



KANTON AARGAU

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

6. Dezember 2023

SPITALLISTE 2025 AKUTSOMATIK DES KANTONS AARGAU

Anhang 4

Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG 2023.1

zuhanden der Bewerber für die Spitalliste 2025 Akutsomatik zu den Leistungsaufträgen gemäss Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik AG Version 2023.1

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau	5
2.1 Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe	5
2.2 Aufbau der Anforderungen und Erläuterungen, rechtliche Grundlagen	5
3. Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik AG für die Spitalliste des Kantons Aargau	6
3.1 Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal	6
3.1.1 Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte	6
3.1.2 Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall	8
3.2 Anforderungen für die Notfallstation	8
3.3 Anforderungen an die Intensivstationen	11
3.4 BP / BPE Basispaket / Basispaket elektiv (Version 2017.1, angepasst)	13
3.5 Facharzt-Qualifikation (Version 2018.1, angepasst)	15
3.6 Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen	15
3.6.1 DER2 Wundambulatorium (Version 2023.1)	15
3.6.2 HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2023.1)	15
3.6.3 NEU3 Zerebrovaskuläre Störungen (Version 2015.1)	16
3.6.4 NEU4 Epileptologie (Version 2023.1)	16
3.6.5 NEU4.1 Epileptologie: Komplex-Behandlungen (Version 2023.1)	16
3.6.6 END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (Version 2023.1)	16
3.6.7 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2023.1)	16
3.6.8 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (Version 2023.1)	16
3.6.9 ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Indikationskonferenz (Version 2023.1, angepasst)	16
3.6.10 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2023.1)	17
3.6.11 GEF3 Gefässchirurgie Carotis sowie ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe (Version 2023.1)	17
3.6.12 HER Herzchirurgie (Version 2015.1, angepasst)	17
3.6.13 KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2023.1)	18
3.6.14 NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)	18
3.6.15 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2023.1)	18
3.6.16 PNE1 Pneumologie (Version 2023.1)	18
3.6.17 PNE1.3 Cystische Fibrose (CF) (Version 2023.1)	18
3.6.18 PNE2 Polysomnographie (V2.0)	19
3.6.19 BEW3 Handchirurgie (V2.0, angepasst)	19
3.6.20 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2023.1)	19
3.6.21 BEW8.1 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie, BEW8.1.1 Komplexe Wirbelsäulenchirurgie und BEW10 Plexuschirurgie (Version 2023.1)	19
Der Betrieb eines intraoperativen Neuromonitorings in Zusammenarbeit mit der Neurologie und die Teilnahme am nationalen Implantatregister SIRIS Spine sind erforderlich	19
3.6.22 BEW11 Replantationen (Version 2023.1)	19
3.6.23 GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma (Version 2023.1)	19
3.6.24 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2023.1)	20
3.6.25 GEBH Geburtshäuser und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1)	20
3.6.26 GEBS Hebammengeleitete Geburtshilfe am/im Spital und NEOG Grundversorgung Neugeborene (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1)	22

3.6.27 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1).....	25
3.6.28 NEO1 bis NEO1.1.1.1 Neonatologie (Version 2017.1).....	25
3.6.29 NUK1 Nuklearmedizin (V2.0, angepasst).....	25
3.6.30 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2023.1).....	25
3.6.31 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2023.1).....	26
3.6.32 KAA, KAB, KAC, KAD Kinderanästhesie (Version 2023.1).....	26
3.6.33 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2023.1, angepasst).....	28
3.6.34 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2018.1, angepasst).....	30
3.7 Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0, angepasst).....	31
3.8 Tumorboard (V2.0).....	32
3.9 Mindestfallzahlen.....	32
3.10 Leistungsauftragscontrolling	33

1. Einleitung

Die Spitallisten 2012 und 2015 Akutsomatik des Kantons Aargau basierten bis anhin auf der Spitalplanungsleistungsgruppen-Systematik (SPLG-Systematik) und den dazugehörigen „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen“ des Kantons Zürich. Diese „Zürcher Anforderungen“ übernahm der Kanton Aargau nahezu. Ebenso verwendete der Kanton Aargau die gleiche Software wie der Kanton Zürich zum Gruppieren der Leistungen entsprechend der Zürcher SPLG-Systematik. Damit sollte zur gesetzlich verlangten Vergleichbarkeit der Spitalplanungen unter den Kantonen beigetragen werden.

Auf Grund der Erfahrungen der letzten Jahre zeigte sich, dass die Anforderungen an die Leistungsgruppen jedoch an die Situation im Kanton Aargau differenzierter angepasst werden müssen (insbesondere bei der geforderten Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzte, den formalen Kriterien für Kooperationen und den Anforderungen an die Notfallstationen). Dies umso mehr, als der Kanton Aargau nur eine beschränkte Einflussmöglichkeit auf die Weiterentwicklung der Zürcher Anforderungen hat.

Die gleiche Erfahrung machte auch der Kanton Bern. Deshalb erteilte der Regierungsrat des Kantons Bern einer Arbeitsgruppe (ASLA) unter Federführung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) den Auftrag, die Zürcher Anforderungen mit Blick auf die bei den Berner Listenspitälern zu Problemen führenden Anforderungen zu überprüfen und gleichwertige Alternativen vorzuschlagen. Diese alternativen Lösungen müssen weiterhin die bisherige Qualität gewährleisten. Der Auftrag der ASLA bestand letztlich darin, die Zürcher Anforderungen an Berner Verhältnisse anzupassen respektive Berner Anforderungen als Grundlage für die Spitalliste des Kantons Bern zu entwickeln. Weitere Vorgaben für das Anpassungsverfahren waren Transparenz, Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und Ergebnisoffenheit.

