



**DEPARTEMENT  
GESUNDHEIT UND SOZIALES**  
Abteilung Gesundheit

17. September 2018

**SPITALLISTE 2020 AKUTSOMATIK DES KANTONS AARGAU**

---

Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG

---

zuhanden der Bewerber für die Spitalliste 2020 Akutsomatik zu den Leistungsaufträgen gemäss Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik AG Version 2018.1

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau</b> .....	<b>4</b>
2.1 Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe .....	4
2.2 Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen .....	4
<b>3. Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik AG für die Spitalliste des Kantons Aargau</b>	<b>5</b>
3.1 Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal .....	5
3.1.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	5
3.1.2 Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall .....	6
3.2 Anforderungen für die Notfallstation .....	7
3.3 Anforderungen an die Intensivstationen .....	10
3.4 BP / BPE Basispaket / Basispaket elektiv (Version 2017.1, angepasst) .....	12
3.5 Facharzt-Qualifikation (Version 2018.1, angepasst).....	13
3.6 Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen .....	14
3.6.1 DER2 Wundambulatorium (V2.0) .....	14
3.6.2 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1).....	14
3.6.3 NEU4 Epileptologie (Version 2018.1) .....	15
3.6.4 END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0) .....	15
3.6.5 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1).....	15
3.6.6 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0) .....	15
3.6.7 ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0, angepasst).....	15
3.6.8 HER Herzchirurgie (Version 2015.1, angepasst).....	16
3.6.9 KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0) .....	16
3.6.10 NEP1 Nephrologie (Version 2017.1) .....	16
3.6.11 PNE1 Pneumologie (V2.0).....	16
3.6.12 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2018.1).....	16
3.6.13 PNE2 Polysomnographie (V2.0).....	16
3.6.14 BEW3 Handchirurgie (V2.0, angepasst).....	17
3.6.15 BEW10 Plexuschirurgie (V2.0) .....	17
3.6.16 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0).....	17
3.6.17 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 37. SSW) (Version 2017.2).....	17
3.6.18 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1).....	19
3.6.19 NEO1 bis NEO1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1).....	20
3.6.20 NUK1 Nuklearmedizin (V2.0, angepasst).....	20
3.6.21 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1) .....	20
3.6.22 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2017.1).....	21
3.6.23 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1, angepasst) .....	21
3.6.24 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2018.1, angepasst) .....	22
3.7 Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0, angepasst).....	23
3.8 Tumorboard (V2.0).....	24
3.9 Mindestfallzahlen .....	25
3.10 Leistungsauftragscontrolling .....	25

## 1. Einleitung

Die Spitallisten 2012 und 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau basierten bis anhin auf der Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik (SPLG-Systematik) und den dazugehörigen „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen“ des Kantons Zürich. Diese „Zürcher Anforderungen“ übernahm der Kanton Aargau nahezu. Ebenso verwendete der Kanton Aargau die gleiche Software wie der Kanton Zürich zum Gruppieren der Leistungen entsprechend der Zürcher SPLG-Systematik. Damit sollte zur gesetzlich verlangten Vergleichbarkeit der Spitalplanungen unter den Kantonen beigetragen werden.

Auf Grund der Erfahrungen der letzten Jahre zeigte sich, dass die Anforderungen an die Leistungsgruppen jedoch an die Situation im Kanton Aargau differenzierter angepasst werden müssen (insbesondere bei der geforderten Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte, den formalen Kriterien für Kooperationen und den Anforderungen an die Notfallstationen). Dies umso mehr, als der Kanton Aargau nur eine beschränkte Einflussmöglichkeit auf die Weiterentwicklung der Zürcher Anforderungen hat.

Die gleiche Erfahrung machte auch der Kanton Bern. Deshalb erteilte der Regierungsrat des Kantons Bern einer Arbeitsgruppe (ASLA) unter Federführung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) den Auftrag, die Zürcher Anforderungen mit Blick auf die bei den Berner Listenspitälern zu Problemen führenden Anforderungen zu überprüfen und gleichwertige Alternativen vorzuschlagen. Diese alternativen Lösungen müssen weiterhin die bisherige Qualität gewährleisten. Der Auftrag der ASLA bestand letztlich darin, die Zürcher Anforderungen an Berner Verhältnisse anzupassen respektive Berner Anforderungen als Grundlage für die Spitalliste des Kantons Bern zu entwickeln. Weitere Vorgaben für das Anpassungsverfahren waren Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Ergebnisoffenheit.

Die Zürcher Anforderungen werden jedoch nicht grundsätzlich bestritten und sollen als solche ausschliesslich punktuell verändert werden. Um die Vergleichbarkeit der Planungen unter den Kantonen nicht zu gefährden werden die Anforderungen des Kantons Zürich, die gemäss der ASLA unverändert bleiben sollen, auch unverändert übernommen. Die ICD- und CHOP-Kataloge (inklusive der entsprechenden Groupersoftware-Versionen) des Kantons Zürich sind von den Änderungen ausgeschlossen. Sie sind weiterhin für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern wie auch des Kantons Aargau verbindlich.

Die Berner Anpassungen der SPLG entspricht gemäss Einschätzung des Departements Gesundheit und Soziales besser den Bedürfnissen des Kantons Aargau an eine Spitalliste im Bereich der Akutsomatik. Deshalb werden für die Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau grundsätzlich die SPLG Akutsomatik des Kantons Bern verwendet. Die Anforderungen wurden punktuell an die Gegebenheit im Kanton Aargau angepasst.

Das vorliegende Dokument dient der Beschreibung und Erläuterung der Anforderungen an die Aargauer Listenspitäler im Bereich Akutsomatik, welche für die neue Spitalliste 2020 Akutsomatik gelten. Nur Spitäler, welche diese Anforderungen erfüllen, können einen Leistungsauftrag des Kantons Aargau erhalten. Das Dokument bildet zusammen mit der in der Bewerbungstabelle enthaltenen Tabelle der leistungsspezifischen Anforderungen die SPLG-Systematik Akutsomatik des Kantons Aargau.

