4 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung Berufserfahrung	Neurologie oder Neurochirurgie mindestens 1 Jahr auf Spezialabteilung für Bewegungsstörungen (Bewegungssprechstunde) an akutsomatischem Spital und mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen in anerkannter Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie und/oder Allgemeine Innere Medizin und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation
Neuropsychologen	Verfügbarkeit	im Spital
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen in Konzepten des motorischen Lernens, des task-spezifischen und repetitiven Trainings
Logopäden	Weiterbildung Verfügbarkeit	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen, u.a. Kenntnisse in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle im Spital
Personal für weitere Leistungen		
Orthoptisten	Berufserfahrung Verfügbarkeit	Kenntnisse in neuroophthalmologischen Fragestellung im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonals: Neurorehaspezifische Weiterbildung auf neurophysiologischer Grundlage
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Blasen- und Darmmanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung Parkinson Nurse	Verfügbarkeit	im Spital
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Neurophysiologie	EEG	im Spital oder in Kooperation
Endoskopie	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital oder in Kooperation
Spastizität	Grundausrüstung zur intrathekalen Behandlung (Baclofen)	im Spital oder in Kooperation
Neurourologie	Neuro-urologische Diagnostik	im Spital oder in Kooperation
Tiefenhirnstimulation	Grundausrüstung zur Einstellung der Tiefenhirnstimulation	im Spital
Therapien		Verfügbarkeit
Logopädie	Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie Ess- und Dysphagietherapie Trachealkanülenmanagement	im Spital im Spital im Spital
Neuropsychologie	Neuropsychologische Therapie	im Spital
Orthoptische Therapie		im Spital
Sonstige Anforderungen		
Mindestfallzahl		30

NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen

Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation		NER5 Polytrauma mit neurologischen Verletzungen
Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für NER5 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie oder Neurochirurgie
	Berufserfahrung	mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung von neurologischen Patientinnen und Patienten nach akut aufgetretener somatischer Erkrankung oder Unfall in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationsklinik und mindestens 1 Jahr Erfahrung in der Wundbehandlung in einer als anerkannten Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Allgemeine Innere Medizin
Neuropsychologen	Verfügbarkeit	im Spital
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen in Konzepten des motorischen Lernens, des task-spezifischen und repetitiven Trainings
Logopäden	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Neurorehaspezifische Weiterbildungen, u.a. Kenntnisse in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle
	Verfügbarkeit	im Spital
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonals: Neurorehaspezifische Weiterbildung auf neurophysiologischer Grundlage
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Blasen- und Darmmanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Dysphagiemanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Trachealkanülenmanagement	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Kinästhetik	Verfügbarkeit	im Spital
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Neurophysiologie	EEG	im Spital oder in Kooperation
Endoskopie	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital
Spastizität	Grundausrüstung zur intrathekalen Behandlung (Baclofen)	im Spital oder in Kooperation
Neurourologie	Neuro-urologische Diagnostik	im Spital oder in Kooperation
Therapien		Verfügbarkeit
Logopädie	Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie	im Spital
	Ess- und Dysphagietherapie	im Spital
	Trachealkanülenmanagement	im Spital
Neuropsychologie	Neuropsychologische Therapie	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Kooperationsvereinbarungen		Kooperationsvertrag mit akutsomatischem Spital mit Unfallchirurgie (Polytrauma)
Mindestfallzahl		10

NER6 Querschnittslähmung

Leistungsbereich Neurologische Rehabilitation

Personal		NER6 Querschnittslähmung Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für NER6 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie oder Allgemeine Innere Medizin oder Physikalische Medizin und Rehabilitation oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates oder Neurochirurgie oder Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie
	Berufserfahrung	mindestens 3 Jahre Erfahrung in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital in der Behandlung von Querschnittslähmung
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Mindestens eine weitere Fachdisziplin: Neurologie und/oder Allgemeine Innere Medizin und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Neurochirurgie und/oder Urologie mit Schwerpunkt Neuro-Urologie
Psychologen	Weiterbildung	Weiterbildung in Psychotherapie
Neuropsychologen	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation von Querschnittgelähmten
Logopäden	Weiterbildung	Neurorehaspezifische Weiterbildungen, u.a. Kenntnisse in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist/Rollstuhltechniker	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonals: mindestens 2 Jahre Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation von Querschnittgelähmten
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Blasen- und Darmmanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Dysphagiemanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Trachealkanülenmanagement	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Lagerungs- und Transfertechnik	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Dekubitusbehandlung und -prävention	Verfügbarkeit	im Spital
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Neurophysiologie	EEG	im Spital oder in Kooperation
Endoskopie	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital oder in Kooperation
Spastizität	Grundausrüstung zur intrathekalen Behandlung (Baclofen)	im Spital oder in Kooperation
Neurourologie	Neuro-urologische Diagnostik	im Spital
Gastroenterologie	Diagnostik enteraler Störungen	im Spital oder in Kooperation
Orthopädische Chirurgie	Diagnostik ossärer Komplikationen	im Spital oder in Kooperation

Therapien		Verfügbarkeit
Logopädie	Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie	im Spital
	Ess- und Dysphagietherapie	im Spital
	Trachealkanülenmanagement	im Spital
Neuropsychologie	Neuropsychologische Therapie	im Spital
	Psychotherapie	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen		Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung
Akutmedizinischer Stand-By (im Falle erforderlicher ungeplanter Rückverlegungen)		(Notfall-)Erreichbarkeit eines Akutspitals mit permanent verfügbarem neurologischen, neurochirurgischen, radiologischen, chirurgischen und medizinischen Angebot
Mindestanzahl Pflegetage pro Jahr		8 000

RKA1 Allgemein kardiovaskulär

Leistungsbereich Kardiovaskuläre Rehabilitation		RKA1 Allgemein kardiovaskulär
Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für RKA1 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Kardiologie
	Berufserfahrung	mindestens 3 Jahre Erfahrung in Innere Medizin in akut-somatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Kardiologie und/oder Innere Medizin
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Physiotherapeuten mit Weiterbildung Herztherapeut/ in SCPRS oder gleichwertige von SCPRS anerkannte Weiterbildung
Rauchstoppberater	Ausbildung	Berufsabschluss in einem medizinischen oder psychologischem Bereich
	Weiterbildung	Weiterbildung in Rauchstoppberatung / Tabakentwöhnung
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Herzinsuffizienzberatung	Verfügbarkeit	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen		Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung
Mindestfallzahl		<ul style="list-style-type: none"> – Rehabilitationsklinik hat keinen Leistungsauftrag für RKA2: MFZ = 200 – Rehabilitationsklinik hat Leistungsauftrag für RKA2: MFZ = 200 minus Mindestfallzahl von RKA2

RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/Kunsthertz

Leistungsbereich Kardiovaskuläre Rehabilitation

RKA2 Kardiovaskulär nach Herztransplantationen/ Kunsthertz

Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für RKA2 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung Berufserfahrung	Kardiologie mindestens 3 Jahre Erfahrung in Innere Medizin in einer akutsomatischen Einrichtung und mindestens 3 Monate Tätigkeit in Herzchirurgie-Team in akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Kardiologie und/oder Innere Medizin
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Physiotherapeuten mit Weiterbildung Herztherapeut/ in SCPRS oder gleichwertige von SCPRS anerkannte Weiterbildung
Personal im pflegerischen Bereich		
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in LVAT, externen Defibrillatoren und immunmodulierender Therapie	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Herzinsuffizienzberatung	Verfügbarkeit	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen	Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung	
Kooperationsvereinbarungen	Kooperationsvertrag mit akutsomatischem Spital über geregelten Zugang zum Notfallteam Kooperationsvertrag mit akutsomatischem Spital mit Herzchirurgie	
Mindestfallzahl	10	

PNR1 Allgemein pulmonal

Leistungsbereich Pulmonale Rehabilitation

PNR1 Allgemein pulmonal

Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für PNR1 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung Berufserfahrung	Pneumologie mindesten 6 Monate Tätigkeit in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationsklinik
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Pneumologie
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Fachtitel pulmonaler Rehabilitationstherapeut / pulmonale Rehabilitationstherapeutin (PRT)
Rauchstoppberater	Ausbildung	Berufsabschluss in einem medizinischen oder psychologischen Bereich
	Weiterbildung	Weiterbildung in Rauchstoppberatung / Tabakentwöhnung
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Sonstige Anforderungen		
Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen	Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung	
Infrastruktur	kontinuierliche Sauerstoffversorgung auf Bettenstation sichergestellt Maskenüberdrucktherapie Möglichkeit gegeben	
Mindestfallzahl	– Rehabilitationsklinik hat keinen Leistungsauftrag für PNR2: MFZ = 200 – Rehabilitationsklinik hat Leistungsauftrag für PNR2: MFZ = 200 minus Mindestfallzahl von PNR2	

PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation

Leistungsbereich Pulmonale Rehabilitation

Personal		PNR2 Pulmonale Hypertonie/Lungentransplantation Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für PNR2 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Pneumologie
	Berufserfahrung	mindesten 6 Monate Tätigkeit in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationsklinik
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Pneumologie
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten: Fachtitel pulmonaler Rehabilitationstherapeut / pulmonale Rehabilitationstherapeutin (PRT)
Sonstige Anforderungen		
Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen		Diensthabender Arzt steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung
Infrastruktur		Kontinuierliche Sauerstoffversorgung auf Bettenstation sichergestellt Maskenüberdrucktherapie Möglichkeit gegeben
Kooperationsvereinbarungen		Kooperationsvertrag mit akutsomatischen Spital mit Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie Kooperationsvertrag mit akutsomatischem Spital mit Erfahrung in der Behandlung von Patienten nach Lungentransplantation Kooperationsvertrag mit Akutspital über geregelten Zugang zum Notfallteam
Mindestfallzahl		15

INO1 Internistisch

Leistungsbereich Internistische und onkologische Rehabilitation

Personal		INO1 Internistisch Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für INO1 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Allgemeine Innere Medizin und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation
	Berufserfahrung	Physikalische Medizin und Rehabilitation: mindestens 3 Jahren Berufserfahrung in Allgemeiner Innerer Medizin in akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Allgemeine Innere Medizin und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation
	Verfügbarkeit	Mindestens ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin im Team
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten Zusatzqualifikation in komplexer manueller Entstauungstherapie
Logopäden	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Therapeutische Fachpersonen für Schlucktherapie	Weiterbildung	Funktionelle Dysphagietherapie (FDT)
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im therapeutischen Bereich		
Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Stomatherapie	Verfügbarkeit	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Mindestfallzahl		100

INO2 Onkologisch

Leistungsbereich Internistische und onkologische Rehabilitation

Personal		INO2 Onkologisch Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für INO2 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Allgemeine Innere Medizin und/oder Medizinische Onkologie und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation
	Berufserfahrung	Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation: mindestens 3 Jahren Berufserfahrung in Allgemeiner Innerer Medizin in akutsomatischem Spital
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	FMH Medizinische Onkologie und/oder FMH Allgemeine Innere Medizin und/oder FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation
	Verfügbarkeit	Mindestens ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin oder Facharzt Medizinische Onkologie im Team
Psychologen	Berufserfahrung	mindestens zwei Jahre Erfahrung in Psychoonkologie oder nachgewiesene Weiterbildung in Psychoonkologie
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	30% der Therapeuten Zusatzqualifikation in: – komplexer manueller Entstauungstherapie oder – Sport- und Bewegungstherapie
Logopäden	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Therapeutische Fachpersonen für Schlucktherapie	Weiterbildung	Funktionelle Dysphagietherapie (FDT)
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal für weitere Leistungen		
Orthopädist	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Stomatherapie	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung im Umgang mit Port-System und Peripher eingelegter zentraler Venenkatheter (PICC)	Verfügbarkeit	im Spital
Sonstige Anforderungen		
Weiterführung Krebstherapien		Fortführung der im akutsomatischen Spital eingeleiteten medikamentöse Krebstherapien durch die Rehabilitationsklinik oder in Zusammenarbeit mit dem akutsomatischen Spital
Mindestfallzahl		100

SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen

Leistungsbereich Somatoforme Störungen

Personal		SOM1 Somatoforme Störungen und chronische Schmerzen Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für SOM1 am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Psychiatrie und Psychotherapie und/oder anderer Facharzt mit Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Psychiatrie und Psychotherapie und/oder Allgemeine Innere Medizin und/oder Rheumatologie (CH) und/oder Physikalische Medizin und Rehabilitation und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Neurologie und/oder Neurochirurgie
Klinischer Psychologen	Berufserfahrung	mindestens 2 Jahre Erfahrung in psychologischer Diagnostik und Psychotherapie
	Weiterbildung	Weiterbildung in Psychotherapie
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten	Weiterbildung	Weiterbildung zum Thema Schmerz
Sonstige Anforderungen		
Supervision		Externe Fallsupervision (ärztlich oder psychologisch) oder/und Balintgruppe bzw. IFA-Gruppe (Interaktionelle Fallarbeit)
Mindestfallzahl		30

Leistungsspezifische Anforderungen nach Querschnittsbereich

PÄD Pädiatrische Rehabilitation

Vorbemerkungen

- Für den Querschnittsbereich Pädiatrische Rehabilitation gelten in der Regel die Anforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe. Davon abweichende Regelungen können in begründeten Fällen in Absprache mit der kantonalen Gesundheitsdirektion getroffen werden. Die für die Pädiatrische Rehabilitation zusätzlich geltenden Qualitätsanforderungen sind in untenstehender Tabelle vermerkt.
- Bei den fachärztlichen Anforderungen an die Leistungsgruppen gelten die entsprechenden Facharzttitel für Kinder- und Jugendmedizin.
- Aufgrund der geringen Fallzahlen wird für Leistungsaufträge der Pädiatrischen Rehabilitation auf die Anwendung von Mindestfallzahlen verzichtet.

Querschnittsbereich		PÄD Pädiatrische Rehabilitation
Personal		Qualifikation / Verfügbarkeit
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für PÄD am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Alle Leistungsgruppen: Kinder- und Jugendmedizin
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Alle Leistungsgruppen: Kinder- und Jugendmedizin Leistungsgruppen des Leistungsbereiches MSK zusätzlich: Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Pädiatrische Rheumatologie und/oder FMH Kinderchirurgie Leistungsgruppen des Leistungsbereiches NER zusätzlich: Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie
Psychologe mit Fachtitel Kinder- und Jugendpsychologie oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	30% des Pflegepersonal: Weiterbildung in pädiatrischer Pflege
Personal im pädagogischen Bereich		
Pädagogen/Heilpädagogen	Verfügbarkeit	im Spital
Therapien		
Klinische Psychologie	Abklärung, Beratung und Krisenintervention	im Spital
	Elternberatung	im Spital
Schulische Betreuung, Berufsberatung	Bedarfsorientierter schulischer Unterricht (Spitalschule), Information und Beratung für die schulische Wiedereingliederung und zur Berufswahl	im Spital
Sonstige Anforderungen		Verfügbarkeit
Infrastruktur		Spitalschule Kinderspezifische und kindergerechte (von Erwachsenenstationen getrennte) Bettenstationen und Infrastruktur Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige / Bezugspersonen

ERW Erwachsenenrehabilitation

Querschnittsbereich

ERW Erwachsenenrehabilitation

Für den Rehabilitationsbereich Erwachsenenrehabilitation gelten die Anforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe (organisch / nicht-organisch). Es sind keine zusätzlichen Anforderungen definiert.

GER Geriatrische Rehabilitation

Vorbemerkungen

Für den Querschnittsbereich Geriatrische Rehabilitation müssen alle leistungsspezifischen Qualitätsanforderungen (inkl. Mindestfallzahlen), für welche die geriatrische Rehabilitation angeboten wird, erfüllt sein. Die für die Geriatrische Rehabilitation zusätzlich oder weitergehenden geltenden Qualitätsanforderungen sind nachfolgend vermerkt.

