Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

Anhang zur Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik

Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen – Akutsomatik

Version 2025.1; gültig ab 1. Januar 2025

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4

2. Konkretisierung einzelner Anforderungen 4
2.1 BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2024.1) 4
2.1.1 Allgemeine Informationen und Anforderungen Basispakete 4
2.1.2 Übersicht Anforderungen Basispakete 5
2.2 Intensivstation (IS) (Version 2024.1) 5
2.2.1 Übersicht Anforderungen Intensivstationen Level 1 bis 3 5
2.2.2 Anforderungen Intensivstation Level 1 5
2.3 Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin 7

3. Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen 7
3.1 DER2 Wundpatienten (Version 2023.1) 7
3.2 HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2023.1) 7
3.3 NCH Neurochirurgie (Version 2024.1) 7
3.4 NEU Neurologie (Version 2024.1) 7
3.5 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2023.1) 8
3.6 NEU4 Epileptologie (Version 2023.1) 8
3.7 NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung (Version 2023.1) 8
3.8 END1 Endokrinologie (Version 2023.1) 8
3.9 GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie, GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie (Version 2023.1) 8
3.10 VIS1 Viszeralchirurgie (Version 2024.1) 8
3.11 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2023.1) 8
3.12 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation (Version 2023.1) 8
3.13 ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Version 2025.1) 9
3.13.1 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2025.1) 9
3.13.1.1 Indikation 9
3.13.1.2 Qualitätscontrolling 9
3.13.2 ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe sowie GEF3 Gefässchirurgie Carotis (Version 2025.1) 9
3.13.2.1 Indikation 9
3.13.2.3 Qualitätscontrolling 9
3.14 HER1 – HER1.1.5 Herzchirurgie (Version 2025.1) 9
3.14.1 Indikation 9
3.14.2 Qualitätscontrolling 10
3.15 KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2025.1) 10
3.15.1 Implantate und Devices 10
3.15.2 Indikation 10
3.16 NEP1 Nephrologie (Version 2023.1) 10
3.17 URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel «operative Chirurgie» und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters (Version 2023.1) 10
3.18 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2025.1) 10
3.18.1 Indikation 10
3.18.2 Qualitätscontrolling 10
3.19 PNE1 Pneumologie (Version 2023.1) 11
3.20 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2023.1) 11
3.21 PNE2 Polysomnographie (Version 2023.1) 11
3.22 THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems und THO1.2 Mediastinaleingriffe (Version 2023.1) 11
3.23 BEW3 Handchirurgie (Version 2023.1) 11

3.24 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2025.1) 11
3.24.1 Indikation 11
3.24.2 Qualitätscontrolling 11
3.25 BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie (Version 2025.1) 12
3.24.1 Indikation 12
3.24.2 Qualitätscontrolling 12
3.26 BEW11 Replantationen (Version 2023.1) 12
3.27 RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie (Version 2023.1) 12
3.28 GYNT Gynäkologische Tumore (Version 2024.1) 12
3.29 GYN2 Anerkanntes Brustzentrum (Version 2025.1) 12
3.29.1 Indikation 12
3.29.2 Qualitätscontrolling 12
3.30 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2023.1) 13
3.31 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1) 13
3.31.1 Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus 13
3.31.2 Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus 14
3.31.3 Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien) 15
3.31.4 Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus 15
3.32 GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1) 16
3.32.1 Allgemeine Anforderungen an die hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital (HGGh) 16
3.32.2 Strukturelle Anforderungen 16
3.32.3 Einschlusskriterien für die HGGh 17
3.32.4 Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien) 18
3.32.5 Ausschlusskriterien für eine HGGh 18
3.33 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2023.1) 19
3.34 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2023.1) 19
3.35 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2023.1) 20
3.35.1 Allgemeine Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie 20
3.35.2 Anforderungen Kinderklinik 20
3.35.3 Gemeinsame Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie 20
3.36 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2023.1) 21
3.36.1 Allgemeines Basis-Kinderchirurgie 21
3.36.2 Spezielle Anforderungen Basis-Kinderchirurgie 21
3.37 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2023.1) 21
3.37.1 Allgemeines 21
3.37.2 Mindestanforderungen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie 21
3.37.3 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte 22
3.38 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2024.1) 22
3.38.1 Allgemeines 22
3.38.2 Anforderungen Palliative Care Kompetenzzentrum 22
3.39 ISO Sonderisolierstation (Version 2023.1) 22
3.40 KAA, KAB, KAC, KAD Kinderanästhesie (Version 2023.1) 23