## **2. Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau**

### **2.1 Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe**

Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG ist es, die gesetzlichen und planerischen Grundlagen, welche der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau zugrunde liegen, zuhanden der Bewerber für die Spitalliste Akutsomatik 2020 des Kantons Aargau zu beschreiben und zu erläutern. Zusammen mit den generellen Anforderungen an die Listenspitäler, den leistungsspezifischen Anforderungen der SPLG-Systematik AG für den Bereich Akutsomatik und den für die Zuordnung der Leistungen massgebenden aktuellen ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich (inklusive der aktuellen Groupersoftware-Versionen)<sup>1</sup> bilden sie die Grundlage für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau.

### **2.2 Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen**

Dieses Dokument äussert sich mit Blick auf die Leistungsaufträge spezifisch zu den Anforderungen bezüglich der Leistungsaufträge in der Akutsomatik. Sie erläutern die Anforderungen an die Leistungsaufträge der SPLG-Systematik Akutsomatik AG (Ziff. 3.1 bis 3.8) und äussern sich zu den Mindestfallzahlen (Ziffer 3.9) sowie zum Leistungsauftragscontrolling (Ziffer 3.10). Diese beruhen einerseits auf den Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik für die Spitalliste des Kantons Bern, andererseits auf den „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2018.1)“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Die generellen Anforderungen für einen oder mehrere Leistungsaufträge auf der Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau sind im Dokument "Spitallisten 2020 – Generelle Anforderungen" vom 12. September 2018 festgehalten. Rechtliche Grundlage der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Psychiatrie AG bilden das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), die Verordnung dazu (KVV) und die kantonale Spitalversorgungsgesetzgebung des Kantons Aargau (SpiG, SpiV und SpiliV).

---

<sup>1</sup> Vgl. „Definition der Leistungsgruppen und deren Anforderungen“ des Kantons ZH [http://www.gd.zh.ch/inter-net/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_spitallisten/akutsomatik.html](http://www.gd.zh.ch/inter-net/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html).

### 3. Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik AG für die Spitalliste des Kantons Aargau

#### 3.1 Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal

##### 3.1.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Facharzttitel gefordert. Es muss mindestens eine oder einer der genannten Fachärztinnen oder Fachärzte verfügbar sein. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und/oder Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen oder Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals beziehungsweise der Fachärztinnen oder Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser regeln zwingend vertraglich (zum Beispiel in Form eines Arbeits-, Konsiliararzt-, Belegarztvertrages) folgende Punkte mit der Fachärztin oder dem Facharzt:

- Facharzt-Titel (eidg. Diplom), allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel
- Einsatzstandort der Fachärztin oder des Facharztes (Spitalstandort / Ort der Sprechstundentätigkeit)
- Weisungsbefugnis der verantwortlichen ärztlichen Leitung sowie der Spitalleitung des Listenspitals gegenüber der Fachärztin oder dem Facharzt
- Zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes entsprechend dem in der SPLG-Systematik Akutsomatik AG für die entsprechende Leistungsgruppe vorgesehenen Level der Facharztverfügbarkeit (siehe auch nachfolgende Tabelle 1), inklusive Vertretung bei Abwesenheiten, Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst, Pikett
- Soweit die Fachärztin oder der Facharzt nicht beim Listenspital angestellt ist:
- Nachweis Haftpflichtversicherung
- Organisationsreglement (zum Beispiel OP-Statut)
- Ausübung der ärztlichen Kunst entsprechend den Richtlinien der Fachgesellschaften und gemäss dem aktuellen medizinischen Stand (Sicherstellung/Überprüfung anhand der Fortbildungsbestätigungen)
- Auflösung des Vertragsverhältnisses

Pro Leistungsgruppe ist eine **bestimmte zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes** gefordert. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr gewährleistet sein. Nachfolgend sind die für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau definierten zeitlichen Verfügbarkeiten der Fachärztinnen und Fachärzte aufgeführt. Die Verfügbarkeit muss auch bei Belegärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein.

Tabelle 1: Levels für die Facharzt-Verfügbarkeit in der Akutsomatik

Bezeichnung des Levels	Kurzform	Beschreibung
Level 1	FA Erreichbarkeit ≤ 60 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt ist innert 60 Minuten erreichbar oder die Patientin oder der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention ≤ 60 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt der jeweiligen Leistungsgruppe ist jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch die Fachärztin oder den Facharzt erbringbar oder ist anderweitig, basierend auf Konzepten oder Verträgen sichergestellt. In den Dokumenten muss definiert werden, wie die Abwesenheit der Fachärztin oder des Facharztes geregelt

Bezeichnung des Levels	Kurzform	Beschreibung
		wird ohne längere Latenz für die Patientin oder den Patienten. Die Patientinnen und Patienten dürfen nicht ohne Notwendigkeit (Komplikationen) verlegt werden.
Level 3	FA Intervention ≤ 30 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt der jeweiligen Leistungsgruppe ist jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4.1 (GEB1)	≤ 30 Minuten Alarmierung/Geburtszeit	<p>Nur für die Geburtshilfe, 24-Stunden-Betrieb. Für die Geburtshilfe ist eine Fachärztin oder ein Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe verantwortlich.</p> <p>Das Auftreten erster Anzeichen einer akuten fetalen Gefährdung bis zur fetalen Schädigung ist ein kontinuierlicher Prozess, was die Definition eines für Mutter und Kind sicheren Zeitintervalls zwischen Alarmierung und Entbindung verunmöglicht. Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung des der Ärztin oder des Arztes für Geburtshilfe mit Facharzttitel bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden.</p> <p>Bei einer dringenden Sectio (Sectio-Dringlichkeit Grad 2 gemäss Guideline Section Caesarea der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [SSGG]) muss die Entscheid-Entbindungszeit von 60 Minuten gewährleistet werden. Zwischen Entscheidung beziehungsweise Ruf der Fachärztin oder des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes dürfen maximal 60 Minuten vergehen.<sup>2</sup></p>
Level 4.2 (ab GEB1.1)	FA-Intervention <10 Minuten resp. <15 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt Geburtshilfe ist innerhalb von 10 Minuten im Spital beziehungsweise die Fachärztin oder der Facharzt Neonatologie oder die Fachärztin oder der Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland).