Die Berner Anpassungen der SPLG entsprechen gemäss Einschätzung des Departements Gesundheit und Soziales besser den Bedürfnissen des Kantons Aargau an eine Spitalliste im Bereich der Akutsomatik. Deshalb wurde für die Spitalliste 2020 Akutsomatik des Kantons Aargau grundsätzlich die SPLG Akutsomatik des Kantons Bern verwendet. Die Anforderungen wurden punktuell an die Gegebenheit im Kanton Aargau angepasst.

Die Zürcher Anforderungen werden jedoch nicht grundsätzlich bestritten und sollen als solche ausschliesslich punktuell verändert werden. Um die Vergleichbarkeit der Planungen unter den Kantonen nicht zu gefährden, werden die Anforderungen des Kantons Zürich, die gemäss der ASLA unverändert bleiben sollen, auch unverändert übernommen. Die ICD- und CHOP-Kataloge (inklusive der entsprechenden Groupersoftware-Versionen) des Kantons Zürich sind von den Änderungen ausgeschlossen. Sie sind weiterhin für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Bern wie auch des Kantons Aargau verbindlich.

Für die Zürcher Spitalplanung Akutsomatik 2023 hat der Kanton Zürich seine SPLG-Systematik überarbeitet und angepasst (SPLG-Systematik Version 2023.1). Weitere Kantone haben diese neue SPLG-Systematik übernommen oder werden sie in absehbarer Zeit übernehmen.

Der Kanton Aargau übernimmt diese Anpassungen ebenfalls, jedoch vorderhand primär die redaktionellen und technischen Anpassungen. Der technische Nachvollzug ist unabdingbar, einerseits um weiterhin die Vergleichbarkeit der erbrachten medizinischen Leistungen unter den Kantonen sicherstellen und andererseits um weiterhin das jährliche Leistungsauftragscontrolling (vgl. Ziffer 3.10 nachfolgend) durchführen zu können.

Per 1. Januar 2025 nachvollzogen werden deshalb insbesondere die in der Zürcher SPLG-Systematik per 2023 neu geschaffenen Leistungsgruppen (z.B. in den Bereichen Kardiologie, Urologie und Bewegungsapparat chirurgisch).

Das vorliegende Dokument dient der Beschreibung und Erläuterung der Anforderungen an die Aargauer Listenspitäler im Bereich Akutsomatik, welche für die Spitalliste 2025 Akutsomatik gelten. Nur Spitäler, welche diese Anforderungen erfüllen, können einen Leistungsauftrag des Kantons Aargau erhalten. Das Dokument bildet zusammen mit der in den Bewerbungsunterlagen enthaltenen Tabelle der leistungsspezifischen Anforderungen [Übersicht Leistungsgruppen und Anforderungen (SPLG-Systematik Akutsomatik AG; Version 2023.1)] die SPLG-Systematik Akutsomatik des Kantons Aargau.

2. Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau

2.1 Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen, Zielgruppe

Ziel und Zweck der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG ist es, die gesetzlichen und planerischen Grundlagen, welche der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau zugrunde liegen, zuhanden der Bewerber für die Spitalliste Akutsomatik 2025 des Kantons Aargau zu beschreiben und zu erläutern. Zusammen mit den generellen Anforderungen an die Listenspitäler, den leistungsspezifischen Anforderungen der SPLG-Systematik AG für den Bereich Akutsomatik und den für die Zuordnung der Leistungen massgebenden aktuellen ICD- und CHOP-Kataloge des Kantons Zürich (inklusive der aktuellen Groupersoftware-Versionen)¹ bilden sie die Grundlage für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau.

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 erläutert die Anforderungen an die Leistungsaufträge der SPLG-Systematik Akutsomatik AG (Ziff. 3.1 bis 3.8) und äussert sich zu den Mindestfallzahlen (Ziffer 3.9) sowie zum Leistungsauftragscontrolling (Ziffer 3.10). Es beruht einerseits auf den Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik für die Spitalliste des Kantons Bern, andererseits auf den „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2023.1)“ der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

Die generellen Anforderungen für einen oder mehrere Leistungsaufträge auf der Spitalliste 2025 Akutsomatik des Kantons Aargau sind im Dokument "Spitallisten 2025 – Generelle Anforderungen" vom 6. Dezember 2023 festgehalten. Rechtliche Grundlage der Anforderungen und Erläuterungen SPLG Akutsomatik AG bilden das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), die entsprechende Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und die kantonale Spitalversorgungsgesetzgebung des Kantons Aargau [Spitalgesetz (SpiG), Spitalverordnung (SpiV) und die Verordnung über die Spitalliste (SpilIV)].

¹ Vgl. „Definition der Leistungsgruppen und deren Anforderungen“ des Kantons ZH <https://www.zh.ch/de/gesundheit/spitaeler-kliniken/spitalplanung.html#-795361967>.

3. Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik AG für die Spitalliste des Kantons Aargau

Nachfolgend werden in den Ziffern 3.1 bis 3.6.34 Anforderungen zu einzelnen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG erläutert. Die Erläuterungen zur SPLG-Systematik Akutsomatik AG für die Spitalliste des Kantons Aargau basieren grundsätzlich auf den „Weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2023.1)“ der Gesundheitsdirektion Zürich.

3.1 Anforderungen zur Verfügbarkeit von Fachpersonal

3.1.1 Verfügbarkeit der notwendigen Fachärztinnen und Fachärzte

Je nach Leistungsgruppe sind bestimmte Facharztstitel gefordert. Es muss mindestens eine oder einer der genannten Fachärztinnen oder Fachärzte verfügbar sein. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und/oder Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die Patientinnen und Patienten von diesen Fachärztinnen oder Fachärzten behandelt werden. Es liegt aber in der Verantwortung des Spitals beziehungsweise der Fachärztinnen oder Fachärzte, die Behandlung zu delegieren.