Querschnittsbereich

GER Geriatrische Rehabilitation Qualifikation / Verfügbarkeit

Personal

Ärzte und Psychologen

Ärztliche Leitung für GER am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Verfügbarkeit	Mindestens ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin im Team

Personal im pflegerischen Bereich

Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in gerontologischer Pflege	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Kinästhetik	Verfügbarkeit	im Spital
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Lagerungs- und Transfertechnik	Verfügbarkeit	im Spital

Personal im therapeutischen Bereich

Logopäden	Verfügbarkeit	im Spital
-----------	---------------	-----------

Sonstige Anforderungen

Infrastruktur	Patientengerechte Infrastruktur mit Massnahmen für weglaufgefährdete Patienten
Konzepte	Delirkonzept, Demenzkonzept, Sturzpräventionskonzept
Familienkonferenz	Angebot von interdisziplinären Familienkonferenz (Behandlungsteam, Patient und Angehörige) bei schwieriger Entscheidungsfindung

UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation

Vorbemerkungen

Für den Querschnittsbereich Überwachungspflichtige Rehabilitation müssen alle Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppe (inkl. Mindestfallzahlen), für welche die überwachungspflichtige Rehabilitation angeboten wird, erfüllt sein. Die für die Überwachungspflichtige Rehabilitation zusätzlich oder weitergehenden geltenden Qualitätsanforderungen sind nachfolgend vermerkt.

Querschnittsbereich		UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation Qualifikation / Verfügbarkeit
Personal		
Ärzte und Psychologen		
Ärztliche Leitung für UEB am Standort	Fachärztliche Spezialisierung	Neurologie und/oder Allgemeine Innere Medizin und/oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und/oder Pneumologie und/oder Kardiologie und/oder Intensivmedizin
	Berufserfahrung	mindestens 3 Jahre Erfahrung in der Behandlung von überwachungspflichtigen Patientinnen und Patienten in einer als Weiterbildungsstätte anerkannten Rehabilitationsklinik oder akutsomatischem Spital mit substanzieller Erfahrung in Tracheostomamanagement und CPAP
Kaderärzte (CA, LA, OA)	Fachärztliche Spezialisierung	Fachärztliche Spezialisierung gemäss Schwerpunkt der behandelten Leistungsgruppe(n)
Personal im therapeutischen Bereich		
Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	Berufserfahrung	30% der Therapeuten mit Erfahrung in der Behandlung von überwachungspflichtigen Patienten
Logopäden	Berufserfahrung	Erfahrung in der Therapie von Patienten mit Dysphagien/Trachealkanüle
	Verfügbarkeit	im Spital oder in Kooperation
Personal im pflegerischen Bereich		
Personal Bettenstationen	Weiterbildung	Alle Pflegefachpersonen: – Geschult in Trachealkanülenmanagement mit Nachweis – Erfahrung in Dysphagiemanagement – Geschult im Umgang mit Port-System und ZVK
Dipl. Pflegefachpersonen HF oder DNII mit Weiterbildung in Überwachungspflege oder Intensivpflege	Verfügbarkeit	Mindestens eine am Bett tätige Pflegefachperson pro Schicht

Querschnittsbereich		UEB Überwachungspflichtige Rehabilitation
Medizin-technische oder therapeutisch-technologische Ausstattung		Verfügbarkeit
Permanentes Monitoring	Grundausrüstung zur permanenten Monitorisierung der Vitalfunktionen (z.B. Eng, RR, SpO2)	im Spital
	Ausrüstung zur permanenten, elektronischen, visuellen Überwachung der Patientinnen und Patienten durch die Pflege	im Spital, sofern nicht permanente direkte Überwachung möglich
Intensivmedizinische Therapie	Grundausrüstung zur intensivmedizinischen Therapie	im Spital
	Vakuum- und Saugvorrichtungen	im Spital
	Ausrüstung zur intermittierenden, nicht-invasiven Unterstützung der Atmung	im Spital
Diagnostik	FEES oder Videofluoroskopie	im Spital
	Konventionelle Röntgendiagnostik	im Spital
	Notfalllabor	innerhalb von max. 30 Min. verfügbar
Sonstige Anforderungen		
Arztvisite		Tägliche ärztliche Visite
Leitlinien		zu: Kontinuierlichen Überwachung, Trachealkanülenmanagement, Disphagiemanagement, intermittierende Beatmung, ZVK, enteraler Ernährung und PEG-Sonden
Ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung der lebensrettenden Sofortmassnahmen		Diensthabender Arzt mit Ausbildung FCCS (Fundamental Critical Care Support) oder BasicPlus steht für Notfälle innert 5 Minuten zur Verfügung
Medizinisches Notfallteam		spitalintern organisiert
Kooperationsvereinbarung		Kooperationsvertrag mit akutsomatischen Spital mit IPS über geregelten Zugang zum Notfallteam
Infrastruktur		<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit zur Patientenisolation - Sicherheits-/Überwachungssystem zum Schutz vor desorientierten und/oder weglaufgefährdeten Patientinnen und Patienten - Erbringung von Therapien in den Räumlichkeiten mit Überwachung gewährleistet

Anhang zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen



Regierungsrat des Kantons Zürich

festgesetzt mit Beschluss vom 3. Oktober 2012

Anhang zu den Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie betreffend

Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufen

1. Grundsätze der Aus- und Weiterbildungspflicht

Die Listenspitäler mit Standort im Kanton Zürich beteiligen sich gestützt auf § 5 Abs. 1 lit. f Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) an der Aus- und Weiterbildung bei folgenden nicht-universitären Gesundheitsberufen:

a) Bereich Ausbildung:

Pflege und Betreuung

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

MTT-Berufe

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

Hebammen

- Diplomierte Hebamme FH / diplomierter Entbindungspfleger FH

b) Bereich Weiterbildung:

- Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Intensivpflege NDS HF
- Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Notfallpflege NDS HF
- Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Anästhesiepflege NDS HF

Der Umfang der für das Listenspital festgelegten Verpflichtung gilt unabhängig allfälliger Nichtgenehmigungen von Lehrverträgen oder Entzügen von Bildungsbewilligungen durch das Mittelschul- und Berufsbildungsamt. Die Verpflichtung bleibt für Ausbildungsplätze der Berufe der Tertiärstufe auch dann bestehen, wenn ein Praktikumsort für das laufende Kalenderjahr durch die zuständigen Bildungszentren oder Fachhochschulen nicht anerkannt wird.

Geburtshäuser sind von der Verpflichtung ausgenommen.

Listenspitäler mit ausserkantonalem Standort beteiligen sich an der Aus- und Weiterbildung gemäss Vorgaben des Standortkantons.

2. Festlegung der Aus- und Weiterbildungsleistung

Die Gesundheitsdirektion legt alle zwei Jahre gegenüber dem Listenspital die im jeweiligen Kalenderjahr zu erbringende Aus- und Weiterbildungsleistung fest. Sie stützt sich dabei auf das Konzept für die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen für Listenspitäler vom 28. August 2012 und die darin enthaltene Methodik zur Ermittlung des Umfangs der möglichen Aus- und Weiterbildungsleistungen (Ausbildungspotential) mit den berechneten Normwerten für die einzelnen nicht-universitären Gesundheitsberufe.

Der Normwert legt fest, wie viele Aus- und Weiterbildungswochen ein Listenspital pro Vollzeitstelle, die in seinem Betrieb im betreffenden nicht-universitären Gesundheitsberuf gemäss Stellenplan besteht, pro Kalenderjahr erbringen muss.

Die Gesundheitsdirektion gewichtet die Aus- und Weiterbildungsleistungen der nicht-universitären Gesundheitsberufe entsprechend des Nachwuchsbedarfes. Dazu werden Aus- und Weiterbildungswochen von nicht-universitären Gesundheitsberufen, bei welchen eine Über- oder Unterdeckung besteht, in der Berechnung niedriger oder höher gewichtet.

3. Aus- und Weiterbildungsverpflichtung der Listenspitäler

Die Listenspitäler sind verpflichtet, die pro Gesundheitsberuf berechneten Aus- und Weiterbildungsleistungen (Anzahl Ausbildungswochen) im Gesamttotal zu erbringen. Die Listenspitäler sind frei, in welchen einzelnen nicht-universitären Gesundheitsberufen gemäss Ziff. 1 sie zur Erfüllung des Gesamttotals die Ausbildungswochen leisten.

Die Aus- und Weiterbildungsleistung ist grundsätzlich vom Listenspital zu erbringen. Einzelne Aus- oder Weiterbildungsmodule und Praktika der Rahmenlehrpläne, die nicht vom Listenspital angeboten werden, können in einem Pflegeheim mit derselben Rechtsträgerschaft wie das Listenspital, in einem andern Listenspital, oder in einer medizinisch-technischen Einrichtung (Labor, Radiologie oder Institut für Medizinische Mikrobiologie usw.) eingekauft werden oder im gegenseitigen Austausch erfolgen. Entsprechende Verträge sind der Gesundheitsdirektion vorzulegen. Eingekaufte Aus- oder Weiterbildungsleistungen werden ausschliesslich dem einkaufenden Listenspital zugerechnet.

4. Abgeltung der Aus- und Weiterbildungsleistungen

Die Entschädigung für die Aus- und Weiterbildungsleistung der Listenspitäler im stationären Bereich ist in den vom Kanton und den Versicherern zu leistenden Pauschalen im Sinne von Art. 49 KVG bereits enthalten. Es werden keine zusätzlichen Vergütungen geleistet.

5. Meldung der Aus- und Weiterbildungsleistungen

Das Listenspital stellt der Gesundheitsdirektion jährlich für jeden nicht-universitären Gesundheitsberuf die Anzahl Aus- und Weiterbildungswochen, die während des Kalenderjahres erbracht wurden, sowie weitere Angaben für die Berechnung des Ausbildungspotentials zu.

6. Ersatzabgabe

Liegt die erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung des Listenspitals unter dem von der Gesundheitsdirektion berechneten Ausbildungspotential, hat das Spital eine Ersatzabgabe zu leisten.

Die Höhe der Ersatzabgabe stützt sich auf § 22 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes und beträgt 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten des Aus- und Weiterbildungsaufwandes im jeweiligen nicht-universitären Gesundheitsberuf. Als Grundlage für die Berechnung dienen die im Auftrag der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) national erhobenen Nettonormkosten des Aus- und Weiterbildungsaufwandes.

Die Gesundheitsdirektion legt die Ersatzabgabe für das vergangene Kalenderjahr mit einer anfechtbaren Verfügung fest. In begründeten Fällen kann die Gesundheitsdirektion die Ersatzabgabe nach freiem Ermessen reduzieren oder ganz erlassen.

Vorbehalten bleiben Sanktionen gemäss § 22 SPFG.

7. Übergangsregelung

Für die erstmalige Berechnung der Aus- und Weiterbildungsleistungen gemäss Ziff. 2 wird für die Kalenderjahre 2013 und 2014 auf die von den Listenspitälern eigereichten Daten mit Stichtag 1. Januar 2012 abgestellt.

Abweichend von Ziff. 6 hat das Listenspital während der Einführungsphase von zwei Jahren erst dann eine Ersatzabgabe zu leisten, wenn die erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistung im Jahr 2013 mehr als 30% und im Jahr 2014 mehr als 25% unter der von der Gesundheitsdirektion festgelegten Aus- und Weiterbildungsleistung liegt.

Die Gewichtung der verschiedenen Aus- und Weiterbildungsleistungen der nicht-universitären Gesundheitsberufe gemäss Ziff. 2 Abs. 3 erfolgt erstmals für das Jahr 2015, gestützt auf die Daten 2013.

8. Inkrafttreten

Dieser Anhang tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.

Konzept zur Verpflichtung der Listenspitäler zur Aus- und Weiterbildung von nicht-universitären Gesundheitsberufe

Überblick

Mit dem neuen Spitalfinanzierungs- und -planungsgesetz (SPFG) des Kantons Zürich, wurden die Listenspitäler verpflichtet, ab 2012 die Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Gesundheitsberufe sicher zu stellen (vgl. SPFG, § 5.f).

Das vorliegende Konzept beschreibt die Vorgehensweise der Verpflichtung zur Aus- und Weiterbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen und richtet sich an die Listenspitäler mit Standort Kanton Zürich.

Das Konzept wurde mit freundlicher Genehmigung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern (GEF) in Anlehnung an ihr Konzept zur Ausbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen erstellt. Die von der GEF entwickelte Methodik zur Erfassung des Ausbildungspotenzials und zur Festlegung der Soll-Ausbildungsleistungen wurde von der Praxis breit abgestützt.

Das Konzept beschreibt nach der Einleitung die massgebenden Grundlagen für die Berechnung des Ausbildungspotenzials: Einflussfaktoren, Anwesenheitszeit der Auszubildenden im Betrieb, Berücksichtigen der Berufe des betrieblichen Stellenplans für die Berechnung des Ausbildungspotentials (Kapitel 2).

Im dritten Kapitel werden die Grundsätze und die Methodik zur Berechnung des Ausbildungspotentials näher erläutert und die ermittelten Normwerte pro Beruf vorgestellt. Weiter wird aufgezeigt, dass ab 2015 von Seite der Gesundheitsdirektion die einzelnen nicht-universitären Gesundheitsberufe im Vergleich zum ermittelten Nachwuchsbedarf «bewertet», werden, um eine bedarfsgerechte Gewichtung bei der Berechnung des Ausbildungspotenzials anzuwenden.

Das vierte Kapitel beschreibt die Vorgehensweise zur Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung: von der Mitteilung der Stellendotation durch die Betriebe, der Leistungserbringung bis hin zum Leistungsnachweis durch die Betriebe. Weiter werden die Möglichkeit des Handels mit Ausbildungsleistungen, die Modalitäten während der Einführungsphase 2013–2014 sowie das Controlling durch die Gesundheitsdirektion aufgezeigt.

Abschliessend werden im fünften Kapitel die Folgen bei Nichterfüllen der Pflichtleistungen dargelegt: Ersatzabgaben bis hin zu Sanktionen. Und im Kapitel 6 (S. 24) wird auf die vorgesehene Evaluation hingewiesen.

Die definitive Fassung dieses Konzeptes berücksichtigt die Ergebnisse aus der erfolgten Vernehmlassung. Eine Zusammenfassung zu zentralen Aspekten der Ergebnisse der Vernehmlassung ist im Anhang D aufgeführt.

Für die bessere Lesbarkeit wird im Konzept jeweils von «Ausbildung», «Ausbildungspotenzial» bzw. «Ausbildungsverpflichtung» gesprochen. Die Weiterbildungen in Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege sind darin enthalten.

1. Einleitung

Das Umfeld der Leistungserbringer für die Gesundheitsversorgung steht in einem erneuten Wandel. Für die Nachwuchssicherung von nicht-universitären Gesundheitsberufen ergeben sich daraus folgende Sachverhalte:

- Der jährliche Bedarf an Nachwuchs, vor allem in den Pflegeberufen, ist seit langem deutlich höher als die jährlichen Ausbildungsleistungen der Betriebe, dies obwohl der Kanton Zürich seit Jahrzehnten Massnahmen zur Förderung der praktischen Ausbildung getroffen hat.
- Mit der Revision der Spitalfinanzierung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) auf das Jahr 2012 werden die Aus- und Weiterbildungskosten in nicht-universitären Gesundheitsberufen als anrechenbare Kosten im stationären Bereich anerkannt und durch die Krankenversicherer und den Kanton anteilmässig vergütet.
- Mit dem neuen Spitalfinanzierungs- und -planungsgesetz (SPFG) des Kantons Zürich, werden die Listenspitäler ab 2012 verpflichtet, die Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens sicher zu stellen (vgl. SPFG, § 5.f).
- Der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) beschloss im November 2010, den kantonalen Gesundheitsdepartementen und den Tarifpartnern das Modell «Ausbildungsverpflichtung gemäss Ausbildungspotenzial» für die Finanzierung und Steuerung der Ausbildung von nicht-universitärem Gesundheitspersonal zu empfehlen.

Das vorliegende Konzept wurde mit freundlicher Genehmigung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Bern (GEF) in Anlehnung an ihr von der Praxis breit abgestütztes Konzept zur Ausbildungsverpflichtung in nicht-universitären Gesundheitsberufen erstellt¹. Die verwendete Methodik zur Erfassung des Ausbildungspotenzials und Festlegung der Soll-Ausbildungsleistungen kann somit auch von anderen Kantonen übernommen werden.

Dem Konzept liegt das Verständnis zugrunde, dass die Betriebe aufgrund der Potentialanalyse das Gesamtvolumen an möglichen Ausbildungen leisten. Nach der Einführungszeit werden die einzelnen nicht-universitären Gesundheitsberufe im Vergleich zum ermittelten Nachwuchsbedarf «bewertet», um eine bedarfsgerechte Gewichtung bei der Berechnung des Ausbildungspotenzials anzuwenden. Somit wird für die Betriebe ein Anreiz geschaffen, sich vermehrt im Bereich der unter dem Soll liegenden Ausbildungsleistungen einzelner nicht-universitären Gesundheitsberufe zu engagieren.

