

# **Gemeinsame Spitalplanung Akutsomatik ARAISG**



Anhang zur Spitalliste Akutsomatik ARAISG 2024

## Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen - Akutsomatik

Version ARAISG 2024; gültig ab 1. April 2024

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Konkretisierung einzelner Anforderungen.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2024.1).....	4
2.1.1	Allgemeine Informationen und Anforderungen Basispakete.....	4
2.1.2	Übersicht Anforderungen Basispakete .....	5
<b>2.2</b>	Intensivstation (IS) (Version 2024.1).....	5
2.2.1	Übersicht Anforderungen Intensivstationen Level 1 bis 3 .....	5
2.2.2	Anforderungen Level 1 (Überwachungsstation).....	6
<b>2.3</b>	Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin.....	7
<b>2.4</b>	Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen (Version 2024.1) .....	7
<b>3.</b>	<b>Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1</b>	DER2 Wundpatienten (Version 2024.1).....	8
<b>3.2</b>	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2024.1).....	8
<b>3.3</b>	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2024.1) .....	8
<b>3.4</b>	NEU4 Epileptologie (Version 2024.1) .....	8
<b>3.5</b>	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlungen (Version 2024.1) .....	8
<b>3.6</b>	END1 Endokrinologie (Version 2024.1).....	8
<b>3.7</b>	VIS1 Viszeralchirurgie (Version 2024.1).....	8
<b>3.8</b>	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2024.1).....	8
<b>3.9</b>	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation (Version 2024.1).....	9
<b>3.10</b>	ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Indikationskonferenz (Version 2024.1).....	9
<b>3.11</b>	GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2024.1).....	9
3.11.1	Qualifikation Operateurin oder Operateur.....	9
3.11.2	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	9
3.11.3	Indikation.....	9
3.11.4	Qualitätscontrolling.....	9
<b>3.12</b>	ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe sowie GEF3 Gefässchirurgie Carotis (Version 2024.1) .....	9
3.12.1	Qualifikation Operateurinnen und Operateure.....	9
3.12.2	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	9
3.12.3	Indikation.....	10
3.12.4	Qualitätscontrolling.....	10
3.12.5	Sonstige Anforderungen .....	10
<b>3.13</b>	HER1 – HER1.1.5 Herzchirurgie (Version 2024.1).....	10
<b>3.14</b>	KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2024.1).....	10
<b>3.15</b>	NEP1 Nephrologie (Version 2024.1).....	10
<b>3.16</b>	URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitle «operative Chirurgie» .....	10
<b>3.17</b>	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2024.1) .....	10
3.17.1	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	10
3.17.3	Qualitätscontrolling.....	11
<b>3.18</b>	PNE1 Pneumologie (Version 2024.1) .....	11
<b>3.19</b>	PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2024.1) .....	11
<b>3.20</b>	PNE2 Polysomnographie (Version 2024.1) .....	11
<b>3.21</b>	THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems und THO1.2 Mediastinaleingriffe (Version 2024.1) .....	11
<b>3.22</b>	BEW3 Handchirurgie (V2024.1).....	11
<b>3.23</b>	BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2024.1).....	11
3.23.1	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	11



3.23.2	Indikation.....	12
3.23.3	Qualitätscontrolling.....	12
<b>3.24</b>	<b>BEW8.1</b> Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie und BEW10 Plexuschirurgie (Version 2024.1) .....	12
<b>3.25</b>	<b>BEW11</b> Replantationen (Version 2024.1) .....	12
<b>3.26</b>	<b>GYNT</b> Gynäkologische Tumore (Version 2024.1) .....	12
3.26.1	Mindestfallzahlen, Ergänzungen zur Zählweise .....	12
3.26.2	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	12
3.26.3	Indikation.....	12
3.26.4	Qualitätscontrolling.....	12
<b>3.27</b>	<b>GYN2</b> Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum (Version 2024.1).....	12
3.1.1	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	12
3.1.2	Indikation.....	13
3.1.3	Qualitätscontrolling.....	13
<b>3.28</b>	<b>PLC1</b> Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2024.1).....	13
<b>3.29</b>	<b>GEBH</b> Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neu geborene Geburtshaus (ab 36 0/7 SSW; Version 2024.1) .....	13
3.29.1	Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus .....	13
3.29.2	Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus.....	14
3.29.3	Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien) 14	
3.29.4	Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus.....	15
<b>3.30</b>	<b>GEBS</b> Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2024.1) .....	15
3.30.1	Allgemeine Anforderungen an die hebammengeleitete Ge- burtshilfe am/im Spital (HGGh) .....	15
3.30.2	Strukturelle Anforderungen .....	15
3.30.3	Einschlusskriterien für die HGGh.....	16
3.30.4	Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien) 17	
3.30.5	Ausschlusskriterien für eine HGGh.....	17
<b>3.31</b>	<b>GEB1</b> bis <b>GEB1.1.1</b> Geburtshilfe (Version 2024.1) .....	18
<b>3.32</b>	<b>NEO1</b> bis <b>NEO1.1.1.1</b> Neonatologie (Version 2024.1).....	18
<b>3.33</b>	<b>KINM</b> Kindermedizin und <b>KINC</b> Kinderchirurgie (Version 2024.1).....	18
3.33.1	Allgemeine Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie .....	18
3.33.2	Anforderungen Kinderklinik.....	19
3.33.3	Gemeinsame Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie .....	19
3.34.1	Allgemeines Basis-Kinderchirurgie .....	19
3.34.2	Spezielle Anforderungen Basis-Kinderchirurgie .....	19
<b>3.35</b>	<b>GER</b> Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2024.1) .....	20
3.35.1	Allgemeines.....	20
3.35.2	Mindestanforderungen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie .....	20
3.35.3	Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte.....	20
<b>3.36</b>	<b>PAL</b> Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2024.1) .....	20
3.36.1	Allgemeines.....	20
<b>3.37</b>	<b>BES</b> Bewachungsstation (Version 2024.1).....	21
<b>3.38</b>	<b>ISO</b> Sonderisolierstation (Version 2024.1).....	21
<b>3.39</b>	<b>KAA, KAB, KAC, KAD</b> Kinderanästhesie (Version 2024.1) .....	21



