Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen

Akutsomatik (Version 2020.1; gültig ab 1. Januar 2020)

Inhaltsverzeichnis

1. DER2 Wundambulatorium (V2.0) ... 3
2. NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1) ... 3
3. NEU4 Epileptologie (Version 2018.1) ... 3
4. END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (V2.0) ... 3
5. VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1) ... 3
6. HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0) ... 4
7. ANG/GEF Interdisziplinäre Indikationskonferenz (V2.0) ... 4
8. NCH, NEU, HER, KAR Teilnahme an Forschungsstudien (Version 2015.1) (bisher nicht umgesetzt) ... 4
9. HER Herzchirurgie (Version 2019.1) ... 5
10. KAR1.3 Implantierbarer Cardioverter Defibrillator (V2.0) ... 6
11. NEP1 Nephrologie (Version 2017.1) ... 6
12. PNE1 Pneumologie (V2.0) ... 6
13. PNE2 Polysomnographie (V2.0) ... 6
14. PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2018.1) ... 6
15. BEW3 Handchirurgie (V2.0) ... 6
16. BEW10 Plexuschirurgie (V2.0) ... 6
17. PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (V2.0) ... 7
18. GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 37. SSW; Version 2017.2) ... 7
19. GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1) ... 9
20. NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1) ... 10
21. NUK1 Nuklearmedizin (Version 2019.1) ... 10
22. KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1) ... 10
23. KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2019.1) ... 11
24. GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1) ... 11
25. PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2018.1) ... 12
26. ISO Sonderisolierstation (Version 2020.1) ... 14
27. BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2017.2) ... 14
28. Facharzt-Qualifikation (Version 2018.1) ... 15
    Kinder- und Jugendmedizin ... 15
29. Facharzt-Verfügbarkeit (Version 2018.1) ... 16

30. Notfallstation (Version 2018.1) 16
31. Intensivstation (IS) (Version 2018.1) 18
32. Verknüpfung inhouse oder in Kooperation (V2.0) 19
33. Tumorboard (Version 2018.1) 19
34. Mindestfallzahlen (MFZ) (Version 2018.1) 20
Zählweise Operateur 21
Verfahren 22
Einführung 23
35. Qualitätscontrolling (Version 2018.1) 23
Anforderungen an das Qualitätscontrolling 24
35.1 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe 25
35.2 ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe und GEF3 Gefässchirurgie Carotis 25
35.3 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2020.1) 26
35.1 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen BEW7.2 Erstprothesen Knie BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2020.1) 26
35.2 GYNT Gynäkologische Tumore (Version 2020.1) 27
35.3 GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum 29

1. DER2 Wundambulatorium (V2.0)

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

2. NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)

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

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

3. NEU4 Epileptologie (Version 2018.1)

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

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

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

5. VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2017.1)

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

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

6. HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (V2.0)

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

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

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

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

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

- Definition der zu erfassenden Datensets
- Definition der Kenndaten zur Qualitätssicherung und einem zweckmässigen Benchmark
- Die zu erfassenden Datensets und Kenndaten sollen von den Arbeitsgruppen nach Vorgabe der Gesundheitsdirektion Zürich bis Ende Jahr 2014 definiert werden. Die Definitionen sollen mit der Gesundheitsdirektion Zürich besprochen werden. Weitere Kenndaten können von der Gesundheitsdirektion Zürich vorgegeben werden.
- Die Datenerfassung soll ab 1.1.2015, spätestens aber ab 1.1.2016 erfolgen.
- Nach Möglichkeit soll auf bereits verfügbare zweckmässige Register zurückgegriffen werden und Doppelspurigkeiten sollen vermieden werden.
- In der Herzchirurgie ist dies im Rahmen der Qualitätsdaten Herzchirurgie bereits geplant bzw. teilweise umgesetzt (siehe dazu 4.1.4).

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

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

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

9. HER Herzchirurgie (Version 2019.1)

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

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

Die Kenndaten sind von der SGHC definiert und werden mit der Gesundheitsdirektion Zürich besprochen. Die Gesundheitsdirektion kann die Erhebung von weiteren Kenndaten und zusätzliche Spezifikationen vorschreiben.

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

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

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

11. NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)

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

12. PNE1 Pneumologie (V2.0)

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

13. PNE2 Polysomnographie (V2.0)

Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC[3]: Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die SGSSC notwendig.

14. PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2018.1)

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

15. BEW3 Handchirurgie (V2.0)

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

16. BEW10 Plexuschirurgie (V2.0)

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

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

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

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

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

Anforderungen an ein Geburtshaus

Einführung

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

Strukturelle Anforderungen

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch mindestens 3 Hebammen mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.
- Verfügbarkeit:
  - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 37. Schwangerschaftswoche bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar
  - Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Min im Geburtshaus sein (Pikettdienste sind möglich)
  - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau) im Geburtshaus anwesend
  - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase 2 Personen anwesend: entweder 1 Pflegefachfrau und 1 Hebamme oder 2 Hebammen
- Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologie Klinik:
  - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept)
  - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburtshaus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen
- Arbeitsanweisung für Notfallsituationen bei Gebärenden, Wöchnerinnen und Kind
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand
- Apparative Einrichtungen

- Infusionen, wehenhemmende Mittel, Notfall-Medikamente, Ausrüstung zur Nahtversorgung
- Sauerstoff, Ambu-Beutel und Oxymetriegerät
- Kinderärztliches Notfallset
- CTG
- Erstversorgungsplatz für Neugeborenes mit Wärmestrahler und ausreichenden Lichtverhältnissen
- optional: BiliBed (Phototherapie bei Hyperbilirubinämie)

Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburten. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang 2 „Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen“ (ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik mit “GEBH“ bzw. “NEOG“ gekennzeichnet.
- Durchführung von Einling-Entbindungen
- Mindestens 1 Kontrolle vor der 37. SSW
  - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei der Hebamme des Geburtshauses.
  - Ein Ultraschall bei einem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung wird von der Hebamme dokumentiert.
- Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 37. SSW (36 0/7 SSW) und einem Geburtsgewicht ab 2000g
- Bei Übertragung (ab Ende 42. SSW) Rücksprache mit dem Spital (Geburtshilfe) oder dem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe
- Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades
- Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 35. SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).
- Das Geburtshaus ist verpflichtet die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen im Geburtshaus mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung des Geburtshauses ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

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

Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

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

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

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

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

Ausschlusskriterien (beispielhaft genannt)

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

Verlegungsgründe ins Spital (beispielhaft genannt)

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

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

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

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

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

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

Anforderungen gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland[4]:

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

21. NUK1 Nuklearmedizin (Version 2019.1)

BAG-Strahlenschutzbestimmungen[5]*:* In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG zu erfüllen.

22. KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2017.1)

Anforderungen an die Pädiatrie und Kinderchirurgie: Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen erfolgt grundsätzlich in einer Kinderklinik. Eine Kinderklinik ist eine Institution oder Abteilung an einem Spital, wo Kinder und Jugendliche < 16 Jahre (bis zum 16.Geburtstag) ambulant, tagesklinisch oder stationär betreut werden. Eine Kinderklinik stellt sicher, dass alle Behandlungen an Kindern und Jugendlichen von qualifiziertem Personal für Kinder und Jugendliche ausgeführt werden. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden von Erwachsenen räumlich getrennte Versorgungseinheiten angeboten. Grundsätzlich gelten für Kinderspitäler dieselben Qualitätsanforderungen wie für alle Listenspitäler. Sonderregelungen sind in begründeten Ausnahmefällen in Absprache mit der Gesundheitsdirektion möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund der kleinen Fallzahlen oder die Anforderungen an die Notfallstation.

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

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

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

Kinderchirurgie:
- Stationäre chirurgische Patienten < 16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln
- Die Kinderchirurgie wird von einem Facharzt FMH Kinderchirurgie geleitet

[4] Swiss Society of Neonatology „Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland“ Version vom 5.12.2012, www.neonet.ch.
[5] https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/gesetzgebung-strahlenschutz.html

- Bei Kindern < 6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie[6] 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.

Zusätzlich wird ein entsprechender organspezifischer Leistungsauftrag vergeben.

23. KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2019.1)

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

Basis-Kinderchirurgie:
Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie z.B. unkomplizierte Appendizitis, einfache Frakturen, Tonsillenhyperplasie sind in den SPLG Definitionstabellen, die auf der Homepage der Spitalplanung ersichtlich ist: http://www.gd.zh.ch/leistungsgruppen abschliessend ausgewiesen.

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

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

24. GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2015.1)

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

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

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

Mindestanforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

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

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

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

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

25. PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2018.1)

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

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

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

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

- Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards
- Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärzte, Pflegende, Therapeuten)
- Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärzte, Pflegende und Therapeuten.

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Palliative Care:

A) Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» (Liste A von palliative.ch; Version 17.9.2010)

B) Anforderungen an die Strukturqualität:

1. Interdisziplinäres Team (Ärzte/Pflegende/Therapeuten etc.) mit Ausbildung und Erfahrung in Palliative Care.
2. 24-Stunden-Präsenz von Pflegenden mit Ausbildung in Palliative Care.
3. Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.

Hinweis:
Das Strukturmerkmal «organisatorische Einheit mit eigenen Räumlichkeiten» gilt nicht für das Kinderspital Zürich. Allfällig palliative Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen können auf einer Kinderstation stattfinden. Für die palliative Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind jedoch alle anderen Anforderungen und Aufgaben eines Kompetenzzentrums Palliative Care zu gewährleisten.

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

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

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

1. Ein Betriebskonzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patienten und Patientinnen gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Das Konzept gibt Auskunft über das

Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrages notwendige Infrastruktur und Prozesse.
2. Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen.

26. ISO Sonderisolierstation (Version 2020.1)

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.

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

Anforderungen an Basispaket und Basispaket Elektiv

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

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

Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatienten. Da Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot

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

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 obiger Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie.

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

28. Facharzt-Qualifikation (Version 2018.1)

Im «Anhang zur Zürcher Spitalliste Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» wird in der Spalte «FMH Facharzt / Schwerpunkte» die Qualifikation (FMH oder ausländischer, von der FMH/SIWF [Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung] als äquivalent anerkannter Titel) der entsprechenden Fachärztin oder des entsprechenden Facharztes am Spital definiert. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patienten von diesen Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals bzw. der Fachärzte, die Behandlung zu delegieren. Bei Leistungsgruppen mit Erfassung der Operateure wird zusätzlich festgelegt, welche Facharztqualifikation vorausgesetzt sind, um gewisse Eingriffe als verantwortliche Operateurin oder verantwortlicher Operateur vorzunehmen. Mit der Erfassung der Operateure wird es bei den entsprechenden Leistungsgruppen möglich, die Qualifikationen der Operateure systematisch zu prüfen. Diese Erweiterung gilt ausschliesslich für diese Leistungsgruppen bzw. die definierten CHOP-Codes mit Erfassung der Operateure und ist ab 1. Januar 2019 verbindlich.

Kinder- und Jugendmedizin

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

29. Facharzt-Verfügbarkeit (Version 2018.1)

Im «Anhang zur Zürcher Spitalliste Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» wird in der Spalte «Verfügbarkeit» pro Leistungsgruppe festgehalten, innert welcher Frist der Facharzt verfügbar sein muss. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen gewährleistet sein. Die Verfügbarkeit muss auch bei Beleg- und Konsiliarärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein.

Level 1	FA Erreichbarkeit <60min oder Verlegung	Die Fachärzte[8] sind innert 60 Minuten erreichbar oder der Patient wird an das nächste Spital mit entsprechendem Leistungsauftrag verlegt.
Level 2	FA Intervention <60min	Die Fachärzte[8] aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch den Facharzt erbringbar oder ausnahmsweise anderweitig sichergestellt.
Level 3	FA Intervention <30min	Die Fachärzte[8] aus der jeweiligen Leistungsgruppe sind jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 30 Minuten erbringbar.
Level 4 (Geburt)	FA Intervention <10min	Nur für die Geburtshilfe, 24-Std.-Betrieb: Die Geburtshilfe wird von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (Anwesenheit im Spital innerhalb von 10 Minuten) geführt. FA Neonatologie oder FA Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15min gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland)

Für die jeweilige postoperative Nachsorge bei Leistungsgruppen mit Erfassung der Operateure wird die weitere Verfügbarkeit des zugelassenen Operateurs oder eine für den Eingriff zugelassene und informierte Stellvertretung verlangt. Das heisst, die zugelassenen Operateure bzw. die Spitäler sind in der postoperativen Phase verpflichtet, die Versorgungsqualität mittels Erreichbarkeit und Möglichkeit zur Intervention sicherzustellen. Zur Behandlung von postoperativen Komplikationen sind in einzelnen Fachbereichen auch entsprechend kompetente Dienstärzte (auch ohne Zulassung für den spezifischen Eingriff) zugelassen, wobei bei Bedarf ein zugelassener Operateur verfügbar sein muss. Die Verfügbarkeit ist unter Ziff. 34 weiter spezifiziert.

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

30. Notfallstation (Version 2018.1)

Um die Patientenübergabe von den Rettungsdiensten an die Notfallstationen zu vereinfachen, sind die Notfallstationen zu verpflichten, bei Patientenübergaben von und an Rettungsdienste das strukturierte Übergabeprotokoll der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) zu verwenden.

[8] Fachärzte oder Ärzte mit entsprechender Facharztqualifikation (auch Beleg- oder Konsiliarärzte möglich).

Bei Notfalleinweisungen durch die Rettungsdienste ist entscheidend, dass das Zielspital über die für die Behandlung erforderlichen Kompetenzen und einen entsprechenden Leistungsauftrag verfügt. Die Notfallstationen dürfen bei der Anmeldung durch den Rettungsdienst nur Fälle annehmen, für deren erwartete Behandlung sie über einen Leistungsauftrag verfügen. Die Kompetenzen des Spitals sollen bereits bei der Erstzuweisung entsprechend dem Informationsstand und der medizinischen Beurteilung berücksichtigt werden. Patientenaufnahmen sind nicht zulässig, wenn ausserhalb des Leistungsauftrags eine Behandlung durchgeführt wird, die zu erwarten war und in der Planung hätte berücksichtigt werden können. Damit sollen – im Sinne einer Qualitätsverbesserung – kurzfristige Sekundärverlegungen während der Erstbehandlung möglichst verhindert werden.

