

Juli 2026

Spitalliste Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn

**Anforderungen und Erläuterungen
SPLG Akutsomatik SO 2028.1**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Spitalliste Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn	4
2.1.	Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterung, Zielgruppe	4
2.2.	Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen	4
3.	Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik SO.....	5
3.1.	Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal	5
3.2.	Anforderungen für die Notfallstation	7
3.3.	Anforderungen an die Intensivstationen	8
3.4.	Basispaket (BP) / Basispaket elektiv (BPE)	10
3.5.	Facharzt Qualifikation	11
3.6.	Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen	11
3.6.1.	DER2 Wundambulatorium.....	11
3.6.2.	HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie.....	12
3.6.3.	NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen	12
3.6.4.	NEU4 Epileptologie.....	12
3.6.5.	NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlungen	12
3.6.6.	END1 Endokrinologie	12
3.6.7.	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie	12
3.6.8.	HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen	12
3.6.9.	Interventionelle Radiologie EBIR.....	12
3.6.10.	GEF2, GEF2.1, CARO, AOR1, AOR1.1, AOR2 Indikationsboard.....	12
3.6.11.	HER1 bis HER1.1.5 Herzchirurgie	13
3.6.12.	KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT	13
3.6.13.	KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe).....	13
3.6.14.	NEP1 Nephrologie.....	13
3.6.15.	URO1.1.1 Radikale Prostatektomie	13
3.6.16.	PNE1 Pneumologie	13
3.6.17.	PNE1.3 Cystische Fibrose (CF).....	13
3.6.18.	PNE2 Polysomnographie.....	14
3.6.19.	BEW3 Handchirurgie	14
3.6.20.	BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen	14
3.6.21.	BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulen Chirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulen Chirur- gie und BEW10 Plexuschirurgie	14
3.6.22.	BEW11 Replantationen.....	14
3.6.23.	GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma	14
3.6.24.	PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität.....	14
3.6.25.	GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene	14
3.6.26.	GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neu-geborene.....	18
3.6.27.	GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe	21

3.6.28.	NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie.....	21
3.6.29.	NUK1 Nuklearmedizin	21
3.6.30.	KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie.....	21
3.6.31.	KINB Basis-Kinderchirurgie	22
3.6.32.	KAA, KAB, KAC, KAD Kinderanästhesie	23
3.6.33.	GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	24
3.6.34.	PAL Palliative Care Kompetenzzentrum.....	25
3.7.	Verknüpfung inhouse oder in Kooperation	26
3.8.	Tumorboard	26
3.9.	Mindestfallzahlen	27

1. Einleitung

Die Spitalplanung Bereich Akutsomatik des Kantons Solothurn beruht auf den Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion Zürich (GD ZH). Entwickelt wurden diese im Rahmen der Spitalplanung 2012 des Kantons Zürich unter Beizug von über 100 Fachexperten. Mit der Spitalplanung 2023 des Kantons Zürich ist letztmals eine grundlegende Überarbeitung der SPLG erfolgt. Jede SPLG ist anhand von Diagnose- (ICD) und Behandlungs-Codes (CHOP) eindeutig definiert. Die SPLG wurden den Kantonen von der GDK zur Übernahme empfohlen und werden mittlerweile schweizweit als Basis für die Spitalplanungen und Spitallisten verwendet – auch vom Kanton Solothurn. Die Spitalplanung Akutsomatik Kanton Solothurn basiert grundsätzlich auf der Version 2026.1 der SPLG-Systematik der GD ZH, berücksichtigt aber zudem Änderungen in der SPLG-Systematik, welche ab 1. Januar 2027 in Kraft treten werden. Insbesondere die Überarbeitung des Spitalplanungs-Leistungsbereichs (SPLB) «Gefässe».

Als Grundlage für die Vergabe von Leistungsaufträgen hat die GD ZH für jede SPLG spezifische Anforderungen in Bezug auf Infrastruktur, Personal und Prozesse definiert. Die GDK empfiehlt den Kantonen die Übernahme dieser Anforderungen, lässt jedoch kantonspezifischen Anpassungen bei den leistungsspezifischen Anforderungen zu. Auf Basis eines Vergleichs mit den in den umliegenden Kantonen geltenden leistungsspezifischen Anforderungen sowie eines fachlichen Austauschs mit Expert/innen hat der Kanton Solothurn bei einzelnen SPLG punktuelle Anpassungen vorgenommen, um den kantonalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen und die interkantonale Koordination insbesondere mit den Kantonen Aargau und Bern zu erleichtern (SPLG Akutsomatik SO 2028.1). Da nur einzelne Anforderungen angepasst wurden und keine Änderungen an den SPLG selbst erfolgten, bleibt die schweizweite Vergleichbarkeit weiterhin gewährleistet.

Das vorliegende Dokument dient der Beschreibung und Erläuterung der Anforderungen an die Solothurner Listenspitäler im Bereich Akutsomatik, welche ab Inkrafttreten der neuen Spitalliste Bereich Akutsomatik gelten. Nur Spitäler, welche diese Anforderungen erfüllen, können einen Leistungsauftrag des Kantons Solothurn erhalten. Das vorliegende Dokument bildet zusammen mit dem Dokument «Leistungsspezifische Anforderungen SPLG Akutsomatik SO 2028.1» die SPLG-Systematik Akutsomatik des Kantons Solothurn.