Im Vergleich zur ersten Fassung vom 22. November 2011 wurde das vorliegende Konzept inhaltlich sowie strukturell überarbeitet (definitive Fassung). Ergebnisse der erfolgten Vernehmlassung wurden geprüft und, wo sinnvoll, mitberücksichtigt. Eine Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse ist im Anhang D aufgeführt.

¹ «Ermittlung der Standards für die Bemessung des betrieblichen Ausbildungspotenzials – Grundlagebericht», «Steuerung und Finanzierung der praktischen Aus- und Weiterbildung in nicht-universitären Gesundheitsberufen», GEF, Definitive Fassung vom Mai 2011

2. Grundlagen für die Berechnung des Ausbildungspotentials

Für die Bestimmung der Höhe des Ausbildungspotenzials wurden vielfältige Einflussfaktoren identifiziert und hinsichtlich ihrer Bedeutung bewertet.

2.1 Harte Einflussfaktoren

Als harte Einflussfaktoren wurden jene identifiziert, die messbar sind. Die vier nachstehend aufgeführten Faktoren haben einen direkten Einfluss auf die Bemessung des Ausbildungspotenzials:

- Betriebsgrösse
- Angebotsstruktur/Organisationseinheiten und die damit verbundenen Lernfelder
- Leistung und Personalstruktur
- personelle Ressource für die Ausbildung (Berufsbildende, Ausbildungsverantwortliche)

Infrastrukturelle Ressourcen und lernförderliche Angebote sind ebenfalls messbar, haben jedoch keinen Einfluss auf die Bemessung des Ausbildungspotenzials, jedoch auf die Kostenberechnung für den betrieblichen Ausbildungsaufwand.

2.1.1 Beurteilung der harten Einflussfaktoren

Betriebsgrösse

Die Betriebsgrösse schränkt das Ausbildungspotenzial über verschiedene Faktoren wie z.B. verminderte Differenzierung in der Personalstruktur, begrenzte Lernfelder und wenig geeignete Infrastruktur ein. Die Konzentration auf das richtige Ausbildungsangebot und das Schaffen und Nutzen von Ausbildungsverbänden erlauben es auch kleineren Betrieben, sich in der Ausbildung des Nachwuchses zu engagieren.

Da die Betriebsgrösse aufgrund korrelierender Aspekte wie Bettenzahl, Leistungsangebot, eingesetzte Personalressourcen oder Finanzen umschrieben werden könnte, wird für die Berechnung des Ausbildungspotentials auf diese Gewichtung verzichtet.

Angebotsstruktur/Organisationseinheiten und die damit verbundenen Lernfelder

Die Angebotsstruktur bzw. Organisationseinheit kann für die Ermittlung des Ausbildungspotentials einbezogen werden, da sie einen direkten Einfluss auf das bestehende Angebot von Lernfeldern für die einzelnen nicht-universitären Gesundheitsberufe ausübt. Sie ist als differenzierendes Element bei der Berechnung des Ausbildungspotenzials zu berücksichtigen. Die nachfolgende Darstellung visualisiert diesen Zusammenhang:

Angebotsstruktur / Organisationseinheit	Akut-somatik	Rehabilitation	Psychiatrie	Geeignet für die Ausbildung von ...
Pflegeabteilung	☒	☒	☒	Pflege Tertiärstufe, Pflege und Betreuung Sekundarstufe II
Wohngruppe			☒	
Intensiv- / Notfallabteilung	☒			Intensiv- und Notfallpflege
Operationsbereich	☒			Operationstechnik Anästhesiepflege
Gebärsaal	☒			Hebammen
Radiologischer Bereich	☒			Medizinisch-technische Radiologie
Laborbereich	☒	☒		Biomedizinische Analytik
weitere Dienste	☒	☒	☒	Physio-, Ergotherapie, Aktivierung, Ernährungsberatung

Leistung und Personalstruktur

Leistungen und Personalstruktur hängen inhaltlich eng zusammen und wirken in vergleichbarem Mass auf das Ausbildungspotenzial ein.

Die Dienststelle Berufsbildung des Spitalamtes der GEF führte 2010 eingehende Analysen über die Brauchbarkeit der abgebildeten Leistungen aller Versorgungsbereiche als Messgrösse für die Ermittlung des Ausbildungspotenzials durch². Es zeigte sich, dass für den stationären Bereich die greifbaren Leistungsdaten sich nicht oder nur sehr schwer für Schlussfolgerungen bezüglich des Ausbildungspotenzials eigneten.

Um das Berechnungsmodell einfach zu halten, wird für alle Versorgungsbereiche der Stellenplan der verschiedenen Personalgruppen (Pflege und Betreuung, MTT-Berufe, Hebammen, usw.) verwendet.

Personelle Ressourcen für die Ausbildung

Die Sicherstellung einer wirksamen Ausbildungstätigkeit bedingt, dass ausbildendes Personal zur Verfügung gestellt wird. Gefordert sind:

- Qualifizierte Berufsbildnerinnen und Berufsbildner³, die entsprechend den vorgegebenen Anforderungen an die Praxis für die angebotenen Ausbildungen der Sekundarstufe II und der Tertiärstufe über eine Weiterbildung verfügen, damit Lernende sowie Studierende entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und Rahmenlehrplänen in der Praxis ausgebildet werden können.
- Qualifizierte Ausbildungsverantwortliche⁴, die die praktische Ausbildung konzeptualisieren, koordinieren und die Berufsbildnerinnen und Berufsbildner in ihrer Ausbildungstätigkeit bedarfsgerecht unterstützen.
- Mitarbeitende mit einem entsprechenden Berufsabschluss, die sich am Ausbildungsgeschehen auf Stufe «Team» beteiligen (zusätzliche pädagogische Qualifikationen sind nicht notwendig).

Der Faktor «personelle Ressourcen» ist als differenzierendes Element bei der Berechnung des Ausbildungspotenzials insofern zu bewerten, als Mitarbeitende mit einem Berufsabschluss in einem nicht-universitären Gesundheitsberuf, jedoch in Funktion ausserhalb des Kerngeschäftes Pflege und Betreuung bzw. Therapie und Medizinaltechnik – dies sind die Ausbildungsverantwortlichen – dafür nicht zu erfassen sind.

² «Ermittlung der Standards für die Bemessung des betrieblichen Ausbildungspotenzials – Grundlagebericht», Fassung vom 10.03.2011

³ Je nach Bildungsstufe werden sie in der Praxis auch «Ausbildnerin/Ausbildner» oder «Praxisleiterin/Praxisleiter» genannt.

⁴ Je nach Betrieb werden diese Fachpersonen auch als «Bildungsverantwortliche» oder «Leitung Bildung» bezeichnet.

2.2 Weiche Einflussfaktoren

Als weiche Einflussfaktoren wurden jene identifiziert, die nicht messbar sind, jedoch qualitativ umschrieben werden können:

- Führung und Unternehmensstrategie.
- Stellenwert der Ausbildung im Betrieb: Fragen und Ansprüche der Auszubildenden motivieren und bringen neues Wissen in den Betrieb. Viele Patientinnen und Patienten schätzen den Kontakt zu den jungen Auszubildenden.
- Haltung der Mitarbeitenden gegenüber ihrer Ausbildungsverantwortung: Sie sind gefordert, ihr Wissen auf dem neusten Stand zu halten. Sie lernen mit den Auszubildenden, haben Interesse und Motivation Lernende bzw. Studierende auszubilden.
- Qualifikation der ausbildenden Mitarbeitenden.
- Bildung und Nutzung von Netzwerken und Verbänden.

Die Betriebe sind in der Gestaltung der weichen Faktoren frei. Sie bestimmen, wie ausbildungsfreundlich diese zu gestalten sind. Die weichen Faktoren werden nicht in der Bemessung des Ausbildungspotenzials berücksichtigt, denn dies könnte zu einer Begünstigung bzw. Benachteiligung im Vergleich zu anderen Betrieben führen.

2.3 Zeitlicher Ausbildungsaufwand pro Beruf

Die Masseinheit der Ausbildungen auf Sekundarstufe II sind die Lehrjahre. Um die Vergleichbarkeit der Anwesenheitszeit in der Praxis mit den Ausbildungen auf der Tertiärstufe zu ermöglichen, wird die Anwesenheit pro Lehrjahr in Wochen ausgedrückt. Dies entspricht dem Durchschnitt der Anwesenheit über die drei Lehrjahre, wobei die Zeit der überbetrieblichen Kurse, der Berufsfachschule und der Ferien nicht mit einberechnet wurde.

Auf der Tertiärstufe sind die Praktika die Masseinheit in der Praxis. Jedoch sind sie aufgrund der curricularen Unterschiede der einzelnen Ausbildungen von unterschiedlicher Dauer. Pro Beruf dieser Stufen wird die durchschnittliche Anwesenheit pro Studienjahr ebenfalls in Wochen ausgedrückt. Dies entspricht einem Mittelwert pro Jahr aller über die Studienzeit zu leistenden Praktika.

Der zeitliche Ausbildungsaufwand in der Praxis für die einzelnen Berufe, homogenisiert auf die Masseinheit «Woche», wird nachfolgend abgebildet:

Pflege und Betreuung Sekundarstufe II	Einheit	Wochen pro Jahr
Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS)	Lehrjahr	33.2
Fachperson Gesundheit EFZ (FaGe), Regelausbildung	Lehrjahr	31.6
FaGe mit Berufsmatur (BM)	Lehrjahr	25.1
FaGe Erwachsene verkürzt	Lehrjahr	34.3
Pflege und Betreuung tertiär	Einheit	Wochen pro Praktikum
Dipl. Pflegefachperson HF	Praktikum	24
Dipl. Pflegefachperson für DN I	Praktikum	17
Dipl. Pflegefachperson FH	Praktikum	14
Berufsbegleitender Bildungsgang Pflege HF	Praktikum	Individuell in 50% Pensum
Hebammen	Einheit	Wochen pro Praktikum
Dipl. Hebamme FH ⁵	Praktikum	13.3

⁵ Die Berufsbezeichnung Hebamme gilt für weibliche und männliche Personen vgl.

http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheits2_bachelor/hebamme/Austrittsprofil_Berufskonf_HEB_2007_web1.pdf

Med.-therapeutische/med.-technische Berufe	Einheit	Wochen pro Praktikum
Dipl. Fachperson Operationstechnik HF	Praktikum	27.6
Dipl. Fachperson Operationstechnik HF verkürzt	Praktikum	28
Dipl. Biomedizinische Analytiker/in HF	Praktikum	24
Dipl. Fachperson MTR HF	Praktikum	25
Dipl. Aktivierungsfachperson HF	Praktikum	30.4
Dipl. Physiotherapeut/in FH (Programm ZHAW)	Praktikum	16
Dipl. Physiotherapeut/in FH (Programm SUPSI)	Praktikum	20
Dipl. Ernährungsberater/in FH	Praktikum	13.3
Dipl. Ergotherapeut/in FH	Praktikum	13.6
Zusatzmodul C für FH Studiengänge	Einheit	Wochen pro Praktikum
Dipl. Physiotherapeut/in FH (2-mal 20.5 Wo.)	Abschlusspraktikum	20.5
Dipl. Ernährungstherapeut/in FH ⁶	Abschlusspraktikum	40
Dipl. Pflegefachperson FH	Abschlusspraktikum	40
Dipl. Hebamme FH (4-mal 10 Wo.)	Abschlusspraktikum	10
Allgemeine Praktika	Einheit	Wochen pro Praktikum
Einblickstage	Tag	0.2
Berufswahl-/Schnupperpraktikum (2-5 Tage)	Tag	0.2
Berufspraktikum FMS	Praktikum	2
Praktikum Fachmaturität Gesundheit	Praktikum	30
Eignungspraktika	Einheit	Wochen pro Praktikum
Eignungspraktika EFZ und HF (2 Tage)	Praktikum	0.4
Zusatzmodul A1 für FH Studiengänge	Einheit	Wochen pro Praktikum
Praktikum A1 für FH-Studiengänge	Vorpraktikum	8

Da im Kanton Zürich Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der Fachhochschule SUPSI, Standort Kanton Graubünden, auch noch ausgebildet werden und dieser Studiengang eine andere Praktikumsrhythmisierung als die Zürcher Fachhochschule aufweist, wurde diese Ausbildung ebenfalls aufgeführt.

Das Modul C des Hebammenstudiengangs mit einer Gesamtdauer von 40 Wochen, wurde im Rahmenlehrplan in vier unterschiedliche Schwerpunkte aufgeteilt. Für die Erfassung des Ausbildungspotenzials wurde dieser Ausbildungsgang in 4 Einheiten aufgeteilt, da die Mehrheit der Studierenden während des Moduls C ein- bis dreimal den Praktikumsort wechseln und kleinere Institutionen nicht vollumfänglich das geforderte Lernfeld der «ausserordentlichen Situationen» aufgrund deren begrenzten Zahl an Geburten anbieten können. Dieser Ansatz erleichtert die Berechnungen sowie den Nachweis über den geleisteten Ausbildungsaufwand. Aus demselben Grund wurde auch das Modul C der Physiotherapie in zwei Einheiten aufgeteilt.

Für drei Weiterbildungen, für die auch auf Erfahrungen hinsichtlich des hohen personellen und finanziellen Aufwands zurückgegriffen werden kann, wird der zeitliche Ausbildungsaufwand pro Jahr, ebenfalls homogenisiert auf die Masseinheit «Woche», abgebildet:

Weiterbildung Intensiv-/Notfall-/Anästhesiepflege	Einheit	Wochen pro Praktikum
Dipl. Experte/in Intensivpflege NDS	Praktikum	37.6
Dipl. Experte/in Notfallpflege NDS	Praktikum	38.0
Dipl. Experte/in Anästhesiepflege NDS	Praktikum	38.4

⁶ entspricht dem Modul B der Fachhochschule Bern

2.4 Stellenplan

Das Ausbildungspotenzial der Listenspitäler wird aufgrund ihres Stellenplans in Vollzeit-äquivalenten (VZÄ) der nicht-universitären Gesundheitsberufe und den für diese Berufe festgelegten Normwerten (vgl. Ziffer 3.3) berechnet.

Als Mitarbeitende mit einem Berufsabschluss in nicht-universitären Gesundheitsberufen gelten folgende Berufe, inklusive äquivalente bzw. vergleichbare altrechtlichen Berufsabschlüsse⁷:

a) Bereich Ausbildung:

Pflege und Betreuung⁸

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

MTT-Berufe

- Diplomierte Physiotherapeutin FH / diplomierter Physiotherapeut FH
- Diplomierte Ergotherapeutin FH / diplomierter Ergotherapeut FH
- Diplomierte Ernährungsberaterin FH / diplomierter Ernährungsberater FH
- Diplomierte Fachfrau Operationstechnik HF / diplomierter Fachmann Operationstechnik HF
- Diplomierte Biomedizinische Analytikerin HF / diplomierter Biomedizinischer Analytiker HF
- Diplomierte Fachfrau medizinisch-technischer Radiologie HF / diplomierter Fachmann medizinisch-technischer Radiologie HF
- Diplomierte Aktivierungsfachfrau HF / diplomierter Aktivierungsfachmann HF Hebammen
- Diplomierte Hebamme FH

b) Bereich Weiterbildung:

Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege

- Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Intensivpflege NDS HF
- Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Notfallpflege NDS HF
- Diplomierte Expertin / diplomierter Experte Anästhesiepflege NDS HF

Alle Mitarbeitende mit einem Berufsabschluss (Diplom, Zertifikat, Attest) in einem der aufgeführten Gesundheitsberufe, in deren Tätigkeitsbereich für den Beruf gemäss Rahmenlehrplan auch ausgebildet werden kann, sind massgebend für die Berechnung des Ausbildungspotentials. Dies unabhängig davon, ob sie eine ausführende Funktion, eine leitende Funktion oder eine Stabsfunktion wahrnehmen. Die Stellen von Personen, die anteilmässig sowohl im Bereich, in dem für den Beruf ausgebildet werden kann, als auch in anderen Bereichen tätig sind, werden nur die ausbildungsrelevanten Anteile eingerechnet.

⁷ Vergleich Anhang B

⁸ Hinweis für die Psychiatrie: Die Berufe der Sozialpädagogik werden im Rahmen der Ausbildungsverpflichtung im Gegensatz zur Krankenhausstatistik – nicht zu den diplomierten Pflegefachpersonen dazugerechnet.