Die vorerwähnten Ergänzungen treten im Rahmen des Projektes Optimierung Rettungswesen auf den 1. Juli 2018 in Kraft.

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

31. Intensivstation (IS) (Version 2018.1)

Anforderungen an die Intensivstation (Version 2016)

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

	Level 1 Überwachungs-station	**Level 2 Intensivstation (IS) lt. SGI**	**Level 3 Intensivstation (IS)**
Basis-Richtlinien	‚Nähere Erläuterungen sind auf der Homepage der Spitalplanung unter Definitionen weitergehender Anforderungen sowie Erläuterungen publiziert: www.gd.zh.ch/leistungsgruppen.	Die vom 03.09.2015 Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI inkl. Anhang I Qualitätskriterien sind einzuhalten.	
Zusatzbedingungen			Zusätzlich müssen die folgenden beiden FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfüllt sein (letzte Revision vom 16.06.2016): Anzahl Pflegetage p.a. ≥ 2'000; Anzahl Beatmungsschichten p.a. ≥ 3'000

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

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

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

Fachpersonal:

5. Dem 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 Gesundheitszustandes des Patienten und der Infrastruktur des Spitals.
6. Der ärztliche Leiter ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten ein Arzt mit Erfahrung (2 Jahre Anästhesie oder 6 Monate IS) im Haus und innerhalb von 5 Minuten zur Intervention verfügbar ist.

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

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

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

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

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

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

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

33. Tumorboard (Version 2018.1)

Die Indikationsstellung einer Behandlung und die Empfehlung der patientenindividuell besten Behandlungsmethode wird in verschiedenen Bereichen zunehmend komplexer und

muss deshalb je nach Erkrankung an einem Tumorboard oder einer Indikationskonferenz mit allen beteiligten Fachexperten diskutiert, festgelegt und dokumentiert werden. Die betroffenen Leistungsgruppen sind in den „leistungsspezifischen Anforderungen“ bezeichnet.

Grundsätzlich wird bei diesen Leistungsgruppen verlangt, dass für sämtliche in Frage kommenden Behandlungsmethoden die dafür zugelassenen Fachexpertinnen und Fachexperten an einem Tumorboard oder einer Indikationskonferenz jeweils vertreten oder per Videokonferenz zugeschaltet sind, um über eine Empfehlung im Einzelfall zu entscheiden. Das Tumorboard setzt sich in der Regel aus einem Vertreter der Radio-Onkologie, medizinischen Onkologie, Radiologie, Pathologie und der jeweiligen organspezifischen operativen und nicht-operativen Fachgebiete zusammen und die Indikationskonferenz aus den jeweiligen organspezifischen operativen und nicht-operativen Fachspezialisten.

Die Empfehlungen des Tumorboards bzw. der Indikationskonferenz sind von den Behandelnden in aller Regel auch umzusetzen. Zudem hat ein Aufklärungsgespräch durch die für die empfohlenen Behandlungen kompetenten und zugelassenen Fachexpertinnen und Fachexperten resp. deren ärztliche Mitarbeiter zu erfolgen. Dieses ermöglicht den Patientinnen und Patienten, sich gestützt auf fachliche Information für einen Eingriff zu entscheiden. Der Tumorboard- bzw. Indikationskonferenzbeschluss hat alle Vorgehensmöglichkeiten inklusive der nicht-operativen Alternativen und der Festlegung des notwendigen Ausmasses der Operation aufzuzeigen und die für die Patientin oder den Patienten aus medizinischer Sicht geeignetste Behandlung zu empfehlen.

In einzelnen Fachbereichen ist zusätzlich auch eine postoperative Besprechung am Tumorboard oder der Indikationskonferenz erforderlich (z.B. Berücksichtigung der Histologie des entfernten Gewebes für die Indikationsstellung zur weiteren Behandlung bzw. zur Kontrolle des Behandlungsergebnisses).

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

- Jeder Tumorpatient wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt
- Die für das Tumorboard genannten Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärzte besteht
- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Patientenakte übernommen, sodass sie jederzeit überprüft werden können
- Die Empfehlungen des Tumorboards bzw. der Indikationskonferenz sind von den Behandelnden in aller Regel auch umzusetzen.
- Das Aufklärungsgespräch mit den Patienten erfolgt durch die für die empfohlenen Behandlungen kompetenten und zugelassenen Fachexpertinnen und Fachexperten.

Spezifische Ausnahmeregelungen sind unter Ziff. 34 geregelt.

34. Mindestfallzahlen (MFZ) (Version 2018.1)

Gemäss Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV haben die Kantone bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere im Spitalbereich Mindestfallzahlen zu beachten.

Da die Höhe der Mindestfallzahlen in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers beurteilt und auch in der Praxis verschiedener Länder unterschiedlich festgesetzt wird, hat sich die GD im Jahr 2011 entschieden, mit eher niedrigen Mindestfallzahlen pro Spital erste Erfahrungen zu sammeln und in der Folge weiter zu entwickeln.

Bei rund 30 Leistungsgruppen wurde im Jahr 2012 eine Mindestfallzahl von 10 Fällen pro Jahr pro Spital vorgeschrieben. Im Vordergrund standen spezialisierte Behandlungen, die im Regelfall nicht ambulant, sondern stationär erbracht werden. Diese niedrigen Mindestfallzahlen von 10 pro Spital stellen für diese Leistungsgruppen eine sinnvolle minimale Schwelle dar, die in erster Linie verhindern soll, dass Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden.

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

Die Verankerung von Mindestfallzahlen pro Spital hat sich im Kanton Zürich hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit positiv ausgewirkt, wie eine Analyse der Gesundheitsdirektion aufgrund der Erfahrungen aus den ersten Jahren ergeben hat (vgl. «Gesundheitsversorgungsbericht 2015», S. 17 bis 21). Bei einer Reihe spezialisierter medizinischer Eingriffe kann damit die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit verstärkt werden, verschafft doch die Vorgabe einer Mindestzahl von Fällen, die pro Jahr zu behandeln sind, die nötige Routine und Erfahrung.

Dies gilt nicht nur mit Blick auf das einzelne Spital (Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflegeteam), sondern auch für den einzelnen Operateur, bzw. die einzelne Operateurin. Zahlreiche Studien belegen, dass sich die Behandlungsqualität durch eine Verbindung von Mindestfallzahlen pro Spital mit Mindestfallzahlen pro Operateur weiter verbessern lässt. Es werden deshalb Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur festgelegt. Die Werte sind im Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 «Leistungsspezifische Anforderungen» aufgeführt, die weiteren Regelungen zu den Mindestfallzahlen im Anhang «Generelle Anforderungen».