## 1. Einleitung

1. Die vorliegenden weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen Akutsomatik ergänzen die von der Planungsbehörde erlassenen leistungsspezifischen Anforderungen Akutsomatik. Sie enthalten Ausführungen dazu sowie abweichende oder zusätzliche, mit den Spitalplanungsleistungsgruppen zusammenhängende Anforderungen an die Spitäler. Sie gelten für die Spitäler und Geburtshäuser mit einem Leistungsauftrag des Kantons Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden oder St.Gallen (Listenspitäler der Planungskantone) im Fachbereich Akutsomatik.
2. Wird ein Leistungsauftrag der IVHSM vorübergehend kantonal vergeben, gelten weiterhin die Anforderungen der IVHSM, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.

## 2. Konkretisierung einzelner Anforderungen

### 2.1 BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2024.1)

#### 2.1.1 Allgemeine Informationen und Anforderungen Basispakete

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

##### 2.1.1.1. Basispaket

4. Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen oder -ärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und -patienten. Da diese oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatientinnen oder -patienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiagnose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Wichtige Basis sind die Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie, Spezifikationen und weitere Anforderungen ergeben sich aus untenstehender Tabelle (Ziff. 2.1.2).

##### 2.1.1.2. Basispaket Elektiv

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

##### 2.1.1.3. Akutstationäre Notfallbetten am Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ)

- 5a. Bei Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) an ehemaligen Spitalstandorten besteht in der Planungsregion die Möglichkeit, die ambulante Notfallanlaufstelle mit dem Betrieb von kurzstationären Notfallbetten zu ergänzen. Damit verbunden ist die Aufnahme in die Spitalliste. Dafür wurde die Leistungsgruppe ANB-GNZ geschaffen. Die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten ist ausschliesslich auf Patientinnen und Patienten aus der Notfallanlaufstelle und auf eine SwissDRG-Aufenthaltsdauer von maximal zwei Tagen beschränkt.



## 2.1.2 Übersicht Anforderungen Basispakete

6. Im Einzelnen werden folgende Anforderungen gestellt:

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt/-ärztin Chirurgie Anästhesie geleitet durch Facharzt/-ärztin Anästhesiologie Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Intensivstation (vgl. Kap. 2.2)	Level 1	-
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt/-ärztin Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt/-ärztin Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt/-ärztin	-
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie Psychiatrie oder Psychosomatik	Kooperation mit Spital mit BP Infektiologie
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung <sup>1</sup>	-

## 2.2 Intensivstation (IS) (Version 2024.1)

### 2.2.1 Übersicht Anforderungen Intensivstationen Level 1 bis 3

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

	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation gem. SGI	Level 3 Intensivstation
Basis-Richtlinien	Nähere Erläuterungen vgl. Kap. 2.2.2.	Die aktuellen Richtlinien vom 14.09.2022 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) inkl. Anhang I Qualitätskriterien sind einzuhalten.	
Zusatzbedingungen		Zusätzlich müssen die folgenden beiden FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfüllt sein (letzte Revision vom 21.01.2022): Anzahl Pflege- tage p.a. ≥ 3'000; Anzahl Beatmungsschichten p.a. ≥ 24'000	