2. Spitalliste Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn

2.1. Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterung, Zielgruppe

Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik SO ist es, die gesetzlichen und planerischen Grundlagen, welche der Spitalliste Bereich Akutsomatik des Kantons Solothurn zugrunde liegen, zuhanden der Bewerber für die Spitalliste Bereich Akutsomatik zu beschreiben und zu erläutern. Zusammen mit den generellen Anforderungen an die Listenspitäler, den leistungsspezifischen Anforderungen der SPLG Akutsomatik SO 2028.1 und den für die Zuordnung der Leistungen massgebenden aktuellen ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich (inklusive der aktuellen Groupersoftware-Versionen) bilden sie die Grundlage für die Spitalliste Bereich Akutsomatik des Kantons Solothurn.

2.2. Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen

Dieses Dokument äussert sich mit Blick auf die Leistungsaufträge spezifisch zu den Anforderungen bezüglich der Leistungsaufträge in der Akutsomatik. Es beruht einerseits auf den Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik für die Spitalliste des Kantons Aargau, andererseits auf den «Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2026.1)» der GD ZH.

Die generellen Anforderungen für einen oder mehrere Leistungsaufträge auf der Spitalliste Bereich Akutsomatik des Kantons Solothurn sind in den Dokumenten «Generelle Anforderungen Spitalliste Bereich Akutsomatik» und «Grundlagen Spitalplanung Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn» festgehalten. Rechtliche Grundlage der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik SO bilden das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10), die entsprechende Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102), die kantonale Spitalversorgungsgesetzgebung des Kantons Solothurn (Spitalgesetz vom 12. Mai 2004 [SpiG; BGS 817.11] und die Spitalverordnung vom 27. September

2011 [SpiVo; BGS 817.116]).

3. Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik SO

Nachfolgend werden die Anforderungen zu einzelnen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik SO erläutert. Die Erläuterungen basieren grundsätzlich auf den «Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2026.1)» der GD ZH, ergänzt um Änderungen, welche ab 1. Januar 2027 in Kraft treten werden.

3.1. Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Facharzttitel gefordert. Es muss mindestens eine oder einer der aufgeführten Fachärztinnen oder Fachärzte (FA) verfügbar sein. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen FA behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals beziehungsweise der FA, die Behandlung zu delegieren.

Die Listenspitäler regeln die Form der Zusammenarbeit mit den FA zwingend vertraglich (zum Beispiel in Form eines Arbeits-, Konsiliararzt-, Belegarztvertrages). Der Vertrag enthält mindestens folgende Punkte:

- Facharzt-Titel (eidg. Diplom), allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel;
- Vorhandensein Berufsausübungsbewilligung (BAB) für den Kanton Solothurn;
- Einsatzstandort der Fachärztin oder des Facharztes (Spitalstandort / Ort der Sprechstundentätigkeit);
- Weisungsbefugnis der verantwortlichen ärztlichen Leitung sowie der Spitalleitung des Listenspitals gegenüber der Fachärztin oder dem Facharzt;
- Zeitliche Verfügbarkeit der Fachärztin oder des Facharztes entsprechend dem in der SPLG-Systematik Akutsomatik SO für die entsprechende Leistungsgruppe vorgesehenen Level der Facharztverfügbarkeit (siehe auch nachfolgende Tabelle), inklusive Vertretung bei Abwesenheiten, Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst, Pikett;

Soweit die Fachärztin oder der Facharzt nicht beim Listenspital angestellt ist:

- Nachweis Haftpflichtversicherung;
- Organisationsreglement (zum Beispiel OP-Statut);
- Ausübung der ärztlichen Kunst entsprechend den Richtlinien der Fachgesellschaften und gemäss dem aktuellen medizinischen Stand (Sicherstellung/Überprüfung anhand der Fortbildungsbestätigungen);
- Auflösung des Vertragsverhältnisses.

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

Bezeichnung des Levels	Kurzform	Beschreibung
Level 1	FA Erreichbarkeit ≤ 60 Minuten	FA der jeweiligen Leistungsgruppe ist innert 60 Minuten erreichbar oder die Patientin resp. der Patient wird innert 60 Minuten an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.
Level 2	FA Intervention ≤ 60 Minuten	FA der jeweiligen Leistungsgruppe ist jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch FA erbringbar oder ist anderweitig, basierend auf Konzepten oder Verträgen,

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

¹ Vgl. "Guidelines sectio caesarea" (https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guide-line_Sectio_Caesarea_2015.pdf) sowie die Richtlinien "Neonatale Erstversorgung – interdisziplinäre Empfehlungen" (Swiss Medical Forum 2016; 16(44):938 – 942; <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/127767/1/smf-02783.pdf>).

² https://www.neonet.ch/download_file/view/651/224

3.2. Anforderungen für die Notfallstation

Für Spitalstandorte mit Basispaket (BP) und damit Notfallpatientinnen und Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation (NFS) vorgeschrieben. In Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe (Leistungsgruppen GEB1 bis GEB1.1.1) sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfalleinrichtungen vorgeschrieben.