### 3.1.2 Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall

Das Notfallkonzept des Listenspitals gewährleistet in der Regel eine ärztliche Interventionsmöglichkeit innerhalb von höchstens 15 Minuten.

Um in den verschiedenen Organisationseinheiten den einheitlichen Vollzug zu gewährleisten, ist dieser Artikel wie folgt zu verstehen:

- Bei Spitälern mit Schwerpunkt Akutsomatik muss die ärztliche Intervention vor Ort bei der Patientin oder beim Patienten erfolgen können. Innert in der Regel maximal 15 Minuten hat ärztliches Personal auf der Station bei der Patientin oder beim Patienten vor Ort zu sein. Damit ist nicht eine

<sup>2</sup> Vgl. weiter "Guidelines sectio caesarea" ([https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/2\\_Guidelines/De/Guideline\\_Sectio\\_Caesarea\\_2015.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf)) sowie die Richtlinien "Neonatale Erstversorgung – interdisziplinäre Empfehlungen" (Swiss Medical Forum 2016; 16(44):938 – 942).

bestimmte Fachärztin oder ein bestimmter Facharzt gemeint, vielmehr kann es sich auch um eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt handeln.

- Bei Geburtshäusern muss die Intervention vor Ort bei der Patientin oder dem Patienten<sup>3</sup> erfolgen können. Innert in der Regel maximal 15 Minuten hat die Ärztin oder der Arzt im Geburtshaus bei der Patientin oder dem Patient vor Ort zu sein. Ist dies nicht möglich, kann alternativ die ärztliche Interventionsfrist auch über den **Beizug des Rettungsdienstes (RD)** sichergestellt werden.

Mit dem Prozess:

- Übergabe der Patientin vom Geburtshaus an den RD (GebH → RD),
- Transport und Übergabe der Patientin vom RD an die Ärztin oder den Arzt (RD → Ärztin/Arzt)

muss die ärztliche Intervention innert in der Regel maximal 15 Minuten sichergestellt sein.

Obiges ist wie folgt zu regeln:

- Der Vorgehensablauf bei einem Notfall ab Notfall-Eintritt bis zum Beizug des RD und Übergabe der Patientin an den RD sind in **einem Kooperationskonzept**<sup>4</sup> geregelt (Beschrieb und Visualisierung des Prozessablaufs).
- Der Rettungsablauf ab erfolgtem Notruf bis erfolgter Übernahme der Patientin durch den RD ist in einem **Kooperationsvertrag**<sup>5</sup> GEBH/RD geregelt.

### 3.2 Anforderungen für die Notfallstation

Für Spitalstandorte mit Basispaket (BP) und damit Notfallpatientinnen und Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. In Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe, werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfallanforderungen vorgeschrieben. Für Notfallstationen (NFS) mit NFS Level 1 wird zudem eine Delegationsmöglichkeit vorgesehen (siehe dazu nachfolgend unter Buchstabe a und die Tabelle unter Buchstabe b).

#### Notfallstationen Level 1

Bei allen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG mit NFS Level 1 können sich die Listenspitäler mittels Kooperationsvertrag zeitlich vom Führen einer (eigenen) adäquaten NFS am Standort der Leistungserbringung befreien. Damit besteht für diese Listenspitäler die Möglichkeit, den Betrieb der NFS Level 1 vor Ort zeitlich einzuschränken, das heisst die NFS Level 1 muss nicht ganzjährig durchgehend während 24 Stunden an 7 Tage in der Woche geöffnet sein.

Der Entscheid der Verlegung einer Patientin oder eines Patienten liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

#### Notfallstationen Level 2 oder Level 3

Bei Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG mit NFS Level 2 oder NFS Level 3 wird das Führen einer adäquaten (eigenen) NFS am Standort der Leistungserbringung zwingend vorgeschrieben. Diese NFS muss dann auch für die zugeteilten Leistungsgruppen mit NFS Level 1 geführt werden.

---

<sup>3</sup> Geburtshauskundin oder Neugeborenes

<sup>4</sup> Vgl. 3.7 Buchstabe b) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationskonzepten.

<sup>5</sup> Vgl. 3.7 Buchstabe a) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen.

## Notfallstationen Level 4 Geburtshilfe

Für Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG mit NFS Level 4 (Geburtshilfe) wird das Führen einer adäquaten (eigenen) NFS am Standort der Leistungserbringung zwingend vorgeschrieben.

Tabelle 2: Levels für die Notfallstation (NFS) in der Akutsomatik

Anforderungen	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 Geburtshilfe
<b>Ärztliche Versorgung Notfall</b>	<b>8-17 Uhr Mo - Fr:</b> Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).	<b>8-17 Uhr Mo - Fr:</b> Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).	<b>8 – 23 Uhr Mo - Fr:</b> Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).	<b>24 Stunden Mo - So:</b> Eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe in 30 Minuten <sup>6</sup> vor Ort zur Verfügung.  Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung der Ärztin oder des Arztes für Geburtshilfe mit Facharzttitel bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden. <sup>7</sup>

<sup>6</sup> Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

<sup>7</sup> Vgl. Fussnote 2



Anforderungen	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 Geburtshilfe
	<p><b>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen:</b></p> <p>Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p><b>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen:</b></p> <p>Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p><b>23-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen:</b></p> <p>Assistenzärztinnen und Assistenzärzte stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mindestens eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt Medizin in der 2. Hälfte der Facharztausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb von 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung.</p>	

Anforderungen	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 Geburtshilfe
<b>Am Spital zwingend notwendige Fachdisziplinen</b>	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit in der Nacht (17 – 8 Uhr) und am Wochenende und Feiertagen:  Innere Medizin (in 30 Minuten <sup>8</sup> )  Chirurgie (in 30 Minuten <sup>8</sup> )  Anästhesie (in 30 Minuten <sup>8</sup> )		Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit:  Anästhesie (im Haus)  Intensivmedizin (im Haus)	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Anästhesie: Zwischen Ruf der Fachärztin oder des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes dürfen bei einer Notfallsectio maximal 30 Minuten vergehen<sup>8</sup> (erforderlich ist ein Konzept<sup>9</sup>).</li> <li>Hebammen: Die Hebamme ist im Spital, wenn die Gebärende eintritt.</li> </ul>

### 3.3 Anforderungen an die Intensivstationen

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

Tabelle 3: Levels für die Intensivstationen in der Akutsomatik

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Inten- sivmedizin SGI	Level 3 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Inten- sivmedizin SGI
<b>Basis-Richtlinien</b>	Die Anforderungen für eine Überwachungsstation (Intensivstation Level 1) sind untenstehend definiert.	Die Richtlinien vom 3. September 2015 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI <sup>10</sup> , inklusive Anhang I Qualitätskriterien <sup>11</sup> , sind einzuhalten.	

