

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Gesundheitsversorgung

SPITALLISTE 2015 AKUTSOMATIK

Anhang 5: Detaillierte Anforderungen pro akutsomatische Leistungsgruppe

1. Fachärzte und deren zeitliche Verfügbarkeit

1.1 Allgemeine Erläuterungen

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Fachärzte (FMH oder ausländisch äquivalenter Titel) gefordert. Bei jeder Leistungsgruppe ist zudem definiert, in welcher Form die Fachärzte zur Verfügung stehen müssen. Wenn der FMH-Titel in Anhang 4 ohne Klammern steht, müssen die Fachärzte am Spital angestellt sein oder ihre Praxis im Spital haben. Ist der FMH-Titel in Klammern, sind auch Belegärzte oder Konsiliarärzte möglich, sofern sie vertraglich mit dem Spital verbunden sind und eine eigene Praxis in der Nähe des Spitals führen.

Pro Leistungsgruppe ist eine bestimmte zeitliche Verfügbarkeit des Facharztes gefordert. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Nachfolgend ist die Definition der zeitlichen Verfügbarkeiten festgehalten. Die Verfügbarkeit muss auch bei Beleg- und Konsiliarärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein.

Ein Spezialfall bildet der Leistungsbereich Gynäkologie: Bei verschiedenen onkologischen Behandlungen in der Gynäkologie ist grundsätzlich ein Schwerpunkttitel „gynäkologische Onkologie“ sinnvoll. Allerdings verfügen nur sehr wenige Gynäkologen über einen solchen Schwerpunkttitel, da für diesen Schwerpunkttitel eine relativ grosse Erfahrung in verschiedenen seltenen Operationen vorgeschrieben ist. Verschiedene Gynäkologen verfügen jedoch in einem Teil der Operationen über die für den Schwerpunkttitel geforderte Erfahrung. Dementsprechend sollen auch Gynäkologen ohne Schwerpunkttitel diejenigen onkologischen Behandlungen durchführen, in denen sie über die entsprechende Erfahrung verfügen. Aus diesem Grund können im Leistungsbereich Gynäkologie neben dem Facharzt für „Gynäkologie mit Schwerpunkttitel gynäkologische Onkologie“ auch alternativ Gynäkologen mit äquivalenter Erfahrung in einzelnen Teilbereichen eingesetzt werden. Bei den malignen Neoplasien der Mamma sind zudem nicht nur Gynäkologen, sondern alle Fachärzte mit Nachweis von 50 operierten Neoplasien der Mamma zugelassen.

1.2 Verfügbarkeit der notwendigen Fachärzte

Level 1	Facharzt (FA)- Erreichbarkeit <60min oder Verlegung	Fachärzte ¹ (Konsiliarärzte) sind innert 60 Minuten erreichbar oder der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention <60min	Die Fachärzte ¹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.

¹ Fachärzte oder Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation

Level 3	FA Intervention <30min	Die Fachärzte ¹ aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (nur Geburt)	FA Intervention <10min	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt.

2. Anforderungen für die Notfall-Station

Für Leistungsgruppen mit vielen Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. Dabei wird zwischen drei unterschiedlichen Levels von Notfallstationen unterschieden, die je nach Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe vorgeschrieben werden. Für die Geburtshilfe sind spezifische Notfall-Anforderungen vorgeschrieben.

Anforderungen	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4 Geburtshilfe
Ärztliche Versorgung Notfall	<p>7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).</p> <p>17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>7-17 Uhr: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.</p> <p>17-7 Uhr: Assistenzärzte Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>24-Stunden: Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin und Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung.</p>	<p>24-Stunden: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. Die Notfallsectio hat in < 15 Minuten zu erfolgen (d.h. vom Entscheid bis zur Entbindung (sogenannte EE-Zeit))</p>
Am Spital zwingend notwendige Fachdisziplinen	<p>Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin (in 30 Minuten²) • Chirurgie (in 30 Minuten²) • Anästhesie (in 15 Minuten) 		<p>Beizug von Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anästhesie (im Haus) • Intensivmedizin (im Haus) 	<p>Beizug von Fachärzten/Hebammen bei medizinischer Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anästhesie (in 10 Minuten) • Hebammen: 24 Std. vor Ort

² Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig.