2.4.1 Negativliste für die Berechnung des Ausbildungspotenzials

Bei der Erfassung werden aus folgenden Funktionen des für das Ausbildungspotenzial massgeblichen Stellenetats die Stellenprozente nicht angerechnet (abschliessend):

Speziell für die Berufsgruppe Pflege und Betreuung

Das Personal Pflege und Betreuung im ambulanten Bereich, auf Abteilungen der Intermediate Care, im Intensivpflege-, Notfall- und Operationsbereich sowie in allen rückwärtigen Funktionsbereichen des Betriebes (Finanz- und Rechnungswesen, Personaladministration, etc.), da in diesen Bereichen nicht die primäre Berufsausbildung erfolgt.

Bereich Psychiatrie

Das Personal der Berufsgruppe Pflege und Betreuung im Bereich der Forensik, da in diesem Sicherheitsbereich eine primäre Ausbildungstätigkeit im Vergleich zu anderen Bereichen kaum möglich ist.

Für alle Berufsgruppen und Berufe:

Ausbildungsverantwortliche (bzw. prozentuale Anteile in dieser Funktion; sollte die Funktionsinhaberin daneben auch im operativen Bereich tätig sein, so ist dieser Anteil dazu zu rechnen). Forschende, Codierende (bzw. prozentuale Anteile in dieser Funktion; sollte die Funktionsinhaberin daneben auch im operativen Bereich tätig sein, so ist dieser Anteil dazu zu rechnen).

2.5 Referenzbetriebe

Für die Berechnung der Ausbildungspotenziale wurden Referenzbetriebe hinzugezogen, die der Ausbildung einen hohen Stellenwert geben und zum Teil schon eine überdurchschnittlich hohe Ausbildungsleistung erbringen.

Zu Beginn wurden die notwendigen Daten mit einem Referenzspital erhoben. Für jene Ausbildungen, die im Referenzbetrieb nicht angeboten wurden, wurde die Befragung mit anderen Spitälern durchgeführt. Ausgehend von den aktuellen Ausbildungszahlen wurde eine Einschätzung des maximalen Ausbildungspotenzials durchgeführt. Aufwendungen wie Lerngespräche, Qualifikationen, Kompetenznachweise wurden dabei mitberücksichtigt. Die ermittelten Werte wurden anschliessend in einem anderen, anfangs nicht beteiligten Betrieb (inkl. Psychiatrie), verifiziert. Während des gesamten Verfahrens wurden die ermittelten Werte mit jenen des Kantons Bern verglichen und diskutiert.

In diesem Prozess wurden zudem die betrieblichen Einflussfaktoren für die Ausschöpfung des Ausbildungspotenzials erfragt.

2.5.1 Betriebliche Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial

- Das Image eines Spitals: Ist das Spital als attraktiver Arbeitsort und guter Ausbildungsort bekannt, erhöht sich das Rekrutierungspotenzial.
- Einsatz der Personalressourcen zu Gunsten der Attraktivität des Arbeits- und Ausbildungsortes, trotz steigenden Anforderungen an das Personal.
- Belastung der Berufsbildenden: Würden sie für ihre Aufgabe entsprechend freigestellt, könnte sich das Ausbildungspotenzial erhöhen.
- Die Anzahl der für die Rekrutierung verfügbaren Lernenden und Studierenden sowie das dafür notwendige Selektionsverfahren.
- Infrastruktur für die Berufsausbildung: Stehen anteilmässig genügend Büro- und Besprechungsarbeitsplätze für die Berufsbildenden sowie ihre Auszubildenden zur Verfügung, können Rahmenlehrplan-Vorgaben wie Qualifikationsgespräche effizienter und effektiver umgesetzt werden.

- Die Qualität der zu erbringenden Leistungen und das aktuellen Fachwissen werden durch das Angebot der Ausbildungen auf verschiedenen Bildungsstufen infolge der wiederkehrenden Reflexion erhöht, solange gewährleistet ist, dass die Auszubildenden auch in ihrem Lernprozess begleitet werden können.
- Leistungen und Motivation der Auszubildenden: Das Ausmass an Motivation seitens der Auszubildenden sowie an erfolgreichen Berufs- und Praktikumsabschlüssen erhöht die Motivation der Berufsbildenden und Mitarbeitenden, sich zu engagieren.
- Die Finanzierung des Ausbildungsaufwandes bedingt die betriebsinterne Ausweisung der dafür effektiv anfallenden Kosten.

3. Berechnung des Ausbildungspotentials

3.1 Grundsätze für die Berechnung der Normwerte

Für die Berechnung des Ausbildungspotenzials werden Normwerte in Relation zu den Ist-Stellenplänen der betreffenden Berufsgruppe bzw. des betreffenden Berufs festgelegt.

Sie werden in Anzahl Ausbildungswochen pro VZÄ ausgedrückt. Ein Normwert von 6.8 bedeutet beispielsweise, dass pro 100-Prozent-Stelle des betreffenden Berufs ein Ausbildungspotenzial von 6.8 Ausbildungswochen im Jahr gegeben ist.

Für den Bereich Pflege und Betreuung wurde das Ausbildungspotenzial nicht nach den einzelnen Berufen dieses Bereiches errechnet, sondern für die ganze Berufsgruppe ermittelt. Die Gründe dafür sind:

- Die Berufsfelder der einzelnen Berufe sind verwandt und zeigen Überschneidungen. Der Einsatz der einzelnen Berufe ist nicht einheitlich.
- Die Veränderungen in der Berufswelt der Pflege und Betreuung z. B. durch neue Berufsausbildungen auf der Sekundarstufe II werden bei der Überprüfung der einzelnen Aufgabefelder durch die Neubestimmung des Skill- und Grademix in den Betrieben implementiert. Die Betriebe sind in diesem Prozess unterschiedlich weit fortgeschritten.
- Die neuen Berufe wie jener der Fachperson Gesundheit (FaGe) oder der dipl. Pflegefachperson FH ist noch nicht abschliessend im betrieblichen Alltag implementiert. Der neue Assistenzberuf Gesundheit und Soziales wird erstmals ab 2011 ausgebildet und befindet sich somit noch am Beginn der Gestaltung seines Praxisprofils.

Differenzierende Berechnungen auf der Stufe der einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe können somit zu verzerrten Ergebnissen führen. Das prozentuale Herunterbrechen auf die einzelnen Berufe innerhalb des Bereichs Pflege und Betreuung erfolgte in einem zweiten Schritt aufgrund der Nachwuchsbedarfserhebung (vgl. Ziffer 3.4).

Für die MTT-Berufe und Hebammen wurde das Ausbildungspotenzial für jeden Beruf einzeln ermittelt, somit liess sich auch ein jeweils berufsspezifischer Normwert definieren. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass viele Betriebe aufgrund ihrer Angebotsstruktur nicht alle Ausbildungen der Tertiärstufe anbieten können, weil diese oft nur sehr kleine oder keine Personalkontingente stellen.

Zur Verbesserung der Nachwuchssicherung werden von den Betrieben zusätzlich vielfältige Angebote wie z. B. Schnupperpraktika, Eignungspraktika und Vorpraktika bereitgestellt. Diese «nichtformalisierten Ausbildungen» (NfA) sind jedoch weniger gut planbar als die eigentlichen Ausbildungen. Obwohl von mehrheitlich allen Institutionen solche Beiträge an die Nachwuchssicherung geleistet werden, wird auf eine analytische Festlegung des entsprechenden Potenzials verzichtet. Stattdessen wird das mit Hilfe der Normwerte berechnete Ausbildungspotenzial der Betriebe pro Beruf pauschal um 5% erhöht.

3.2 Berechnung der Normwerte

Die Normwerte wurden für alle Berufe wie folgt berechnet:

1. Das Ausbildungspotenzial wird anhand der Analyse der maximal möglichen Ausbildungsleistungen der Referenzbetriebe, ausgedrückt in Wochen an praktischer Ausbildung, berechnet.
2. Dieses Potenzial wird um fünf Prozent erhöht, um den geschätzten Anteil an nicht formalisierten Ausbildungsleistungen aufzurechnen.
3. Das gesamte Ausbildungspotenzial wird nun durch die Anzahl der Vollzeitstellen des jeweiligen Berufs bzw. der Berufsgruppe in den Referenzbetrieben dividiert. Das Ergebnis wird in Wochen Ausbildungsleistung pro Vollzeitstelle des Berufs bzw. der Berufsgruppe ausgedrückt. Dieser Wert gilt als Benchmark.
4. Der Normwert wird als Prozentsatz des Benchmarks festgelegt.

Der Normwert für das Ausbildungspotential liegt unterhalb der Benchmark-Werte, um den Betrieben, die noch unter dem Soll des Ausbildungsvolumens liegen, eine Übergangsfrist zu gewähren, die es ihnen ermöglicht, allenfalls nötige Massnahmen zur Steigerung des Ausbildungsvolumens zu planen und umzusetzen.

Der Normwert für die Berufsgruppe Pflege und Betreuung wurde aufgrund des eruierten Deckungsgrades der berechneten Soll-Ausbildungsleistungen 2012 mit 70% des Benchmarks für die Bereiche der Akutsomatik und Rehabilitation und mit 60% des Benchmarks für den Bereich Psychiatrie festgelegt. Für die weiteren nicht-universitären Gesundheitsberufe wurde der Normwert mit 80% des jeweiligen Benchmarks definiert.

3.3 Übersicht der ermittelten Normwerte pro Berufsgruppe bzw. Beruf

Nachfolgend werden die ermittelten Normwerte pro Berufsgruppe bzw. Beruf, ausgedrückt in Anzahl Wochen pro Vollzeitstelle, aufgezeigt. Weiterführende Erläuterungen zu den einzelnen Berufen sowie die Abbildung der erfolgten Berechnungen der jeweiligen Normwerte sind im Anhang A ersichtlich.

Gruppe Pflege- und Betreuungsberufe	Normwert	Bemerkung
Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA, Fachperson Gesundheit EFZ, diplomierte Pflegefachperson HF, diplomierte Pflegefachperson FH	11.9	Akutsomatik und Rehabilitation
	10.2	Psychiatrie
Andere nicht-universitäre Gesundheitsberufe	Normwert	Bemerkung
Dipl. Fachperson Operationstechnik HF	4.2	
Dipl. Biomedizinische Analytiker/in HF	5.0	
Dipl. Fachperson MTR HF	5.2	
Dipl. Aktivierungsfachperson HF	11.6	
Dipl. Rettungssanitäter/in HF	0	Spezialpraktika: Leistung wird angerechnet
Dipl. Orthoptist/in HF	0	Leistung wird angerechnet
Dipl. Physiotherapeut/in FH	6.7	
Dipl. Ergotherapeut/in FH	4.5	
Dipl. Ernährungsberater/in FH	14.4	
Dipl. Hebamme FH	7.8	

Weiterbildungen Experte/in INA NDS	Normwert	Bemerkung
Dipl. Expertin/Experte Intensivpflege NDS	4.0	
Dipl. Expertin/Experte Notfallpflege NDS	6.8	
Dipl. Expertin/Experte Anästhesiepflege NDS	5.8	

3.4 Bedarfsgerechte Ausbildungen der Pflege- und Betreuungsberufe

Das Ausbildungsgeschehen kann gesteuert werden, indem der Nachwuchsbedarf nach den einzelnen Pflege- und Betreuungsberufen heruntergebrochen wird. Diese Detaillierung erfolgte aufgrund des ermittelten Nachwuchsbedarfs der einzelnen Berufe. Dabei wurde auch ein Anteil von 60 Prozent eines zusätzlichen Bedarfs an FaGe als potenzielle Zubringer für die HF und FH Studiengänge mit einkalkuliert.

Mit Hilfe des Nachwuchsbedarfs in Personen und der erforderlichen Wochenzahl in der Praxis pro auszubildende Person lässt sich die Wochenzahl pro Beruf, die für die Sicherstellung des jeweiligen Nachwuchses erforderlich ist, einzeln berechnen. Diese Berechnung wurde aufgrund der eingereichten Stellendotationen mit Stichtag 1. Januar 2012 für die Listenspitäler aktualisiert (vgl. Anhang C). Daraus kann der anteilige Bedarf an praktischer Ausbildung pro Beruf aufgezeigt werden, mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Verteilung. Nachfolgend wird die prozentuale Verteilung der Berufe Pflege und Betreuung abgebildet:

Pflege- und Betreuungsberufe	Psychiatrie	Akutsomatik	Reha	Mittelwert Akut/Reha
Assistenz Gesundheit und Soziales EBA	-	2.2%	3.2%	2.6%
Fachperson Gesundheit EFZ	47.5%	46.0%	46.1%	46.1%
Dipl. Pflegefachperson HF	49.3%	48.6%	47.7%	48.2%
Dipl. Pflegefachperson FH	3.2%	3.2%	3.0%	3.1%

Pro Vollzeitstelle der Berufsgruppe Pflege und Betreuung werden im Akutbereich 11.9 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle gefordert. In diesem Bereich entfallen davon 2.6% auf den Beruf der Assistenz Gesundheit und Soziales, 46.1% auf den Beruf der FaGe, 48.2% auf den Beruf der diplomierten Pflegefachpersonen HF und 3.1% auf jenen der diplomierten Pflegefachpersonen FH, was dem jeweiligen Mittelwert von Akutsomatik und Rehabilitation entspricht.

- Die Ausbildungsverpflichtung wird für die einzelnen Betriebe auf der Stufe der einzelnen Berufe, gegliedert nach Prozentanteilen, festgelegt.
- Die Aufgliederung der Ausbildungsleistungen auf die einzelnen Berufe Pflege und Betreuung dient dazu, zu einem späteren Zeitpunkt eine bedarfsgerechte Steuerung durch die Gewichtung auf der Stufe der einzelnen Berufe vornehmen zu können: z. B. wenn trotz genügend Interessierten zu wenig FaGe-Lehrstellen von den Leistungserbringer angeboten werden.
- Die Betriebe können sich auf die Berufe in unterschiedlichem Ausmass konzentrieren, um ihrer Ausbildungsverpflichtung nachzukommen. Beispiel: wenn zu wenig Pflege HF rekrutiert werden, können an deren Stelle dafür mehr FaGe ausgebildet werden.

3.5 Normwerte für weitere Weiterbildungen

Ausser den Weiterbildungen zu Intensiv-, Notfall- und Anästhesiepflege konnten die Weiterbildungen in nicht-universitären Gesundheitsberufen nicht analysiert werden, da diese sich im Wandel befinden und auf keine Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Zudem ist der Bedarf nicht bekannt. Die Weiterbildungen werden in der Regel innerbetrieblich vereinbart und vom Betrieb unterstützt und es sind in der Regel keine spezifischen Berufsbildnerinnen und Berufsbildner dafür im Betrieb notwendig.

Es ist im eigenen Interesse der Betriebe, ihre Mitarbeitenden bedarfsgerecht weiter zu bilden und dadurch gleichzeitig einen wertvollen Beitrag zum Personalerhalt als auch zur Qualitätssicherung zu leisten.

3.6 Gewichtung der Ausbildungen

Das Ausbildungspotenzial der Gesamtheit der Listenspitäler lässt sich wohl hochrechnen, jedoch geben die Berechnungen keine Hinweise auf das tatsächliche Ausbildungsvolumen der praktischen Ausbildung pro Beruf in den Betrieben. Deshalb wird auf eine differenzierende Gewichtung im Hinblick auf den jeweiligen Nachwuchsbedarf bei den Berechnungen der Soll-Ausbildungsleistungen pro Beruf für die Einführungsphase verzichtet – alle Berufe werden mit dem Gewicht 1.0 versehen.

Wenn Erfahrungszahlen aus der Anwendung der Ausbildungsverpflichtung vorliegen, wird die Gesundheitsdirektion ab 2015 differenzierende Gewichtungen bei den Berechnungen des Ausbildungspotenzials pro Beruf zur Steuerung der Deckung des Nachwuchsbedarfs anwenden. Berufe, bei denen das Ausbildungsvolumen der Betriebe insgesamt unter dem Soll liegt, werden dann höher in den Berechnungen gewichtet als jene, für die eine ausreichende oder sogar bedarfsüberdeckende Ausbildungsleistung besteht. Diese Vorgehensweise soll den Betrieben einen Anreiz verschaffen, sich vermehrt im Bereich der unter dem Soll liegende Berufe zu engagieren.

4. Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung

Das Ausmass der Auspflichtleistung für die Betriebe mit Standort Kanton Zürich⁹ wird ab 2013 mittels betriebsindividueller Soll-Ausbildungsleistungen für die nicht-universitären Gesundheitsberufe festgelegt¹⁰. Die Ausbildungsaufwendungen werden gemäss KVG vergütet.