Massgebend sind die Fallzahlen des Vorjahres (t-1) und des Vor-Vorjahres (t-2): Ein Operateur wird für das Jahr t+1 zu Operationen einer bestimmten Leistungsgruppe zugelassen, wenn er im Durchschnitt der Jahre t-1 und t-2 die vorgegebene Mindestfallzahl erreicht hat. Erreicht ein zuvor zugelassener Operateur diesen Wert nicht mehr, erhält er nur noch eine für das Jahr t+1 befristete Zulassung. Zeigt sich in der Folge, dass er auch im Jahr t die Mindestfallzahl nicht erreicht hat, läuft die Zulassung am Ende des Jahres t+1 aus. Erreicht er die Mindestfallzahl im Jahr t, ist er wieder unbefristet zugelassen.

Zählweise Operateur

Zur Erreichung der Mindestfallzahl werden einer Operateurin oder einem Operateur alle Operationen der betreffenden Leistungsgruppe angerechnet, unabhängig davon, in welchem Spital sie oder er die Operation durchgeführt hat. Umgekehrt werden einem Listenspital alle relevanten Operationen angerechnet, unabhängig davon, welche zugelassene Operateurin oder welcher zugelassene Operateur die Operation durchgeführt hat.

Die Punktevergabe für die Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur orientiert sich an den entsprechenden Regelungen für die Mindestfallzahlen pro Spital, wie sie im Strukturbericht zur Zürcher Spitalplanung 2012 festgelegt worden sind (vgl. dort Kap. 5.2).
Pro Fall wird in der Regel nur ein Punkt vergeben. Dies gilt auch bei einem Primäreingriff, dem sich eine oder mehrere Nachfolgeeingriffe anschliessen. Erfordert eine Behandlung mehrere Spitalaufenthalte, so wird der Punkt beim letzten, abschliessenden Eingriff vergeben (Lokale Exzision eines Tumors an der Brust mit Diagnosestellung Mammakarzinom und erneute Hospitalisation zur Brustentfernung). Damit soll verhindert werden, dass Eingriffe nur zur Erhöhung der Fallzahl aufgeteilt werden.

In folgenden Fällen gelten teilweise vom Grundsatz abweichende Regeln:

- Beidseitige Eingriffe, die in der Regel nur einseitig durchgeführt werden: 2 Punkte. Dies gilt auch dann, wenn die Eingriffe gleichzeitig erfolgen.
- Eingriffe, welche die Beteiligung von Operateurinnen und Operateuren verschiedener medizinischer Fachrichtungen erfordern. Jede Operateurin und jeder Operateur erhalten einen Punkt. Beispiel: Eingriff an der Aorta, der von einer Operateurin mit Facharzttitel für Gefässchirurgie und einem Operateur mit Facharzttitel interventionelle Radiologie durchgeführt wird.
- Zwei oder mehr Operationen aus unterschiedlichen Leistungsgruppen, zum Beispiel eine Kombination von Hüftprothese und Brustoperation während der gleichen Hospitalisation: 2 Punkte.
- In Weiterbildungssituationen wird die Person, welche die Operation durchführt (sog. Erstoperateur), von einem anderen, zugelassenen Operateur assistiert, bei dem die abschliessende fachliche Verantwortung liegt. Hier erhalten sowohl der verantwortliche Operateur als auch – zwecks späterer Zulassung zur selbständigen Durchführung der Operation – der Erstoperateur einen Punkt.
- Zu einer Aufteilung eines Punktes kommt es, wenn die Operation von einem zugelassenen Erstoperateur zusammen mit einem ebenfalls zugelassenen Hauptoperateur durchgeführt wird. Beispiel: Zwei Belegärzte operieren eine Patientin mit Ovarialkarzinom gemeinsam und teilen sich den Punkt.

Verfahren

Die Listenspitäler mit Standort im Kanton Zürich melden der Gesundheitsdirektion im Rahmen der medizinischen Statistik (PRISMA), welche Operateurinnen und Operateure im Vorjahr welche Behandlungen in den Leistungsgruppen mit Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur durchgeführt haben. In den CHOP-ICD-Definitionstabellen für die Leistungsgruppen ist abschliessend angegeben, bei welchen Codes oder Code-Kombinationen die Operateure zu erfassen sind. Ausserkantonale Listenspitäler der Zürcher Spitalliste reichen die für die Prüfung der Mindestfallzahlen notwendigen Daten in geeigneter Form ein.

Die Gesundheitsdirektion konsolidiert die Fallzahlen, zieht die Fallzahlen des Vor-Vorjahres (t-2) mit ein und veröffentlicht bis Mitte eines Jahres, welche Operateurinnen und Operateure im Folgejahr (t+1) für Operationen dieser Leistungsgruppe zugelassen sind. Hat eine Operateurin oder ein Operateur Operationen in Spitälern durchgeführt, die nicht auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind, kann sie oder er der Gesundheitsdirektion entsprechende Belege einreichen. Die Gesundheitsdirektion wird solche Fälle plausibilisieren und gegebenenfalls berücksichtigen.

Bei Nichterreichen der Fallzahlen wegen längerer Arbeitsunterbrüche wie z.B. Mutterschaftsurlaub, Sabbatical, Stellenwechsel oder beim Berufseinstieg nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung kann die GD die Operateurin oder den Operateur aufgrund früher erreichter Fallzahlen kann ausnahmsweise weiter zulassen. Die ist mit einem Gesuch bei der GD zu beantragen.

Einführung

Die Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur werden auf 1. Januar 2019 eingeführt. Dadurch erhalten die Leistungserbringer und die Operateurinnen und Operateure hinreichend Zeit, sich an die neue Regelung anzupassen.

Die Zürcher Listenspitäler sind bereits seit 1. Januar 2017 verpflichtet, in den von der Mindestfallzahlenregelung betroffenen Leistungsgruppen die Fälle pro Operateurin oder Operateur zu erfassen. Für das erste Jahr mit Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur wird nur auf die Fallzahlen des Jahres 2017 (und nicht auf den Durchschnitt der Jahre 2017 und 2018) abgestellt (RRB Nr. 799/2016). Damit soll verhindert werden, dass Operateure mit zu geringen Fallzahlen im Jahr 2018 Operationen durchführen, die medizinisch nicht eindeutig indiziert sind. Da die jährlichen Mindestfallzahlen tief angesetzt werden, ist der Beurteilungszeitraum von einem Jahr für die Einführungsphase vertretbar.

35. Qualitätscontrolling (Version 2018.1)

Die Versorgungsqualität kann mit der Einführung eines Qualitätscontrollings nachhaltiger verbessert werden, als nur mit der Erhöhung bzw. Einführung hoher Mindestfallzahlen. Eine qualitativ hochstehende Versorgung integriert möglichst die ganze Behandlungskette (insbesondere bei Krebs) im zeitlichen Verlauf der Erkrankung, die ambulanten wie auch die stationären und die palliativen Behandlungen in einem Spital. Ziel ist es, eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit und eine entsprechende Kontinuität für die betroffenen Patientinnen und Patienten anzubieten.