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



## 2.2.2 Anforderungen Level 1 (Überwachungsstation)

### 2.2.2.1 Allgemeine Anforderungen

8. Es sind die folgenden grundlegenden Anforderungen zu erfüllen:
- Auf der Überwachungsstation werden Patientinnen und Patienten behandelt, die für eine Behandlung und Betreuung auf der Normalstation zu krank oder zu pflegeaufwendig sind, aber keiner Intensivstation Level 2 bedürfen.
  - Bei Bedarf muss ein 24h/7d-Betrieb möglich sein.
  - Das Spital behandelt nur ASA I-II- bzw. stabile ASA III-Patientinnen und -Patienten (keine Risikopatientinnen und -patienten).
  - Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.
  - Für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten mit unerwartet intensiverem Überwachungs- und Behandlungsbedarf schliesst das Spital Verträge ab mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 verfügen.

### 2.2.2.2 Fachpersonal

9. Das Fachpersonal erfüllt die folgenden Anforderungen:
- Der Anästhesie obliegt die Verantwortung der Betreuung der Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen.
  - Die ärztliche Leitung ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung (zwei Jahre Anästhesie oder sechs Monate IS) im Haus und innerhalb von fünf Minuten auf der Überwachungsstation verfügbar ist.
  - Ein ärztlicher Vertreter oder eine ärztliche Vertreterin der Grunddisziplin muss jederzeit erreichbar sein, für den Fall einer ungeplanten (Rück-)Verlegung von der Bettenstation auf die Überwachungsstation. Die Verlegung muss innerhalb einer Stunde möglich sein.
  - Die Pflegenden verfügen über mindestens ein Jahr Erfahrung in einer Überwachungsstation oder in der Intensiv-, Anästhesie- oder Notfallpflege.

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

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

## 2.3 Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

11. Falls vorhanden, wird für Leistungen der Kindermedizin der entsprechende Facharzttitel vorausgesetzt. Die folgende Tabelle enthält die Gegenüberstellung der Facharzttitel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin:

Erwachsenenmedizin	Kindermedizin
Innere Medizin	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Chirurgie	Kinderchirurgie
Neurologie	Schwerpunkt Neuropädiatrie
Endokrinologie	Schwerpunkt päd. Endokrinologie-Diabetologie
Gastroenterologie	Schwerpunkt päd. Gastroenterologie und Hepatologie
Hämatologie, medizinische Onkologie	Schwerpunkt päd. Onkologie-Hämatologie
Kardiologie	Schwerpunkt päd. Kardiologie
Radiologie	Schwerpunkt päd. Radiologie
Nephrologie	Schwerpunkt päd. Nephrologie
Pneumologie	Schwerpunkt päd. Pneumologie
Rheumatologie	Schwerpunkt päd. Rheumatologie
Urologie	Kinderchirurgie
Viszeralchirurgie	Kinderchirurgie
Handchirurgie	Kinderchirurgie
Dermatologie	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Gynäkologie	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Gefässchirurgie	Herzmedizin mit pädiatrischer Erfahrung
Angiologie	Interventionelle Radiologie, Dermatologie, Kardiologie, Kinderchirurgie, Nephrologie und Gastroenterologie

## 2.4 Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen (Version 2024.1)

12. Leistungsaufträge für (hoch-)spezialisierte Leistungsgruppen können an Spitäler der Grund- oder Zentrumsversorgung erteilt werden, auch wenn nicht alle Eignungskriterien erfüllt sind, wenn eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Spital der Grund- oder Zentrumsversorgung und einem Spital der höher gelegenen Versorgungsstufe vorliegt. Damit soll die wohnortnahe Erbringung von spezialisierten stationären Behandlungsleistungen ermöglicht werden. Diese Kooperationen müssen die nachfolgenden Anforderungen erfüllen:
- 13.
- Nur ein Kooperationspartner je Leistungsbereich
  - Das höher gelegene Spital muss alle Eignungskriterien eigenständig ohne Kooperation mit Dritten erfüllen.
  - Spital der tieferen Versorgungsstufe erbringt ausschliesslich elektive Leistungen;
  - Spital der tieferen Versorgungsstufe verfügt über ein Konzept für den Umgang mit spitalinternen und –externe Notfallpatientinnen und –patienten der betreffenden Leistungsgruppe. Dieses Konzept ist mit dem Kooperationspartner abgestimmt.
  - Therapiefestlegung für alle Patientinnen und Patienten erfolgen im Rahmen einer gemeinsamen Indikationskonferenz.
  - Elektronischer Datenaustausch zwischen den Kooperationsspitälern ist standardisiert gewährleistet.

Entsprechende Kooperationsvereinbarungen müssen bei der Planungsbehörde eingereicht respektive nachgereicht werden. Das Fehlen von unterzeichneten Kooperationsvereinbarungen führt zur Nicht-Erteilung bzw. dem Entzug von entsprechend erteilten Leistungsaufträgen im Spital der tieferen Versorgungsstufe.