NFS	Ärztliche Versorgung NFS	Ärztliche Versorgung Spital
Level 1	8-17 Uhr Mo-Fr: FA Allgemeine Innere Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz). 17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (AA) Allgemeine Innere Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	Beizug von FA bei medizinischer Notwendigkeit in der Nacht (17-8 Uhr) und am Wochenende und Feiertagen:³ - Allgemeine Innere Medizin (in 30 Min.) - Chirurgie (in 30 Min.) - Anästhesie (in 30 Min.)
Level 2	8-17 Uhr Mo-Fr: FA Allgemeine Innere Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der NFS (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). 17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: AA Allgemeine Innere Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.	Beizug von FA bei medizinischer Notwendigkeit in der Nacht (17-8 Uhr) und am Wochenende und Feiertagen:⁴ - Allgemeine Innere Medizin (in 30 Min.) - Chirurgie (in 30 Min.) - Anästhesie (in 30 Min.)
Level 3	8-23 Uhr Mo-Fr: FA Allgemeine Innere Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der NFS (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig). 23-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen: AA Allgemeine Innere Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der NFS. Davon ist mindestens ein AA Allgemeine Innere Medizin in der 2. Hälfte der Facharztausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit ein FA Chirurgie innerhalb von 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und ein FA Allgemeine Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung.	Beizug von FA bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie (im Haus) - Intensivmedizin (im Haus)
Level 4	24 Stunden Mo-So: FA Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe in 30 Minuten vor Ort zur Verfügung.⁵	Beizug von FA bei medizinischer Notwendigkeit: - Anästhesie: Zwischen Ruf FA

³ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

⁴ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

⁵ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

NFS	Ärztliche Versorgung NFS	Ärztliche Versorgung Spital
	Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung FA Gynäkologie und Geburtshilfe bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden. ⁶	bis zur Entbindung des Kindes dürfen bei einer Notfallsectio maximal 30 Minuten vergehen (erforderlich ist ein Konzept ⁷). - Hebammen: Die Hebamme ist im Spital, wenn die Gebärende eintritt.

3.3. Anforderungen an die Intensivstationen

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

Intensivstation	Basis-Richtlinien	Zusatzbedingungen
Level 1	Die Anforderungen für eine Überwachungsstation (= Intensivstation Level 1) sind untenstehend definiert.	
Level 2	Die aktuellen Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen durch die SGI ⁸ , inklusive Anhang I Qualitätskriterien ⁹ , sind einzuhalten. Die Intensivstation muss von der SGI zertifiziert sein.	FA Intensivmedizin oder Anästhesiologie als Hintergrunddienst (telefonisch immer erreichbar, innert zwei Stunden vor Ort).
Level 3	Siehe Level 2	FA Intensivmedizin oder Anästhesiologie ist immer vor Ort.

Anforderungen für Intensivstation (IS) Level 1 Überwachungsstation

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

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

⁶ Vgl. Fussnote 1.

⁷ Es muss in einem Konzept dokumentiert werden, wie die maximal 30 Minuten zwischen Ruf FA bis zur Entbindung des Kindes im Fall einer Notfallsectio eingehalten werden. Die Prüfung kann entlang des Reports von ausgewählten Einzelfällen erfolgen. Das nicht-ärztliche Anästhesiepersonal ist mit dieser Regelung nicht angesprochen. Dieses muss gemäss Dienstplan verfügbar sein. Das DDI kann das Konzept bei Bedarf einfordern.

⁸ https://www.swiss-icu.ch/files/daten/Dokumente/01_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_GV_2022_V3_DT.pdf

⁹ https://www.swiss-icu.ch/files/daten/Dokumente/02_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_2015_GV_Anhang%20I_Kriterien_V18_Revision_2023_230807_Final.pdf

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24/7 Betrieb möglich sein.
2. Das Spital hat für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten Kooperationsverträge mit umliegenden Spitälern abgeschlossen, die über eine IS Level 2 gemäss Spitalliste Bereich Akutsomatik Kanton Solothurn verfügen.
3. Das Spital behandelt nur ASA 1-2 beziehungsweise stabile ASA 3 Patientinnen und Patienten (keine Risiko-Patientinnen und -Patienten).¹⁰
4. Die Notwendigkeit einer häufigen Überwachung und/oder Atemunterstützung nach dem Eingriff ist präoperativ nicht vorhersehbar.

Fachpersonal:

5. Dem ärztlichen Fachpersonal der Überwachungsstation obliegt die Verantwortung der Betreuung in Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (Chirurgie, Medizin). Dies betrifft die Sicherheit der Patientinnen und Patienten für geplante Eingriffe sowie die Übernahme von Patientinnen und Patienten von der Notfall- oder Bettenstation unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands der Patientin oder des Patienten und der Infrastruktur des Spitals. FA Anästhesiologie ist innert 30 Minuten (im Pikettdienst möglich) im Haus verfügbar.
6. Die ärztliche Leitung der Überwachungsstation ist dafür verantwortlich, dass während der Betriebszeiten der Überwachungsstation eine Ärztin oder ein Arzt im Spital anwesend ist, die oder der jederzeit für die Patientinnen und Patienten der Überwachungsstation zuständig und verfügbar ist. Es muss sichergestellt sein, dass medizinische Notfallmassnahmen (wie Reanimation, Intubation, Einlage arterieller und zentralvenöser Katheter, Thoraxdrainage etc.) jederzeit durchgeführt werden können.
Eine für die Überwachungsstation zuständige Kaderärztin oder ein zuständiger Kaderarzt mit FA Intensivmedizin oder Anästhesiologie oder Innere Medizin oder Chirurgie oder Pädiatrie mit mindestens sechsmonatiger Weiterbildung in Intensivmedizin muss im Spital anwesend oder im Dienstbetrieb bei Bedarf innert 30 Minuten (im Pikettdienst möglich) auf der Überwachungsstation zugegen sein. Dies nur, falls die Stationsärztin oder der Stationsarzt der Überwachungsstation diese Qualifikation nicht erfüllt.
7. Eine ärztliche Vertreterin oder ein ärztlicher Vertreter der Grunddisziplin (bei Verlegung von Bettenstation) beziehungsweise der Operateur, welche oder welcher die Patientin oder den Patienten auf die Überwachungsstation überwiesen hat, muss jederzeit erreichbar und die Intervention muss ≤ 1 Stunde möglich sein.
8. Bei den Pflegefachpersonen muss mindestens ein Drittel der Vollzeitstellen ein Diplom in Intensiv- / Anästhesie- oder Notfallpflege NDS HF, eine äquivalente Weiterbildung oder eine spezifische IMC-Pflegeweiterbildung nachweisen können. Die übrigen zwei Drittel verfügen über ein Diplom Pflege HF/FH. Mindestens eine Pflegeperson pro Pflegeschicht, die in der direkten Pflege arbeitet, muss über eine der obgenannten zusätzlichen Qualifikation verfügen.