4.1 Stellendotation der einzelnen Betriebe

Im Rhythmus von zwei Jahren werden die Listenspitäler eingeladen, nebst der jährlich zu erstellenden Krankenhausstatistik, ein Zusatzformular «Stellenerhebung für die Berechnung der Ausbildungspflichtleistungen» mit separater Anleitung auszufüllen und an die Gesundheitsdirektion termingerecht zu übermitteln.

Die Datenstruktur des Zusatzformulars entspricht derjenigen der obligatorischen Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BfS). Für die Berechnung der Ausbildungspflichtleistungen werden jedoch zusätzliche Detailangaben benötigt, die nicht in der obligatorischen Krankenhausstatistik enthalten sind. Institutionen, welche sowohl Leistungen in Akutsomatik, Psychiatrie als auch Rehabilitation anbieten, haben für den jeweiligen Bereich je ein Formular auszufüllen. Betriebe mit mehreren Standorten eines Bereichs, haben hingegen nur ein Formular auszufüllen.

Ziel dieser separaten Datenerhebung ist, Berechnungen der Soll-Ausbildungsleistungen für jene Tätigkeitsbereiche zu erstellen, in denen gemäss Rahmenlehrplan auch für den jeweiligen Beruf ausgebildet werden kann.

⁹ Die Geburtshäuser sind davon ausgenommen, da sie aufgrund der Betriebsgrösse und den Vorgaben des Rahmenlehrplans für eine vollständige Berufsausbildung der Hebammen nicht geeignet sind.

¹⁰ Für Listenspitäler mit ausserkantonalem Standort werden von der Gesundheitsdirektion nicht mittels dieses Konzepts die Ausbildungspflichtleistungen festgelegt, da im «eigenen» Kanton ebenfalls Ausbildungspflichtleistungen ausgesprochen werden.

4.2 Berechnung der zu erbringenden Ausbildungsleistung pro Betrieb

Das Ausbildungspotenzial berechnet sich wie folgt:

- Am festgesetzten Termin wird der Ist-Stellenplan entsprechend der VZÄ pro Berufsgruppe bzw. Beruf in der Berechnungsvorlage eingegeben (grüne Felder).
- Der eingegebene Ist-Stellenplan wird mit dem festgelegten Normwert des Berufs bzw. der Berufsgruppe multipliziert.
- Für die Berufsgruppe Pflege und Betreuung wird der Nachwuchsbedarf in den einzelnen Berufen gemäss der Bedarfsplanung prozentual aufgeteilt.
- Im Ergebnis resultiert das Ausbildungspotenzial des Betriebes, ausgedrückt in Ausbildungswochen.

Die zu erbringende Ausbildungsleistung berechnet sich im Anschluss wie folgt:

- Für jeden Beruf wird die von der Gesundheitsdirektion festgelegte Gewichtung aufgeführt.
- Das berechnete Ausbildungspotenzial des Betriebes wird mit der festgelegten Gewichtung multipliziert.
- Im Ergebnis resultiert die zu erbringende Ausbildungsleistung des Betriebes, ausgedrückt in Ausbildungswochen (blaue Felder).

Exemplarisches Beispiel – Berechnung von Ausbildungspotenzial und Ausbildungspflichtleistung Jahr:

Pflege- und Betreuungsberufe <i>Der Normwert für diese Berufsgruppe i.d. Akutsomatik beträgt 11.9</i>	Ausbildungswochen / Person und Jahr	Stellenplan Pflege und Betreuung (VZÄ)	Nachwuchsbedarf in % gemäss Bedarfsberechnung	Ausbildungspotenzial in Ausbildungswochen	Gewichtung	Ausbildungspflichtleistung in Ausbildungswochen	
Assistent/in Gesundheit und Soziales	33.2		2.6%	39.5	1.0	39.5	
FaGe	31.6		46.1%	701.1	1.0	701.1	
FaGe mit integrierter BM	25.1		48.2%	733.0	1.0	733.0	
FaGe Erwachsene	34.3			3.1%	47.1	1.0	47.1
dipl. Pflegefachperson HF	24						
dipl. Pflegefachperson HF verkürzte DN I	17						
dipl. Pflegefachperson FH	14						
Total Pflege und Betreuung		127.8	100%	1'520.8		1'520.8	

Andere nichtärztliche Gesundheitsberufe	Ausbildungswochen / Person und Jahr	Stellenplan des Berufs (VZÄ)	Normwert des Berufs	Ausbildungspotenzial in Ausbildungswochen	Gewichtung	Ausbildungspflichtleistung in Ausbildungswochen
dipl. Fachperson Operationstechnik HF	27.6	16.7	4.2	70.1	1.0	70.1
dipl. Aktivierungsfachperson HF	30.4	2.6	11.6	30.2	1.0	30.2
dipl. Biomed. Analytiker/in HF	24	18.1	5.0	90.5	1.0	90.5
dipl. Fachperson MTR HF	25	19.9	5.2	103.5	1.0	103.5
dipl. Physiotherapeut/in FH	16	9.4	6.7	63.0	1.0	63.0
dipl. Ernährungsberater/in FH	13.3	2.9	14.4	41.8	1.0	41.8
dipl. Ergotherapeut/in FH	13.6	3.8	4.5	17.1	1.0	17.1
dipl. Hebammen FH	13.3	12.6	7.8	98.3	1.0	98.3
Total andere nichtärztliche Gesundheitsberufe				514.4		514.4

Weiterbildungen NDS INA	Ausbildungswochen / Person und Jahr	Stellenplan des Berufs (VZÄ)	Normwert des Berufs	Ausbildungspotenzial in Ausbildungswochen	Gewichtung	Ausbildungspflichtleistung in Ausbildungswochen
Dipl. Experte/in Intensivpflege NDS	37.6	21.3	4.0	86.2	1.0	86.2
Dipl. Experte/in Notfallpflege NDS	38	11.5	6.8	78.1	1.0	78.1
Dipl. Experte/in Anästhesiepflege NDS	38.4	13.1	5.8	75.5	1.0	75.5
Total Weiterbildungen NDS INA				239.8		239.8

Total Ausbildungspflichtleistung in Ausbildungswochen	2'035.2
--	----------------

4.3 Leistungserbringung durch den Betrieb

Die Betriebe sind nicht gezwungen, die zu erbringende Ausbildungsleistung (Anzahl Ausbildungswochen) genau in der kalkulierten beruflichen Konfiguration zu erbringen. Stattdessen können sie die geforderten Ausbildungswochen auch in anderer Zusammensetzung leisten. Wenn beispielsweise zu wenig Auszubildende Pflege HF rekrutiert werden, können an deren Stelle dafür mehr FaGe ausgebildet werden.

4.3.1 Ausbildungsqualität

Bei der Erfüllung der quantitativen Ausbildungsverpflichtung sind die allgemeinen gesetzlichen und qualitativen Berufsbildungsvorgaben einzuhalten. Deren Einhaltung wird periodisch von den zuständigen Organen aus dem Bildungsbereich überprüft.

Die qualitative Überprüfung inkl. Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften erfolgt bei der Grundberufsbildung durch das Mittelschul- und Berufsbildungsamt (MBA)¹¹, bei der Tertiärstufe durch die Bildungszentren und Fachhochschulen¹². Letztere sind auch für die Gesamtausbildung dieser Studiengänge verantwortlich.

Die Ausbildungsverpflichtung bleibt bestehen, auch wenn das MBA nicht alle Lehrverträge für die Berufe der Sekundarstufe II genehmigt oder gar die Bildungsbewilligung entzieht. Dasselbe gilt für die Ausbildungen auf Tertiärstufe, wenn ein Bildungszentrum den Betrieb nicht mehr als geeigneten Praktikumsort anerkennt und folglich keine Studierende mehr zuteilt. Der betreffende Betrieb ist dann gefordert, Ausbildungsleistungen gemäss Verpflichtung bei anderen «einzukaufen» und gleichzeitig Massnahmen zu ergreifen, um in den Folgejahren wieder entsprechend den gesetzlichen und qualitativen Vorgaben ausbilden zu können.

4.4 Handel mit/Austausch von Ausbildungsleistungen als Mittel zur Erhöhung des Ausbildungsvolumens

Die Ausbildungsleistung ist grundsätzlich vom Listenspital mit Standort Kanton Zürich selber zu erbringen. Die Höhe der Ausbildungsverpflichtung des einzelnen Betriebes, ausgedrückt in Wochen dient als Grundlage, um einerseits betriebsintern angemessene Massnahmen zur Erfüllung des Ausbildungsauftrages in die Wege zu leiten, andererseits um bei Bedarf in Verhandlung mit anderen Betrieben zu treten.

Für die Erfüllung der Ausbildungsverpflichtung ergeben sich folgende zwei Optionen:

1. Dem Betrieb steht es frei, in welchem Ausmass er bei den einzelnen nicht-universitären Gesundheitsberufen innerhalb des Gesamtvolumens ausbildet.
2. Einzelne Ausbildungsmodule und Praktika der Rahmenlehrpläne, die nicht vom Listenspital angeboten werden, können in einem andern Listenspital, in einem Pflegeheim mit derselben Rechtsträgerschaft oder in einer medizinisch-technischen Einrichtung (z. B. Institute für Labor und Radiologie, sofern eine Anerkennung als Praktikumsort durch das zuständige Bildungszentrum bzw. der zuständigen Fachhochschule besteht) absolviert werden. Die Verpflichtungen können «eingekauft» werden oder im gegenseitigen Austausch erfolgen.

¹¹ Vgl. z. B.: Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV) SR Nr. 412.101/ Verordnung über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) Nr. 86911.

¹² Vgl. z. B.: Verordnung des EVD über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF) SR Nr. 412.101.61/ Rahmenlehrpläne der einzelnen Bildungsgänge/ Praktikumsvereinbarungen zwischen Höhere Fachschule bzw. Fachhochschule und Betrieb.

Im Sinne der zweiten Option können sich Betriebe über das erforderliche Mass hinaus in der Ausbildung engagieren und diese zusätzlichen Leistungen anderen Betrieben gegen finanzielle Kompensation bereitstellen. Die Kompensation kann auch in Form reziproker Leistungen erfolgen, indem beispielsweise Betrieb A seine Ausbildungsleistungen für den Pflegeberuf HF über das erforderliche Mass verstärkt und Betrieb B im Gegenzug seine Ausbildungsleistung in den MTT-Berufen, unter gegenseitiger Bereitstellung der «überschüssigen» Ausbildungsleistungen. Die Preise für «eingekaufte» bzw. «verkaufte» Ausbildungsleistungen unterliegen der Vertragsfreiheit der betreffenden Betriebe.

4.5 Leistungsnachweis durch den Betrieb

Das Listenspital teilt der Gesundheitsdirektion jährlich für jeden nicht-universitären Gesundheitsberuf die effektiv erbrachten Ausbildungsleistungen in Wochen, die während des Kalenderjahres erbracht wurden, mit. Der jeweilige Termin für die Zustellung des Nachweises wird rechtzeitig von der Gesundheitsdirektion bekannt gegeben. Eingekaufte Ausbildungsleistungen werden ausschliesslich dem einkaufenden Listenspital zugerechnet. Entsprechende Belege sind der Gesundheitsdirektion vorzulegen.

Für die Meldung steht eine entsprechende Vorlage zur Verfügung. Der Betrieb fügt die entsprechenden Angaben in die Tabellenkalkulation ein (grüne Felder), effektiv erbrachte Ausbildungswochen bzw. besetzte Lehrstellen Sekundarstufe II / Praktikumsplätze Pflege HF multipliziert mit den Wochen pro Einheit ergeben die geleisteten Ausbildungswochen. Die Tabellenkalkulation zeigt gleichzeitig die Abweichung der effektiv geleisteten von der definierten Ausbildungspflichtleistung auf. Eingekaufte bzw. verkaufte Ausbildungsleistungen werden ausschliesslich dem einkaufenden Listenspital zugerechnet. Entsprechende Verträge sind der Gesundheitsdirektion vorzulegen.

Nachweis Ausbildungsleistung Listenspitäler										Jahr:		
Pflege- und Betreuungsberufe	Ausbildungswochen pro Lehrvertrag	Anzahl abgeschlossene und besetzte Lehrverträge am 30. November			Fremdpraktika in Wochen		Gewichtung	Lehrabbrüche vor dem 30. November		effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen	Beleg Nr. für "zugekaufte" / "verkaufte" Leistungen:
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	eigene Lernende in Drittbetrieben (abzüglich)	Lernende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)		Anzahl Wochen bis Lehrabbruch	Prozentuale Leistungsanrechnung			
Beruf Sekundarstufe II												
Assistent/in Gesundheit und Soziales	33.2						1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
FaGe	31.6						1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
FaGe mit integrierter BM	25.1						1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
FaGe Erwachsene (verkürzt)	34.3						1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Pflege HF	Ausbildungswochen pro Praktikum	Anzahl Praktika gemäss jährlicher Vereinbarung			Fremdpraktika in Wochen		Gewichtung	Lehrabbrüche vor dem 30. November		effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen	Beleg Nr. für "zugekaufte" / "verkaufte" Leistungen:
		2. Sem.	4. Sem.	6. Sem.	eigene Studierende in Drittbetrieben (abzüglich)	Studierende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)		Anzahl Wochen bis Lehrabbruch	Prozentuale Leistungsanrechnung			
dipl. Pflegefachperson HF	24						1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
dipl. Pflegefachperson HF verkürzt DN I	9.5						1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Berufsbegleitenden Bildungsgang Pflege HF	Dauer in Wochen	Effektiv erbrachte Praktikumswochen	Anrechnung 50%	eigene Studierende in Drittbetrieben (abzüglich)	Studierende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)	Gewichtung	effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen				
	individuell		0.0			1.0	0.0	0.0				
Pflege FH	Dauer in Wochen	Effektiv erbrachte Praktikumswochen	Anrechnung 50%	eigene Studierende in Drittbetrieben (abzüglich)	Studierende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)	Gewichtung	effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen				
dipl. Pflegefachperson FH	14					1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
dipl. Pflegefachperson FH Abschlusspraktikum	40					1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Total Pflege und Betreuung							0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

Fortsetzung der Tabelle auf nachfolgender Seite.

Andere nichtärztliche Gesundheitsberufe	Dauer in Wochen	Effektiv erbrachte Praktikumswochen	Fremdpraktika in Wochen		Gewichtung	effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen	Beleg Nr. für "zugekaufte" / "verkaufte" Ausbildungsleistungen.
			eigene Studierende in Drittbetrieben (abzüglich)	Studierende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)				
dipl. Fachperson Operationstechnik HF	27.6							
dipl. Fachperson Operationstechnik HF verkürzt	28				1.0	0.0	0.0	
dipl. Aktivierungsfachperson HF	30.4				1.0	0.0	0.0	
dipl. Biomed. Analytiker/in HF	24				1.0	0.0	0.0	
dipl. Fachperson MTR HF	25				1.0	0.0	0.0	
dipl. Orthoptist/in HF	26.6				1.0	0.0	0.0	
dipl. Rettungssanitäter/in HF Spezialpraktika	2 od. 3				1.0	0.0	0.0	
dipl. Physiotherapeut/in FH ZHAW	16							
dipl. Physiotherapeut/in FH SUPSI	20				1.0	0.0	0.0	
dipl. Physiotherapeut/in FH Abschlusspr.	20.5							
dipl. Ernährungsberater/in FH	13.3							
dipl. Ernährungsberater/in FH Abschlusspr.	40				1.0	0.0	0.0	
dipl. Ergotherapeut/in FH	13.6							
dipl. Ergotherapeut/in FH Abschlusspr.	40				1.0	0.0	0.0	
dipl. Hebammen FH	13.3				1.0	0.0	0.0	
dipl. Hebammen FH Abschlusspr.	10							
Total andere nichtärztliche Gesundheitsberufe						0.0	0.0	

Nicht formalisierte Ausbildungsleistungen	Dauer in Wochen	Anzahl Praktika	Effektiv erbrachte Praktikumswochen		Gewichtung	effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen
Einblickstag	0.2		0.0		1.0	0.0	0.0
Berufswahl-/Schnupperpraktikum	0.2		0.0		1.0	0.0	0.0
Berufspraktikum FMS Gesundheit	2		0.0		1.0	0.0	0.0
Eignungspraktikum HF Berufe und FaGe EFZ	0.4		0.0		1.0	0.0	0.0
Praktikum Fachmaturität Gesundheit	30				1.0	0.0	0.0
Vorpraktikum A1 Pflegefachperson FH	8		0.0		1.0	0.0	0.0
Vorpraktikum A1 Physiotherapeut/in FH	8		0.0		1.0	0.0	0.0
Vorpraktikum A1 Ergotherapeut/in FH	8		0.0		1.0	0.0	0.0
Vorpraktikum A1 Hebamme FH	8		0.0		1.0	0.0	0.0
Vorpraktikum Ernährungsberater/in FH	8		0.0		1.0	0.0	0.0
Total nicht formalisierte Ausbildungsleistungen						0.0	0.0

Weiterbildung Expertin/Experte INA NDS	Dauer in Wochen	Effektiv erbrachte Praktikumswochen	Fremdpraktika in Wochen		Gewichtung	effektiv erbrachte Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen	Abweichung von Ausbildungs-pflichtleistung in Wochen	Beleg Nr. für "zugekaufte" / "verkaufte" Ausbildungsleistungen.
			eigene Studierende in Drittbetrieben (abzüglich)	Studierende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)				
dipl. Experte/in Intensivpflege NDS	37.6				1.0	0.0	0.0	
dipl. Experte/in Notfallpflege NDS	38				1.0	0.0	0.0	
dipl. Experte/in Anästhesiepflege NDS	38.4				1.0	0.0	0.0	
Total Weiterbildung NDS INA						0.0	0.0	

Effektive Ausbildungsleistung in Ausbildungswochen/Abweichung von der verfügbaren Ausbildungsleistung Total	0.0	0.0
Abweichung in Prozent		#DIV/0!