Das Qualitätscontrolling kann wie folgt umgesetzt werden:

- Variante 1: Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft

- Variante 2: Zertifizierung

Zu Variante 1: Die Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft erfolgt idealerweise auf nationaler Ebene. Der Kanton Zürich kann die Fachgesellschaften lediglich zum Aufbau der Qualitätssicherung ermutigen. Die Anforderungen der Spitalliste sind jedoch für die Spitäler und entsprechend für die in den Listenspitälern tätigen Fachärztinnen und Fachärzte verbindlich. Demzufolge sind die Spitäler zum Aufbau der Qualitätssicherung zu verpflichten.

Zu Variante 2: Umfassende Zertifizierungen wie z. B. die Zertifikate der DKG (Deutsche Krebsgesellschaft) haben den Vorteil, dass die gesamte Behandlung, einschliesslich der ambulanten prä- und postoperativen Phase, eingeschlossen ist. Die Qualitätssicherung geht bei der Zertifizierung über den vorliegend zu regelnden stationären Bereich hinaus. Ein Nachteil der Zertifizierung ist, dass diese relativ aufwändig und teuer ist. Bei den DKG-Zertifikaten ist zudem zu beachten, dass die Anforderungen teilweise spezifisch für Deutschland ausgelegt sind. Die Gesundheitsdirektion Zürich steht deshalb mit der DKG in Kontakt, um spezifische Zertifikate für die Schweiz zu entwickeln.

Anforderungen an das Qualitätscontrolling

Das Qualitätscontrolling durch Zertifikate wie auch durch die Fachgesellschaften muss spezifische Anforderungen erfüllen. Zertifikate oder Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft werden von der Gesundheitsdirektion Zürich anerkannt, wenn folgende Anforderungen erfüllt sind:

- Erfassung der Fälle in einem Register: idealerweise in einem international anerkannten Register mit der Möglichkeit zu einem Benchmarking mit grossen Fallzahlen. Mindestanforderung ist ein nationales Register. Datenschutzrechtliche Vorschriften sind einzuhalten.
- Strukturierter Ausweis von Kenndaten mit Schwellenwerten zur Qualitätssicherung, welche Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglichen: Kenndaten sollten von einer von den Leistungserbringern unabhängigen nationalen Fachgesellschaft anerkannt sein und sich an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und nationalen oder internationalen Richtlinien orientieren. Die Bestimmung der massgeblichen Kenndaten soll in Absprache mit der Gesundheitsdirektion erfolgen. Die Berücksichtigung von allfälligen, durch die Gesundheitsdirektion gestellten versorgungsrelevanten Fragen soll dadurch ermöglicht werden. Die Daten sind der Gesundheitsdirektion mindestens auf Stufe Spital auszuweisen. Spitalintern soll nach Möglichkeit eine Auswertung bis auf die Ebene einzelner Operateure erfolgen.
- Von unabhängiger Seite auditierte Datenerfassung: Stichproben durch ein professionelles Auditinstitut, welches zumindest 5 % der Daten überprüft. Eine Reduktion der Stichproben kann bei direkter, automatisierter Übernahme aus vernetzten Dokumenten der Krankengeschichte beantragt werden.
- Prüfung der Kenndaten durch ein Audit mit den verantwortlichen Klinikerinnen und Klinikern durch unabhängige Peers (Klinikerinnen und Kliniker mit hoher Fachkompetenz) mit Festlegung von Massnahmen bei ungenügender Qualität. Die Unterstützung von Leistungserbringern durch gezielte Weiterbildungsmöglichkeiten oder – bei Verbesserungsbedarf – mittels Coaching durch Peers ist zu fördern.
- Das Ergebnis des Qualitätscontrollings soll an regelmässigen Treffen (ein- bis zweijährlich) der Leistungserbringer und ihrer Spezialisten mit der Gesundheitsdirektion vorgestellt und diskutiert werden. Eine Publikation der Daten ist nicht vorgesehen.

Wenn eine Zertifizierung oder die Qualitätssicherung durch die Fachgesellschaft einzelne der leistungsspezifischen Minimalanforderungen nicht erfasst, muss die Erfüllung oben genannter Anforderungen ergänzend umgesetzt und ausgewiesen werden.

Diese oben genannten Anforderungen sind als Guidelines zu verstehen. Die Umsetzung im Detail bzw. die Ausführung kann auf spezifische Bedingungen und Besonderheiten abgestimmt werden. Die Erarbeitung neuer Qualitätssicherungssysteme oder die Anpassung und Ergänzung bestehender Systeme soll möglichst unter Einbezug der Gesundheitsdirektion erfolgen.

Die Umsetzung soll gemäss den im Folgenden beschriebenen Spezifikationen und Fristen pro Leistungsgruppe erfolgen. Dabei sind bereits bestehende Register oder Zertifizierungen und die Fristen für die Konzeptionierung, den Aufbau und die Umsetzung entsprechend berücksichtigt.

35.1 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Nur Fachärztinnen und Fachärzte Angiologie, Radiologie oder Kardiologie für Interventionen bzw. Fachärztinnen und Fachärzte Gefässchirurgie oder Herz- und thorakale Gefässchirurgie für Operationen sind als verantwortliche Operateurin oder Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Operateurinnen und Operateure (bzw. ein für den Eingriff zugelassener und informierter Stellvertreter) sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb von 30 Minuten zu gewährleisten.

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

Qualitätscontrolling: Erfassung der Daten aller abdominalen Gefässeingriffe (Intervention und Chirurgie) ab 1. Januar 2018 im Swiss Vasc Register und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung ab 1. Januar 2019. Der Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung sowie die Weiterentwicklung des Swiss Vasc Registers (z.B. auditierte Datenerfassung) ist gemäss Ziffer 5.1.6.1 Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Januar 2019 umzusetzen. Es ist geplant, die Inhalte in einer Arbeitsgruppe mit Zürcher Fachärzten zu erarbeiten.

35.2 ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe und GEF3 Gefässchirurgie Carotis

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Für ANG3 sind nur Fachärztinnen und Fachärzte Angiologie, Radiologie oder Kardiologie für Interventionen bzw. für GEF3 nur Fachärztinnen und Fachärzte Gefässchirurgie, Herz- und thorakale Gefässchirurgie oder Neurochirurgie bei Eingriffen als verantwortliche Operateurin oder Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die für den Eingriff verantwortlichen Fachärztinnen und Fachärzte (bzw. ein für den Eingriff zugelassener und informierter Stellvertreter) sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Alle Fälle mit Eingriffen an der Carotis sind an einer interdisziplinären Indikationskonferenz (Operateure, Interventionisten und Neurologe) zu besprechen. Bei dringlichen Situationen genügt ein ad hoc Gremium. Die Fallbesprechung ist detailliert zu dokumentieren.

Qualitätscontrolling: Erfassung der Daten aller Carotiseingriffe (Intervention und Chirurgie) ab 1. Januar 2018 im Swiss Vasc Register und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung ab 1. Januar 2019. Der Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung sowie die Weiterentwicklung des Swiss Vasc Registers (z.B. auditierte Datenerfassung) ist gemäss genannter Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Januar 2019 umzusetzen. Es ist geplant die Inhalte in einer Arbeitsgruppe mit Zürcher Fachärzten zu erarbeiten.