Die Listenspitäler und Listengeburtshäuser regeln zwingend **vertraglich** (zum Beispiel in Form eines Arbeits-, Konsiliararzt-, Belegarztvertrages) folgende Punkte mit der Fachärztin oder dem Facharzt:

- Facharzt-Titel (eidg. Diplom), allenfalls der entsprechende ausländische äquivalente Titel
- Vorhandensein Berufsausübungsbewilligung für den Kanton Aargau (BAB)
- 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 AG für die entsprechende Leistungsgruppe vorgesehenen Level der Facharztverfügbarkeit (siehe auch nachfolgende Tabelle 1), 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 Fachärztin oder des Facharztes** gefordert. Diese muss rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr gewährleistet sein. Nachfolgend sind die für die Spitalliste Akutsomatik des Kantons Aargau definierten zeitlichen Verfügbarkeiten der Fachärztinnen und Fachärzte aufgeführt. Die Verfügbarkeit muss auch bei Belegärzten jederzeit geregelt und sichergestellt sein.

Tabelle 1: Levels für die Facharzt-Verfügbarkeit in der Akutsomatik

Bezeichnung des Levels	Kurzform	Beschreibung
Level 1	FA Erreichbarkeit ≤ 60 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt ist innert 60 Minuten erreichbar oder die Patientin oder der Patient wird an das nächste Spital mit der entsprechenden Leistungsgruppe verlegt.

Bezeichnung des Levels	Kurzform	Beschreibung
Level 2	FA Intervention ≤ 60 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt der jeweiligen Leistungsgruppe ist jederzeit erreichbar. Die diagnostische oder therapeutische Intervention ist bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 60 Minuten durch die Fachärztin oder den Facharzt erbringbar oder ist anderweitig, basierend auf Konzepten oder Verträgen, sichergestellt. In den Dokumenten muss definiert werden, wie die Abwesenheit der Fachärztin oder des Facharztes 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	Die Fachärztin oder der Facharzt 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 eine Fachärztin oder ein Facharzt 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 der Ärztin oder des Arztes für Geburtshilfe mit Facharzttitel 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 der Fachärztin oder des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes dürfen maximal 60 Minuten vergehen. ²
Level 4.2 (ab GEB1.1)	FA-Intervention <10 Minuten resp. <15 Minuten	Die Fachärztin oder der Facharzt Geburtshilfe ist innerhalb von 10 Minuten im Spital beziehungsweise die Fachärztin oder der Facharzt Neonatologie oder die Fachärztin oder der Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie (Anwesenheit im Spital innerhalb von 15 Minuten gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland ³).

² Vgl. weiter "Guidelines sectio caesarea" (https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Guideline_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>).

³ https://www.neonet.ch/download_file/view/651/224

3.1.2 Verfügbarkeit ärztliches Personal bei einem Notfall

Das Notfallkonzept des Listenspitals gewährleistet in der Regel eine ärztliche Interventionsmöglichkeit innerhalb von höchstens 15 Minuten.

Um in den verschiedenen Organisationseinheiten den einheitlichen Vollzug zu gewährleisten, ist dieser Artikel wie folgt zu verstehen:

- Bei **Spitälern mit Schwerpunkt Akutsomatik** muss die ärztliche Intervention vor Ort bei der Patientin oder beim Patienten erfolgen können. In der Regel maximal 15 Minuten hat ärztliches Personal auf der Station bei der Patientin oder beim Patienten vor Ort zu sein. Damit ist nicht eine bestimmte Fachärztin oder ein bestimmter Facharzt gemeint, vielmehr kann es sich auch um eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt handeln.
- Das Notfallkonzept der **Geburtshäuser**
 - regelt das Notfallmanagement vom Eintritt in das Geburtshaus für die Geburt bis zum Eintritt in ein Spital,
 - Beinhaltet die Verlegungsprozesse für Notfälle von Mutter und Kind (**Beizug des Rettungsdienstes [RD] sichergestellt**),
 - Bedingt eine Kooperation mit einem nahegelegenen Listenspital, die eine rasche Verlegung im Notfall gewährleistet.

Mit dem Prozess:

- Übergabe der Patientin vom Geburtshaus an den RD (GebH → RD),
- Transport und Übergabe der Patientin vom RD an die Ärztin oder den Arzt (RD → Ärztin/Arzt)

muss die ärztliche Intervention in der Regel maximal 15 Minuten sichergestellt sein.

Obiges ist wie folgt zu regeln:

- Der Vorgehensablauf bei einem Notfall ab Notfall-Eintritt bis zum Beizug des RD und Übergabe der Patientin an den RD sind in **einem Kooperationskonzept⁴** geregelt (Beschrieb und Visualisierung des Prozessablaufs).
- Der Rettungsablauf ab erfolgtem Notruf bis erfolgte Übernahme der Patientin durch den RD ist in einem **Kooperationsvertrag⁵ GEBH/RD** geregelt.

3.2 Anforderungen für die Notfallstation

Für Spitalstandorte mit Basispaket (BP) und damit Notfallpatientinnen und Notfallpatienten wird das Führen einer adäquaten Notfallstation vorgeschrieben. In Abhängigkeit der Dringlichkeit der Notfallbehandlungen pro Leistungsgruppe, werden die Anforderungen an Notfallstationen in Level 1 bis 3 unterschieden. Für die Geburtshilfe sind im Level 4 zusätzlich spezifische Notfallanforderungen vorgeschrieben. Für Notfallstationen (NFS) mit NFS Level 1 wird zudem eine Delegationsmöglichkeit vorgesehen (siehe dazu nachfolgend unter "Notfallstation Level 1" sowie Tabelle 2).