3. Anforderungen an die Intensivstationen (gültig bis 31. Dezember 2015)

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

Anforderungen	Level 1 Intermediate Care (IMC)	Level 2 Intensivstation laut Schweizerische Gesellschaft für Inten- sivmedizin SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis- Richtli- nien	Die Schweizerischen Richtlinien für die Anerkennung von Intermediate Care Units (IMCU) (Version Mai 2013) ³ werden momentan vom Departement Gesundheit und Soziales geprüft und soweit zweckmässig übernommen. Ggf. wird die Anforderung im Rahmen einer Revision der Spitalliste 2015 angepasst werden. Provisorische Definition: Intermediate Care (IMC) ist eine Abteilung innerhalb eines Spitals und stellt das Bindeglied zwischen einer Intensivstation und einer Bettenstation dar bzw. ist eine Überwachungsstation ohne SGI-Anerkennung. Die IMC ist für Patienten konzipiert deren Erkrankung einen hohen Überwachungs- und Betreuungsaufwand verursacht, die jedoch nicht im eigentlichen Sinne intensivpflichtig sind, d.h. eine längerfristige Beatmung benötigen.	Die Richtlinien vom 01.11.2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten ⁴ .	
Zusatz- bedin- gungen	Schlaflabors mit einer gültigen Zertifizierung gemäss SGSSC werden als Intensivstation Level 1 behandelt.		Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH-Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Pflgetage p.a. ≥2'600 • Anzahl Beatmungstage p.a. ≥1'000

³ http://www.sgissmi.ch/tl_files/daten/7%20Downloads/Reglemente_Formulare_Listen_etc/2%20Allgemeine%20Reglemente%20und%20Richtlinien/IMC_Richtlinien_291112_D_09_definitiv%20NEU.pdf

⁴ http://www.sgissmi.ch/tl_files/daten/7%20Downloads/Reglemente_Formulare_Listen_etc/2%20Allgemeine%20Reglemente%20und%20Richtlinien/KAI_Richtlinien_2013_D.pdf

3a. Anforderungen an die Intensivstationen (gültig ab 1. Januar 2016)

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

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation laut Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Level 3 Intensivstation (IS)
Basis-Richtlinien	Die Anforderungen für eine Überwachungsstation (Intensivstation Level 1) sind untenstehend definiert.	Die Richtlinien vom 1. November 2007 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI sind einzuhalten ⁵ .	
Zusatzbedingungen			Anzahl Pflege- und Beatmungstage analog FMH-Kriterien für Weiterbildungsstätten der Kategorie A: <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Pflgetage p.a. $\geq 2'600$ • Anzahl Beatmungstage p.a. $\geq 1'000$

Anforderungen für eine Überwachungsstation (Intensivstation Level 1):

Eine Überwachungsstation ist erforderlich für:

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

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24h/7d Betrieb möglich sein.
2. Das Spital behandelt nur ASA I-II beziehungsweise stabile ASA III Patienten (keine Risiko-Patienten)⁶.
3. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

⁵ http://www.sgi-ssmi.ch/tl_files/daten/7%20Downloads/Reglemente_Formulare_Listen_etc/2%20Allgemeine%20Reglemente%20und%20Richtlinien/KAI_Richtlinien_2013_D.pdf

⁶ 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

Fachpersonal:

4. Dem Anästhesisten obliegt die Verantwortung der Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin). Dies betrifft die Patientensicherheit für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten und der Infrastruktur des Spitals.
5. Der ärztliche Leiter ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten der Überwachungsstation ein Arzt mit Erfahrung (2 Jahre Anästhesie oder 6 Monate Intensivstation) im Haus verfügbar ist. Medizinische Notfallmassnahmen zur Stabilisierung (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentralvenöser Katheter, Thoraxdrainage [nicht abschliessende Aufzählung]) müssen jederzeit durchgeführt werden können.
6. Ein ärztlicher Vertreter der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation) beziehungsweise der Operateur, welcher den Patienten auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss ≤ 1 Stunde möglich sein.
7. 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 Qualifikationen verfügen.