<sup>8</sup> Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

<sup>9</sup> Es muss in einem Konzept dokumentiert werden, wie die maximal 30 Minuten zwischen Ruf der Fachärztin / des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes im Fall einer Notfallsectio eingehalten werden. Die Prüfung kann entlang des Rapports von ausgewählten Einzelfällen erfolgen. Das nicht-ärztliche Anästhesiepersonal ist mit dieser Regelung nicht angesprochen. Dieses muss gemäss Dienstplan verfügbar sein.

<sup>10</sup> [https://www.swiss-icu-cert.ch/files/daten/Dokumente/01\\_SGI\\_ZK-IS\\_Zertifizierung\\_Richtlinien\\_2015\\_GV\\_V13\\_DT.pdf](https://www.swiss-icu-cert.ch/files/daten/Dokumente/01_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_2015_GV_V13_DT.pdf)

<sup>11</sup> [https://www.swiss-icu-cert.ch/files/daten/Dokumente/02\\_SGI\\_ZK-IS\\_Zertifizierung\\_Richtlinien\\_2015\\_GV\\_Anhang\\_I\\_Kriterien\\_V13\\_DT.pdf](https://www.swiss-icu-cert.ch/files/daten/Dokumente/02_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_2015_GV_Anhang_I_Kriterien_V13_DT.pdf)

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Inten- sivmedizin SGI	Level 3 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Intensiv- medizin SGI
Zusatz- bedin- gungen		Eine Fachärztin oder ein Facharzt als Hintergrund- dienst (telefonisch immer erreichbar, innert zwei Stunden vor Ort).	Eine Fachärztin oder ein Facharzt ist immer vor Ort.

### Anforderungen für Intensivstation (IS) Level 1 Überwachungsstation

Eine Überwachungsstation (gemäss IS Level 1) im Haus, das heisst am Standort, ist erforderlich für:

- die postoperative Überwachung von Patientinnen und Patienten (primär elektive Eingriffe),
- die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfallstation (BP),
- die Übernahme von Patientinnen und Patienten von einer Bettenstation.

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24h/7d Betrieb im Haus (am Standort) möglich sein.
2. Das Spital hat für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten Kooperationsverträge mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 gemäss Aargauer Spitalliste verfügen.
3. Das Spital behandelt nur ASA I-II beziehungsweise stabile ASA III Patientinnen und Patienten (keine Risiko-Patientinnen und -Patienten)<sup>12</sup>.
4. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

Fachpersonal:

5. Dem ärztlichen Fachpersonal der Überwachungsstation obliegt die Verantwortung der Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin). Dies betrifft die Sicherheit der Patientinnen und Patienten für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Patientin oder des Patienten und der Infrastruktur des Spitals. Die Anästhesistin oder der Anästhesist ist innert 30 Minuten (im Pikettdienst möglich) im Haus verfügbar.
6. Die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter der Überwachungsstation ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten der Überwachungsstation eine Ärztin oder ein Arzt im Spital anwesend ist, die oder/ der jederzeit für die Patientinnen und Patienten der Überwachungsstation zuständig und verfügbar ist. Es muss sichergestellt sein, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentralvenöser Katheter, Thoraxdrainage [nicht abschliessende Aufzählung]) jederzeit durchgeführt werden können.  
Ein für die Überwachungsstation zuständige Kaderärztin oder ein zuständiger Kaderarzt mit einem eidgenössischen Facharzt Intensivmedizin oder Anästhesiologie / Innere Medizin / Chirurgie

<sup>12</sup> Die ASA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung von Patientinnen und Patienten in verschiedene Gruppen bezüglich des körperlichen Zustandes. Das von der American Society of Anesthesiologists (ASA) entwickelte Schema unterscheidet die Patientinnen und Patienten vor der Narkose anhand von systemischen Erkrankungen.

ASA 1: Normaler, gesunder Patient

ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung

ASA 4: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist.

ASA 5: moribunder Patient, der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird

ASA 6: hirntoter Patient, dessen Organe zur Organspende entnommen werden

/ Pädiatrie mit mindestens sechsmonatiger Weiterbildung in Intensivmedizin muss im Spital anwesend oder im Dienstbetrieb bei Bedarf innert 30 Minuten (im Pikettdienst möglich) auf der Überwachungsstation zugegen sein. Dies nur, falls die Stationsärztin oder der Stationsarzt der Überwachungsstation diese Qualifikation nicht erfüllt.

7. Ein ärztlicher Vertreter der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation) beziehungsweise der Operateur, welcher den Patientinnen und Patienten auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss  $\leq 1$  Stunde möglich sein.
8. Bei den Pflegefachpersonen muss mindestens ein Drittel der Vollzeitstellen ein Diplom in Intensiv-Anästhesie oder Notfallpflege NDS HF, eine äquivalente Weiterbildung oder eine spezifische IMC-Pflegeweiterbildung nachweisen können. Die übrigen zwei Drittel verfügen über ein Diplom Pflege HF/FH. Mindestens eine Pflegeperson pro Pflegeschicht, die in der direkten Pflege arbeitet, muss über eine der obgenannten zusätzlichen Qualifikation verfügen.