### **3.** Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen

#### **3.1** DER2 Wundpatienten (Version 2024.1)

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

#### **3.2** HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2024.1)

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

#### **3.3** NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2024.1)

16. Das Spital verfügt über eine zertifizierte Stroke Unit gemäss der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS). Spitäler ohne Stroke Unit benötigen eine standardisierte Zusammenarbeit mit einem Stroke Center/Stroke Unit. Die Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und Patienten in Spitälern ohne Stroke Center/Stroke Unit darf nur in Absprache mit einem Stroke Center/Stroke Unit erfolgen.

#### **3.4** NEU4 Epileptologie (Version 2024.1)

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

#### **3.5** NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlungen (Version 2024.1)

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

#### **3.6** END1 Endokrinologie (Version 2024.1)

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

#### **3.7** VIS1 Viszeralchirurgie (Version 2024.1)

21. Das Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» der Chirurgischen Gesellschaft des Kantons Zürich (CGZH) befindet sich aktuell in der Finalisierung. Die Teilnahme ist für Listenspitäler der Planungskantone mit Leistungsauftrag VIS1 verpflichtend. Das Ostschweizer Kinderspital ist von der Teilnahme am Qualitätsprogramm «Kolonchirurgie» der Chirurgischen Gesellschaft des Kantons Zürich (CGZH) entbunden.

#### **3.8** VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2024.1)

22. Für die Behandlung bariatrischer Patienten/-innen wird die Erfüllung der Kriterien der Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB) und die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB als Primär- (VIS1.4) oder Referenzzentrum (VIS1.4.1) vorausgesetzt.



### **3.9** HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation (Version 2024.1)

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

### **3.10** ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Indikationskonferenz (Version 2024.1)

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

### **3.11** GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2024.1)

#### **3.11.1 Qualifikation Operateurin oder Operateur**

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

#### **3.11.2 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte**

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

#### **3.11.3 Indikation**

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

#### **3.11.4 Qualitätscontrolling**

28. Die Daten aller in der auf der Webseite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/qualitaet-listenspitaeler.html>) veröffentlichten Liste aufgeführten Gefässeingriffe (Intervention und Chirurgie) bei Erwachsenen sind im Swiss Vasc Register zu erfassen und die Kenndaten zur Qualitätssicherung auszuweisen (siehe auch Liste in der Dokumentation auf der Bewerbungsplattform). Das Ostschweizer Kinderspital ist von der Erfassung im Swiss Vasc Register und der Ausweisung von Kenndaten entbunden.

### **3.12** ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe sowie GEF3 Gefässchirurgie Carotis (Version 2024.1)

#### **3.12.1 Qualifikation Operateurinnen und Operateure**

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

#### **3.12.2 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte**

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



### 3.12.3 Indikation

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

### 3.12.4 Qualitätscontrolling

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

### 3.12.5 Sonstige Anforderungen

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

## 3.13 HER1 – HER1.1.5 Herzchirurgie (Version 2024.1)

34. Bewerberinnen und Bewerber sind dazu verpflichtet, die jährlichen Herzchirurgie-Qualitätsberichte der Jahre 2019 bis 2021 gemäss Vorgabe des Kantons Zürich einzureichen. Falls kein solcher Bericht vorliegt, wird die Eingabe eines analogen Berichtswesens verlangt. Listenspitäler der Planungskantone sind verpflichtet, am sich derzeit in Entwicklung befindenden Zürcher Pilotprogramm zur Qualitätsanalyse von Routinedaten teilzunehmen.

## 3.14 KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2024.1)

35. Es sind die [Richtlinien](#) der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie zu erfüllen. Implantate und Devices werden in den jeweiligen Registern vollständig erfasst. Sobald das Qualitätsprogramm «Herzmedizin» des Kantons Zürich etabliert ist, sind die Listenspitäler der Planungsbehörden zur Teilnahme verpflichtet.

## 3.15 NEP1 Nephrologie (Version 2024.1)

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

## 3.16 URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel «operative Chirurgie»

37. Die Spitäler erfassen die Operateure/-innen.

## 3.17 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2024.1)

### 3.17.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

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



### **3.17.2 Indikation**

39. Alle Fälle mit Prostatakarzinom und kurativer Therapie sind im Tumorboard unter Beteiligung der involvierten Fachexpertinnen und Fachexperten aller Therapiealternativen (Radio-Onkologie, Onkologie, Radiologie und Urologie) zu besprechen. Die Fallbesprechung hat prä- und posttherapeutisch stattzufinden und ist zu dokumentieren. Es ist ein Indikationscontrolling durchzuführen.