Notfallstationen Level 1

Bei allen Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG mit NFS Level 1 können sich die Listenspitäler mittels Kooperationsvertrag zeitlich vom Führen einer (eigenen) adäquaten NFS am Standort der Leistungserbringung befreien. Damit besteht für diese Listenspitäler die Möglichkeit, den Betrieb der NFS Level 1 vor Ort zeitlich einzuschränken, das heisst die NFS Level 1 muss nicht ganzjährig durchgehend während 24 Stunden an 7 Tage in der Woche geöffnet sein.

Der Entscheid der Verlegung einer Patientin oder eines Patienten liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.

⁴ Vgl. 3.7 Buchstabe b) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationskonzepten.

⁵ Vgl. 3.7 Buchstabe a) zur formellen Ausgestaltung von Kooperationsverträgen.

Notfallstationen Level 2 oder Level 3

Bei Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG mit NFS Level 2 oder NFS Level 3 wird das Führen einer adäquaten (eigenen) NFS am Standort der Leistungserbringung zwingend vorgeschrieben. Diese NFS muss dann auch für die zugeteilten Leistungsgruppen mit NFS Level 1 geführt werden.

Notfallstationen Level 4 Geburtshilfe

Für Leistungsgruppen der SPLG-Systematik Akutsomatik AG mit NFS Level 4 (Geburtshilfe) wird das Führen einer adäquaten eigenen NFS am Standort der Leistungserbringung zwingend vorgeschrieben.

Tabelle 2: Levels für die Notfallstation (NFS) in der Akutsomatik

Anforderungen	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 Geburtshilfe
Ärztliche Versorgung Notfall	8-17 Uhr Mo - Fr: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung (multifunktionaler Spitaleinsatz).	8-17 Uhr Mo - Fr: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).	8-23 Uhr Mo - Fr: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig).	24 Stunden Mo - So: Eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Gynäkologie und Geburtshilfe steht der Geburtshilfe in 30 Minuten ⁶ vor Ort zur Verfügung. Bei Schwangerschaften mit niedrigem Risikoprofil dürfen bei Auftreten einer akuten fetalen Gefährdung von der Alarmierung der Ärztin oder des Arztes für Geburtshilfe mit Facharzttitel bis zur Entbindung des Kindes 30 Minuten nicht überschritten werden. ⁷

⁶ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

⁷ Vgl. Fussnote 2

Anforderungen	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 Geburtshilfe
Ärztliche Versorgung Notfall (Fortsetzung)	<p>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen:</p> <p>Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>17-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen:</p> <p>Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Medizin oder Chirurgie stehen dem Notfall zur Verfügung.</p>	<p>23-8 Uhr Mo-Fr und rund um die Uhr an Wochenenden und Feiertagen:</p> <p>Assistenzärztinnen und Assistenzärzte stehen dem Notfall in erster Priorität zur Verfügung und sind bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb von 5 Minuten auf der Notfallstation. Davon ist mindestens eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt Medizin in der 2. Hälfte der Facharztausbildung. Zudem steht dem Notfall bei medizinischer Notwendigkeit eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Chirurgie innerhalb von 15 Minuten (Einsätze im OP nur für Notfalloperationen zulässig) und eine Ärztin oder ein Arzt mit Facharztqualifikation Medizin innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung.</p>	

Anforderungen	NFS Level 1	NFS Level 2	NFS Level 3	NFS Level 4 Geburtshilfe
Am Spital zwingend notwendige Fachdisziplinen	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit in der Nacht (17 – 8 Uhr) und am Wochenende und Feiertagen: Innere Medizin (in 30 Minuten ⁸) Chirurgie (in 30 Minuten ⁸) Anästhesie (in 30 Minuten ⁸)	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: Anästhesie (im Haus) Intensivmedizin (im Haus)	Beizug von Fachärztinnen und Fachärzten bei medizinischer Notwendigkeit: • Anästhesie: Zwischen Ruf der Fachärztin oder des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes dürfen bei einer Notfallsectio maximal 30 Minuten vergehen ⁸ (erforderlich ist ein Konzept ⁹). • 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.

Tabelle 3: Levels für die Intensivstationen in der Akutsomatik

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Level 3 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
Basis-Richtlinien	Die Anforderungen für eine Überwachungsstation (Intensivstation Level 1) sind untenstehend definiert.	Die Richtlinien vom 14. September 2022 für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI ¹⁰ , inklusive Anhang I Qualitätskriterien ¹¹ , sind einzuhalten. Die Intensivstation muss von der SGI zertifiziert sein.	

⁸ Eine stete Präsenz im Haus ist nicht notwendig, d.h. Verfügbarkeit kann im Pikettdienst sichergestellt werden.

⁹ Es muss in einem Konzept dokumentiert werden, wie die maximal 30 Minuten zwischen Ruf der Fachärztin / des Facharztes bis zur Entbindung des Kindes im Fall einer Notfallsectio eingehalten werden. Die Prüfung kann entlang des Rapports von ausgewählten Einzelfällen erfolgen. Das nicht-ärztliche Anästhesiepersonal ist mit dieser Regelung nicht angesprochen. Dieses muss gemäss Dienstplan verfügbar sein.

¹⁰ https://www.swiss-icu.ch/files/daten/Dokumente/01_SGI_ZK-IS_Zertifizierung_Richtlinien_GV_2022_V3_DT.pdf

¹¹ 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

Anforderungen	Level 1 Überwachungsstation	Level 2 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Inten- sivmedizin SGI	Level 3 Intensivstation (IS) laut Schweizerische Gesellschaft für Intensiv- medizin SGI
Zusatz- bedin- gungen		Eine Fachärztin oder ein Facharzt als Hintergrund- dienst (telefonisch immer erreichbar, innert zwei Stunden vor Ort).	Eine Fachärztin oder ein Facharzt ist immer vor Ort.