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

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

4. Kooperationen

Viele Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dies sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, am gleichen Standort erbracht werden. Entsprechende Leistungsgruppen sind miteinander verknüpft.

Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle, wie zum Beispiel die Nuklearmedizin in der Onkologie. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort erbracht werden, sondern können in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer geleistet werden.

Eine Kooperation ist in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln, die folgende Punkte umfasst:

1. Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse unter Berücksichtigung der spitalübergreifenden Schnittstellen.
2. Die Ansprechpartner sind benannt.
3. Der inhaltliche Umfang und die Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert.
4. Die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert.
5. Medizinische Dokumentation: Dem zugewiesenen Spital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf beziehungsweise auf Nachfrage zu gewährleisten.

Nachfolgend sind diejenigen Leistungsgruppen aufgeführt, die nicht zwingend am gleichen Standort, sondern in Kooperation mit einem anderen Spital erbracht werden können. Dabei sind die fettgedruckten Leistungsgruppen in der rechten Spalte, diejenigen Leistungsgruppen, die von einem anderen Spital als mögliche „Fremdleistungen“ bezogen werden können.

Folgende Leistungsgruppen benötigen eine Kooperation mit den Leistungsgruppen (mögliche "Fremdleistungen"):
LG-Nr.	LG-Bezeichnung	LG-Nr.
HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	END1 + NUK1
NEU2.1	Primäre Neubildung des Nervensystems	RAD1 +RAO1
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik (provisorisch)	NCH1.1
GAE1	Gastroenterologie	VIS1
VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe	END1 + VIS1.2
VIS1.2	Grosse Lebereingriffe	END1 + VIS1.1
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	END1
ANG1	Interventionen an den peripheren Gefäße (arteriell)	GEF1
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefäße	HER1.1
ANG2	Interventionen an den intraabdominalen Gefäße	HER1.1
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	HER1.1 + ANG3
ANG3	Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefäßen	HER1.1
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefäße	HER1.1
KAR1	Kardiologie (inklusive Schrittmacher)	KAR1.1 + KAR1.1.1
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	HER1.1
KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)	HER1.1
KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	HER1.1

Folgende Leistungsgruppen benötigen eine Kooperation mit den Leistungsgruppen (mögliche "Fremdleistungen"):
LG-Nr.	LG-Bezeichnung	LG-Nr.
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	VIS1 + GEF1 + ANG1 + RAD1
URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie	END1
PNE1	Pneumologie	THO1.1
BEW8	Wirbelsäulen Chirurgie	RHE1
BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulen Chirurgie	RHE1
RHE1	Rheumatologie	NEU1 + BEW8
GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina	VIS1
GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix	VIS1
GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri	VIS1
GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars	VIS1
GEBH	Geburtshäuser (ab 37. SSW)	GEB1 + NEO1
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)	NEO1.1
GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und \geq 1250g)	GEB1.1.1
ONK1	Onkologie	RAO1 + NUK1
NUK1	Nuklearmedizin	END1
UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)	NEU1 + THO1

5. Tumorboards/Tumorkonferenz

Bei Leistungen an Tumorpatienten ist in der Regel ein Tumorboard (TUB) erforderlich. Dieses setzt sich aus einem Radio-Onkologen, Onkologen, Internisten, Radiologen, einem Pathologen und dem jeweiligen organspezifischen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. TUB können grundsätzlich auch in Kooperation mit einem anderen Spital stattfinden.

Durch interdisziplinäre Einzelfallbesprechung im TUB wird jedem Patienten eine optimierte und massgeschneiderte Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ermöglicht. Je nach Stadium und Art der Erkrankung wird zwischen Operation, interventionellen Methoden, Bestrahlung, Chemotherapien oder kombinierten Verfahren entschieden.