### **3.17.3 Qualitätscontrolling**

40. Die Listenspitäler der Planungskantone sind zur Teilnahme am sich derzeit in Entwicklung befindenden Indikations- und Qualitätsmonitorings des Kantons Zürich verpflichtet

### **3.18 PNE1 Pneumologie (Version 2024.1)**

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

### **3.19 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2024.1)**

42. Nicht transplantationsnahe CF-Patientinnen und -Patienten mit periodischen Kontrollen im CF-Zentrum oder solche mit Zuweisungen vom CF-Zentrum in Spitäler mit entsprechend erfahrenen CF-Spezialistinnen und -Spezialisten können unter Anleitung des und in Rücksprache mit dem CF-Zentrum ausserhalb des CF-Zentrums stationär betreut werden. Bei Stadienänderung dürfen CF-Patientinnen und -Patienten nur im CF-Zentrum stationär behandelt werden.

### **3.20 PNE2 Polysomnographie (Version 2024.1)**

43. Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) notwendig.

### **3.21 THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems und THO1.2 Mediastinaleingriffe (Version 2024.1)**

44. Die Spitäler erfassen die Operateure/-innen.

### **3.22 BEW3 Handchirurgie (V2024.1)**

- 44a. Es ist ein handchirurgisches Spezialambulatorium zu betreiben, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden. Begleitend muss eine spezialisierte Ergotherapie zur Verfügung stehen.

### **3.23 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2024.1)**

#### **3.23.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte**

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



### **3.23.2 Indikation**

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

### **3.23.3 Qualitätscontrolling**

47. Das Qualitätscontrolling basiert auf den Daten des SIRIS-Registers und entspricht dem derzeit sich in Erarbeitung befindenden Qualitätsprogramms des Kantons Zürich.

## **3.24 BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie und BEW10 Plexuschirurgie (Version 2024.1)**

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

## **3.25 BEW11 Replantationen (Version 2024.1)**

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

## **3.26 GYNT Gynäkologische Tumore (Version 2024.1)**

### **3.26.1 Mindestfallzahlen, Ergänzungen zur Zählweise**

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

### **3.26.2 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte**

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

### **3.26.3 Indikation**

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

### **3.26.4 Qualitätscontrolling**

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

## **3.27 GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum (Version 2024.1)**

### **3.1.1 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte**

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

### 3.1.2 Indikation

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

### 3.1.3 Qualitätscontrolling

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

### 3.28 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2024.1)

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

### 3.29 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neu geborene Geburtshaus (ab 36 0/7 SSW; Version 2024.1)

#### 3.29.1 Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus

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



- Untersuchung und Monitoring von Mutter und Fötus.
- Die Versorgung während der Geburt, einschließlich der Versorgung von Beckenbodenverletzungen und der Behandlung von Uterusatonie.
- Untersuchung, Behandlung und, falls erforderlich, Wiederbelebung des Neugeborenen.
- Durchführung des Screenings und des laufenden Monitorings des Neugeborenen.
- Sauerstoffzufuhr für die Mutter oder das Neugeborene nach Bedarf.
- Intravenösen Zugang.

### 3.29.2 Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

60. Eine Geburt kann in den folgenden Fällen im Geburtshaus durchgeführt werden:

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik (Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen [ICD- und CHOP-Codes]) Version 2023 Akutsomatik mit «GEBH» bzw. «NEOG» gekennzeichnet<sup>2</sup>.
- Durchführung von Einling-Entbindungen.
- Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW.
  - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses.
  - Ein Ultraschall bei einem Facharzt/-ärztin Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung ist von der Hebamme zu dokumentieren.
- Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000g
- 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 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
- Die Hebammen sind verpflichtet, die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen im Geburtshaus mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung des Geburtshauses ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein nicht pathologischer körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine spontane, komplikationslose Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass auch bei Beachtung sämtlicher Einschlusskriterien das Auftreten unvorhergesehener medizinischer Probleme nicht völlig auszuschliessen ist. Es liegt jederzeit im Ermessen der Hebammen zu entscheiden, ob die weitere Betreuung durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt und verpflichtet, entsprechend ihren Kompetenzen erste Hilfe zu leisten und Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

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

61. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und durch die/den Spezialärztin/Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:

- Übertragung (ab 42 0/7 SSW).
- Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, incompletter Beckenring).
- Erkrankungen des Blutes und blutbildender Organe.
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa).
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen.

<sup>2</sup> Siehe Website GDK: [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)



- f) Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen.
- g) Neurologische Erkrankungen.
- h) Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes.
- i) Polyhydramnion (möglich, wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden).

62. Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Frau verweigern, wenn keine Beurteilung einer Fachärztin oder eines Facharztes vorliegt oder die Hebamme auf Grund der fachärztlichen Beurteilung die Verantwortung nicht übernehmen will. Die Abklärung wird von der Hebamme schriftlich dokumentiert.