Anforderungen für Intensivstation (IS) Level 1 Überwachungsstation

Eine Überwachungsstation (gemäss IS Level 1) im Haus, das heisst 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.

Grundlagen:

1. Bei Bedarf muss ein 24h/7d Betrieb im Haus (am Standort) möglich sein.
2. Das Spital hat für die unverzügliche Verlegung von Patientinnen und Patienten Kooperationsverträge¹² mit umliegenden Spitälern, die über eine IS Level 2 gemäss Aargauer Spitalliste verfügen.
3. Das Spital behandelt nur ASA I-II beziehungsweise stabile ASA III Patientinnen und Patienten (keine Risiko-Patientinnen und -Patienten)¹³.
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. Die Anästhesistin oder der Anästhesist ist innert 30 Minuten (im Pikettdienst möglich) im Haus verfügbar.
6. Die ärztliche Leiterin oder der ärztliche Leiter 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 [nicht abschliessende Aufzählung]) jederzeit durchgeführt werden können.

¹² Ausgestaltung Kooperationsverträge: vgl. 3.7 Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0, angepasst)

¹³ 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

Ein für die Überwachungsstation zuständige Kaderärztin oder ein zuständiger Kaderarzt mit einem eidgenössischen Facharzt Intensivmedizin oder Anästhesiologie / Innere Medizin / Chirurgie / 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.

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 im Haus (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 im Haus (am Standort) vorhanden.
12. EKG mit 12-Ableitung, ein Defibrillator/externer Schrittmacher, Infusomaten und Perfusoren, Intubationsbesteck, Respirator sind im Haus (am Standort) vorhanden.
13. Monitoring (gemäss SGAR Standards) im Haus (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 im Haus (am Standort).
16. Mindestens zwei mobile Vakuuman schlüsse im Haus (am Standort).
17. Die Überwachungsstation ist eine in sich geschlossene Einheit.

3.4 BP / BPE Basispaket / Basispaket elektiv (Version 2017.1, angepasst)

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 Leistungsbe reichen. Diese Leistungen werden im Spitalalltag in der Regel von den Fachärztinnen und Fachärz ten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärztinnen und Fachärzten er bracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Das BP ist zudem eine Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen An teil 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 Not fallpatientinnen und Notfallpatienten mit unklaren Beschwerden eine umfassende Differentialdiag nose und gegebenenfalls eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden kann. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. Spezifikationen und

weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie.

Das BPE ist ein Teil des BP und umfasst 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 zum Beispiel Internistin/Internist, Anästhesistin/Anästhesist rund um die Uhr verfügbar. Beim BPE gelten die Anforderungen nur, wenn Patientinnen oder Patienten im Spital in Behandlung sind. Spezifikationen und weitere Anforderungen gemäss nachfolgender Tabelle: Labor, Kooperation mit Spital mit Basispaket und Infektiologie.

Tabelle 4: Anforderungen Basispaket (BP) / Basispaket elektiv (BPE)

	Basispaket (BP)	Basispaket elektiv (BPE)
Fachärztinnen und Fachärzte sowie Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Fachärztin oder Facharzt Innere Medizin Chirurgische Klinik geleitet durch Fachärztin oder Facharzt Chirurgie Anästhesie geleitet durch Fachärztin oder Facharzt Anästhesie	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. CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt Radiologie (mindestens 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 ¹⁴	-

¹⁴ 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.

3.5 Facharzt-Qualifikation (Version 2018.1, angepasst)

Im "Anhang zur Aargauer Spitalliste Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen» wird in der Spalte «FMH Facharzt / Schwerpunkte" die Qualifikation (FMH oder ausländischer, von der FMH/SIWF [Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung] als äquivalent anerkannter Titel) der entsprechenden Fachärztin oder des entsprechenden Facharztes am Spital definiert. Beispielsweise sind dies in den internistischen Gebieten die Internisten und Spezialisten je nach medizinischer Notwendigkeit. Grundsätzlich sollten die 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 Facharzt-titel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin:

Tabelle 5: Gegenüberstellung der Facharzt-titel Erwachsenenmedizin und Kindermedizin

Erwachsenenmedizin	Kindermedizin
Allgemeine Innere Medizin	Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie)
Chirurgie	Kinderchirurgie
Neurologie	Schwerpunkt Neuropädiatrie
Endokrinologie	Schwerpunkt pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie
Gastroenterologie	Schwerpunkt pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie
Hämatologie, medizinische 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

3.6 Weiterführende Erläuterungen zu den Anforderungen

3.6.1 DER2 Wundambulatorium (Version 2023.1)

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 (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflege) mit spezifischer Erfahrung in Wundpflege.

3.6.2 HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie (Version 2023.1)

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 (Version 2015.1)

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

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

3.6.4 NEU4 Epileptologie (Version 2023.1)

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. Die Verfügbarkeit von fachlich geschultem Personal (Fachmann/Fachfrau für neurophysiologische Diagnostik mit Fachausweis) muss bei Bedarf gewährleistet sein. 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 (Version 2023.1)

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

3.6.6 END1 Ernährungs- und Diabetesberatung (Version 2023.1)

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

3.6.7 VIS1.4 Bariatrische Chirurgie (Version 2023.1)

SMOB-Kriterien¹⁵: Für die Behandlung bariatrischer Patientinnen und Patienten wird die Erfüllung der SMOB-Kriterien beziehungsweise die Zertifizierung und Anerkennung gemäss SMOB Primärzentrum (VIS1.4) vorausgesetzt.