Anforderungen für das TUB:

1. Die Vorstellung des Behandlungsfalles im TUB erfolgt automatisch bei Aufnahme des Patienten in einer der beteiligten Fachkliniken
2. Es ist gewährleistet, dass alle Tumorpatienten vorgestellt werden.
3. Die nachfolgenden Fachärzte sind verpflichtet am regelmässig stattfindenden TUB teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärzte besteht.
4. Die Entscheidungen im TUB über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll TUB) und in die Patientenakte übernommen, so dass sie jederzeit überprüft werden können.

Folgende Fachärzte sind mindestens am TUB vertreten:

- organspezifischer Fachspezialist (Facharzttitel gemäss Leistungsgruppe)
- Radio-Onkologe
- Onkologe
- Internist
- Radiologe
- Pathologe

6. Sonstige Anforderungen

Bei bestimmten Behandlungen müssen zusätzliche, leistungsgruppenspezifische Anforderungen wie zum Beispiel Ernährungs- und Diabetesberatung, Sprechstunde und Vor- oder Nachsorge erbracht werden. Diese sind in der untenstehenden Tabelle pro Leistungsgruppe aufgeführt.

Leistungsgruppen Kürzel und Bezeichnung		Anforderung
DER2	Wundpatienten	Wundambulatorium Leistungen an Wundpatienten finden in der Regel ambulant statt. Dies setzt ein Wundambulatorium, das heisst eine spezifische wöchentliche Sprechstunde mit Fachspezialisten (Ärzte und Pflege) mit spezifischer Erfahrung in Wundpflege, voraus.
NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	Beizug eines Konsiliarztes FMH Neurologie bei medizinischer Notwendigkeit, Lyse nur an Spitälern mit IS-Level 2 oder 3
NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen (Comprehensive Stroke Center)	Comprehensive Stroke Center
NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	Psychiatrische Beurteilung bei der Diagnose eines nicht-epileptischen psychogenen Anfalls obligatorisch. Unterbrechungsfreies Monitoring durch fachlich geschultes Personal rund um die Uhr.
END1	Endokrinologie	Ernährungs- und Diabetesberatung Erfahrene Fachpersonen beraten die Patienten und geben Empfehlungen für die Ernährung und deren Umsetzung während und nach dem Spitalaufenthalt. In der Diabetesberatung wird das notwendige Fachwissen zur Krankheit und zum Umgang mit Hilfsmitteln und Medikamenten vermittelt.
VIS1.4	Bariatrische Chirurgie	Einhaltung der SMOB-Kriterien 1. Einleitung einer konservativen Therapie mit entsprechender Beobachtung der Patienten. Diese Erfahrungen sollen dann in die Abklärung zur Operationsindikation inklusive geeignet/nicht geeignet für die Indikationsstellung zum operativen Eingriff einfließen. 2. Schriftliche Orientierung verbunden mit einer regelmässigen Aufklärung (Patientenedukation), in welcher über Ursachen der Adipositas, Essverhalten, Therapieoptionen, Notwendigkeit der postoperativen Nachkontrolle instruiert wird. 3. Schriftliche und mündliche Aufklärung über Vor- und Nachteile

Leistungsgruppen Kürzel und Bezeichnung		Anforderung
		<p>einer bariatrischen Operation, die Risiken des Eingriffs, die Notwendigkeit einer Langzeitkontrolle.</p> <p>4. Verpflichtung der längerfristigen Bindung (wenigstens 10 Jahre, möglicherweise ein Leben lang)</p> <p>5. Regelmässige Nachkontrollen mindestens 10 Jahre wegen der Notwendigkeit der Verhinderung von Mangelzuständen: Vitamine, Spurenelemente, andere noch nicht bekannte Mangelzustände</p> <p>6. Adaptierung der Therapie an die gewichtsbedingten oder assoziierten Komorbiditäten: Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>7. Anpassung der Substitutionstherapie: Vitamine, Mineralien, Spurenelemente</p>
HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation	JACIE Akkreditierung (www.jacie.org)
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
GEF2	Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
ANG2	Interventionen an den intraabdominalen Gefässe	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
GEF3	Gefässchirurgie Carotis	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
ANG3	Interventionen an der Carotis und den extrakraniellen Gefässen	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
ANG4	Interventionen an den intrakraniellen Gefässen	Interdisziplinäre Indikationskonferenz (GEF/ANG)
KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)	Einhalten der Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie. Führen eines Aktivitätsregisters. Spezifisches Zusammenarbeitskonzept mit HER1.1. Sicherstellung einer 24-Stunden Patientenbetreuung.
NEP1	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	<p>Ambulante Dialyse/Peritonealdialyse:</p> <p>Eine ambulante Dialysestation und eine Patientenschulung zur Peritonealdialyse werden vom Spital angeboten.</p>