¹⁰ Die ASA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung von Patientinnen und Patienten in verschiedene Gruppen bezüglich des körperlichen Zustandes. Das von der American Society of Anesthesiologists (ASA) entwickelte Schema unterscheidet die Patientinnen und Patienten vor der Narkose anhand von systemischen Erkrankungen:

ASA 1: Normaler, gesunder Patient

ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung

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

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

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

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

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

3.4. Basispaket (BP) / Basispaket elektiv (BPE)

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

Das BP umfasst alle Leistungen der Basisversorgung (Grundversorgung) in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von FA Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen und Fachärzten erbracht. Das BP ist eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Anteil an Notfallpatientinnen und Notfallpatienten. Da Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten oft mit unklaren Beschwerden ins Spital kommen, ist nicht nur das Führen einer adäquaten Notfallstation, sondern auch das Angebot einer breiten Basisversorgung wichtig. Nur dies garantiert, dass bei Notfallpatientinnen und 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.

Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst die Basisversorgungs-Leistungen aus denjenigen «elektiven Leistungsbereichen», in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat zum Beispiel ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag für urologische Leistungsgruppen, so umfasst das BPE alle urologischen «Basisleistungen». Das BPE bildet grundsätzlich die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen anbieten. Es sind dies Leistungsgruppen in den Leistungsbereichen Ophthalmologie, Hals-Nasen-Ohren, Bewegungsapparat, Gynäkologie und Urologie. Als wichtige Basis ist am Spital eine Ärztin oder ein Arzt (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.

Anforderungen	Basispaket	Basispaket elektiv
Fachärztinnen und Fachärzte sowie Abteilungen im Spital	- Medizinische Klinik geleitet durch FA Innere Medizin - Chirurgische Klinik geleitet durch FA Chirurgie - Anästhesie geleitet durch FA Anästhesiologie	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr im Haus
Notfall (vgl. Ziffer 3.2)	Level 1	
Intensivstation (vgl. Ziffer 3.3)	Level 1	
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden.	

Anforderungen	Basispaket	Basispaket elektiv
	CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mind. zwei Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Fachärztin oder Facharzt	
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	- Infektiologie - Psychiatrie oder Psychosomatik	Infektiologie
Palliative-Care	Basisversorgung ¹¹	

3.5. Facharzt Qualifikation

Im Dokument «Leistungsspezifische Anforderungen SPLG SO 2028.1» wird in der Spalte «Fachärztin / Facharzt - FMH Facharztstitel / 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. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen und Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals beziehungsweise der Fachärztinnen und Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

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

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

3.6. Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen

3.6.1. DER2 Wundambulatorium

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

¹¹ 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.

3.6.2. HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie

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

3.6.3. NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen

Das Spital verfügt über eine zertifizierte Stroke Unit gemäss der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS).

3.6.4. NEU4 Epileptologie

Bei der Diagnose eines nichtepileptischen psychogenen Anfalls ist eine psychiatrische Mituntersuchung und -beurteilung obligatorisch. Ein Langzeit-Video/EEG-Monitoring ist obligatorisch. 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.

3.6.5. NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlungen

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

3.6.6. END1 Endokrinologie

Eine Ernährung- und Diabetesberatung ist vorhanden und muss durch entsprechendes Fachpersonal angeboten werden.

3.6.7. VIS1.4 Bariatrische Chirurgie

SMOB-Kriterien¹²: Für die Behandlung bariatrischer Patientinnen und Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien beziehungsweise die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB Primär- (VIS1.4) oder Referenzzentrum (VIS1.4.1) vorausgesetzt.

3.6.8. HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen

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

3.6.9. Interventionelle Radiologie EBIR

Interventionelle Radiologinnen und Radiologen EBIR dürfen Interventionen auch in anderen SPLG der Gefässmedizin durchführen, selbst wenn sie nicht in der jeweiligen Spalte FMH Facharzt/-titel / Schwerpunkt aufgelistet sind (z.B. Vertebroplastie).