3.6.8 HAE4 Autologe Blutstammzelltransplantationen (Version 2023.1)

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

3.6.9 ANG/GEF/RAD Interdisziplinäre Indikationskonferenz (Version 2023.1, angepasst)

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

Verknüpfungen:

¹⁵ Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB). <https://www.smob.ch/de/richtlinien/medizinisch>

- GEF1 Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell):
Die Anforderung der Verknüpfung mit ANG1 „nur inhouse“ kann auch über die interdisziplinäre Indikationskonferenz mit einem zweiten Aargauer Listenspital erfüllt werden.
- ANG1 Interventionen periphere Gefässe (arteriell):
Die Anforderung der Verknüpfung mit GEF1 „inhouse, mit Kooperationsvertrag oder Kooperationskonzept“ kann auch über die interdisziplinäre Indikationskonferenz mit einem zweiten Aargauer Listenspital erfüllt werden.

3.6.10 GEFA Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe (Version 2023.1)

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

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 von 30 Minuten zu gewährleisten.

Indikation: 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.

Qualitätscontrolling: Die Daten aller Gefässeingriffe (Intervention und Chirurgie) bei Erwachsenen sind im Swiss Vasc Register zu erfassen und die Kenndaten zur Qualitätssicherung auszuweisen.

3.6.11 GEF3 Gefässchirurgie Carotis sowie ANG3 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe (Version 2023.1)

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

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 von einer Stunde zu gewährleisten.

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

Qualitätscontrolling: 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.

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

3.6.12 HER Herzchirurgie (Version 2015.1, angepasst)

Die Aargauer 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 Departement Gesundheit und Soziales zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring der SGHC umfasst folgende Punkte:

- Erfassung aller Patientinnen und Patienten der Herzchirurgie im nationalen Register für Herzchirurgie (seit 2013 obligatorisch)
- Definition und Ausweis von Kenndaten (Herbst 2014)
- Qualitätskontrolle der Datenerfassung durch ein Monitoring (Audit) von 5 % der erfassten Fälle pro Jahr ab 2015
- Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten ab 2015 („Green & Red Flag-System“)

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

Diese Kenndaten und Ergebnisse des Monitorings sind dem Departement Gesundheit und Soziales auf Nachfrage durch das jeweilige Listenspital offenzulegen. Allfällige Massnahmen erfolgen grundsätzlich analog dem «Green & Red Flag-System» der Fachgesellschaft.

3.6.13 KAR1 Kardiologie und Devices und KAR2 Elektrophysiologie und CRT (Version 2023.1)

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

3.6.14 NEP1 Nephrologie (Version 2017.1)

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

3.6.15 URO1.1.1 Radikale Prostatektomie (Version 2023.1)

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. Es ist ein Indikationscontrolling durchzuführen.

Qualitätscontrolling: Die Erfassung der Daten aller Patienten mit Prostatakarzinom und das Ausweisen von Kenndaten zur Qualitätssicherung sind vorgeschrieben.

3.6.16 PNE1 Pneumologie (Version 2023.1)

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

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

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 (V2.0)

Schlaflabor Zertifizierung durch SGSSC¹⁶: Für Polysomnographien ist eine Zertifizierung des Schlaflabors durch die SGSSC notwendig.

3.6.19 BEW3 Handchirurgie (V2.0, angepasst)

Listenspitäler mit einer Handchirurgie und Replantationen müssen ein handchirurgisches Spezialambulatorium, in dem alle akuten und chronischen Erkrankungen der Hand behandelt sowie postoperativ nachbetreut werden entweder selber betreiben oder sicherstellen, dass diese Nachbetreuung aufgrund einer ärztlichen Verordnung durch eine gesicherte spezialisierte Nachbehandlung in einer Institution mit entsprechender Erfahrung erfolgt. Begleitend muss eine spezialisierte Handtherapie zur Verfügung stehen.

Erfolgt die Leistungserbringung in einer (externen) ambulanten Institution, ist sie mit einem Kooperationsvertrag¹⁷ sicherzustellen. Das Listenspital bleibt in jedem Fall für die fachlich sachgerechte Ausführung des Leistungsauftrags verantwortlich.

3.6.20 BEW7.1 Erstprothesen Hüfte, BEW7.1.1 Wechseloperationen Hüftprothesen, BEW7.2 Erstprothesen Knie, BEW7.2.1 Wechseloperationen Knieprothesen (Version 2023.1)

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

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 (Version 2023.1)

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 (Version 2023.1)

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

3.6.23 GYN2 Maligne Neoplasien der Mamma (Version 2023.1)

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.

¹⁶ Schweizerische Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie. <http://swiss-sleep.ch/>

¹⁷ Vgl. 3.7 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

3.6.24 PLC1 Eingriffe in Zusammenhang mit Transsexualität (Version 2023.1)

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 (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1)

Anforderungen an ein Geburtshaus

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

Strukturelle Anforderungen:

- Die Versorgung der Frauen wird während 365 Tagen über 24 Stunden von den diensthabenden Hebammen garantiert. Die personelle Sicherstellung erfolgt durch 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.
 - 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/Pflegefachmann) im Geburtshaus anwesend.
 - Bei jeder Geburt sind gegen Ende der Austreibungsphase zwei Personen anwesend: Entweder eine Pflegefachfrau/Pflegefachmann und eine Hebamme oder zwei Hebammen.
- Kooperationsvertrag¹⁸ mit Geburtsklinik und Neonatologie-Klinik:
 - Regelung der Zusammenarbeit in Notfallsituationen (Notfallkonzept¹⁹)
 - 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)
- Weiterbildungskurse für Reanimation des Neugeborenen (mindestens alle zwei Jahre)
- 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.
- Handbuch zur Qualitätssicherung auf aktuellem Stand
- Es wird eine Datenbank über die Geburtsvorgänge und ein allfälliges Wochenbett zur Qualitätssicherung geführt und regelmässig ausgewertet.

¹⁸ Vgl. 3.7 Buchstabe a) zur formalen Ausgestaltung des Kooperationsvertrages.