### 3.29.4 Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

63. Ausschlusskriterien:

- a) Voraussichtliche Geburt vor 36 0/7 SSW.
- b) Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar).
- c) Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea).
- d) Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar).
- e) Schwere Nebenerkrankungen (z.B. Zustand nach Transplantation).
- f) Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain.
- g) Ausgedehnte Zervixrevisionen (möglich, wenn ein Geburtshindernis durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurde).
- h) Mehrlingsgeburten.

64. Beispiele von Gründen für eine Verlegung ins Spital:

- a) Mekoniumabgang bei schlechten Zusatzkriterien wie Geburtsdynamik, pathologisches CTG etc.
- b) Blasensprung grösser 48 Stunden ohne Geburtsfortschritt.
- c) Abweichung des Geburtsfortschrittes (nach WHO-Definition).
- d) Wunsch der Frau.
- e) Bei Eintritt beginnende Präeklampsie oder Vorhandensein einer Präeklampsie.

## 3.30 GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2024.1)

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

65. Die HGGh soll integriert in die bestehende Spitalinfrastruktur als «Abteilung für HGGh» oder integriert in eine bestehende Gebärabteilung erfolgen. Die Sicherheit muss optimal gewährleistet sein und den WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit) ist Rechnung zu tragen.

### 3.30.2 Strukturelle Anforderungen

66. In struktureller Hinsicht gelten die folgenden Anforderungen:

- a) Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mindestens 6 VZA) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung oder durch ein Team spitalinterner Hebammen.
- b) Verfügbarkeit:
  - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 SSW bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar. Falls die HGGh in eine bestehende Gebärabteilung integriert ist, kann die Betreuung im Wochenbett auch durch Pflegefachpersonen erfolgen.
  - Wenn die HGGh nicht in eine Gebärabteilung integriert ist, muss eine Hebamme jederzeit innert 30 Minuten vor Ort sein (Pikettdienste sind möglich).
  - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus oder der Abteilung, ist immer eine Fachperson



- (Hebamme, Pflegefachfrau) anwesend.
- Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase zwei Personen anwesend: entweder eine Hebamme und eine weitere Fachperson oder zwei Hebammen.
- c) Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologieklinik bei HGGH in einem Geburtshaus auf (oder angrenzend an) das Spitalgelände:
- Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept).
  - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports.
  - Nutzung des gleichen KIS wie das Partnerspital oder Konzept zur Sicherstellung des Informationsflusses mit dem Partnerspital (Diagnosen, Medikation, Therapien, Diagnostik).
- d) Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre).
- e) Behandlungsrichtlinien (inkl. Notfallsituationen) werden schriftlich festgehalten und regelmässig überprüft und aktualisiert. Diese Richtlinien müssen allgemein zugänglich sein. Die Behandlungsrichtlinien werden von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten gemeinsam erstellt. Schnittstellen müssen klar definiert werden, insbesondere der Übergang von der hebammengeleiteten Geburt zur Geburt unter ärztlicher Verantwortung.
- f) Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand.
- g) Ein CIRS steht zur Verfügung und wird angewendet und regelmässig im Team ausgewertet.
- h) Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.
- i) Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.
- j) Die HGGH verfügt über leicht zugängliche Geräte und Materialien, einschliesslich Medikamente, die notwendig sind für:
- Untersuchung und Monitoring von Mutter und Fötus.
  - Die Versorgung während der Geburt, einschliesslich der Versorgung von Beckenbodenverletzungen und der Behandlung von Uterusatonie.
  - Untersuchung, Behandlung und, falls erforderlich, Wiederbelebung des Neugeborenen.
  - Durchführung des Screenings und des laufenden Monitorings des Neugeborenen.
  - Sauerstoffzufuhr für die Mutter oder das Neugeborene nach Bedarf.
  - Intravenösen Zugang.

### 3.30.3 Einschlusskriterien für die HGGH

67. Es gelten folgende Einschlusskriterien für die hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital:

- a) Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit in der HGGH im Spital. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind in der SPLG-Systematik (Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen, ICD- und CHOP-Codes) Akutsomatik mit «GEBS» bzw. «NEOG» gekennzeichnet<sup>3</sup>.
- b) Durchführung von Einling-Entbindungen.
- c) Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW
  - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses oder des Spitals.
  - Ein Ultraschall bei einer Fachärztin/einem Facharzt Gynäkologie/Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung ist von der Hebamme zu dokumentieren.
- d) Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000g.