Das Spital erfüllt in Anlehnung an die IMC-Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin folgende Anforderungen:

9. Konventionelle Röntgen-Untersuchungen sind rund um die Uhr im Haus (am Standort) verfügbar.
10. Laboruntersuchungen wie Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung, Tests für Blut-Transfusionen, Blutgasanalyse sind rund um die Uhr verfügbar.
11. EKG, Geräte zur invasiven BD- und ZVD-Messung sowie Geräte zur Pulsoxymetrie sind in genügender Anzahl im Haus (am Standort) vorhanden.
12. EKG mit 12-Ableitung, ein Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind im Haus (am Standort) vorhanden.
13. Monitoring (gemäss SGAR Standards) im Haus (am Standort) ist gewährleistet.
14. Zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patientinnen und Patienten (bei mehr als vier Plätzen zum Beispiel Monitor).
15. Mindestens zwei feste Sauerstoffanschlüsse (nicht pro Bett), bei Bedarf weitere mobil pro Bett im Haus (am Standort).
16. Mindestens zwei mobile Vakuumanschlüsse im Haus (am Standort).
17. Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit.

### **3.4 BP / BPE Basispaket / Basispaket elektiv (Version 2017.1, angepasst)**

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

Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbe-  
reichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen und Fachärz-  
ten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen und Fachärzten er-  
bracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese  
obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen An-  
teil an Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Da Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten oft mit  
unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation,  
sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Not-  
fallpatientinnen und Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiag-  
nose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige  
Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spezifikationen und  
weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor,  
Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie.

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

Tabelle 4: Anforderungen Basispaket (BP) / Basispaket elektiv (BPE)

	Basispaket (BP)	Basispaket elektiv (BPE)
Fachärztinnen und Fachärzte sowie Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Fachärztin oder Facharzt Innere Medizin  Chirurgische Klinik geleitet durch Fachärztin oder Facharzt Chirurgie  Anesthesie geleitet durch Fachärztin oder Facharzt Anesthesie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Notfall (vgl. Kapitel 3.2)	Level 1	
Intensivstation (vgl. Kapitel 3.3)	Level 1	
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden.  CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mindestens zwei Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Fachärztin oder Facharzt	-
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie  Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care	Basisversorgung <sup>13</sup>	-

### 3.5 Facharzt-Qualifikation (Version 2018.1, angepasst)

Im «Anhang zur Aargauer Spitalliste Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» wird in der Spalte «FMH Facharzt / Schwerpunkte» die Qualifikation (FMH oder ausländischer, von der FMH/SIWF [Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung] als äquivalent anerkannter

<sup>13</sup> Grundsätzlich gehört die Palliative-Care-Behandlung zur Basisversorgung aller Akutspitäler. Lediglich Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, sollen an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt werden.

Titel) der entsprechenden Fachärztin oder des entsprechenden Facharztes am Spital definiert. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen und Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals beziehungsweise der Fachärztinnen und Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

Für die Kinder- und Jugendmedizin enthält die folgende Tabelle die Gegenüberstellung der Facharzt-titel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin:

Tabelle 5: Gegenüberstellung der Facharzt-titel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin

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

### 3.6 Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen

#### 3.6.1 DER2 Wundambulatorium (V2.0)

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

#### 3.6.2 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)

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

Eine zwingend erforderliche telemedizinische Anbindung an ein Stroke Center ist vertraglich geregelt. Triage und Festlegung des Procedere erfolgen im nächstgelegenen Spital mit Leistungsauftrag NEU3 (Lyse-Möglichkeit). Die Triage-Richtlinien sowie die mit dem Stroke Center zu koordinierenden

Fälle sind definiert und verbindlich. Das periphere Spital wendet die Empfehlungen des Stroke Centers an, soweit sich diese übertragen lassen. Abweichungen davon müssen dokumentiert werden. Informationen aus den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen des Stroke Centers werden dem betroffenen ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personal vermittelt (Teilnahme oder entsprechende Schulung).

### **3.6.3 NEU4 Epileptologie (Version 2018.1)**

Bei der Diagnose eines nichtepileptischen psychogenen Anfalls ist eine psychiatrische Mit-untersuchung und -beurteilung obligatorisch. Ein Langzeit-Video/EEG-Monitoring ist obligatorisch. Die Verfügbarkeit von fachlich geschultem Personal (Fachmann/Fachfrau für neurophysiologische Diagnostik mit Fachausweis) muss bei Bedarf gewährleistet sein. Eine kontinuierliche Überwachung durch speziell eingearbeitetes Personal ist notwendig, wenn die anfallspräventive Medikation reduziert wird um Anfälle auszulösen.

### **3.6.4 END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0)**

Für endokrinologische Patientinnen und Patienten muss eine Ernährungs- und Diabetesberatung angeboten werden. In der Ernährungsberatung werden die Patientinnen und Patienten von Fachpersonen beraten, die Empfehlungen für die Ernährung und deren Umsetzung während und nach dem Spitalaufenthalt geben. In der Diabetesberatung wird das notwendige Fachwissen zur Krankheit und zum Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten vermittelt.

### **3.6.5 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1)**

SMOB-Kriterien<sup>14</sup>: Für die Behandlung bariatrischer Patientinnen und Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien beziehungsweise die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB Primärzentrum (VIS1.4) vorausgesetzt.

### **3.6.6 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0)**

Für autologe Blutstammzelltransplantation ist eine JACIE<sup>15</sup>-Akkreditierung erforderlich.

### **3.6.7 ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0, angepasst)**

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

Verknüpfungen:

- GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell):  
Die Anforderung der Verknüpfung mit ANG1 „nur inhouse“ kann auch über die interdisziplinäre Indikationskonferenz erfüllt werden.
- ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell):  
Die Anforderung der Verknüpfung mit GEF1 „inhouse, mit Kooperationsvertrag oder Kooperationskonzept“ kann auch über die interdisziplinäre Indikationskonferenz erfüllt werden.

---

<sup>14</sup> Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB).

<http://www.smob.ch/de/component/jdownloads/send/1-root/61-smob-richtlinien-medizinisch-queltig-ab-1-1-2018>

<http://www.smob.ch/de/component/jdownloads/send/1-root/62-smob-richtlinien-administrativ-queltig-ab-1-1-2018>

<sup>15</sup> Joint Accreditation Committee ISCT EBMT. JACIE ([www.jacie.org](http://www.jacie.org)) ist eine nicht-kommerzielle europäische Organisation, die 1998 durch die beiden führenden Organisationen für Stammzelltransplantationen in Europa, die European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) und die International Society for Cellular Therapy (ISCT) gegründet wurde. Ziel von JACIE ist die Etablierung und Überwachung von Qualitätsstandards für die Stammzelltransplantation in Europa. Zentren, die die Qualitätsanforderungen von JACIE erfüllen, können eine Zertifizierung erhalten.