¹⁹ Vgl. 3.1.2 zur Verfügbarkeit des ärztlichen Personals bei einem Notfall.

- 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 eine Geburt im Geburtshaus:

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

- Durchführung von voraussichtlich komplikationslosen Spontangeburt. Die verantwortliche Hebamme entscheidet über Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Geburtshaus. Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik [Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen (ICD- und CHOP-Codes)] mit "GEBH" beziehungsweise "NEOG" gekennzeichnet²⁰.
- 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 einer Fachärztin oder einem Facharzt Gynäkologie / Geburtshilfe wird empfohlen und bei Auffälligkeiten verlangt. Ein Verzicht nach Aufklärung und Beratung wird von der Hebamme dokumentiert.
- Geburten und Betreuung der Neugeborenen ab der 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 übermittelt werden:

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

²⁰ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

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
- 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. Beckenwendlage, 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 (ab 36 0/7 SSW; Version 2023.1)

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 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 inner 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 (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)
- 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 HGGh

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 (bzw. der HGGh im Spital). Die zulässigen Aufnahmediagnosen sind im Anhang SPLG-Systematik [Zuteilung der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen (ICD- und CHOP-Codes)] mit "GEBS" beziehungsweise "NEOG" gekennzeichnet²¹.
- Durchführung von Einling-Entbindungen
 - Mindestens eine Kontrolle vor der 36 0/7 SSW
 - Mindestens eine Voruntersuchung und Erhebung der Anamnese bei einer Hebamme des Geburtshauses oder des Spitals

²¹ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

- 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.
- 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 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.

Einschlusskriterien nach vorheriger Abklärung (relative Einschlusskriterien)

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

- Übertragung (ab 42 0/7 SSW)
- Beckenprobleme (z.B. St. n. Beckenfraktur, Beckenbodenverletzungen, inkompletter Beckenring)
- Erkrankungen des Blutes und Blut bildender Organe (inkl. Gerinnungsstörungen)
- Chronische Entzündungen des Magen-Darm-Bereichs (z.B. M. Crohn, Colitis ulcerosa)
- Autoimmunerkrankungen oder genetische Erkrankungen
- Angeborene Herzfehler, Herzerkrankungen, St. n. Herzoperationen
- Neurologische Erkrankungen
- Diätetisch eingestellter Diabetes bzw. Gestationsdiabetes
- 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)

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.

Ausschlusskriterien für eine HGGh

- Voraussichtliche Geburt vor SSW <36 0/7
- Lageanomalien (beispielsweise Beckenendlage, wenn voraussehbar)
- Placenta praevia, Verdacht auf Placenta increta/percreta (sofern vor Geburt feststellbar)
- Schwere Nebenerkrankungen (beispielsweise Zustand nach Transplantation)
- Abusus von Alkohol, Opiaten, Kokain
- Mehrlingsgeburten

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

3.6.27 GEB1 bis GEB1.1.1 Geburtshilfe (Version 2017.1)

Die im Kanton Aargau gelegenen Listenspitäler mit einem Leistungsauftrag für Geburtshilfe ermöglichen den Patientinnen eine vertrauliche Geburt. Das Listenspital macht das Angebot einer vertraulichen Geburt in geeigneter Weise bekannt, insbesondere durch einen gut sichtbaren Hinweis auf seiner Webseite. Ebenfalls stellt es durch besondere Massnahmen sicher, dass das soziale Umfeld der Frau keine Kenntnis von der vertraulichen Geburt erhält.

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 (Version 2017.1)

Anforderungen gemäss Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland²²:

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

3.6.29 NUK1 Nuklearmedizin (V2.0, angepasst)

In der Nuklearmedizin sind die Strahlenschutzbestimmungen des BAG²³ zu erfüllen.

3.6.30 KINM Kindermedizin und KINC Kinderchirurgie (Version 2023.1)

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 Departement Gesundheit und Soziales möglich, wie zum Beispiel der Verzicht auf die Anwendung der Mindestfallzahlen aufgrund geringer Fallzahlen.

Kriterien für eine Kinderklinik:

- Ärztlicher Dienst mit Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie respektive Kinderchirurgie
- Pflegefachpersonen mit spezialisierter Ausbildung in Kinderkrankenpflege
- Kinderspezifische und kindergerechte Bettenstationen und Infrastruktur
- Unterbringungsmöglichkeiten für Bezugspersonen

²² Swiss Society of Neonatology „Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland“ www.neonet.ch .

²³ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/bewilligungen-aufsicht-im-strahlenschutz/informationen-fuer-medizinische-betriebe.html> .

- Spitalschule für altersspezifischen Unterricht ab siebtem Hospitalisationstag

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

Pädiatrie:

- 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 Kinderanästhesie²⁴ gewährleistet sein.
- Komplexe chirurgische Eingriffe können von der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit einem Erwachsenenhospital erfolgen. Voraussetzung ist, dass sowohl die anästhesiologischen Grundvoraussetzungen erfüllt sind als auch eine kindergerechte Betreuung gewährleistet ist.
- Zusätzlich wird ein entsprechender organspezifischer Leistungsauftrag vergeben.

3.6.31 KINB Basis-Kinderchirurgie (Version 2023.1)

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

Basis-Kinderchirurgie:

Einfache chirurgische Leistungen bei sonst gesunden Kindern können unter bestimmten Voraussetzungen an Spitälern der Erwachsenenmedizin stattfinden. Die in Frage kommenden chirurgischen Leistungen wie zum Beispiel unkomplizierte Appendektomien, chirurgische Behandlung einfacher Frakturen oder einfache Tonsillektomien sind im Dokument "Medizinische Leistungen pro Leistungsgruppe" auf der Webseite der GDK abschliessend ausgewiesen²⁵. 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 Kinderanästhesie²⁶ gewährleistet sein.
- Bei Kindern < 6 Jahren (bis zum 6. Geburtstag) ist Kinderanästhesie postoperativ während 24 Stunden täglich innerhalb 30 Minuten einsatzbereit.