Sonstige Anforderungen: Es wird verlangt, dass die postinterventionelle oder postoperative Überwachung und eine Nachkontrolle 30 Tage postinterventionell oder postoperativ durch eine Fachärztin Neurologie oder einen Facharzt Neurologie erfolgt. Der Beizug zur Überwachung sowie zur Nachkontrolle kann konsiliarisch erfolgen.

35.3 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2020.1)

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Schwerpunkttitel Operative Urologie sind als verantwortliche Operateurin oder Operateur zugelassen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Operateurinnen und Operateure (bzw. ein für den Eingriff zugelassener und informierter Stellvertreter) sind in der postoperativen Phase entsprechend der bisherigen leistungsspezifischen Spezifikation verpflichtet, jederzeit erreichbar zu sein und eine notwendige Intervention innerhalb 1 Stunde zu gewährleisten.

Indikation: Wie bisher sind alle Fälle mit Prostatakarzinom und kurativer Therapie im Tumorboard in Anwesenheit aller beteiligter Fachexpertinnen und Fachexperten aller Therapiealternativen (Radio-Onkologie, Onkologie, Radiologie und Urologie) zu besprechen. Es wird verlangt, dass die Fallbesprechung prä- und posttherapeutisch stattfindet und dokumentiert wird. Ein Indikationscontrolling ist zu entwickeln und auf das Jahr 2019 einzuführen. Dieses ist notwendig, weil eine Mengenausweitung durch eine inadäquate Ausweitung der Indikationsstellung aufgrund der hohen Anzahl potentiell für eine Prostatektomie in Frage kommender Patienten verhindert werden soll. Es ist geplant, einen Vorschlag für das Indikationscontrolling zusammen mit Zürcher Fachärzten zu erarbeiten.

Qualitätscontrolling: Erfassung der Daten aller Patienten mit Prostatakarzinom ab 1. Januar 2020 und Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung. Der Ausweis von Kenndaten zur Qualitätssicherung (Indikations- und Ergebnisqualität) wird durch die Zürcher Fachärzte gemäss genannter Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion erarbeitet und ist auf den 1. Januar 2020 umzusetzen. Die Datenerfassung kann in den verschiedenen zur Verfügung stehenden Registern erfolgen. Ausschlaggebend ist, dass die Daten den Vorgaben des Qualitätscontrollings entsprechen und in die Auswertung des Qualitätscontrollings einbezogen werden können. Das Qualitätscontrolling soll alle Patienten mit Prostatakarzinom und alle Therapiealternativen wie z. B. Prostatektomie, Radiotherapien oder fokale Therapien und aktive Surveillance miteinschliessen. Das Qualitätscontrolling soll so schlank wie möglich, effektiv und differenzierend sein.

35.1 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte
BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen
BEW7.2 Erstprothesen Knie
BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2020.1)

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Für die Zulassung als Operateurin oder Operateur sind pro Jahr für BEW7.1 Erstprothesen Hüfte 15 Fälle und für BEW7.2 Erstprothesen Knie 15 Fälle notwendig. Für die Zulassung als Operateurin oder Operateur für BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen sind pro Jahr 50 Fälle der entsprechenden Erstprothesen (BEW7.1 Erstprothese Hüfte respektive BEW7.2 Erstprothese Knie) notwendig.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Für die Leistungsgruppen BEW7.1 Erstprothese Hüfte, BEW7.2. Erstprothese Knie, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen und BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen sind nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Facharzttitel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates als verantwortliche Operateure zugelassen. Als Ausnahme sind bei der Frakturprothetik auch Fachärztinnen und Fachärzte Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie zugelassen, sofern diese die geforderte Mindestfallzahl erreichen. Ansonsten muss ein Operateur oder eine Operateurin mit Zulassung zumindest zur Supervision assistierend beigezogen werden.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateuren in der postoperativen Phase ist nicht notwendig, da davon ausgegangen werden kann, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärzten behandelt werden können. Es gilt die bisherige Verfügbarkeit von Fachärzten. Allerdings ist für die Notfallversorgung von Frakturen mittels Totalprothesen eine Verfügbarkeit einer Operateurin oder eines Operateurs mit Zulassung innert 24h zu gewährleisten. Dies gilt nur für Leistungserbringer mit Notfallstation und Leistungsauftrag Basispaket (BP) zur Erstversorgung mit Hüfttotalprothesen bei Frakturen (Unfallchirurgie).

Indikation: 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 insbesondere eine möglichst neutrale Befragung der Patientin oder des Patienten anzustreben. Zur Diskussion stehen mehrere Fragebogen, z.B. der Core Outcome Measure Index (COMI) oder das Patient Centered Outcome Registry der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumotologie, Swiss Orthopaedics (SGOT-PCOR).

Qualitätscontrolling: Das Qualitätscontrolling soll auf einem erweiterten SIRIS Register aufbauen. Nebst perioperativen Komplikationen soll insbesondere auch die Ergebnisqualität anhand der kurzfristigen Revisionsbedürftigkeit evaluiert, aber auch eine Datenbasis zur Auswertung der langfristigen Funktion der Prothesen erstellt werden. Dazu müssen patientenbasierte Nachkontrollen erfasst werden können, unabhängig von einem allfällig wechselnden Leistungserbringer (verschlüsselte Rückverfolgbarkeit). Der Ausweis von Kenndaten zu Qualitätssicherung und Indikationscontrolling ist gemäss genannter Anforderungen an das Qualitätscontrolling gemeinsam mit der Gesundheitsdirektion zu erarbeiten und auf den 1. Juli 2019 umzusetzen (Ausweis der Daten 2019 im Jahr 2020). Es ist geplant, die Inhalte in einer Arbeitsgruppe mit Zürcher Fachärzten zu erarbeiten.

35.2 GYNT Gynäkologische Tumore (Version 2020.1)

Leistungsgruppe: Die malignen Neoplasien der Vulva und Vagina, der Cervix, des Corpus Uteri und des Ovars und werden zu einer Leistungsgruppe GYNT Gynäkologische Tumore zusammengefasst. Diese umfasst zu einem erheblichen Anteil auch Tumore, bei denen technisch anspruchsvolle operative Eingriffe im kleinen Becken und Lymphadenektomien indiziert sein können. Dafür ist eine entsprechende operative Erfahrung in der Weiterbildung wie auch in der aktuellen Anwendung notwendig.

Es werden alle malignen gynäkologischen Neoplasien zusammengefasst, weil eine klare präoperative Abgrenzung nicht immer möglich ist bzw. das Tumorstadium intraoperativ von der präoperativen Einschätzung divergieren kann. Die Möglichkeit zur Ausdehnung der Operation muss gewährleistet sein, was ohne Leistungsauftrag GYNT nicht möglich ist. Zu-

dem soll die präoperative Indikation unbeeinflusst gestellt werden und kein Anreiz bestehen, auf eine indizierte, ausgedehnte Operation allenfalls zu verzichten, weil nur für einfache Operationen ein Leistungsauftrag besteht.