<sup>3</sup> Siehe Website GDK: [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)



- e) Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades.
- f) Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
- g) Die Hebammen sind verpflichtet, die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen der HGGh mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung zur HGGh ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein nicht pathologischer körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine spontane, komplikationslose Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass auch bei Beachtung sämtlicher Einschlusskriterien das Auftreten unvorhergesehener medizinischer Probleme nicht völlig auszuschliessen ist. Es liegt jederzeit im Ermessen der Hebammen zu entscheiden, ob die weitere Betreuung durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt und verpflichtet, entsprechend ihren Kompetenzen erste Hilfe zu leisten und Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

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

68. Zu den Einschlusskriterien, die eine vorherige Abklärung durch die Hebamme und durch die/den Spezialärztin/Spezialarzt oder Gynäkologin/Gynäkologen erfordern, zählen:
- a) Übertragung (ab 42 0/7 SSW).
  - b) Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, incompletter Beckenring).
  - c) Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe (inkl. Gerinnungsstörungen).
  - d) Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa).
  - e) Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen.
  - f) Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen.
  - g) Neurologische Erkrankungen.
  - h) Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes.
  - i) Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea).
  - j) Status nach Zervixrevisionen.
  - k) Polyhydramnion (möglich, wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden).
69. Die Hebamme kann die Übernahme der medizinischen Verantwortung für eine Frau ablehnen, wenn keine Beurteilung eines Facharztes oder einer Fachärztin vorliegt oder die Hebamme auf Grund der gynäkologischen Beurteilung die Verantwortung nicht übernehmen will. Die Abklärung ist von der Hebamme schriftlich zu dokumentieren.

### 3.30.5 Ausschlusskriterien für eine HGGh

70. Ausschlusskriterien:
- Voraussichtliche Geburt vor SSW <36 0/7.
  - Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar).
  - Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar).
  - Schwere Nebenerkrankungen (z.B. Zustand nach Transplantation).
  - Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain.
  - Mehrlingsgeburten.
71. Beispiele von Gründen für eine Verlegung ins Spital bzw. Gründe für einen Übergang in die ärztlich geführte Geburtshilfe:
- Mekoniumabgang bei schlechten Zusatzkriterien wie Geburtsdynamik, pathologisches CTG etc.
  - Blasensprung grösser 48 Stunden ohne Geburtsfortschritt.



- Abweichung des Geburtsfortschrittes (nach WHO-Definition).
- Wunsch der Frau.
- Bei Eintritt beginnende Präeklampsie oder Vorhandensein einer Präeklampsie.

### 3.31 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2024.1)

72. Bei pränatalen Hospitalisationen auf einer Geburtsklinik GEB1 muss Rücksprache mit einer entsprechenden neonatologischen Abteilung, mindestens NEO1.1, erfolgen. Für die Geburt muss die Frau rechtzeitig in ein Spital mit Leistungsauftrag für den erwarteten Zustand des Kindes verlegt werden. Drillingsgeburten dürfen nur in Spitälern mit Leistungsauftrag GEB1.1.1 erfolgen.

### 3.32 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2024.1)

73. Es gelten die folgenden Anforderungen gemäss den aktuellen Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland:

- NEO1: Anforderungen gemäss Level I
- NEO1.1: Anforderungen gemäss Level IIB
- NEO1.1.1: Anforderungen gemäss dem von der Gesundheitsdirektion Zürich definierten Level III<sup>minus</sup>. Das Zürcher Level III<sup>minus</sup> bildet die spezialisierte neonatologische Versorgung ohne zertifizierte Intensivstation bei Neugeborenen nach  $\geq 28$  0/7 Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht  $\geq 1000$  g ab. Grundsätzlich gelten die Anforderungen gemäss den «Absolute Requirements» des Level III der Standards of Neonatal Care in Switzerland. Hinsichtlich Mindestfallzahlen gelten davon abweichend die Zahlen gemäss nachstehender Tabelle:

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

- NEO1.1.1.1: Anforderungen gemäss Level III

### 3.33 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2024.1)

#### 3.33.1 Allgemeine Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie

74. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung in einem Spital, in der Kinder und Jugendliche <18 Jahren (bis zum 18.Geburtstag) ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheiten angeboten. Grundsätzlich gelten für Kinderspitäler dieselben Qualitätsanforderungen wie für alle Listenspitäler. Sonderregelungen sind in begründeten Ausnahmefällen in Absprache mit den Planungsbehörden möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund kleiner Fallzahlen oder auf Anforderungen an die



Notfallstation.

### 3.33.2 Anforderungen Kinderklinik

75. Anforderungen an eine Kinderklinik:

- a) Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und -ärzten für Pädiatrie respektive Kinderchirurgie.
- b) Pflegefachkräfte mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege.
- c) Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur.
- d) Unterbringungsmöglichkeiten der Bezugspersonen.
- e) Eine von der Bildungsdirektion bewilligte Spitalschule für den Unterricht schulpflichtiger Kinder/Jugendlicher.