### **3.6.8 HER Herzchirurgie (Version 2015.1, angepasst)**

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

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

Das Departement Gesundheit und Soziales kann die Erhebung von weiteren Kenndaten und zusätzliche Spezifikationen aufgrund der von der SGHC definierten Kenndaten vorschreiben.

Diese Kenndaten und Ergebnisse des Monitorings sind dem Departement Gesundheit und Soziales auf Nachfrage durch das jeweilige Listenspital offenzulegen. Allfällige Massnahmen erfolgen grundsätzlich analog dem «Green & Red Flag-System» der Fachgesellschaft.

### **3.6.9 KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0)**

Defibrillatorthherapie: Die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatorthherapie sind zu erfüllen. Das Aktivitätsregister ist zu führen und dem DGS bekannt zu geben. Wenn die Leistungsgruppe HER1.1 in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer angeboten wird, ist ein Kooperationsvertrag mit einem entsprechenden Listenspital notwendig. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten muss rund um die Uhr sichergestellt sein.

### **3.6.10 NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)**

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

### **3.6.11 PNE1 Pneumologie (V2.0)**

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

### **3.6.12 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2018.1)**

Nicht transplantationsnahe CF-Patientinnen und -Patienten mit periodischen Kontrollen im CF-Zentrum (Grössenordnung alle 2-3 Jahre) oder CF-Patientinnen und -Patienten mit Zuweisungen vom CF-Zentrum in Spitälern mit entsprechend erfahrenen CF-Spezialisten können ausserhalb des CF-Zentrums stationär betreut werden. Nur im CF-Zentrum stationär behandelt werden dürfen CF-Patientinnen und -Patienten insbesondere bei Stadienänderung oder mehr als einer Hospitalisation pro Jahr.

### **3.6.13 PNE2 Polysomnographie (V2.0)**

Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC<sup>16</sup>: Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die SGSSC notwendig.

---

<sup>16</sup> Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie. <http://swiss-sleep.ch/>



### **3.6.14 BEW3 Handchirurgie (V2.0, angepasst)**

Listenspitäler mit einer Handchirurgie und Replantationen müssen ein handchirurgisches Spezialambulatorium, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden entweder selber betreiben oder sicherstellen, dass diese Nachbetreuung aufgrund einer ärztlichen Verordnung durch eine gesicherte spezialisierte Nachbehandlung in einer Institution mit entsprechender Erfahrung erfolgt. Begleitend muss eine spezialisierte Handtherapie zur Verfügung stehen.

Erfolgt die Leistungserbringung in einer (externen) ambulanten Institution, ist sie mit einem Kooperationsvertrag<sup>17</sup> sicherzustellen. Das Listenspital bleibt in jedem Fall für die fachlich sachgerechte Ausführung des Leistungsauftrags verantwortlich.

### **3.6.15 BEW10 Plexuschirurgie (V2.0)**

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

### **3.6.16 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0)**

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

### **3.6.17 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 37. SSW) (Version 2017.2)**

#### **Anforderungen an ein Geburtshaus**

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

#### **Strukturelle Anforderungen:**

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch mindestens drei Hebammen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.
- Verfügbarkeit:
  - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) bis Ende des Wochenbetts immer erreichbar.
  - Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Minuten im Geburtshaus sein (Pikettdienste sind möglich).
  - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau/Pflegefachmann) im Geburtshaus anwesend.
  - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase zwei Personen anwesend: Entweder eine Pflegefachfrau/Pflegefachmann und eine Hebamme oder zwei Hebammen.
- Kooperationsvertrag<sup>18</sup> mit Geburtsklinik und Neonatologie-Klinik:

<sup>17</sup> Vgl. 3.7 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

<sup>18</sup> Vgl. 3.7 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

- Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept<sup>19</sup>)
- Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburtshaus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen
- Arbeitsanweisung für Notfallsituationen bei Gebärenden, Wöchnerinnen und Kind
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand
- Apparative Einrichtungen
  - Infusionen, wehenhemmende Mittel, Notfall-Medikamente, Ausrüstung zur Nahtversorgung
  - Sauerstoff, Ambu-Beutel und Oxymetriegerät
  - Kinderärztliches Notfallset
  - CTG
  - Erstversorgungsplatz für Neugeborenes mit Wärmestrahler und ausreichenden Lichtverhältnissen
  - optional: BiliBed (Phototherapie bei Hyperbilirubinämie)

### **Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus:**

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt.  
Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind auf der Internetseite der GD Zürich zu finden unter: „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik mit “GEBH“ beziehungsweise “NEOG“<sup>20</sup>.
- Durchführung von Einling-Entbindungen
- Mindestens 1 Kontrolle vor der 37. SSW
  - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei der Hebamme des Geburtshauses.
  - Ein Ultraschall bei einer Fachärztin oder einem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung wird von der Hebamme dokumentiert.
- Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 37. SSW (36 0/7 SSW) und einem Geburtsgewicht ab 2000 Gramm.
- Bei Übertragung (ab Ende der 42. SSW) Rücksprache mit dem Spital (Geburtshilfe) oder der Fachärztin/dem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe nehmen.
- Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades.
- Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 35 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000 Gramm (unabhängig vom Geburtsgewicht).
- Das Geburtshaus ist verpflichtet die Schwangere über die Möglichkeiten und Grenzen im Geburtshaus mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung des Geburtshauses ist von der Schwangeren mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:  
Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein normaler körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine normale Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass trotz der korrekten Durchführung der obengenannten Massnahmen das Auftreten unvorhergesehener medizinischer Probleme nicht völlig auszuschliessen ist. Es liegt jederzeit im Ermessen der Hebammen zu entscheiden, ob die weitere Betreuung durch eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt, entsprechend ihren Kompetenzen Erste Hilfe zu leisten oder Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

<sup>19</sup> Vgl. 3.1.2 zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals bei einem Notfall.