3.6.10. GEF2, GEF2.1, CARO, AOR1, AOR1.1, AOR2 Indikationsboard

Die Empfehlungen des Indikationsboards werden protokolliert und den Patientinnen und Patienten in einem Aufklärungsgespräch durch die Fachärztin oder den Facharzt oder durch deren geschulte und qualifizierte Mitarbeitende erklärt. Die Empfehlungen des Indikationsboards sind in der Regel – mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten – umzusetzen. Abweichungen von den Empfehlungen sind zu begründen und zu dokumentieren.

Die Indikation für eine vaskuläre Therapie stützt sich auf die Einschätzung von mindestens zwei unterschiedlichen Gefässspezialisten/-spezialistinnen (Angiologe/Angiologin konservativ, Angiologe/Angiologin interventionell, Radiologe/Radiologin interventionell und Gefässchirurg/Gefässchirurgin).

Organspezifische interventionelle und operative Therapien bedürfen des Beizugs weiterer Fachdisziplinen ausserhalb der Gefässmedizin (z.B. Hepatologe für TIPS oder Kardiologe/Herzchirurgie bei endovaskulär/offener Therapie der CTEPH [Chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie], Neurologe bei symptomatischer Carotisstenose etc.). Die Indikation für venöse nicht

¹² Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB). <https://www.smob.ch/de/richtlinien/medizinisch>

an den Extremitäten vorgenommene Eingriffe bedarf des Beizugs einer zweiten Gefässspezialistin bzw. eines zweiten Gefässspezialisten.

3.6.11. HER1 bis HER1.1.5 Herzchirurgie

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

- Erfassung aller Patientinnen und Patienten der Herzchirurgie im nationalen Register für Herzchirurgie,
- Definition und Ausweis von Kenndaten,
- Qualitätskontrolle der Datenerfassung durch ein Monitoring (Audit) von 5 % der erfassten Fälle pro Jahr,
- Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten («Green & Red Flag-System»).

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

3.6.12. KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT

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

3.6.13. KAR3.1 Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)

Für die Mitraclip- und Triclipverfahren ist eine Vorstellung vor einem Indikationsboard mit Fachexperten der Herzchirurgie erforderlich.

3.6.14. NEP1 Nephrologie

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

3.6.15. URO1.1.1 Radikale Prostatektomie

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

Indikation: 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.

3.6.16. PNE1 Pneumologie

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

3.6.17. PNE1.3 Cystische Fibrose (CF)

Nicht transplantationsnahe CF-Patientinnen und -Patienten mit periodischen Kontrollen im CF-Zentrum (Grössenordnung alle 2-3 Jahre) oder CF-Patientinnen und -Patienten mit Zuweisungen vom CF-Zentrum in Spitälern mit entsprechend erfahrenen CF-Spezialisten können ausserhalb des CF-Zentrums stationär betreut werden. Bei Stadienänderung dürfen CF-Patientinnen und -Patienten nur im CF-Zentrum stationär behandelt werden.

3.6.18. PNE2 Polysomnographie

Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC¹³: Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die SGSSC notwendig.

3.6.19. BEW3 Handchirurgie

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.

3.6.20. BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen

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 eine möglichst neutrale Befragung der Patientin oder des Patienten anzustreben.

Qualitätscontrolling: Das Qualitätscontrolling basiert auf den Daten des SIRIS-Registers.

3.6.21. BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie und BEW10 Plexuschirurgie

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

3.6.22. BEW11 Replantationen

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

3.6.23. GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma

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 verlangt. Folgende Herausgeber werden anerkannt: Krebsliga Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Senologie, Deutsche Krebsgesellschaft und European Society of Mastology.

3.6.24. PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität

Bei Eingriffen im Zusammenhang mit Transsexualität muss die spezialisierte medizinische und pflegerische Betreuung vor, während und nach dem stationären Eingriff am gleichen Spitalstandort niederschwellig gewährleistet sein. Ebenso müssen die gynäkologisch-endokrinologische sowie die spezialisierte psychiatrische Betreuung vor und nach den Eingriffen am Spitalstandort verfügbar sein. Das Behandlungsteam ist interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt; eine regelmässige Fallbesprechung in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Rapport ist anzustreben.

3.6.25. GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene

Strukturelle Anforderungen an ein Geburtshaus

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mindestens 6 Vollzeitäquivalente) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung.
- Verfügbarkeit:
 - Eine Hebamme ist für die Frauen ab der 36 0/7 Schwangerschaftswoche (SSW) bis Ende des Wochenbetts immer erreichbar.

¹³ Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie

- Eine Hebamme muss jederzeit innert 30 Minuten im Geburtshaus sein (Pikett-dienste sind möglich).
- Befindet sich eine Frau im Geburtshaus, ist immer eine Fachperson (Hebamme, Pflegefachfrau/Pflegefachmann) im Geburtshaus anwesend.
- Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase zwei Personen anwe-send: Entweder eine Pflegefachfrau/Pflegefachmann und eine Hebamme oder zwei Hebammen.
- Kooperationsvertrag mit Geburtsklinik und Neonatologie-Klinik:
 - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept);
 - Regelung zur Gewährleistung der fachärztlichen Betreuung vor Ort (im Geburts-haus) oder durch Sicherstellung eines umgehenden Notfalltransports;
 - Nutzung des gleichen Klinikinformationssystems (KIS) wie das Partnerspital oder Konzept zur Sicherstellung des Informationsflusses mit dem Partnerspital (Diag-nosen, Medikation, Therapien, Diagnostik).
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre) bei allen Fachpersonen.
- Behandlungsrichtlinien (inkl. Notfallsituationen) werden schriftlich festgehalten und re-gelmässig aktualisiert und überprüft. Diese Richtlinien müssen allgemein zugänglich sein. Schnittstellen müssen klar definiert werden, insbesondere der Übergang von der hebam-mengeleiteten Geburt zur Geburt unter ärztlicher Verantwortung.
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand.
- Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.
- Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.
- 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 Becken-bodenverletzungen und der Behandlung von Uterusatonie;
 - Untersuchung, Behandlung und, falls erforderlich, Wiederbelebung des Neuge-borenen;
 - Durchführung des Screenings und des laufenden Monitorings des Neugeborenen;
 - Sauerstoffzufuhr für die Mutter oder das Neugeborene nach Bedarf;
 - Intravenösen Zugang.

Einschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus:

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

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburtten.
Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Ge-burtshaus.
Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik [Zuteilung der me-

dizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen (ICD- und CHOP-Codes)] mit «GEBH» beziehungsweise «NEOG» gekennzeichnet.¹⁴

- Durchführung von Einling-Entbindungen.
- Mindestens 1 Kontrolle vor der 36 0/7 SSW
 - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei der Hebamme des Geburtshauses;
 - Ein Ultraschall bei FA 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 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000 Gramm.
- Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades.
- Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000 Gramm (unabhängig vom Geburtsgewicht).

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

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

Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

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

- Übertragung (ab 42 0/7 SSW);
- Beckenprobleme (zum Beispiel Status nach Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, inkompletter Beckenring);
- Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe;
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (zum Beispiel M. Crohn, Colitis ulcerosa);
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen;
- Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, Zustand nach Herzoperationen;
- Neurologische Erkrankungen;

¹⁴ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

- Diätetisch eingestellter Diabetes beziehungsweise Gestationsdiabetes;
- Polyhydramnion (möglich, wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden).

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

Ausschlusskriterien (beispielhaft genannt):

- Voraussichtliche Geburt vor 36 0/7 SSW;
- Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar);
- Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea);
- Placenta praevia, Verdacht auf Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar);
- Schwere Nebenerkrankungen (zum Beispiel Zustand nach Transplantationen);
- Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain;
- Ausgedehnte Zervixrevisionen (möglich, wenn ein Geburtshindernis durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurde);
- Mehrlingsgeburten.

Verlegungsgründe ins Spital (beispielhaft genannt):

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

3.6.26. GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neugeborene

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

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

Strukturelle Anforderungen

In struktureller Hinsicht gelten die folgenden Anforderungen:

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch Hebammen (mindestens 6 Vollzeitäquivalente) mit Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung oder durch ein Team Hebammen.
- 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 Gebärdabteilung integriert ist, kann die Betreuung im Wochenbett auch durch Pflegefachpersonen erfolgen.
 - Wenn die HGGH nicht in eine Gebärdabteilung 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.
- 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).
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre) für alle Fachpersonen.
- 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.
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand.
- Ein CIRS steht zur Verfügung und wird angewendet und regelmässig im Team ausgewertet.
- Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.
- Die apparativen Einrichtungen müssen eine sichere geburtshilfliche Nutzung sowohl bei normalen Geburtsverläufen als auch bei schwierigeren Verläufen einschliesslich Notfällen und Verlegungen ermöglichen.
- 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.

Einschlusskriterien für die HG Gh

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

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt.
- Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus.
- Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik [Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen (ICD- und CHOP-Codes)] mit «GEBS» beziehungsweise «NEOG» gekennzeichnet.¹⁵
- Durchführung von Einling-Entbindungen.
- Mindestens 1 Kontrolle vor der 36 0/7 SSW:

¹⁵ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

- Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei der Hebamme des Geburtshauses;
- Ein Ultraschall bei FA 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 36 0/7 SSW und einem Geburtsgewicht ab 2000 Gramm.
- Versorgung von Dammverletzungen 1. oder 2. Grades.
- Aufnahme nach Entbindung (Betreuung nur im Wochenbett) bei Zuweisung aus einem Spital mit einem Leistungsauftrag NEO1 ab der 34 0/7 SSW und einem Mindestgewicht von 2000 Gramm (unabhängig vom Geburtsgewicht).

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

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

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

- Übertragung (ab 42 0/7 SSW);
- Beckenprobleme (zum Beispiel Status nach Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, inkompletter Beckenring);
- Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe;
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (zum Beispiel M. Crohn, Colitis ulcerosa);
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen;
- Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, Zustand nach Herzoperationen;
- Neurologische Erkrankungen;
- Diätetisch eingestellter Diabetes beziehungsweise Gestationsdiabetes;
- Status nach transmuralen Operationen am Uterus (Myomenukleationen, Sectio caesarea);
- Status nach Zervixrevisionen;
- Polyhydramnion (möglich, wenn fetale Risiken durch eine fachärztliche Beurteilung mit Ultraschall ausgeschlossen wurden).

Ausschlusskriterien für eine Geburt im Geburtshaus

Ausschlusskriterien (beispielhaft genannt):

- Voraussichtliche Geburt vor 36 0/7 SSW;
- Lageanomalien (z.B. Beckenendlage, wenn voraussehbar);
- Placenta praevia, Verdacht auf Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar);
- Schwere Nebenerkrankungen (zum Beispiel Zustand nach Transplantationen);
- Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain;
- Mehrlingsgeburten.