Leistungsgruppen Kürzel und Bezeichnung		Anforderung
PNE1	Pneumologie	Möglichkeit zur kontinuierlichen Patientenüberwachung, Intubation und kurzzeitigen mechanischen Beatmung
PNE2	Polysomnographie	Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC
BEW3	Handchirurgie	Handchirurgisches Spezialambulatorium
BEW10	Plexuschirurgie	Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
BEW11	Replantationen	Handchirurgisches Spezialambulatorium, Intraoperatives Nerven-Monitoring (durch Neurologie)
PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität	gynäkologische Endokrinologie/Psychiatrische Betreuung
GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und \geq 2000g)	Bei pränataler Hospitalisation Rücksprache mit NEO1.1
NEO1	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und \geq 2000g)	Weitere Anforderungen gem. Level I der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
NEO1.1	Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und \geq 1250g)	Weitere Anforderungen gem. Level IIB der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (Level III)	Weitere Anforderungen gem. Level III der Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
NUK1	Nuklearmedizin	BAG Strahlenschutzbedingungen werden erfüllt.

7. Basisversorgung

Voraussetzung für einen reibungslosen Spitalbetrieb ist, dass die Basisversorgung während 365 Tagen über 24 Stunden jederzeit gewährleistet ist. Hierfür werden 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 Leistungsbeichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiagnose und gegebenenfalls

eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie.

Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst nur 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 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, Pneumologie, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital ein Arzt (zum Beispiel Internist, Anästhesist) rund um die Uhr verfügbar. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Labor, Kooperation mit Spital mit Basispaket und Infektiologie.

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Leistungsangebot		
Basisversorgung	Gesamtes Leistungsspektrum: alle CHOP- und ICD-Codes, welche nicht explizit einer Leistungsgruppe zugeordnet sind	Leistungsbereich: alle CHOP- und ICD-Codes aus dem Leistungsbereich, welche nicht explizit einer Leistungsgruppe zugeordnet sind
Anforderungen		
Fachärzte und Abteilungen im Spital	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt Innere Medizin • Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt Chirurgie • Anästhesie 	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr
Notfall (vgl. Ziffer 2)	Level 1	-
Intensivstation (vgl. Ziffer 3)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	-
Kooperation mit Spital mit Basispaket	-	Die Überweisung von spitalinternen Notfällen in ein Spital mit umfassender Versorgung muss sichergestellt sein.
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie -

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Palliative-Care-Basisversorgung	Die Palliative Care setzt ein spezifisches Verständnis für den Palliativpatienten, seine Erkrankung, die Begleitumstände seiner Erkrankung und seine Bedürfnisse sowie eine entsprechende Grundhaltung gegenüber dem Patienten beim ärztlichen und pflegerischen Personal voraus. Die stationäre palliative Grundversorgung durch spitalinterne Teams, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden mit entsprechender Ausbildung, soll neben Symptomtherapie (zum Beispiel Schmerztherapie) auch Physiotherapie, rehabilitative und präventive Maßnahmen sowie psychologische und psychosoziale Betreuung umfassen. Angehörige, Hausärztinnen und Ärzte sowie die Spitex sollen bei der Entlassung eines Patienten über mögliche Komplikationen und deren Management aufgeklärt werden. Für sterbende Patienten und ihre Angehörigen stehen in den Spitälern Einz Zimmer zur Verfügung.	

8. Pädiatrie und Kinderchirurgie

Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche speziell ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheiten angeboten.

Kriterien für eine Kinderklinik:

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

8.1 Anforderungen an eine Kinderklinik (Leistungsaufträge KINM und KINC)

Pädiatrie:

- Stationäre pädiatrische Patienten unter 16 Jahren sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.