### 3.33.3 Gemeinsame Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie

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

#### 3.33.3.1 Pädiatrie

77. Stationäre pädiatrische Patientinnen und Patienten < 16 Jahren (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.

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

#### 3.33.3.2 Kinderchirurgie

78. Stationäre chirurgische Patientinnen und Patienten < 16 Jahren (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.

Die Kinderchirurgie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt FMH Kinderchirurgie geleitet.

Bei Kindern < 6 Jahren (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie gewährleistet sein. Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenspital erfolgen. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.

## 3.34 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2024.1)

### 3.34.1 Allgemeines Basis-Kinderchirurgie

79. Um kinderchirurgische Leistungen anbieten zu können, müssen die Anforderungen an eine Kinderklinik sowie die nötigen organspezifischen Anforderungen erfüllt sein. Leistungen in der Basis-Kinderchirurgie können auch ohne Kinderklinik angeboten werden.

80. Leistungen der Basis-Kinderchirurgie, also einfache chirurgische Eingriffe bei sonst gesunden Kindern, können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitalern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen, wie z.B. unkomplizierte Appendektomien, einfache Frakturbehandlungen oder einfache Tonsillektomien sind im Dokument «Medizinische Leistungen pro Leistungsgruppe» auf der Webseite der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich abschliessend ausgewiesen (<https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110>). Die in Frage kommenden Leistungen sind mit «ab 0 Jahren» oder «ab 6 Jahren» markiert. Leistungserbringer mit Basispaket elektiv können nur Kinder/Jugendliche ab 12 Jahren operieren.

### 3.34.2 Spezielle Anforderungen Basis-Kinderchirurgie

81. Folgende Voraussetzungen müssen in der Basis-Kinderchirurgie erfüllt werden:

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



### 3.35 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2024.1)

#### 3.35.1 Allgemeines

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

#### 3.35.2 Mindestanforderungen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

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

#### 3.35.3 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

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

### 3.36 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2024.1)

#### 3.36.1 Allgemeines

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

#### 3.36.2 Anforderungen Palliative Care Kompetenzzentrum

86. Kompetenzzentren für Palliative Care erbringen spezialisierte Palliative Care-Leistungen. Eine Zertifizierung gemäss Label «Qualität in Palliative Care» von palliative.ch wird vorausgesetzt. Diese umfassen folgende speziellen Aufgaben:
- Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung.
  - Stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen.
  - Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care.
  - Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen oder Bereitstellung eines pädiatrischen 24h-Hintergrunddienstes.
  - Beteiligung an Aus- und Weiterbildungsaktivitäten in Palliative Care (insbesondere Bereitstellung von

Praktikums- und Weiterbildungsplätzen und Durchführung von Aus- und Weiterbildungsanlässen für interne und externe Fachpersonen).

### 3.37 BES Bewachungsstation (Version 2024.1)

- 86a. Eine Bewachungsstation dient der medizinischen Behandlung von somatisch und/oder psychisch kranken oder verunfallten Eingewiesenen aller Haftarten, Altersklassen und Geschlechter, die aus Sicherheitsgründen nicht in ein anderes Spital eingewiesen oder aus medizinischen Gründen nicht im Gefängnis/Justizvollzugsanstalt behandelt werden können. Neben der medizinisch-pflegerischen Behandlung werden die eingewiesenen Patientinnen und Patienten durch ausgebildetes Justizvollzugpersonal beaufsichtigt und betreut.

### 3.38 ISO Sonderisolerstation (Version 2024.1)

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

### 3.39 KAA, KAB, KAC, KAD Kinderanästhesie (Version 2024.1)

88. Ein Leistungsauftrag Kinderanästhesie ist notwendig, um bei Kindern unter 12 Jahren kinderanästhesiologische Leistungen durchzuführen.

Die Anforderungen werden gemäss der Entwicklung des Paediatric Anaesthesia Projects 2030 der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA) und der SSAPM definiert und laufend überarbeitet.

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

#### Legende:

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

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

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

- Gesunde Kinder und Kinder mit Begleiterkrankungen, bei denen das perioperative Risiko aufgrund der Begleiterkrankungen nicht erhöht ist;



- b) Kinder mit chronischen Erkrankungen ohne Einschränkung von Anästhesiefähigkeit, Allgemeinzustand, Organfunktionen oder Leistungsfähigkeit;
- c) Kinder mit vollständig korrigierten kongenitalen Anomalien mit vollständig wiederhergestellter Organfunktion, Leistungsfähigkeit und Anästhesiefähigkeit.

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

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

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

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

Kategorie IV: Fachärztin/Facharzt Anästhesiologie/Anästhesiepflege NDS.

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