Verlegungsgründe ins Spital (beispielhaft genannt):

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

3.6.27. GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe

Pränatale Hospitalisationen: Bei pränatalen Hospitalisationen auf einer Geburtsklinik GEB1 muss eine Rücksprache mit einer entsprechenden neonatologischen Abteilung, mindestens NEO1.1, erfolgen. Für die Geburt muss die Schwangere rechtzeitig in ein Spital mit Leistungsauftrag für den erwarteten Zustand des Kindes verlegt werden.

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

3.6.28. NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie

Anforderungen gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland.¹⁶

Mechanische Beatmung über die CPAP-Beatmung hinaus und von mehr als zwei Stunden bedarf eines Leistungsauftrags NEO1.1.1 oder NEO1.1.1.1.

3.6.29. NUK1 Nuklearmedizin

In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG zu erfüllen.¹⁷

3.6.30. KINM Kindermedizin und KINC 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 dem DDI möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund geringer Fallzahlen.

Kriterien für eine Kinderklinik:

- Ärztlicher Dienst mit FA Pädiatrie respektive Kinderchirurgie;

¹⁶ Swiss Society of Neonatology „Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland“

¹⁷ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/bewilligungen-aufsicht-im-strahlenschutz/in-formationen-fuer-medizinische-betriebe.html>.

- Pflegefachpersonen mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege;
- Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur;
- Unterbringungsmöglichkeiten für Bezugspersonen;
- Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab siebtem Hospitalisationstag.

Leistungserbringer, welche die Anforderungen an eine Kinderklinik erfüllen, können sich für Leistungsaufträge in Kindermedizin und Kinderchirurgie bewerben. Um pädiatrische und kinderchirurgische Leistungen anbieten zu können, müssen die Anforderungen an eine Kinderklinik sowie die nötigen organspezifischen Anforderungen erfüllt sein.

Kindermedizin:

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

Kinderchirurgie:

- Stationäre chirurgische Patientinnen und Patienten <16 Jahre (bis zum 16. Geburtstag) sind grundsätzlich in einer Kinderklinik zu behandeln.
- Die Kinderchirurgie wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Facharztstitel Kinderchirurgie geleitet.
- Bei Kindern <6 Jahre (bis zum 6. Geburtstag) muss eine Kinderanästhesie gewährleistet sein.¹⁸
- Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenhospital erfolgen. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.
- Zusätzlich wird ein entsprechender organspezifischer Leistungsauftrag vorausgesetzt.

3.6.31. KINB Basis-Kinderchirurgie

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

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie zum Beispiel unkomplizierte Appendektomien, chirurgische Behandlung einfacher Frakturen oder einfache Tonsillektomien sind im Dokument "Medizinische Leistungen pro Leistungsgruppe" auf der Webseite der GDK abschliessend ausgewiesen.¹⁹ Die in Frage kommenden Leistungen sind mit "ab 0 Jahren" oder "ab 6 Jahren" markiert.

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 Kinderanästhesie²⁰ gewährleistet sein.

¹⁸ 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 SSAPM 2004). Die Kinderanästhesie muss postoperativ während 24 Stunden innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein.

¹⁹ Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>.

²⁰ Vgl. Fussnote 18

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

3.6.32. KAA, KAB, KAC, KAD Kinderanästhesie

Ein Leistungsauftrag Kinderanästhesie ist notwendig, um bei Kindern unter 12 Jahren kinderanästhesiologische Leistungen durchzuführen. Die Anforderungen werden gemäss der Entwicklung des Paediatric Anaesthesia Projects 2030 der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderanästhesie (SGKA) und der Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und perioperative Medizin (SSAPM) definiert und laufend überarbeitet.

Leistungsauftrag Kinderanästhesie / Einteilung nach Kategorien

Leistungsauftrag	KA-A	KA-B	KA-C	KA-D
Kinderanästhesie Kategorie	I	II	III	IV
Alter	ab Geburt	post Neonatalperiode	ab 3 Jahren	ab 6-12 Jahren
ASA	alle	I & II (III unter besonderen Bedingungen) siehe Legende A	I & II (III unter besonderen Bedingungen) siehe Legende A	I & II (III unter besonderen Bedingungen) siehe Legende A
Begleiterkrankungen	Alle Kinder, inklusive Kinder mit kongenitalen oder chronischen Erkrankungen.	Kinder ohne kongenitale und/oder chronische Erkrankungen siehe Legende B		
Personal	Spezialisiertes Kinderanästhesieteam	Kinderanästhesieteam (notwendig bis 6 Jahre)		Facharzt
Verfügbarkeit	FA Anästhesiologie im Haus Spezialisiertes Kinderanästhesieteam verfügbar	FA Anästhesiologie im Haus Spezialisiertes Kinderanästhesieteam verfügbar	FA Anästhesiologie innerhalb von 30 Min. im Haus	FA 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 Kinderpersonal)	Bereich für Kinder und geschultes Kinderpersonal in einer allgemeinen Aufwachstation	Bereich für Kinder und geschultes Kinderpersonal in einer allgemeinen Aufwachstation
Pädiatrische Klinik	Vorhanden	vorhanden oder enge, vertraglich geregelte Kooperation	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen

Leistungsauftrag	KA-A	KA-B	KA-C	KA-D
Notfallstation	Ja	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen

Legende:

A: Eine Erweiterung auf "ASA III unter besonderen Bedingungen" setzt zwingend die folgenden Punkte voraus:

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

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

- Gesunde Kinder und Kinder mit Begleiterkrankungen, bei denen das perioperative Risiko aufgrund der Begleiterkrankungen nicht erhöht ist;
- Kinder mit chronischen Erkrankungen ohne Einschränkung von Anästhesiefähigkeit, Allgemeinzustand, Organfunktionen oder Leistungsfähigkeit;
- Kinder mit vollständig korrigierten kongenitalen Anomalien mit vollständig wiederhergestellter Organfunktion, Leistungsfähigkeit und Anästhesiefähigkeit.