- Die Pädiatrie wird von einem Facharzt FMH Kinder- und Jugendmedizin geleitet.

Kinderchirurgie:

- Stationäre chirurgische Patienten unter 16 Jahren sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.
- Die Kinderchirurgie wird von einem Facharzt FMH Kinderchirurgie geleitet.
- Bei Kindern unter 6 Jahren muss eine Kinderanästhesie² gewährleistet sein.
- Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenhospital erfolgen. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind, als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

8.2 Anforderungen an den Leistungsauftrag Basis-Kinderchirurgie KINB

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, Tonsillenhypertrophie sind in einer abschliessenden CHOP-Liste zusammengefasst, die auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ersichtlich ist: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018>.

Bei Tonsillektomien bei Kindern unter 6 Jahren darf auch (falls notwendig) eine Revision durchgeführt werden (CHOP Z28.7X).

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

- Das Spital verfügt über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen.
- Bei Kindern unter 6 Jahren muss eine Kinderanästhesie⁷ gewährleistet sein.

9. Akutgeriatrie

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

Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

In einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie wird der Diagnostik und Behandlung von spitalbedürftigen akut erkrankten alten, und meist multimorbiden, Menschen mit dem Ziel der Reintegration in das eigene sozial Umfeld besonders Rechnung getragen. Für Behandlungen an einem Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie ist der CHOP 93.89.9 "geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlungen" vorgesehen. Im Swiss-DRG-Groupier sind akutgeriatrische DRG definiert, die alle über diesen CHOP 93.89.9 "geriatrische-frührehabilitative Komplexbehandlungen" angesteuert werden. Um diesen CHOP in Zukunft codieren zu dürfen, sind Mindestanforderungen definiert, welche auch Voraussetzung sind für einen Leistungsauftrag in Akutgeriatrie (GER).

18. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich).

⁷ Eine Anästhesie bei Kindern unter 6 Jahren muss grundsätzlich durch ein Team von in Kinderanästhesie erfahrenen Fachleuten (inklusive dazugehörige Infrastruktur) durchgeführt werden (Standards und Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA) 2004). Die Kinderanästhesie muss bei Komplikationen postoperativ während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein.

19. 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).
20. Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen).
21. Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.
22. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal.
23. Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.
24. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik beziehungsweise Behandlung ist gesondert zu kodieren.

10. Palliative Care

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dabei soll Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen des Patienten, auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden.

Qualitativ hoch stehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den der Patient sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig, eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen (gem. Richtlinien Palliative Care der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften).

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes (vgl. Ziffer 7) und damit für die meisten Leistungserbringer Pflicht. Zusätzlich kann der Leistungsauftrag Kompetenzzentrum Palliative Care PAL erteilt werden.

Die vom BAG, der GDK und palliative.ch erarbeiteten Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care in der Schweiz müssen erfüllt werden.

(http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf)

Daneben gelten die vom Departement Gesundheit und Soziales definierten Aufgaben und Anforderungen betreffend Kompetenzzentrum wie folgt:

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 Neu beurteilung 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 (Ärzte, Pflegende, Therapeuten);
- c) Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärzte, Pflegende und Therapeuten.

Als Kompetenzzentrum für Palliative Care erfüllt das Spital die folgenden Anforderungen:

1. Interdisziplinäres Team (Ärzte/Pflegende/Therapeuten etc.) mit Ausbildung und Erfahrung in Palliative Care.
2. 24-Stunden-Präsenz von Pflegenden mit Ausbildung in Palliative Care.
3. Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.
Das Strukturmerkmal "organisatorische Einheit mit eigenen Räumlichkeiten" gilt nicht für pädiatrische Angebote. Allfällig palliative Behandlungen bei Kindern können auf einer Kinderstation stattfinden. Zu gewährleisten sind jedoch alle anderen Anforderungen und Aufgaben eines Kompetenzzentrums Palliative Care für Kinder und Jugendliche.

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

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

Als Kompetenzzentrum für Palliative Care verfügt das Spital zudem über:

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