1. Einleitung

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

2. Konkretisierung einzelner Anforderungen

2.1 BP Basispaket / BPE Basispaket elektiv (Version 2024.1)

2.1.1 Allgemeine Informationen und Anforderungen Basispakete

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

2.1.1.1. Basispaket

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

2.1.1.2. Basispaket Elektiv

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

2.1.2 Übersicht Anforderungen Basispakete

6. Im Einzelnen werden folgende Anforderungen gestellt:

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

2.2 Intensivstation (IS) (Version 2024.1)

2.2.1 Übersicht Anforderungen Intensivstationen Level 1 bis 3

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

	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation gem. SGI	Level 3 Intensivstation
Basis-Richtlinien	Nähere Erläuterungen vgl. Kap. 2.2.2.	Die aktuellen Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) inkl. Anhang I (Qualitätskriterien) sind einzuhalten.	
Zusatzbedingungen			Zusätzlich müssen die folgenden beiden FMH-Kriterien für eine Weiterbildungsstätte der Kategorie A erfüllt sein (letzte Revision vom 16.06.2016): Aufenthaltsdauer (Tage / Jahr) ≥ 3'000; Total Beatmungszeit in Stunden gemäss DRG ≥ 24'000

2.2.2 Anforderungen Intensivstation Level 1

2.2.2.1 Allgemeine Anforderungen

8. Es sind die folgenden grundlegenden Anforderungen zu erfüllen:
   a. Bei Bedarf muss ein 24h/7d-Betrieb möglich sein.

b. Für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten schliesst das Spital Verträge ab mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 gemäss Zürcher Spitalliste verfügen.

c. Das Spital behandelt nur ASA I-II- bzw. stabile ASA III-Patientinnen und -Patienten (keine Risikopatientinnen und -patienten).

d. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

2.2.2.2 Fachpersonal

9. Das Fachpersonal erfüllt die folgenden Anforderungen:

a. Der Anästhesie obliegt während eines Eingriffs die Verantwortung der Betreuung der Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen. Dies betrifft die Patientensicherheit für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung von deren Gesundheitszustand und der Infrastruktur des Spitals.

b. Die ärztliche Leitung ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung (zwei Jahre Anästhesie oder sechs Monate IS) im Haus und innerhalb von fünf Minuten für die Intervention verfügbar ist.

c. Ein ärztlicher Vertreter oder eine ärztliche Vertreterin der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation bzw. der Operation), welche/r den Patienten oder die Patientin auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss innert einer Stunde möglich sein.

d. Die Pflegenden verfügen über mindestens ein Jahr Erfahrung im Aufwachraum oder in der Intensiv-, Anästhesie- oder Notfallpflege.

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

10. In Anlehnung an die ICM-Richtlinien gelten die folgenden Anforderungen:

a. Konventionelle Röntgen-Untersuchungen sind rund um die Uhr verfügbar.

b. Laboruntersuchungen wie Chemie, Hämatologie, Blutgerinnung, Tests für Blut-Transfusionen, Blutgasanalyse sind rund um die Uhr verfügbar.

c. EKG, invasive BD- und ZVD-Messung, Pulsoxymetrie sind in genügender Anzahl vorhanden.

d. EKG mit 12-fach Ableitung, ein Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind vorhanden.

e. Es wird sichergestellt, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentraler Katheter, Thoraxdrainage etc.) jederzeit durchgeführt werden können.

f. Ein Monitoring gemäss den Standards der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) ist gewährleistet.

g. Die zentrale Überwachung mit Sichtkontakt zu allen Patientinnen und Patienten (bei > vier Plätzen z.B. Monitor) ist gewährleistet.

h. Mindestens zwei feste Sauerstoffanschlüsse (nicht pro Bett) und bei Bedarf weitere mobile stehen zur Verfügung.

i. Mindestens zwei mobile Vakuumanschlüsse sind vorhanden.

j. Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit.