Im Nachweis sind die Angaben den spezifischen Lehrgängen zuzuordnen (z. B. FaGe mit integrierter Berufsmatura, Operationstechnik HF verkürzt usw.)

Stichtag für die Leistungserhebung ist der 30. November des betreffenden Jahres. Die effektiv erbrachte Aus- und Weiterbildungsleistungen werden wie folgt anerkannt:

- Die Lehren auf Sekundarstufe II werden durch die Zahl der am 30. November des Jahres abgeschlossenen und besetzten Lehrverträge erfasst. Die Lehrverträge werden nach Ausbildungsjahr erfasst, damit ein ausreichendes Controlling des Ausbildungsgeschehens sichergestellt werden kann. Lehren mit Lehrabbruch nach dem 30. November des Berichtsjahres werden voll anerkannt, Lehren mit Abbruch vor dem 30. November werden anteilmässig anerkannt und in einer separaten Rubrik erfasst. Dafür wird die Dauer der Lehre bis zum Abbruch in Anzahl Jahreswochen durch die Betriebe eingefügt. Die entsprechend prozentuale Anrechnung der Anwesenheit in Wochen wird anschliessend aufgrund der hinterlegten Tabellenkalkulation angerechnet. Die Berechnung der prozentualen Anrechnung pro Lehre wird nachfolgend wiedergegeben:

Berechnung der prozentualen Leistungserkennung bei Lehrabbruch vor dem 30. November	Wochen/Kalenderjahr	Ausbildungswochen/Lehrvertrag	Prozentualer Anteil in der Praxis
Assistent/in Gesundheit und Soziales	52	33.2	63.8%
FaGe	52	31.2	60.0%
FaGe mit integrierte BM	52	25.1	48.3%
FaGe Erwachsene (verkürzt)	52	34.3	66.0%

- Für die Pflegeausbildung HF (ausser dem berufsbegleitenden Bildungsgang) mit ihren standardisierten Praktikumsdauern werden die Praktika gemäss den Vereinbarungen mit den Bildungszentren bzw. den Direktanstellungen der Studierenden als effektiv erbrachte Ausbildungsleistungen anerkannt. Praktika im Wintersemester werden vollständig dem Jahr angerechnet, in dem das Wintersemester begonnen hat.
- Bei der auf einem Pflege Diplommiveau I-Abschluss (DN I) aufbauenden verkürzten Ausbildung Pflege HF erfolgt eine separate Erfassung im vierten Semester infolge der kürzeren Praktikumsdauer, im nächsthöheren Semestern werden sie zusammen mit den Studierenden der regulären Ausbildung erfasst. Da ab Herbst 2012 die verkürzte Ausbildung für FaGe neu zwei Jahre dauert (vormals 2.5 Jahre), werden diese mit den regulären Ausbildungen im vierten und sechsten Semester erfasst.
- Für den berufsbegleitenden Bildungsgang Pflege HF sind die effektiven Wochen in der Praxis (nach Abzug der Ferienwochen und Theoriemodulen) einzutragen, da keine standardisierten Praktikumsdauern vorgegeben sind. Davon werden 50% als erbrachte Ausbildungsleistung anerkannt, da diese Studierenden in der Regel in einem 50 prozentigen Anstellungsverhältnis stehen.
- Die übrigen tertiären Ausbildungen (HF und FH) haben keine standardisierten Praktikumsdauern. Für diese Ausbildungen werden die Praktikumswochen (nach Abzug der Ferienwochen) gemäss den Vereinbarungen mit den Studierenden bzw. Bildungszentren und Fachhochschulen für das Berichtjahr bzw. mit Beginn des Berichtsjahrs als effektiv geleistete Praktikumswochen anerkannt.
- Fremdpraktika bzw. Spezialpraktika sind generell beim jeweiligen Beruf in den dafür bestimmten Rubriken aufzuführen: «eigene Lernende/Studierende in Drittbetrieben (abzüglich)» sowie «Lernende/Studierende Dritter in eigenen Betrieb (zuzüglich)». Für die von Dritten «zugekauften» oder an Dritte «verkauften» Ausbildungsleistungen sind zudem die entsprechenden Belege beizulegen, damit diese Leistungen entsprechend anerkannt werden können.
- Die Dauer der nicht formalisierten Ausbildungsleistungen (NfA) ist standardisiert, sodass die Ausbildungsleistungen über die Anzahl der Tage bzw. Praktika erfasst werden können. Eine Ausnahme besteht für das Schnupperpraktikum mit unterschiedlicher Anzahl Tage sowie das Praktikum Fachmaturität Gesundheit: Im Berichtsjahr werden die effektiv geleisteten Praktikumsstage bzw. -wochen erfasst.

4.6 Einführungsphase

Während einer Einführungsphase von zwei Jahren (2013–2014) wird eine abgestufte Toleranzmarge gewährt, damit jene Betriebe, die zurzeit noch ungenügend ausbilden, entsprechende Massnahmen zur erhöhten Ausbildungsleistung in die Wege leiten können. Gleichzeitig wird den Betrieben, die die Soll-Ausbildungsleistungen schon erbringen, nahegelegt, während der Einführungsphase nicht weniger an Ausbildungsleistungen zu erbringen.

- Im ersten Jahr sind vom Betrieb 70% der ermittelten Soll-Ausbildungsleistungen zu erreichen.
- Im zweiten Jahr sind 85% der ermittelten Soll-Ausbildungsleistungen zu erreichen.
- Ab dem dritten Jahr sind 100% der ermittelten Soll-Ausbildungsleistungen zu erreichen.

Während der Einführungszeit werden die Konsultativorgane der Gesundheitsdirektion, die Pflegedienstkommission sowie die Betriebskommission der MTT-Berufe, als Resonanzgruppe für auftauchende Fragen im Rahmen der Umsetzung der Ausbildungsverpflichtung genutzt.

4.7 Controlling

Die Gesundheitsdirektion prüft die Angaben der Betriebe und die Korrektheit der Berechnungen. Bei Bedarf zieht sie für die Überprüfung die Daten der Bildungszentren und der Fachhochschulen (Anzahl Studierende pro Lehrgang und Praktikumszuteilung) sowie die Daten der OdA G ZH (Anzahl gemeldete Lernende pro Betrieb für die überbetrieblichen Kurse) bei. Die Gesundheitsdirektion kann weitere Nachweise bei den Betrieben einfordern.

5. Nichterfüllen der Pflichtleistungen

5.1 Unverschuldete Minderleistungen

Wenn kurzfristig (Richtwert zwei Wochen) vor Lehr- bzw. Ausbildungsbeginn Lernende/ Studierende ihren Ausbildungsvertrag aufkündigen oder Bildungszentren kurzfristig vereinbarte Praktikumsplätze, z.B. infolge nicht Erfüllens der Promotion durch die Studierende, nicht besetzen, gilt dies als unverschuldete Minderleistung und hat keine Sanktion zur Folge. Jedoch sind diese Minderleistungen zu belegen.

5.2 Ersatzabgaben

Liegt die erbrachte Ausbildungsleistung des Listenspitals unter dem von der Gesundheitsdirektion berechneten Ausbildungspotential, hat es eine Ersatzabgabe zu leisten. Die Höhe der Ersatzabgabe stützt sich auf § 22 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes und beträgt 150 Prozent der durchschnittlichen Kosten des Ausbildungsaufwandes im jeweiligen nicht-universitären Gesundheitsberuf. Als Grundlage für die Berechnung dienen die im Auftrag der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) national erhobenen Nettonormkosten des Aus- und Weiterbildungsaufwandes. Die Gesundheitsdirektion legt die Ersatzabgabe für das vergangene Kalenderjahr mit einer anfechtbaren Verfügung fest.

In begründeten Fällen kann die Gesundheitsdirektion die Ausgleichszahlung nach freiem Ermessen reduzieren oder ganz erlassen.

Des Weiteren werden die Betriebe aufgefordert, konzeptuell darzulegen, mit welchen Massnahmen sie innerhalb einer Frist von maximal zwei Jahren, die ermittelten Soll-Ausbildungsleistungen erfüllen werden.

5.3 Sanktionen

Vorbehalten bleiben Sanktionen gemäss § 22 SPFG.

6. Evaluation der Normwerte

Am Ende der Einführungsphase erfolgt in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertreter der Listenspitäler eine Evaluation der Normwerte und bei Bedarf werden einzelne Normwerte neu erhoben.

7. Ausblick

Grundsätzlich ist anzumerken, dass mit der Ausbildungsverpflichtung in einem ersten Schritt das Ziel verfolgt wird, dass alle Listenspitäler ein «Mindestvolumen» an Ausbildungsleistungen erbringen. Der Gesundheitsdirektion ist bewusst, dass damit noch nicht die Deckung des Gesamtbedarfs sicher gestellt ist (vgl. Anhang C).

Wie schon im 2009 publizierten «Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe» (GDK/OdaSanté)¹³ aufgeführt, ist darauf hinzuweisen, dass die Deckung des Mehrbedarfs an Fachpersonal realistischer Weise nicht nur über Ausbildungsmassnahmen zu erreichen ist. Das grösste Potenzial liegt bei den Massnahmen zur Personalerhaltung durch die Betriebe selber, damit die durchschnittliche Berufsverweildauer des Fachpersonals erhöht und gleichzeitig der Bedarf nach beruflichem Nachwuchs gesenkt sowie die Abhängigkeit von ausländischem Fachpersonal reduziert werden kann. Zu den Personalerhaltungsmassnahmen gehört auch die Förderung des Wiedereinstiegs von diplomierten Pflegefachfrauen nach einer Kinderbetreuungspause.

Erst die Erfahrungen bei der Umsetzung in den ersten Jahren werden zeigen, ob und welche Steuerungsmassnahmen von Seite der Gesundheitsdirektion zusätzlich notwendig sein werden, damit in einem angemessenen Ausmass der Nachwuchsbedarf gedeckt werden kann.

¹³ Download unter: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Bildung/Versorgungsbericht/Versorgungsbericht_Deutsch_20091201_def.pdf

Anhang A – Berechnung der Normwerte

Berechnung Normwert Pflege und Betreuung

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 2 AGS Lehrstellen, 21 FaGe Lehrstellen und 42 Praktikumsstellen Pflege HF pro Jahr bei 107.2 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 17.0 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht. Es werden im Durchschnitt pro Jahr sieben Austausch Praktika für FaGe-Lernende mit umliegenden Institutionen des Langzeit- und Spitexbereichs angeboten und im Rahmen von NfA werden Einblickstage und -praktika, Eignungspraktika HF, Vorpraktika FH und Berufspraktika FMS angeboten.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Würde das Angebot der FaGe-Lehrstellen erhöht, würde sich das Angebot der Praktika Pflege HF entsprechend reduzieren. Praktika Pflege FH sowie Wochenbett-Praktika Hebammen FH würden jene der Pflege HF substituieren.
Normwert für Pflege und Betreuung	Der Normwert wurde mit 11.9 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 70% des Benchmarks für den Bereich Akutsomatik/ Rehabilitation festgelegt. Für den Bereich der Psychiatrie wurde der Normwert mit 10.2 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Wert von 60% festgelegt.

Berechnung Normwert MTT-Berufe und Geburtshilfe

Operationstechnik (OT)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt gleichzeitig zwei Studierende pro Jahr bei 22.3 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 5.2 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Anzahl Säle und Infrastruktur. Die Studierenden werden nur tagsüber eingesetzt.
Normwert für OT	Der Normwert wurde mit 4.2 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Medizinisches Labor (BMA)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt gleichzeitig 2 Studierende pro Jahr bei 16.1 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 6.3 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht. Es werden ergänzend Eignungspraktika HF sowie Kurzpraktika für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im ersten und zweiten Jahr angeboten.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Die Studierenden werden nur tagsüber eingesetzt. Infrastrukturelle und technische Einrichtung: Durch die zunehmende Automatisierung der Analysegeräte, reduziert sich die Anzahl der Arbeitsplätze. Bei der Einführung in die drei Hauptgebiete Hämatologie, Immunologie und klinisches Labor benötigen die Studierende eine eins zu eins Betreuung.
Normwert für BMA	Der Normwert wurde mit 5.0 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Aktivierung (AT)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 1 Studierende über das ganze Jahr bei 2.2 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 14.5 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Die veränderte Gesetzgebung über die Finanzierung der nichtpflegerischen Leistungen kann einen Einfluss auf den Stellenplan dieser Berufsgruppe in der stationären Langzeitversorgung haben und somit die Erhältlichkeit von diesen Studierenden verändern.
Normwert für die AT	Der Normwert wurde mit 11.6 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Medizinisch-technische Radiologie (MTR)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt gleichzeitig 3 Studierende pro Jahr bei 24.4 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 6.4 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht. Es werden ergänzend Einblickstage, Eignungspraktika HF sowie Spezialpraktika von 1-3 Monaten (z.B. NUK, CT, MRI) für Studierende anderer Betriebe sowie Refresher-Kurse für Medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten von ausschliesslich zuweisenden Hausärzten (Kunden) angeboten.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Die Studierenden werden nur tagsüber eingesetzt. Die gesetzlichen Vorgaben bezüglich des Strahlenschutzes bei den Studierenden beeinflussen das Ausbildungspotenzial (vgl. StSG, SR Nr. 814.50, Art. 6 und StSV, SR Nr. 814.501, Art. 15), da die Studierenden bis Ende der Ausbildung nicht selbständig/alleine bildgebende diagnostische Verfahren durchführen dürfen. Die Kapazität der Anzahl Ausbildungsplätze ist in hohem Masse abhängig von den infrastrukturellen und technischen Bedingungen (Angebot Modalitäten). Spitäler die nicht alle Lernfelder den Studierenden anbieten können (MRI, Interventionelle Radiologie, Nuklearmedizin, Radioonkologie), sind auf die Möglichkeit angewiesen, dass die Studierenden ein entsprechendes (Spezial-)Praktikum in einem Zentrumsspital absolvieren können (die Dauer dieser Praktika entspricht nicht der definierten Masseinheit). Die prozentuale Ausweisung bzw. Nicht-Ausweisung im Stellenplan der Berufsbildnerinnen und Berufsbildner für ihre Ausbildungsaufgabe mit entsprechender Budgetierung.
Normwert für die MTRA	Der Normwert wurde mit 5.2 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Physiotherapie (PHYS)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 2 Studierende sowie 2 Studierende im Abschlusspraktikum (Modul C) über das ganze Jahr bei 10.2 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 8.3 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Die Lernfelder in Abhängigkeit mit der Zahl der einfachen, nicht komplexen Situationen. Es werden Studierende der ZHAW und der SUPSI ausgebildet, was die Kenntnis beider Curricula durch die Mitarbeitenden bedingt. Inwiefern die Begrenzung der Studierendenzahlen an der Fachhochschule einen Einfluss auf die Erhältlichkeit von Studierenden hat, kann im Moment nicht verifiziert werden.
Normwert für die PHYS	Der Normwert wurde mit 6.7 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Ergotherapie (ERGO)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 2 Praktikumsplätze pro Jahr bei 5.1 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 5.6 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht. Aus Gründen der Platzverhältnisse können keine Vorpraktika oder andere Praktika angeboten werden.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Spitalinterne Infrastruktur wie Büro- und Behandlungsarbeitsplätze für zusätzliche Studierende. Im ersten Praktikum sind die Studierenden in der Regel wenig produktiv. Inwiefern die Begrenzung der Studierendenzahlen an der Fachhochschule einen Einfluss auf die Erhältlichkeit von Studierenden hat, kann im Moment nicht verifiziert werden.
Normwert für die ERGO	Der Normwert wurde mit 4.5 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Ernährungsberatung (ERB)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 4 Praktikumsplätze pro Jahr bei 3.1 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 18 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht. Wenn ein Abschlusspraktikum angeboten wird, reduziert sich die Anzahl der Praktikumsplätze.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Spitalinterne Infrastruktur wie Büroplätze für zusätzliche Studierende. Die z.T. sehr kurzen Praktika haben einen hohen administrativen Aufwand zur Folge. Für die Patientenberatung ist eine eins zu eins Betreuung der Studierenden notwendig, somit besteht kaum Produktivität. Erst im Laufe des Abschlusspraktikums können die Studierende für Patientenberatungen ohne Begleitung der Berufsbildnerin eingesetzt werden. Inwiefern die Begrenzung der Studierendenzahlen an der Fachhochschule einen Einfluss auf die Erhältlichkeit von Studierenden hat, kann im Moment nicht verifiziert werden.
Normwert für die ERB	Der Normwert wurde mit 14.4 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Geburtshilfe (HEB)