<sup>20</sup> Vgl. [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html).

### **Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)**

Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Schwangere 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. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und – wenn nötig – durch die Spezialärztin/den Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:

- Beckenprobleme (zum Beispiel Status nach Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, inkompletter Beckenring)
- Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (zum Beispiel M. Crohn, Colitis ulcerosa)
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen
- Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, Zustand nach Herzoperationen
- Neurologische Erkrankungen
- Diätetisch eingestellter Diabetes beziehungsweise Gestationsdiabetes

### **Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus**

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus oder Verlegungsgründe einer Patientin oder des Neugeborenen vor, während, nach der Geburt oder aus dem Wochenbett in ein Spital sind auf der Internetseite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zu finden unter „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik unter GEBH beziehungsweise NEOG nicht aufgeführten geburtshilflichen und neonatologischen CHOP- und ICD-Codes<sup>21</sup>.

Ausschlusskriterien (beispielhaft genannt)

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

Verlegungsgründe ins Spital (beispielhaft genannt)

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

### **3.6.18 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1)**

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

Für die Geburt muss die Schwangere 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.

---

<sup>21</sup> Vgl. [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html)

### **3.6.19 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1)**

Anforderungen gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland<sup>22</sup>:

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

### **3.6.20 NUK1 Nuklearmedizin (V2.0, angepasst)**

In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG<sup>23</sup> zu erfüllen.

### **3.6.21 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1)**

Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche <16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und 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 dem Departement Gesundheit und Soziales möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund der kleinen Fallzahlen.

Kriterien für eine Kinderklinik:

- Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie respektive Kinderchirurgie
- Pflegefachpersonen mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege
- Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur
- Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen
- Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab siebtem Hospitalisationstag

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

Pädiatrie:

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

Kinderchirurgie:

- Stationäre chirurgische Patientinnen und Patienten <16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.
- Die Kinderchirurgie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Facharztstitel Kinderchirurgie geleitet.
- Bei Kindern <6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie<sup>24</sup> gewährleistet sein.
- Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenospital erfolgen. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind, als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.
- Zusätzlich wird ein entsprechender organspezifischer Leistungsauftrag vergeben.

---

<sup>22</sup> Swiss Society of Neonatology „Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland“ [www.neonet.ch](http://www.neonet.ch).

<sup>23</sup> Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-strahlenschutz.html>.

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

### 3.6.22 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2017.1)

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

Basis-Kinderchirurgie:

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie zum Beispiel unkomplizierte Appendizitis, einfache Frakturen, Tonsillenhyperplasie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst, die auf der Internetseite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zu finden ist<sup>25</sup>.

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

- Das Spital verfügt über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen.
- Bei Kindern <6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie<sup>26</sup> gewährleistet sein.

### 3.6.23 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1, angepasst)

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

Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

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

Mindestanforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

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

<sup>25</sup> Vgl. [http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung\\_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html](http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen/leistungsgruppen.html).

<sup>26</sup> Vgl. Fussnote 24.

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

Pro akutgeriatrisches Bett muss deshalb künftig eine „Fachärztin oder ein Facharzt Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie“ mindestens im zeitlichen Umfang von fünf Stellenprozenten verfügbar sein. Folglich müssen Spitäler mit 20 akutgeriatrischen Betten über einen oder mehrere Fachärztinnen oder Fachärzte Geriatrie oder Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit insgesamt mindestens 100 Stellenprozenten verfügen. Zur Gewährleistung einer ausreichenden geriatrischen Kompetenz vor Ort, soll die Fachärztin oder der Facharzt Geriatrie an mindestens drei Wochentagen (Montag bis Freitag) im Spital anwesend sein. Bei Institutionen mit mehr als 20 Betten soll die Fachärztin oder der Facharzt an jedem Wochentag anwesend sein.

Im Kanton Aargau sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht genügend Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin inklusive Schwerpunkt Geriatrie vorhanden. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, können die fachärztlichen Anforderungen für den Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum auch mit dem Leistungsauftrag BP Basispaket erfüllt werden. Neben dem Facharztstitel „Allgemeine Innere Medizin, inklusive Schwerpunkt Geriatrie“ kann die Leistung deshalb auch von Fachärztinnen und Fachärzten Allgemeine Innere Medizin erbracht werden.

#### **3.6.24 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2018.1, angepasst)**

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

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

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

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

- c) Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegende sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Palliative Care:

1. Einhaltung der Richtlinien für die Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» (Liste A von palliative.ch; Version 17.9.2010).
2. Anforderungen an die Strukturqualität:
  - a) Interdisziplinäres Team (Ärztinnen und Ärzte/Pflegende/Therapeutinnen und Therapeuten etc.) mit Ausbildung und Erfahrung in Palliative Care.
  - b) 24-Stunden-Präsenz von Pflegenden mit Ausbildung in Palliative Care.
  - c) Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.  
Hinweis: Das Strukturmerkmal "organisatorische Einheit mit eigenen Räumlichkeiten" gilt nicht für allfällige palliative Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen: diese können auf einer Kinderstation stattfinden. Für die palliative Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind jedoch alle anderen Anforderungen und Aufgaben eines Kompetenzzentrums Palliative Care zu gewährleisten.
3. Personalanforderungen: Patientinnen und Patienten in Palliative-Care-Kompetenzzentren sollten ausschliesslich von in Palliative Care geschultem Personal betreut werden. Als Minimalanforderung gilt:
  - a) Die Verantwortung für das Kompetenzzentrum liegt bei einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care oder entsprechender Berufserfahrung. Eine adäquate Vertretungsregelung ist gewährleistet.
  - b) Pflegefachpersonal mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care.
  - c) Weiteres Fachpersonal (Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Mal-, Gestaltungs- oder Musiktherapie, Ernährungsberatung) steht zur Verfügung.
4. Als Kompetenzzentrum für Palliative Care verfügt das Spital über:
  - a) Ein Betriebskonzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Das Konzept gibt Auskunft über das Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrags notwendige Infrastruktur und Prozesse.
  - b) Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen.