2.3 Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

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

Erwachsenenmedizin	**Kindermedizin**
Innere Medizin	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Chirurgie	Kinderchirurgie
Neurologie	Schwerpunkt Neuropädiatrie
Endokrinologie	Schwerpunkt päd. Endokrinologie-Diabetologie
Gastroenterologie	Schwerpunkt päd. Gastroenterologie und Hepatologie
Hämatologie, medizinische Onkologie	Schwerpunkt päd. Onkologie-Hämatologie
Kardiologie	Schwerpunkt päd. Kardiologie
Radiologie	Schwerpunkt päd. Radiologie
Nephrologie	Schwerpunkt päd. Nephrologie
Pneumologie	Schwerpunkt päd. Pneumologie
Rheumatologie	Schwerpunkt päd. Rheumatologie
Urologie	Kinderchirurgie
Vizeralchirurgie	Kinderchirurgie
Handchirurgie	Kinderchirurgie
Dermatologie	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Pneumologie	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Gynäkologie	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Gefässchirurgie	Kinderherzchirurgie
Angiologie	Interventionellen Radiologie, Dermatologie, Kardiologie, Kinderchirurgie, Nephrologie und Gastroenterologie

3. Anforderungen der einzelnen Leistungsgruppen

3.1 DER2 Wundpatienten (Version 2023.1)

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

3.2 HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2023.1)

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

3.3 NCH Neurochirurgie (Version 2024.1)

14. Am Universitäts-Kinderspital kann der Hintergrunddienst von Oberärztinnen oder Oberärzten geleistet werden, die kurz vor Erlangung des Schwerpunkttitels Neuropädiatrie stehen.

3.4 NEU Neurologie (Version 2024.1)

15. Am Universitäts-Kinderspital kann der Hintergrunddienst von Oberärztinnen oder Oberärzten geleistet werden, die kurz vor Erlangung des Schwerpunkttitels Neuropädiatrie stehen.

3.5 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2023.1)

16. Das Spital verfügt über eine zertifizierte Stroke Unit gemäss der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS). Die fachärztliche Verfügbarkeit ist am Universitäts-Kinderspital für NEU3 durch eine Kooperation mit dem Universitätsspital Zürich gedeckt.

3.6 NEU4 Epileptologie (Version 2023.1)

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

3.7 NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlung (Version 2023.1)

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

3.8 END1 Endokrinologie (Version 2023.1)

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

3.9 GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie, GAE1.1 Spezialisierte Gastroenterologie (Version 2023.1)

20. Im Universitäts-Kinderspital wird der Hintergrunddienst von Oberärztinnen oder Oberärzten geleistet, die kurz vor Erlangung des Facharzttitels Gastroenterologie stehen.

3.10 VIS1 Viszeralchirurgie (Version 2024.1)

21. Das Qualitätsprogramm «Kolonchirugie» befindet sich in der Umsetzung. Für die im Qualitätsprogramm definierten Eingriffe sind die Operateure/-innen zu erfassen. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsauftrag VIS1 verpflichtend. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme am Qualitätsprogramm «Kolonchirugie» entbunden.

3.11 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2023.1)

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

3.12 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantation (Version 2023.1)

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

3.13 ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Version 2025.1)

24. Es ist ein spezifisches Zusammenarbeitskonzept notwendig.
25. Das Qualitätsprogramm «Gefässchirurgie» befindet sich in der Weiterentwicklung. Für die im Qualitätsprogramm definierten Eingriffe sind die Operateure/-innen zu erfassen. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen ANG3/GEF3/GEFA verpflichtend. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme entbunden.