Vor diesem Hintergrund wurden auch die operativ einfacheren Fälle in die zusammengefasste Leistungsgruppe der gynäkologischen Tumore aufgenommen. Die erwarteten Auswirkungen auf Spitäler ohne Leistungsauftrag liegen bei den einfacheren Fällen von Endometriumkarzinomen bei weniger als 20 Fällen pro Jahr und betreffen somit einen kleinen Anteil der Gebärmutterentfernungen. Die Fallzahlen der einfachen Operationen wurden bei der Festsetzung der Höhe der Mindestfallzahl berücksichtigt.

Mindestfallzahlen, Ergänzung zur Zählweise: 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 Gesundheitsdirektion beantragt werden.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Nur Fachärztinnen und Fachärzte mit Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe und Schwerpunkttitel gynäkologische Onkologie sind als verantwortliche Operateurin oder Operateur zugelassen. Wegen der beschränkten Möglichkeiten zur anerkannten Weiterbildung in den ersten Jahren nach Einführung dieses Schwerpunkttitels im Jahr 2002 können etablierte Operateurinnen und Operateure übergangsweise eine Anerkennung beantragen, sofern sie über ein entsprechendes Curriculum bezüglich der operativen Behandlung dieser Tumore verfügen und die verlangten Operationszahlen mehrheitlich an entsprechenden Weiterbildungsstätten durchgeführt haben.

Bei Ovarialkarzinomen ist grundsätzlich eine interdisziplinäre Teambildung mit Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie und Schwerpunkt Viszeralchirurgie vorgeschrieben. Die Verknüpfung mit VIS1 ist deshalb «nur Inhouse» möglich. Diese, im Team mit zugelassenen Gynäkologen erfahrenen Viszeralchirurginnen und -chirurgen, können planbare Operationen bei Ovarialkarzinom, die ausschliesslich im viszeralchirurgischen Bereich liegen (ohne gynäkologische Operationsschritte), auch alleine durchführen. Auch diese Fälle müssen jedoch für eine sorgfältige Indikationsstellung prä- und postoperativ am Tumorboard unter Einbezug einer gynäkologischen Operateurin oder Operateurs mit Zulassung und Schwerpunkttitel besprochen werden. Für diese Viszeralchirurginnen und -chirurgen gelten in diesem Fall keine Mindestfallzahlen. Bei absoluten Notfällen in der Viszeralchirurgie ist für die betroffenen Operationen (Tumordebulking) – anstelle des präoperativen Tumorboards – Rücksprache mit einer gynäkologischen Operateurin oder einem Operateur mit Zulassung und Schwerpunkttitel zu nehmen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateuren in der postoperativen Phase ist nicht notwendig, da davon ausgegangen werden kann, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärzten behandelt werden können. Es gilt die bisherige Verfügbarkeit von Fachärzten.

Indikation: 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.

Qualitätscontrolling: Da die Behandlung dieser Tumore schon bei der Erstversorgung durch verschiedene Fachrichtungen erfolgen muss, ist eine Qualitätssicherung am effizientesten durch ein Zertifikat zu erreichen, welches Anforderungen an verschiedene Disziplinen und

Professionen stellt und interdisziplinär erarbeitet wurde. Damit kann auch eine breite Akzeptanz über die Grenzen einer Fachdisziplin hinaus mit entsprechender Umsetzung in der Praxis erreicht werden.

Mit RRB Nr. 746/2017, Ziff. 5.2.9, wurde das Zertifikat der DKG als Qualitätscontrolling anerkannt. Bis anhin besteht weder ein Schweizer Zertifikat noch wurde das DKG-Zertifikat an Schweizer Verhältnisse angepasst. Damit steht gegenwärtig alleine das DKG-Zertifikat zur Verfügung.

In der Diskussion mit diversen Zürcher Fachexpertinnen und -experten hat sich gezeigt, dass ein alternatives Schweizer Zertifikat, welches die in den Ausführungen im RRB Nr. 746/2017, Ziff. 5.2.10, genannten Anforderungen erfüllt, zweckmässig wäre. Eine Gruppe von Spitälern unter der Leitung des Spitals Limmattal und der Klinik Hirslanden hat die Erarbeitung eines Schweizer Zertifikates für GYNT an die Hand genommen und konnte der Gesundheitsdirektion eine gute und voraussichtlich bis Ende 2019 umsetzbare Lösung aufzeigen.

Das neue Schweizer Zertifikat GYNT ist deshalb voraussichtlich in Ergänzung zum DKG-Zertifikat künftig ebenfalls anzuerkennen. Der diesbezügliche definitive Entscheid kann aber erst im Jahr 2020 erfolgen, wenn das Schweizer Zertifikat vorliegt und auch tatsächlich umsetzbar ist. Aus diesem Grund soll eine Zertifizierung in der Leistungsgruppe GYNT erst für das Jahr 2022 Voraussetzung für die Erteilung eines Leistungsauftrags sein (Zertifizierung im Jahr 2021 gestützt auf die Daten 2020). Bestehende Leistungsaufträge von Spitälern ohne DKG-Zertifikat werden, sofern die erforderlichen Mindestfallzahlen erreicht wurden, längstens befristet bis zum 31. Dezember 2021 erteilt.

35.3 GYN2 Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum

Die Leistungsgruppe GYN2 umfasst Brustoperationen im Zusammenhang mit Brustkrebs. Bei der Brustkrebsbehandlung ist die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit von zentraler Bedeutung und hat zu einer verbreiteten Bildung von Brustzentren geführt.

Viele Leistungserbringer haben sich bereits verschiedene Qualitätsziele gesetzt, welche zur Festlegung der folgenden Mindestanforderungen miteinbezogen wurden, ebenso wie die etablierten Qualitätsanforderungen der drei folgenden Zertifikate:

- Qualitätslabel der Krebsliga Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SKL/SGS) für die Zertifizierung von Brustzentren in der Schweiz.
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG): zertifiziertes Brustkrebszentrum
- European Society of Mastology (EUSOMA): zertifizierte Brustzentren gemäss den Richtlinien «The requirements of a specialist breast centre».

Die bestehenden Brustzentren der Netzwerke, die um ein zertifiziertes Zentrum organisiert sind, orientieren sich teilweise an den Qualitätsstandards dieser Zertifikate, ohne jedoch dem strengen Qualitätscontrolling des Zertifikates zu unterstehen. Für die Patientinnen ist diese Unterscheidung zwischen Kooperation und eigenem Zertifikat nur schwer erkennbar. Um nun einen verbindlichen und für alle Beteiligten transparenten Qualitätsstandard zu schaffen, werden Zertifizierungen mit den im Folgenden definierten Mindestanforderungen verlangt.

Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur: Für die Zulassung als Operateurin oder Operateur sind pro Jahr 30 Fälle notwendig. Bei der Auswertung der erfassten Operationen werden mit Ausnahme einer echten Neu- oder Rezidiverkrankung (auf Antrag) mehrere Operationen an einer Brust bei der gleichen Patientin als ein Fall für den Operateur und das Spital gezählt. Bei unterschiedlichen Leistungserbringern zählt die letzte Operation. Beidseitige Erkrankungen hingegen werden doppelt gezählt. Die Falldefinition und Mindestfallzahl orientieren sich hierbei an den bestehenden Zertifikaten (Neudiagnosen, respektive Primärfalldefinition).