Weitere Anforderungen

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:

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

3.6.33. GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum

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

Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

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

Mindestanforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

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

Pro akutgeriatrisches Bett muss ein/e FA Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie mindestens im zeitlichen Umfang von fünf Stellenprozenten verfügbar sein. Folglich müssen Spitäler mit 20 akutgeriatrischen Betten über einen oder mehrere FA Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit insgesamt mindestens 100 Stellenprozenten verfügen. Zur Gewährleistung einer ausreichenden geriatrischen Kompetenz vor Ort, soll die/der FA Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie an mindestens drei Wochentagen (Montag bis Freitag) im Spital anwesend sein. Bei Institutionen mit mehr als 20 Betten soll die/der FA an jedem Werktag anwesend sein.

3.6.34. PAL Palliative Care Kompetenzzentrum

Die Palliative-Care-Basisversorgung ist ein Teil des Basispakets 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.

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

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

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

6. Zertifizierung mit dem Label «Qualität in Palliative Care» von palliative.ch.

3.7. Verknüpfung inhouse oder in Kooperation

Viele Patientinnen und Patienten benötigen fachübergreifendes medizinisches Wissen. Um dieses sicherzustellen, müssen Leistungen, die aus medizinischer Sicht eng verbunden sind, zusammen angeboten werden. Ist die fachübergreifende Behandlung besonders eng und die zeitliche Verfügbarkeit besonders wichtig, müssen diese Leistungen am gleichen Standort (inhouse) erbracht werden. Andere Leistungen sind zwar aus medizinischer Sicht ebenfalls eng miteinander verbunden, die zeitliche Verfügbarkeit spielt jedoch eine untergeordnete Rolle. Diese Leistungen müssen deshalb nicht zwingend am gleichen Standort erbracht werden können, sondern können in Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer erbracht werden.

Es ist eine Kooperationsvereinbarung abzuschliessen, welche mindestens die folgenden Punkte regelt:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- Ansprechpartner auf beiden Seiten;
- Umfang der Kooperationsleistung und Vergütung;
- Zeitliche Verfügbarkeit;
- Sicherstellung des Informationsflusses (medizinische Dokumentation).

Bietet ein anderer Standort desselben Spitalunternehmens die Leistungsgruppe an, kann auf den Abschluss einer expliziten Kooperationsvereinbarung verzichtet werden.

3.8. Tumorboard

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

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

- Jede Tumorpantin und jeder Tumorpant wird bei Aufnahme in eine der beteiligten Fachkliniken automatisch im Tumorboard vorgestellt.
- Die für das Tumorboard genannten Fachärztinnen und Fachärzte sind verpflichtet, am regelmässig stattfindenden Tumorboard teilzunehmen. Eine Vertretungsregelung der Fachärztinnen und Fachärzte besteht.
- Die Entscheidungen im Tumorboard über die Behandlungsweise werden schriftlich dokumentiert (Protokoll) und in die Akte der Patientin oder des Patienten übernommen, so dass sie jederzeit überprüft werden können.

- Die Empfehlungen des Tumorboards werden den Patient/innen in einem Aufklärungsgespräch erklärt.
- Die Empfehlungen des Tumorboards sind in der Regel – mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten – umzusetzen. Abweichungen müssen begründet und in der Patientenakte dokumentiert werden.

3.9. Mindestfallzahlen

Die Kantone dürfen bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere bei den akutsomatischen Spitalleistungen auch Mindestfallzahlen berücksichtigen. Bei der Festlegung von Mindestfallzahlen stehen stationäre Behandlungen mit einem hohen Spezialisierungsgrad im Vordergrund. Diese Mindestfallzahlen stellen für die betroffenen Leistungsgruppen eine zusätzliche qualitätsorientierte Mindestanforderung dar. Sie sollen in erster Linie verhindern, dass Patientinnen und Patienten in einem Spital behandelt werden, in welchem diese spezialisierten stationären Behandlungen nur alle drei bis vier Monate oder noch seltener erbracht werden. Spitalstandorte, welche die Mindestfallzahl nicht oder nicht mehr erreichen, sollen die entsprechenden Eingriffe nicht (mehr) zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen.

Im Kanton Solothurn werden die Mindestfallzahlen auf der Ebene Spitalstandort angewendet, auf eine Prüfung der Mindestfallzahl pro Operateur wird aktuell verzichtet.

Werden an einem Spitalstandort die Mindestfallzahlen erreicht, kann derselbe Eingriff auch an anderen Standorten desselben Unternehmens durch dieselbe Operateurin, denselben Operateur durchgeführt werden. Dies unter der Voraussetzung, dass die restlichen leistungsspezifischen Anforderungen erfüllt werden (exkl. Facharzt/Fachärztin und Notfallstation).