3.13.1 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2024.1)

3.13.1.1 Indikation

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

3.13.1.2 Qualitätscontrolling

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

3.13.2 ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe sowie GEF3 Gefässchirurgie Carotis (Version 2024.1)

3.13.2.1 Indikation

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

3.13.2.3 Qualitätscontrolling

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

3.14 HER1 – HER1.1.5 Herzchirurgie (Version 2025.1)

3.14.1 Indikation

30. Die Spitäler sind verpflichtet, ein Indikationscontrolling mit Bezug zum Patientenoutcome einzuführen. Ein kantonales Monitoring der Indikationsqualität wird entwickelt.

3.14.2 Qualitätscontrolling

31. Das Qualitätsprogramm «Herzchirurgie» befindet sich aktuell in der Weiterentwicklung. Für die im Qualitätsprogramm definierten Eingriffe sind die Operateure/-innen zu erfassen. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie verpflichtend. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme entbunden.

3.15 KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2025.1)

3.15.1 Implantate und Devices

32. Es sind die Richtlinien der schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie zur Defibrillatortherapie zu erfüllen. Implantate und Devices werden in den jeweiligen Registern vollständig erfasst.

3.15.2 Indikation

33. Die Spitäler sind verpflichtet, ein Indikationscontrolling mit Bezug zum Patientenoutcome einzuführen. Ein kantonales Monitoring der Indikationsqualität wird entwickelt.

3.16 NEP1 Nephrologie (Version 2023.1)

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

3.17 URO1.1 Urologie mit Schwerpunktstitel «operative Chirurgie» und URO1.1.7 Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters (Version 2023.1)

35. Die Spitäler erfassen die Operateure/-innen.

3.18 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2025.1)

3.18.1 Indikation

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

3.18.2 Qualitätscontrolling

37. Das Qualitätsprogramm «Prostatektomie» befindet sich aktuell in der Weiterentwicklung. Parallel dazu wird das Monitoring der Indikationsqualität bei Prostatektomien aufgebaut und einbezogen. Für die im Qualitätsprogramm definierten Eingriffe sind die Operateure/-innen zu erfassen. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme entbunden.

3.19 PNE1 Pneumologie (Version 2023.1)

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

3.20 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2023.1)

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

3.21 PNE2 Polysomnographie (Version 2023.1)

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

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

41. Die Spitäler erfassen die Operateure/-innen.

3.23 BEW3 Handchirurgie (Version 2023.1)

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

3.24 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2025.1)

3.24.1 Indikation

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

3.24.2 Qualitätscontrolling

44. Das Qualitätsprogramm «Orthopädie» befindet sich aktuell in der Weiterentwicklung. Für die im Qualitätsprogramm definierten Eingriffe sind die Operateure/-innen zu erfassen. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Orthopädie verpflichtend. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme entbunden.

3.25 BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie (Version 2025.1)

3.24.1 Indikation

45. Der Betrieb eines intraoperativen Neuromonitorings in Zusammenarbeit mit der Neurologie und die Teilnahme am nationalen Implantatregister SIRIS Spine sind erforderlich. Ein kantonales Monitoring der Indikationsqualität wird entwickelt.

3.24.2 Qualitätscontrolling

46. Das Qualitätsprogramm «Spine» soll in Zukunft entwickelt werden. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen für Wirbelsäulenchirurgie ab Start des Programmes verpflichtend. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme entbunden.

3.26 BEW11 Replantationen (Version 2023.1)

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

3.27 RHE2 Interdisziplinäre Rheumatologie (Version 2023.1)

48. Aufgrund der tiefen Fallzahlen gilt die Anforderung an die zeitliche fachärztliche Verfügbarkeit für das Universitäts-Kinderspital nicht.

3.28 GYNT Gynäkologische Tumore (Version 2024.1)

49. 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, nichtoperativen Alternativen muss gewährleistet werden.