Mindestfallzahl pro Spital: Es ist eine Fallzahl pro Spital und Jahr von 100 für alleinstehende Brustzentren erforderlich. Bei mehreren zu einem Brustzentrum zusammengeschlossenen Spitälern mit gemeinsamer Zertifizierung ist eine Fallzahl von 50 pro Standort und Jahr gefordert (siehe unten: Struktur des zertifizierten Brustzentrums). Die Falldefinition orientiert sich wie oben beschrieben an den bestehenden Zertifikaten, wobei auch für die Fallzählung pro Spital entsprechend der Leistungsgruppendefinition nur die operierten Fälle berücksichtigt werden. Die Mindestfallzahl wird, unter Berücksichtigung der wenigen, nicht zu operierenden Fälle, eher tiefer gesetzt als in den beschriebenen Zertifikaten.

Qualifikation Operateurin oder Operateur: Die verantwortliche Operateurin oder der verantwortliche Operateur muss eine Erfahrung von insgesamt 50 Operationen als Erstoperateurin oder Erstoperateur bei Neoplasien der Mamma nachweisen.

Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte: Die Verfügbarkeit von speziell zugelassenen Operateuren in der postoperativen Phase ist nicht notwendig, da davon ausgegangen werden kann, dass die zu erwartenden Komplikationen von den entsprechenden Dienstfachärzten behandelt werden können. Es gilt die bisherige Verfügbarkeit von Fachärzten.

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

Qualitätscontrolling: Es wird eine anerkannte Zertifizierung als Brustzentrum ab dem Jahr 2020 (gestützt auf die Daten von 2019) verlangt. Für die Anerkennung der Zertifikate gelten folgende Vorgaben:

Herausgeber von Zertifikaten: Als unabhängige Herausgeber von Zertifikaten werden die Herausgeber der oben genannten Zertifikate anerkannt: Krebsliga Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Senologie, Deutsche Krebsgesellschaft und European Society of Mastology (Stand Juli 2017).

Struktur des zertifizierten Brustzentrums (Standortfrage): Die Brustzentrumsbildung mit mehreren Standorten wird auch von den etablierten Zertifikaten kontrovers beurteilt und nicht von allen ermöglicht: EUSOMA erlaubt eine Netzwerklösung innerhalb einer geographischen Region, die eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit erlaubt. Beim Zertifikat der SKL/SGS besteht eine Limitierung auf max. 2 Standorte, welche an einem grösseren Netzwerk beteiligt sein können, allerdings ausserhalb des Zertifikates. Die DKG hat die frühere Zertifizierung von mehr als zwei Standorten aufgrund der Erfahrungen mit Kooperationsmodellen aufgegeben. Es hat sich gezeigt, dass das Zentrum mit mehreren Standorten vor allem auf dem Papier bestand und notwendige Veränderungen im Rahmen der Zertifizierung nicht umgesetzt wurden. Die Kooperationen wurden auch von Partnern verlassen, sobald diese aus eigener Kraft eine Zertifizierung erreichen konnten. Gemeinsame Neuzertifizierungen durch die DKG wurden deshalb auf maximal zwei Standorte mit je mindestens 100 Fällen pro Jahr und pro Standort eingeschränkt.

Bei Kooperationen mit mehreren Standorten mit unterschiedlichen Behandlungskompetenzen besteht die Gefahr, dass notwendige Überweisungen zu fachgerechten Behandlungen am anderen Standort unterbleiben. Beispielsweise kann die Wiederherstellung der weiblichen Brust nach Brustentfernung mittels Implantat oder mit einem Gewebe- bzw. Muskellappen erfolgen. Ein Spital bzw. Operateure, welche nicht über die Fachkompetenz für die komplexere Operation mit Gewebelappen verfügen, könnten das Einsetzen eines Implantats bevorzugen und auf eine umfassende Aufklärung der Patientinnen verzichten. Es ist deshalb eine enge Zusammenarbeit mit vergleichbar hohen Qualitätsstandards zwischen den Standorten erforderlich und für ein zertifiziertes Brustzentrum eine Beschränkung auf zwei und nur in Ausnahmefällen auf maximal drei Standorte festzulegen.

Anforderungen Zertifikat: Die Zertifikate sollen Anforderungen und Kennzahlen zu einer umfassenden Behandlung von Brustkrebs in allen Stadien der Erkrankung enthalten. Es bestehen Qualitätskriterien zur Sicherung einer fortlaufenden Berücksichtigung und Umsetzung der aktuellen medizinischen Entwicklung. Das Qualitätscontrolling ermöglicht langfristig auch eine Auswertung der Ergebnisqualität mittels Überlebensstatistik.

Das Zertifikat soll Anforderungen und Kennzahlen zu folgenden Fachdisziplinen umfassen:

- Breast Care Nurse (z. B. Ausbildung, effektive Verfügbarkeit)
- Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie (auch Beleg- oder Konsiliarärzte möglich): Sämtliche Arten von Brust-Rekonstruktionen müssen angeboten werden, bei gemeinsam zertifizierten Zentren mindestens an einem Standort.
- Medizinische Onkologie: Auch die Verfügbarkeit von Fachkräften bei der Verabreichung von Chemotherapien wird definiert.
- Radiologie: Mammographien sind durch mindestens einen Facharzt Radiologie, der eine Mindestfallzahl von 1000 Mammographien pro Jahr erreicht, zu beurteilen. Es besteht die Möglichkeit zu Früherkennungs-Mammographien (opportunistische Mammographien). Es sind Anforderungen bezüglich der Zweitbeurteilung zu stellen. Entgegen verschiedener Vernehmlassungsantworten, wonach 1000 Fälle pro Jahr zu hoch seien, ist die Mindestfallzahl mit 1000 Fällen - in Analogie zum Zertifikat von EUSOMA und der DKG - deutlich tiefer als jene, die bei Screening-Programmen verlangt wird, und damit sachgerecht.
- Radioonkologie, wobei auch Beleg- oder Konsiliarärzte mit einer externen Radiotherapie möglich sind.
- Behandlung von Patientinnen in palliativen Erkrankungsstadien: Sicherung der Kontinuität der Behandlung und Verfügbarkeit der notwendigen Fachdisziplinen. Mindestens ein Standort des Zertifikates gewährleistet auch die stationäre palliative Behandlung und die Notfallversorgung.

Da keines der drei oben genannten Zertifikate den geforderten Minimalanforderungen entspricht, ist eine Weiterentwicklung der Zertifikate notwendig. Die bestehenden Zertifikate können angepasst oder einzelne Anforderungen als Ergänzung zu einem Zertifikat anderweitig nachgewiesen werden. Die Entwicklung entsprechender Zertifikate bzw. der ergänzenden Anforderungen wird von der Gesundheitsdirektion begleitet.