### **3.7 Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0, angepasst)**

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

Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort des Leistungsauftrags erbracht werden, sondern können – entsprechend den Angaben zu den Leistungsgruppen in der SPLG-Systematik Akutsomatik AG – entweder **mit einem Kooperationsvertrag mit einem anderen Listenspital oder mit einem Kooperationskonzept** sichergestellt werden. Ein Kooperationskonzept muss datiert sein und regelmässig aktualisiert werden.

Die Ausgestaltung in Form eines Kooperationsvertrags ist jedoch vorzuziehen.

### **Formale Ausgestaltung des Kooperationsvertrages und des Kooperationskonzepts**

Nachfolgend werden die Kriterien zur formalen Ausgestaltung eines Kooperationsvertrags und eines Kooperationskonzepts aufgelistet, die das verlegende Spital berücksichtigen muss. Auf der Internetseite des Departements Gesundheit und Soziales sind zudem Vorlagen aufgeschaltet<sup>27</sup>.

#### **a. Kooperationsvertrag**

Dieser umfasst folgende Punkte:

- die Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- die Vertrags- und Ansprechpartner sind benannt;
- Art, inhaltlicher Umfang und Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;
- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;
- medizinische Dokumentation: Dem kooperierenden Listenspital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf beziehungsweise auf Nachfrage zu gewährleisten.

#### **b. Kooperationskonzept des Listenspitals**

Dieses umfasst folgende Punkte:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- Information der in Frage kommenden Kooperationspartner (Spitäler) über das Konzept;
- Definition von Art und Umfang der medizinischen Leistungen;
- Definition der zeitlichen Verfügbarkeit des Kooperationspartners oder der Kooperationspartner;
- Beschreibung der für den Kooperationspartner verfügbaren medizinischen Dokumentation: Dem Kooperationspartner sind die genannten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht in die Patientendokumentation (Krankengeschichte) ist bei Bedarf beziehungsweise auf Nachfrage zu gewährleisten.

### **3.8 Tumorboard (V2.0)**

Bei Leistungen an Karzinompatientinnen und Karzinompatienten ist in der Regel ein Tumorboard erforderlich. Dieses setzt sich aus je einer Fachärztin oder einem Facharzt für Radio-Onkologie/Strahlentherapie, Onkologie, Allgemeine Innere Medizin, Radiologie, Pathologie und der jeweiligen organ-spezifischen Fachspezialistin oder dem jeweiligen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. Mit der interdisziplinären Einzelfallbesprechung soll jeder Karzinompatientin und jedem Karzinompatienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht werden. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden.

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

- Jede Tumorpatientin und jeder Tumorpatient wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt.
- Die für das Tumorboard genannten Fachärztinnen und Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärztinnen und Fachärzte besteht.

---

<sup>27</sup> Vgl. Vorlage „Kooperationsvertrag“ und Vorlage „Kooperationskonzept“ in den Unterlagen zum Bewerbungsverfahren.



- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Akte der Patientin oder des Patienten übernommen, sodass sie jederzeit überprüft werden können.

### **3.9 Mindestfallzahlen**

Die Kantone dürfen bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere bei den akutsomatischen Spitalleistungen auch Mindestfallzahlen berücksichtigen.

In der SPLG-Systematik Akutsomatik AG gibt es derzeit bei 26 Leistungsgruppen Anforderungen an eine Mindestfallzahl, die heute in der Regel zehn Fälle pro Standort und Jahr in der betroffenen Leistungsgruppe vorschreibt. Bei der Festlegung von Mindestfallzahlen stehen stationäre Behandlungen mit einem hohen Spezialisierungsgrad im Vordergrund. Diese Mindestfallzahlen stellen für die betroffenen Leistungsgruppen eine zusätzliche qualitätsorientierte Mindestanforderung dar. Sie sollen in erster Linie verhindern, dass Patientinnen und Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten stationären Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden. Spitalstandorte, welche die Mindestfallzahl nicht oder nicht mehr erreichen, sollen die entsprechenden Eingriffe nicht (mehr) zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen.

Im Kanton Aargau werden die Mindestfallzahlen nur auf der Ebene Spitalstandort angewendet; die im Zürcher-Entwurf SPLG-2018 vorgeschlagenen Mindestfallzahlen pro Operateurin respektive pro Operateur im Kanton Aargau werden im Moment nicht übernommen. Die Voraussetzungen für die Anwendung und Umsetzung von Mindestfallzahlen pro Operateurin respektive pro Operateur werden im Rahmen der Qualitätssicherung durch das Departement Gesundheit und Soziales geprüft.

Das Departement Gesundheit und Soziales überprüft die konsequente Erfüllung der angegebenen Mindestfallzahlen im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings (vgl. Ziffer 3.10) bei allen erteilten Leistungsaufträgen stetig. Der Regierungsrat kann den entsprechenden Leistungsauftrag mit einer Übergangsfrist von in der Regel sechs Monaten aufheben, wenn der Leistungserbringer die Mindestfallzahlen nicht oder nicht mehr erfüllt.

### **3.10 Leistungsauftragscontrolling**

Das Departement Gesundheit und Soziales führt in der Regel jährlich ein Leistungsauftragscontrolling auf der Basis der Daten aus der Medizinischen Statistik der Listenspitäler durch.

Sie prüft dabei in erster Linie, ob:

- Das Listenspital überhaupt Leistungen für die ihm erteilten Leistungsaufträge erbracht hat oder allenfalls sogenannte „leere“ Leistungsaufträge vorliegen.
- Das Listenspital für die von ihm abgerechneten Fälle einen Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Aargau hat oder ob es Fälle abgerechnet hat, für die es keinen entsprechenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Aargau hat.

Das Spital erhält die Gelegenheit zur Stellungnahme. Eindeutig als Verstoss beurteilte Fälle werden vom Departement Gesundheit und Soziales nicht vergütet beziehungsweise bei bereits abgerechneten Fällen wird der Kantonsanteil zurückgefordert.

Das Departement Gesundheit und Soziales behält sich zudem vor, bei Verstössen, welche ausserkantonale Patientinnen und Patienten betreffen können, diese Beobachtungen an den jeweiligen Wohnkanton zu melden.