3.29 GYN2 Anerkanntes Brustzentrum (Version 2025.1)

3.29.1 Indikation

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

3.29.2 Qualitätscontrolling

51. Das Qualitätsprogramm «GYN2» soll in Zukunft entwickelt werden. Die Teilnahme ist für Zürcher Listenspitäler ab Start des Programmes verpflichtend. Das Universitäts-Kinderspital ist von der Teilnahme entbunden.

3.30 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2023.1)

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

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

3.31.1 Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus

53. Strukturell gelten die folgenden Anforderungen:

a. Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mind. 6 VZÄ) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.

b. Verfügbarkeit:

- Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 Schwangerschaftswoche bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar.
- Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Minuten im Geburtshaus sein (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 zwei Personen anwesend: entweder eine Hebamme und eine weitere Fachperson oder zwei Hebammen.

c. Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologieklinik:

- Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept)
- Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburtshaus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
- Nutzung des gleichen Klinikinformationssystems (KIS) wie das Partnerspital oder Konzept zur Sicherstellung des Informationsflusses mit dem Partnerspital (Diagnosen, Medikation, Therapien, Diagnostik)

d. Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre)

e. Behandlungsrichtlinien (inkl. Notfallsituationen) werden schriftlich festgehalten und regelmässig aktualisiert und überprüft. Diese Richtlinien müssen allgemein zugänglich sein. Schnittstellen müssen klar definiert werden, insbesondere der Übergang von der hebammengeleiteten Geburt zur Geburt unter ärztlicher Verantwortung.

f. Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand

g. Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.

h. Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.

i. Das Geburtshaus verfügt über leicht zugängliche Geräte und Materialien, einschliesslich Medikamente, die notwendig sind für:

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

3.31.2 Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

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

a. Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburten. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik (Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen [ICD- und CHOP-Codes]) der Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik mit «GEBH» bzw. «NEOG» gekennzeichnet.

b. Durchführung von Einling-Entbindungen

c. Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW

- Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses.
- Ein Ultraschall bei einem Facharzt/-ärztin Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung ist von der Hebamme zu dokumentieren.

d. Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000g

e. Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades

f. Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).

g. Die Hebammen sind verpflichtet, die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen im Geburtshaus mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung des Geburtshauses ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

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

3.31.3 Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

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

3.31.4 Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

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

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

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

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

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

3.32.2 Strukturelle Anforderungen

60. In struktureller Hinsicht gelten die folgenden Anforderungen:

    a. Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mindestens 6 VZÄ) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung oder durch ein Team spitalinterner Hebammen.

    b. Verfügbarkeit:

        - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 SSW bis Ende des Wochenbettes immer erreichbar. Falls die HGGh in eine bestehende Gebärabteilung integriert ist, kann die Betreuung im Wochenbett auch durch Pflegefachpersonen erfolgen.
        - Wenn die HGGh nicht in eine Gebärabteilung integriert ist, muss eine Hebamme jederzeit innert 30 Minuten vor Ort sein (Pikettdienste sind möglich).
        - Befindet sich eine Frau im Geburtshaus oder der Abteilung, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau) anwesend.
        - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase zwei Personen anwesend: entweder eine Hebamme und eine weitere Fachperson oder zwei Hebammen.

    c. Kooperationsvereinbarung mit Geburtsklinik und Neonatologieklinik bei HGGh in einem Geburtshaus auf dem (oder angrenzend an das) Spitalgelände:

        - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept)
        - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports
        - Nutzung des gleichen KIS wie das Partnerspital oder Konzept zur Sicherstellung des Informationsflusses mit dem Partnerspital (Diagnosen, Medikation, Therapien, Diagnostik).

    d. Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre)

    e. Behandlungsrichtlinien (inkl. Notfallsituationen) werden schriftlich festgehalten und regelmässig überprüft und aktualisiert. Diese Richtlinien müssen allgemein zugänglich sein. Die Behandlungsrichtlinien werden von Hebammen und Ärztinnen/Ärzten gemeinsam erstellt. Schnittstellen müssen klar definiert werden, insbesondere der Übergang von der hebammengeleiteten Geburt zur Geburt unter ärztlicher Verantwortung.