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 8 Praktika für Hebammen pro Jahr bei 11.5 Vollzeitstellen, was einem Benchmark von 9.7 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht. Wenn ein Abschlusspraktikum angeboten wird, reduziert sich die Anzahl der Praktikumsplätze.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Die Lernfelder in Abhängigkeit mit der Anzahl der Geburten. Die Studierenden werden vor allem tagsüber eingesetzt. Inwiefern die Begrenzung der Studierendenzahlen an der Fachhochschule einen Einfluss auf die Erhältlichkeit von Studierenden hat, kann im Moment nicht verifiziert werden.
Normwert für die HEB	Der Normwert wurde mit 7.8 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Weitere Berufe

Für den Beruf des Rettungsdienstes HF erfolgt keine Verpflichtung durch die Gesundheitsdirektion, da die KLA für diesen Beruf ein eigenes Verpflichtungskonzept entwickelt hat und deren Umsetzung ebenfalls ab 2013 vorgesehen ist. Jedoch werden die Spezialpraktika im stationären Bereich (z.B. Pflege, Notfall und IPS) dieses Berufs als anrechenbare Ausbildungsleistungen den Listenspitäler anerkannt und sind entsprechend im Leistungsnachweis aufzuführen.

Für den Beruf der Orthoptik HF erfolgt keine Verpflichtung, da zurzeit unklar ist, ob der Lehrgang 2012 überhaupt durchgeführt werden kann. Ebenfalls bleibt unklar ob er zukünftig überhaupt oder nur alle zwei/drei Jahre für die gesamte Deutschschweiz angeboten wird. Nur ein Listenspital im Kanton Zürich bietet Praktikumsplätze an. Sollte der Lehrgang zustande kommen, kann im Leistungsnachweis die erfolgte Ausbildungstätigkeit geltend gemacht werden.

Berechnung Normwert spezialisierter Weiterbildungen Intensivpflege**Intensivpflege**

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 2 Studierende bei 15.6 Stellenprozenten, was einem Benchmark von 5.1 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Die Rahmenvorgabe, dass die Ausbildung im zweiten Jahr in einem Zentrumsspital stattzufinden hat, belastet einerseits den Stellenplan und andererseits ist dies mit zusätzlichen finanziellen Aufwendungen verbunden. Eine Verpflichtungszeit nach Abschluss der Ausbildung, die mit dem Arbeitgeber vereinbart wird, beeinflusst das Rekrutierungspotenzial.
Normwert für Expertin Intensivpflege NDS	Der Normwert wurde mit 4.0 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Notfallpflege

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 2 Studierende bei 9.4 Stellenprozent, was einem Benchmark von 8.5 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Eine Verpflichtungszeit nach Abschluss der Ausbildung, die mit dem Arbeitgeber vereinbart wird, beeinflusst das Rekrutierungspotenzial.
Normwert für Expertin Notfallpflege NDS	Der Normwert wurde mit 6.8 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Anästhesiepflege

Ausbildungspotenzial	Das Ausbildungspotenzial beträgt 2 Studierende bei 11.2 Stellenprozent, was einem Benchmark von 7.2 Ausbildungswochen pro Vollzeitstelle entspricht.
Einflussfaktoren auf das Ausbildungspotenzial	Anzahl Säle und Infrastruktur. Eine Verpflichtungszeit nach Abschluss der Ausbildung, die mit dem Arbeitgeber vereinbart wird, beeinflusst das Rekrutierungspotenzial.
Normwert für Expertin Anästhesiepflege NDS	Der Normwert wurde mit 5.8 Wochen pro Vollzeitstelle bei einem Prozentwert von 80% des Benchmarks festgelegt.

Auf nachfolgender Seite ist die Berechnungsübersicht pro Beruf bzw. Berufsgruppe abgebildet.

Berechnungsübersicht Normwerte Pflege und Betreuung

Pflege- und Betreuungsberufe Listenspitäler	Einheit	Wochen pro Einheit	Angebotene Einheiten Potenzial	Ausbildungs- potenzial in Wochen	plus 5% NfA	Stellenplan (VZÄ)	Benchmark	Normwert	
							Ausbildungs- wochen pro VZÄ	in % des Benchmarks	in Ausbildungs- wochen pro VZÄ
Assistent/in Gesundheit und Soziales	Lehrjahre	33.2	2	66.4					
FaGe	Lehrjahre	31.6	21	663.6					
FaGe mit integrierter BM	Lehrjahre	25.1	0						
FaGe Erwachsene (<i>verkürzt</i>)	Lehrjahre	34.3	0	1008.0					
dipl. Pflegefachperson HF	Praktikum	24	42						
dipl. Pflegefachperson HF <i>verkürzt DN I</i>	Praktikum	17	0	0					
dipl. Pflegefachperson FH	Praktikum	14	0						
	Modul C	40	0						
Total Pflege und Betreuung Akutsomatik/Rehabilitation			65	1'738.0	1'824.9	107.2	17.0	70%	11.9
Total Pflege und Betreuung Psychiatrie			65	1'738.0	1'824.9	107.2	17.0	60%	10.2

Berechnungsübersicht Normwerte für MTT-Berufe und Hebammen

Andere nicht-universitäre Gesundheitsberufe	Einheit	Wochen pro Einheit	Angebotene Einheiten Potenzial	Ausbildungs- potenzial in Wochen	plus 5% NfA	Stellenplan (VZÄ)	Benchmark	Normwert	
							Ausbildungs- wochen pro VZÄ	in % des Benchmarks	in Ausbildungs- wochen pro VZÄ
dipl. Fachperson Operationstechnik HF	Praktikum	27.6	4	110.4	115.9	22.3	5.2	80%	4.2
dipl. Fachperson Operationstechnik HF <i>verkürzt</i>	Praktikum	28	0						
dipl. Biomed. Analytiker/in HF	Praktikum	24	4	96	100.8	16.1	6.3	80%	5.0
dipl. Fachperson MTR HF	Praktikum	25	6	150	157.5	24.4	6.5	80%	5.2
dipl. Aktivierungsfachperson HF	Praktikum	30.4	1	30.4	31.9	2.2	14.5	80%	11.6
dipl. Physiotherapeut/in FH	Praktikum ZHAW	16	0	81.0	85.1	10.2	8.3	80%	6.7
	Praktikum SUPSI	20	2						
	Modul C ZHAW (2 mal)	20.5	2						
dipl. Ernährungsberater/in FH	Praktikum	13.3	4	53.2	55.9	3.1	18.0	80%	14.4
	Modul C	40	0						
dipl. Ergotherapeut/in FH	Praktikum	13.6	2	27.2	28.6	5.1	5.6	80%	4.5
	Modul C	40	0						
dipl. Hebammen FH	Praktikum	13.3	8	106.4	111.7	11.5	9.7	80%	7.8
	Modul C (4 mal)	10	0						

Berechnungsübersicht Normwerte für Weiterbildungen NDS INA

Weiterbildungen Expertin/Experte NDS INA	Einheit	Wochen pro Einheit	Angebotene Einheiten Potenzial	Ausbildungs- potenzial in Wochen	plus 5% NfA	Stellenplan (VZÄ)	Benchmark	Normwert	
							Ausbildungs- wochen pro VZÄ	in % des Benchmarks	in Ausbildungs- wochen pro VZÄ
dipl. Experte/in Intensivpflege NDS	Praktikum	37.6	2	75.2	78.96	15.6	5.1	80%	4.0
dipl. Experte/in Notfallpflege NDS	Praktikum	38	2	76	79.8	9.4	8.5	80%	6.8
dipl. Experte/in Anästhesiepflege NDS	Praktikum	38.4	2	76.8	80.64	11.2	7.2	80%	5.8

Anhang B – Zuordnung alt- und neurechtlicher Berufsabschlüsse

Pflege- und Betreuungsbereufe	neurechtlicher Abschluss	altrechtliche Abschlüsse
Dipl. Pflegefachpersonen mit Spezialisierung	Weiterbildungen: <ul style="list-style-type: none"> – Dipl. Experte/in Intensivpflege Erwachsene NDS HF – Dipl. Experte/in Intensivpflege Pädiatrie NDS HF – Dipl. Experte/in Anästhesiepflege NDS HF – Dipl. Experte/in Notfallpflege NDS HF – Palliativpflege – Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention NDS HF – Pflegeberatung NDS HF – Diabetesfachberatung 	<ul style="list-style-type: none"> – Höhere Fachausbildung HöFa I – Höhere Fachausbildung HöFa II (Pflegeexpertin/-experte) Weiterbildungen in: <ul style="list-style-type: none"> – Intensivpflege – OP-Bereich – Anästhesie – Notfallpflege – Palliativpflege – Gesundheitsschwester /-pfleger – Diabetesberatung – Onkologische Pflege – Diabetesfachberatung
Dipl. Pflegefachpersonen	Bachelor of Science in Nursing (FH)	<ul style="list-style-type: none"> – Diplom in Gesundheits- und Krankenpflege DN I und DN II – Allgemeine Krankenpflege (AKP) – Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege (KWS) – Psychiatrische Krankenpflege (PSY) – Integrierte Krankenpflege (IKP)
	Dipl. Pflegefachfrau / Pflegefachmann HF	
Pflegepersonal mit EFZ-Abschluss (Sekundarstufe II)	Fachfrau / Fachmann Gesundheit FaGe EFZ	Krankenpflegerin / Krankenpfleger FA SRK
	Fachfrau / Fachmann Betreuung FaBe EFZ	
Pflegepersonal auf Assistenzstufe mit Attest	Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegeassistent/in mit Ausweis SRK – Spitalgehilfin / Spitalgehilfe mit Ausweis SDK
Hebammenberuf	neurechtlicher Abschluss	altrechtlicher Abschluss
Hebamme	Bachelor of Science als Hebamme (FH)	Dipl. Hebamme
MTT-Berufe	neurechtlicher Abschluss	altrechtliche Abschlüsse
Techn. Operationsfachperson	Dipl. Fachfrau/Fachmann Operationstechnik HF	<ul style="list-style-type: none"> – Dipl. techn. Operationsfachfrau / -fachmann – Techn. Operationsassistent/in TOA
Med. techn. Radiologiefachperson	Dipl. Fachfrau/Fachmann für medizinisch-technische Radiologie HF Bachelor of Science HES-SO in Medizinischer Radiologie-Technik (Westschweiz FH)	<ul style="list-style-type: none"> – Dipl. Fachfrau / Fachmann für med. techn. Radiologie – Dipl. medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in MTRA
Fachperson Biomedizinische Analytik	Dipl. biomedizinischen Analytiker/in HF	<ul style="list-style-type: none"> – Dipl. Fachfrau / Fachmann für medizinisches Labor – Dipl. medizinisch-technische/r Laborassistent/in MTLA
Aktivierung	Dipl. Aktivierungsfachfrau/-fachmann HF	Dipl. Aktivierungstherapeut/in
Physiotherapie	Bachelor of Science in Physiotherapie (FH)	Dipl. Physiotherapeut/in
Ergotherapie	Bachelor of Science in Ergotherapie (FH)	Dipl. Ergotherapeut/in
Ernährungsberatung	Bachelor of Science in Ernährung und Diätetik (FH)	Dipl. Ernährungsberater/in

Anhang C - Ausbildungsbedarfsberechnung nach Kenndaten 1.1.2012 und %-Bedarfsdeckung aufgrund berechneter Soll-Leistungen 2012

MTTB und Hebammen		Bedarf jährliche Abschlüsse		Bedarf Total Personen in Ausbildung/Jahr bei dreijähriger Ausbildung		Bedarf Ausbildungswochen/Jahr bei 3 Jahre Ausbildung		Berechnete Soll-Ausbildungsleistung 2012 in Wochen		Bedarfsdeckung mit Berechnung Soll-Ausbildungsleistung 2012			
VZÄ	Pers.	BG	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Operativstechnik HF	Med.tech.Radiologie HF	Biomed. Analytiker HF	Aktivierung HF	Ergotherapie FH
513.1	571	89.9%	57.1	38.1	28.6	171.3	114.2	85.7	2121.0	44.9%	67.3%	89.7%	
406.3	472	86.1%	47.2	31.5	23.6	141.6	94.4	70.8	2068.7	58.4%	87.7%	116.9%	
417.8	515	81.1%	51.5	34.3	25.8	154.5	103.0	77.3	1970.5	53.1%	79.7%	106.3%	
111.5	20	57.5%	2.0	1.3	1.0	6.0	4.0	3.0	133.4	7.1%	109.7%	146.3%	
127.7	185	69.0%	18.5	12.3	9.3	55.5	37.0	27.8	562.1	74.5%	111.7%	148.9%	
Hebammen		BG	Bedarf jährliche Abschlüsse		Bedarf Total Personen in Ausbildung/Jahr bei 4 jähriger Ausbildung		Bedarf Ausbildungswochen/Jahr bei 4 Jahre Ausbildung, inkl. Modul C		Berechnete Soll-Ausbildungsleistung 2012 in Wochen		Bedarfsdeckung mit Berechnung Soll-Ausbildungsleistung 2012		
VZÄ	Pers.	BG	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Hebammen FH	Physiotherapie FH	Ernährung FH		
211.1	324	65.3%	32.4	21.6	16.2	129.4	86.3	64.7	1628.6	62.9%	94.4%	125.9%	
413.5	557	74.2%	55.7	37.1	27.9	222.8	148.5	111.4	2648.2	52.8%	79.2%	105.7%	
59.3	88	67.4%	8.8	5.9	4.4	35.2	23.5	17.6	825.8	117.3%	176.0%	234.6%	
Pflege und Betreuung Akutomatik und Reha		BG	Bedarf jährliche Abschlüsse		Bedarf Total Personen in Ausbildung/Jahr bei dreijähriger Ausbildung		Bedarf Ausbildungswochen/Jahr bei 3 Jahre Ausbildung		Berechnete Soll-Ausbildungsleistung 2012 in Wochen		Bedarfsdeckung mit höherem Normwert Pflege 11.9 Wo./VZÄ ab 2013		
VZÄ	Pers.	BG	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Akutsomatik/Reha	Pflege Diplom FH	Pflege Diplom HF		
4962.2	6462	76.8%	646.2	430.8	323.1	2714.0	1809.4	1357.0	1219.3	44.9%	67.4%	89.9%	
496.2	646	76.8%	64.6	43.1	32.3	4193.8	2719.5	2098.9	18801.4	44.9%	67.4%	89.8%	
392	26	19.6	39.2	26.1	19.6	1280.6	853.8	640.3	FaGe	44.9%	67.4%	89.8%	
322.8	392	82.4%	322.8	288.5	193.9	40468.2	26978.8	20234.1		44.9%	67.4%	89.8%	
plus 60% als Zubringer HF/FH			426.9	284.6	213.4					44.9%	67.4%	89.8%	
Assistenz Gesundheit/Soziales (AGS) normals Pflegeassistent		BG	Bedarf jährliche Abschlüsse		Bedarf Total Personen in Ausbildung/Jahr bei zweijähriger Ausbildung		Bedarf Ausbildungswochen/Jahr bei 2 Jahre Ausbildung		Berechnete Soll-Ausbildungsleistung 2012 in Wochen		Bedarfsdeckung mit höherem Standard Pflege 11.9 Wo./VZÄ ab 2013		
VZÄ	Pers.	BG	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Akutsomatik/Reha	Pflege Diplom FH	Pflege Diplom HF		
272.3	378	72.0%	37.8	25.2	18.9	2509.9	1673.3	1255.0	1140.7	45.4%	68.2%	90.9%	
56.6	70	79.4%	56.6	47.7	35.5	75.6	50.4	37.8	AGS	51.1%	76.6%	102.2%	
plus 60% als Zubringer HF/FH			79.1	48.1	36.1					53.8%	80.8%	107.7%	
Pflege und Betreuung Psychiatrie		BG	Bedarf jährliche Abschlüsse		Bedarf Total Personen in Ausbildung/Jahr bei dreijähriger Ausbildung		Bedarf Ausbildungswochen/Jahr bei 3 Jahre Ausbildung		Berechnete Soll-Ausbildungsleistung 2012 in Wochen		Bedarfsdeckung mit Berechnung Soll-Ausbildungsleistung 2012		
VZÄ	Pers.	BG	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Psychiatrie	Pflege Diplom FH	Pflege Diplom HF		
893.9	1202	73.5%	120.2	80.1	60.1	36.06	24.04	18.03	257.9	51.1%	76.6%	102.2%	
88.4	120	73.5%	12.0	8.0	6.0	324.54	216.36	162.27	4193.1	53.8%	80.8%	107.7%	
108.2	72.1	54.1	108.2	72.1	54.1					51.6%	77.4%	103.2%	
7.0	4.7	3.5	7.0	4.7	3.5	237.36	158.24	118.68	FaGe	51.6%	77.4%	103.2%	
72.1	48.1	36.1	72.1	48.1	36.1					51.6%	77.4%	103.2%	
79.1	52.7	39.6	79.1	52.7	39.6					51.6%	77.4%	103.2%	
Weiterbildungen INA		BG	Bedarf jährliche Abschlüsse		Bedarf Total Personen in Ausbildung/Jahr bei zweijähriger Weiterbildung		Bedarf Ausbildungswochen/Jahr bei 2 Jahre Ausbildung		Berechnete Soll-Ausbildungsleistung 2012 in Wochen		Bedarfsdeckung mit Berechnung Soll-Ausbildungsleistung 2012		
VZÄ	Pers.	BG	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Bedarf 10.J. Verv.eidauer	Bedarf 15.J. Verv.eidauer	Bedarf 20.J. Verv.eidauer	Akutsomatik	Intensivpflege	Notfallpflege	Anästhesiepflege NDS	
803.2	971	82.7%	97.1	64.7	48.6	7301.9	4887.9	3651.0	3139.0	43.0%	64.5%	86.0%	
239.1	322	74.2%	32.2	21.5	16.1	2447.2	1631.5	1223.6	1574.5	64.3%	96.5%	128.7%	
331.8	412	80.5%	41.2	27.5	20.6	3164.2	2109.4	1582.1	1882.4	59.5%	89.2%	119.0%	