    f. Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand

    g. Ein CIRS steht zur Verfügung und wird angewendet und regelmässig im Team ausgewertet.

h. Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.

i. Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.

j. Das Geburtshaus verfügt über leicht zugängliche Geräte und Materialien, einschließlich Medikamente, die notwendig sind für:

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

3.32.3 Einschlusskriterien für die HGGh

61. Es gelten folgende Einschlusskritierien für die hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital

a. Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburten. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus (bzw. der HGGh im Spital). Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind in der SPLG-Systematik (Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen, ICD- und CHOP-Codes) der Zürcher Spitalliste 2023 Akutsomatik mit «GEBS» bzw. «NEOG» gekennzeichnet.

b. Durchführung von Einling-Entbindungen

c. Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW

- Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses oder des Spitals
- Ein Ultraschall bei einer Fachärztin/einem Facharzt Gynäkologie/Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung ist von der Hebamme zu dokumentieren.

d. Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000g

e. Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades

f. Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000g (unabhängig vom Geburtsgewicht).

g. Die Hebammen sind verpflichtet, die Frau über die Möglichkeiten und Grenzen der HGGh mündlich und schriftlich aufzuklären. Die Einwilligungserklärung zur HGGh ist von der Frau mit Datum und Unterschrift zu unterzeichnen. Sinngemäss muss folgender Inhalt übermittelt werden:

Eine Geburt ist in den meisten Fällen ein nicht pathologischer körperlicher Vorgang. Im Geburtshaus stehen Ausrüstung und Medikamente zur Verfügung, die für eine spontane, komplikationslose Geburt notwendig sind. Eine Notfallausrüstung für Mutter und

Kind ist stets einsatzbereit. Die Schwangere wurde darüber informiert, dass auch bei Beachtung sämtlicher Einschlusskriterien das Auftreten unvorhergesehener medizinischer Probleme nicht völlig auszuschliessen ist. Es liegt jederzeit im Ermessen der Hebammen zu entscheiden, ob die weitere Betreuung durch eine Ärztin/einen Arzt oder eine Klinik erfolgen muss. In einer Notfallsituation ist jede Hebamme des Geburtshauses ermächtigt und verpflichtet, entsprechend ihren Kompetenzen erste Hilfe zu leisten und Mutter und Kind in ein Spital einzuweisen.

3.32.4 Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

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

3.32.5 Ausschlusskriterien für eine HGGh

64. Ausschlusskriterien:
    - Voraussichtliche Geburt vor SSW <36 0/7
    - Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar)
    - Placenta praevia, V.a. Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar)
    - Schwere Nebenerkrankungen (z.B. Zustand nach Transplantation)
    - Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain
    - Mehrlingsgeburten

65. Beispiele von Gründen für eine Verlegung ins Spital bzw. Gründe für einen Übergang in die ärztlich geführte Geburtshilfe:

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

3.33 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2023.1)

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

3.34 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2023.1)

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

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

    - NEO1.1.1.1: Anforderungen gemäss Level III

3.35 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2023.1)

3.35.1 Allgemeine Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie

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

3.35.2 Anforderungen Kinderklinik

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

3.35.3 Gemeinsame Anforderungen Pädiatrie und Kinderchirurgie

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

3.35.3.1 Pädiatrie

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

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

3.35.3.2 Kinderchirurgie

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

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

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

3.36 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2023.1)

3.36.1 Allgemeines Basis-Kinderchirurgie

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

74. Leistungen der Basis-Kinderchirurgie, also einfache chirurgische Eingriffe bei sonst gesunden Kindern, können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen, wie z.B. unkomplizierte Appendektomien, einfache Frakturbehandlungen oder einfache Tonsillektomien sind im Dokument «Medizinische Leistungen pro Leistungsgruppe» auf der Webseite der GD abschliessend ausgewiesen (https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#346364110). Die in Frage kommenden Leistungen sind mit «ab 0 Jahren» oder «ab 6 Jahren» markiert.

3.36.2 Spezielle Anforderungen Basis-Kinderchirurgie

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

    a. Das Spital verfügt über einen Leistungsauftrag in der Erwachsenenmedizin für die entsprechenden Behandlungen

    b. Bei Kindern < 6 Jahren (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie gewährleistet sein.

    c. Bei Kindern < 6 Jahren (bis zum 6. Geburtstag) ist Kinderanästhesie postoperativ während 24 Stunden täglich innerhalb 30 Minuten einsatzbereit.

3.37 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2023.1)

3.37.1 Allgemeines

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

3.37.2 Mindestanforderungen Kompetenzzentrum Akutgeriatrie

77. An ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie werden folgende Mindestanforderungen gestellt:

    a. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Schwerpunkttitel FMH für Geriatrie)

    b. Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens zwei Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität)

    c. Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ausserhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen)

    d. Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

    e. Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal

f. Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der vier Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

g. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

3.37.3 Verfügbarkeit Fachärztinnen und Fachärzte

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

3.38 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2024.1)

3.38.1 Allgemeines

79. Die Palliative Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispaketes und damit für alle Spitäler mit Notfallstation Pflicht. Patientinnen und Patienten, die auf eine spezifisch palliative Behandlung angewiesen sind, werden an einem Kompetenzzentrum für Palliative Care medizinisch versorgt.

3.38.2 Anforderungen Palliative Care Kompetenzzentrum

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

a. Behandlung von Patientinnen und Patienten, die eine komplexe palliative Betreuung benötigen mit dem Ziel der Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung

b. Stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten zur Neubeurteilung und Behandlungsoptimierung der Palliativmassnahmen

c. Beteiligung an Entwicklung und Evaluation von Prozessen und Standards für Palliative Care

d. Beteiligung an Helpline und an mobilen Palliative Care-Teams zur Unterstützung anderer Institutionen im Kanton und ambulanter Leistungserbringer in komplexen palliativen Situationen oder Bereitstellung eines pädiatrischen 24h-Hintergrunddienstes.

e. Aus- und Weiterbildung in Palliative Care:

- Beteiligung an der Entwicklung und Evaluation von Ausbildungsstandards
- Beteiligung an der Durchführung der Aus- und Weiterbildung für interne und externe Fachpersonen (Ärztinnen/Ärzte, Pflegende, Therapeutinnen/Therapeuten)
- Bereitstellung von Praktikumsplätzen für Ärztinnen/Ärzte, Pflegende und Therapeutinnen/Therapeuten
- Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» von palliative.ch

3.39 ISO Sonderisolierstation (Version 2023.1)

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

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

82. Ein Leistungsauftrag Kinderanästhesie ist notwendig, um bei Kindern unter 12 Jahren kinderanästhesiologische Leistungen im Kanton Zürich durchzuführen.

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

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

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

a. Es besteht eine chirurgische und anästhesiologische Erfahrung und regelmässige Durchführung des Eingriffs für ein bestimmtes Krankheitsbild, welches per se ASA III bedingt,

b. zusätzliche relevante Begleiterkrankungen oder nicht-korrigierte kongenitale Anomalien bestehen nicht und

c. es besteht eine enge Kooperation mit einem pädiatrischen Zentrumsspital.

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

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

b. Kinder mit chronischen Erkrankungen ohne Einschränkung von Anästhesiefähigkeit, Allgemeinzustand, Organfunktionen oder Leistungsfähigkeit;

c. Kinder mit vollständig korrigierten kongenitalen Anomalien mit vollständig wiederhergestellter Organfunktion, Leistungsfähigkeit und Anästhesiefähigkeit.

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

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

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

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

b. Anästhesiepflegende mit Kinderanästhesieerfahrung und regelmässiger, klinischer Praxis in Kinderanästhesie.

Kategorie IV: Fachärztin/Facharzt Anästhesiologie/Anästhesiepflege NDS.

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