Anhang D – Anpassungen aufgrund der Vernehmlassung

Grundsätzlich wurde das Berechnungsmodell für die Aus- und Weiterbildungsverpflichtung als plausibel, klar in der Anwendung sowie überprüfbar positiv gewürdigt, da der Ist-Stellenplan als Grundlage eine objektive Einschätzung ermöglicht. Die Homogenisierung des zeitlichen Ausbildungsaufwandes auf die Masseinheit «Woche» pro Beruf wurde als sinnvoll und nachvollziehbar bewertet, weil dadurch eine einfache und vergleichbare Erfassung der Leistung erfolgen kann.

Kritische Einwände gab es vor allem zu folgenden Aspekten:

1. Fehlen einer geregelten Finanzierung/eines ausgleichenden Bonus-Malus-Systems
2. Nachwuchsbedarf, Normwerte und Übergangsfrist
3. Fehlen einer Überprüfung der Ausbildungsqualität
4. Handel mit Ausbildungsleistungen
5. Einbindung weiterer Leistungserbringer.

Es wurde zudem beantragt, den Beruf der diplomierten Rettungssanitäterin HF / diplomierten Rettungssanitäter HF nicht mehr im Konzept zu integrieren, da die Konferenz Leistungserbringer Ambulanzdienste (KLA) für diesen Beruf ein eigenes Verpflichtungskonzept im Kanton Zürich entwickelt hat und deren Umsetzung ebenfalls ab 2013 vorgesehen ist.

1. Fehlen einer geregelten Finanzierung/eines ausgleichenden Bonus-Malus-Systems

Bemängelt wurde das Fehlen einer geregelten Finanzierung und daraus folgend das Fehlen von finanziellen Anreizen. Die Ausbildungsleistungen über das obligatorisch definierte Soll würden dadurch nicht vergütet und müssten über Erträge der Patientenversorgung querfinanziert werden. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sei es für die Betriebe folglich von Vorteil, Aus- und Weiterbildungsleistungen auf das geforderte Mass zu reduzieren. Da die Vergütung z. B. in der DRG-Pauschale eingerechnet sei, bestünde kein direkter Bezug zu Ausbildungsleistungen und die Deckung wäre abhängig von Fallmenge/ Fallschwere. Weiter sei eine höhere Baserate für überdurchschnittliche Aus- und Weiterbildungsleistung nicht realistisch und wünschenswert, da sie zur Benachteiligung im Wettbewerb führen würde. Es wurde aufgeführt, dass ein verbindliches Bonus-Malus-System zu schaffen sei und die Festlegung der Ausbildungs-Nettonormkosten pro Beruf zu erfolgen habe. Zudem wurde der Vorschlag unterbreitet, den Verband der Zürcher Krankenhäuser (VZK) zum Führen eines Ausgleichspools für die Listenspitäler zu beauftragen.

Aus Sicht der Gesundheitsdirektion ist die Entschädigung der nicht-universitären Aus- und Weiterbildungen im stationären Bereich gesichert, da sie in den vom Kanton und den Versicherern zu leistenden Pauschalen im Sinne von Art. 49 KVG bereits enthalten ist. Es werden keine zusätzlichen Vergütungen geleistet. Im Rahmen der zunehmenden Verselbständigung der Betriebe und somit Übernahme der Verantwortung, ist es angezeigt, dass es ein zentrales strategisches Ziel der Betriebe sein wird, ihr benötigtes qualifiziertes Personal selber zu sichern und über eine hohe Menge an Aus- und Weiterbildungsleistungen entsprechendes Personal an den eigenen Betrieb zu binden. Für die Berechnungen der Nettonormkosten der Aus- und Weiterbildungen verfügen die Betriebe über die notwendigen Daten, die sie auch für die Tarifverhandlungen benötigen bzw. verwenden. Die Gesundheitsdirektion hat keine direkte Einflussmöglichkeit auf die Ausbildungskosten. Auf nationaler Ebene bestehen Bemühungen, bis Oktober 2012 Berechnungsgrundlagen mit Preisempfehlungen zu erstellen. Die können dann von den Betrieben für ihre Verhandlungen verwendet werden. Der Schaffung eines Ausgleichspools steht nichts im Wege. Dieser bleibt jedoch in der Verantwortung der Listenspitäler und sie können eine zuständige Stelle, z. B. den VZK, dafür beauftragen. Die Betriebe wären folglich angehalten, dieser Stelle auch die entsprechenden Daten für die Bewirtschaftung des Ausgleichspools zur Verfügung zu stellen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass ein solcher Ausgleichspool nicht Ersatzabgaben bzw. Sanktionen bei Minderleistungen, die die Gesundheitsdirektion aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen auszusprechen hat, ersetzen wird.

2. Nachwuchsbedarf, Normwerte und Übergangsfrist

Es wurde dringend empfohlen, den Nachwuchsbedarf zu ermitteln. Weiter wurde eine Verifizierung der Normwerte beantragt, da deren unterschiedliche Höhen teilweise als nicht nachvollziehbar bewertet wurden. Einerseits wurde stark dafür plädiert, die Übergangsfrist zu streichen, von anderen wurde aufgeführt, dass eine zweijährige Einführungsphase zu kurz sei.

Das Konzept basiert auf dem Verständnis, dass in einem ersten Schritt die Aus- und Weiterbildungspotentiale der Betriebe ermittelt und erst in einem zweiten Schritt eine Steuerung pro Beruf gemäss Nachwuchsbedarf erfolgen wird. Eine Aktualisierung der Bedarfsberechnung pro Beruf konnte die Gesundheitsdirektion aufgrund der eingereichten Ist-Stellendotationen mit Stichtag 1. Januar 2012 für die Listenspitäler durchführen. Valide Aussagen zur Personalbedarfsentwicklung anhand der erhobenen Kenndaten der letzten 5 bis 10 Jahren können nicht gemacht werden, da in diesem Zeitraum zweimal eine Veränderung in der Methodik der Erhebung erfolgte (2007 und 2010). Zudem sind keine vollständigen Daten von im Ausland erworbenen Diplomen vorhanden und die stattfindende Weiterentwicklung des Skill und Grade Mixes bei der Berufsgruppe Pflege und Betreuung ist noch im Gange. Ein Beispiel: Im Vergleich zu früheren Jahren werden in der Psychiatrie keine Assistenzberufe mit Abschluss in der Pflege mehr beschäftigt. Zudem bleibt aufgrund der DRG-Einführung zu beobachten, welche Auswirkungen sich auf die bestehende Stellendotation abzeichnen werden – kürzere Aufenthaltsdauer, komplexere Situationen, mehr «Patientendurchlauf» als auch «ambulant vor stationär».

Anhand der berechneten Soll-Ausbildungsleistungen 2012 wurde deren Deckungsgrad mit der aktualisierten Nachwuchsbedarfsberechnung eruiert. Bei den medizinisch-technischen und -therapeutischen Berufen sowie den Hebammen resultierte, ausser bei der Operationstechnik und Intensivpflege, eine Deckung von rund 80 Prozent und mehr bei einer Berufsverweildauer von 15 Jahren. Bei der Ernährungsberatung ist der Deckungsgrad am höchsten. Der dafür ermittelte hohe Normwert ist jedoch tiefer als jener in den Kantonen Bern und Aargau und lässt sich dadurch begründen, dass durch das Outsourcing der Ernährungsberatung deren Nachwuchs trotzdem zu sichern ist. Bei der Gruppe Pflege und Betreuung hat die Psychiatrie ebenfalls einen Deckungsgrad von rund 80% mit Normwert von 10.2 Wochen Ausbildungsleistung pro Vollzeitstelle. Hingegen ist in der Akutsomatik / Rehabilitation der Deckungsgrad bei dieser Berufsgruppe eindeutig noch zu tief. Es wurde deshalb entschieden, unter Beibehaltung der Übergangsfrist, für diesen Bereich und diese Berufsgruppe den Normwert anzuheben.

Ausser letztgenannter Anpassung ist eine Verifizierung aller Normwerte zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht angezeigt, sondern zuerst ist die Umsetzung des Gesamtvolumens mit flexibler Gewichtung pro Beruf durch die Betriebe zu beobachten.

3. Fehlen einer Überprüfung der Ausbildungsqualität

Bemängelt wurde, dass die Überprüfung der Ausbildungsqualität nicht im Konzept enthalten ist – Ausbildungskonzepte der Betriebe müssten vorliegen und deren Umsetzung überprüft werden. Weitere Aspekte wie Vorgaben von Ausbildungsstrukturen, Ausweis des Ausbildungserfolges und/oder die Verpflichtung der Betriebe zur bereits bestehenden Befragung zur Praktika-Zufriedenheit der Auszubildenden wurden genannt. Es wurde die Befürchtung geäussert, dass ansonsten die einseitige Fokussierung auf die Quantität und der zunehmende finanzielle Druck die Betriebe dazu zwingen, ihre persönlichen Ressourcen zu reduzieren.

Die Gesundheitsdirektion hat diese Einwände sorgfältig und in enger Zusammenarbeit mit der Bildungsdirektion geprüft. Es konnte festgestellt werden, dass die bestehenden gesetzlichen Grundlagen sowie qualitativen Berufsbildungsvorgaben auf Sekundarstufe II und Tertiärstufe inklusive der definierten Kontrollorgane die Sicherstellung der Qualität gewährleisten und folglich die Gesundheitsdirektion keine ergänzenden qualitativen Vorschriften zu erlassen hat.

4. Handel mit Ausbildungsleistungen

Die Möglichkeit des Handels mit Ausbildungsleistungen wurde grundsätzlich begrüsst. Der Koordinationsaufwand sei jedoch z. T. erheblich und zudem würden dafür valide Nettokosten benötigt. Von einer Institution wurde aufgeführt, dass diese Option einen sinnvollen Anreiz biete, über das erforderliche Mass auszubilden. Demgegenüber wurde von einer Mehrheit dargelegt, es bestehe keinen Anreiz überschüssige Leistungen zu tauschen, da die Gesamtvorgaben der Ausbildungsverpflichtung erfüllt werden müssen.

Wie unter Antwort 1 schon erwähnt, obliegt die Festlegung der Nettonormkosten in der Verantwortung der Betriebe. Gesamthaft wurde jedoch zu wenig erkannt, dass gerade für jene Betriebe, die schon über das geforderte Soll Ausbildungsleistungen anbieten, diese Option einen finanziellen Anreiz darstellt, da sie ihre überschüssigen Leistungen «verkaufen» können. Es wird den Listenspitäler empfohlen, zu prüfen, ob sie für die Koordination eine zuständige Stelle beauftragen wollen, eventuell zusammen mit der Bewirtschaftung eines Ausgleichpools.

5. Einbindung weiterer Leistungserbringer

Es wurde aufgeführt, dass der Grundsatz «wir bilden selber aus, wen wir brauchen» infolge der Verpflichtung im Rahmen des SPFG nur teilweise erfüllt wird. Es wurde die Einbindung der anderen Leistungserbringer in die Ausbildungsverpflichtung beantragt.

Aufgrund der bestehenden Rechtsgrundlage erfolgt die Konzentrationsverpflichtung zurzeit nur in jenem Bereich, wo eindeutig gesetzliche Grundlagen inkl. der Regelung der Finanzierung bestehen. Der entsprechende Nachwuchsbedarf wurde nur für die Listenspitäler mit Standort Kanton Zürich in die Kalkulationen einbezogen. Auch hat sich in der Zwischenzeit herausgestellt, dass dieses Modell wohl für den stationären Langzeitbereich im Kanton Zürich anwendbar ist, jedoch im Vergleich zum Kanton Bern nicht für den Spitex-Bereich, da im Kanton Zürich noch sehr viele kleine Spitex-Institutionen bestehen. Die Gesundheitsdirektion wird die Klärung über weitere gesetzliche Möglichkeiten bzw. andere Formen der Verpflichtung für andere Leistungserbringer wie z. B. ambulante und stationäre Langzeitversorgung weiterverfolgen, jedoch hat dies keinen unmittelbaren Einfluss auf das Konzept und die Verpflichtung der Listenspitäler ab 2013.

6. Verpflichtung für den Beruf der diplomierten Rettungssanitäterin HF / diplomierter Rettungssanitäter HF

Es wurde beantragt, den Beruf der diplomierten Rettungssanitäterin HF / diplomierten Rettungssanitäter HF nicht mehr im Konzept zur Aus- und Weiterbildungsverpflichtung zu integrieren, da die Konferenz Leistungserbringer Ambulanzdienste (KLA) für diesen Beruf ein eigenes Verpflichtungskonzept entwickelt hat und deren Umsetzung ebenfalls ab 2013 vorgesehen ist.

Die Gesundheitsdirektion hat den Antrag sowie das entwickelte Konzept sorgfältig geprüft und sie teilt die Ansicht. Es wurde für sinnvoll befunden, für diese Berufsgruppe nicht durch zwei Instanzen eine Ausbildungsverpflichtung auszusprechen, da die Zuständigkeit des Ambulanzdienstes den Gemeinden obliegt und die Finanzierung nicht über die DRG-Pauschale erfolgt. Jedoch werden die Spezialpraktika im stationären Bereich (z. B. Pflege, Notfall- und Intensivpflege) dieses Berufs als anrechenbare Ausbildungsleistungen den Listenspitälern anerkannt und sind von ihnen im Leistungsnachweis entsprechend aufzuführen, sodass die Studierenden dieses Berufs weiterhin gemäss den Rahmenlehrplan-Vorgaben diese Spezialpraktika in den Spitälern absolvieren können.