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

Ein Leistungsauftrag Kinderanästhesie ist notwendig, um bei Kindern unter 12 Jahren kinderanästhesiologische Leistungen durchzuführen. Die Anforderungen werden gemäss der Entwicklung des

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

²⁵ Vgl. <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>.

²⁶ Vgl. Fussnote 24.

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		

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, spezialisiertes 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 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 Kinderanästhesie / Einteilung nach Kategorien

Notfallstation	Ja	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen	keine spezifischen Anforderungen
----------------	----	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Legende:

A: 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.

B: 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.

3.6.33 GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum (Version 2023.1, angepasst)

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 Departement Gesundheit und Soziales auch als Voraussetzung für einen Leistungsauftrag in Akutgeriatrie vorsieht.

Mindestanforderungen an ein Kompetenzzentrum Akutgeriatrie:

1. Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie oder Zusatzweiterbildung erforderlich).
2. 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).
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/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.
7. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik beziehungsweise Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Die Akutgeriatrie ist in einigen Spitälern noch im Aufbau begriffen. Dies ist derzeit mit kleinen Abteilungen verbunden, die zum Teil über weniger als zehn Betten respektive belegte Betten verfügen. Auch für kleine akutgeriatrische Kompetenzzentren ist es für die Patientin oder den Patienten wesentlich, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie die Behandlung durch das geriatrische Team fachärztlich leitet. Um diesem Anspruch zu genügen, ist eine Mindestpräsenz der Fachärztin oder des Facharztes Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie vor Ort notwendig.

Pro akutgeriatrisches Bett muss deshalb künftig eine „Fachärztin oder ein Facharzt Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie“ mindestens im zeitlichen Umfang von fünf Stellenprozenten verfügbar sein. Folglich müssen Spitälern mit 20 akutgeriatrischen Betten über einen oder mehrere Fachärztinnen oder Fachärzte Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie mit insgesamt mindestens 100 Stellenprozenten verfügen. Zur Gewährleistung einer ausreichenden geriatrischen Kompetenz vor Ort, soll die Fachärztin oder der Facharzt 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 Fachärztin oder der Facharzt an jedem Wochentag anwesend sein.

Im Kanton Aargau sind zum heutigen Zeitpunkt noch nicht genügend Fachärztinnen und Fachärzte Allgemeine Innere Medizin inklusive Schwerpunkt Geriatrie vorhanden. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, können die fachärztlichen Anforderungen für den Leistungsauftrag GER Akutgeriatrie Kompetenzzentrum auch mit dem Leistungsauftrag BP Basispaket erfüllt werden. Neben dem Facharztstitel „Allgemeine Innere Medizin, inklusive Schwerpunkt Geriatrie“ kann die Leistung deshalb auch von Fachärztinnen und Fachärzten Allgemeine Innere Medizin erbracht werden.

3.6.34 PAL Palliative Care Kompetenzzentrum (Version 2018.1, angepasst)

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

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

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

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

Anforderungen an ein Kompetenzzentrum Palliative Care:

1. Einhaltung der Richtlinien für die Zertifizierung mit dem Label "Qualität in Palliative Care" im Versorgungsbereich der spezialisierten stationären Palliative Care (SSPC) des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care" (<https://www.qualitepalliative.ch/de/zertifizierung/kriterien/spezialisierte-stationaere-palliative-care>).
2. Anforderungen an die Strukturqualität:
 - a) Interdisziplinäres Team (Ärztinnen und Ärzte/Pflegende/Therapeutinnen und Therapeuten etc.) mit Ausbildung und Erfahrung in Palliative Care.
 - b) 24-Stunden-Präsenz von Pflegenden mit Ausbildung in Palliative Care.
 - c) Eine organisatorische Einheit mit eigener Führungsstruktur und eigenen Räumlichkeiten für Patientinnen und Patienten, die Palliative Care benötigen, mit angemessener Atmosphäre und Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige.
Hinweis: Das Strukturmerkmal "organisatorische Einheit mit eigenen Räumlichkeiten" gilt nicht für allfällige palliative Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen: diese können auf einer Kinderstation stattfinden. Für die palliative Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind jedoch alle anderen Anforderungen und Aufgaben eines Kompetenzzentrums Palliative Care zu gewährleisten.

3. Personalanforderungen: Patientinnen und Patienten in Palliative-Care-Kompetenzzentren sollten ausschliesslich von in Palliative Care geschultem Personal betreut werden. Als Minimalanforderung gilt:
 - a) Die Verantwortung für das Kompetenzzentrum liegt bei einer Fachärztin oder einem Facharzt mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care oder entsprechender Berufserfahrung. Eine adäquate Vertretungsregelung ist gewährleistet.
 - b) Pflegefachpersonal mit Ausbildung für spezialisierte Palliative Care.
 - c) Weiteres Fachpersonal (Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapie, Sozialdienst, Seelsorge, Mal-, Gestaltungs- oder Musiktherapie, Ernährungsberatung) steht zur Verfügung.
4. Als Kompetenzzentrum für Palliative Care verfügt das Spital über:
 - a) Ein Betriebskonzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet werden. Das Konzept gibt Auskunft über das Leistungsangebot, die Zielpatientengruppen sowie die zur Erfüllung des Auftrags notwendige Infrastruktur und Prozesse.
 - b) Eine geregelte externe Vernetzung mit anderen Institutionen, ambulanten Leistungserbringern und Angehörigen.

3.7 Verknüpfung inhouse, mit Kooperationsvertrag oder mit Kooperationskonzept (V2.0, angepasst)

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 des Leistungsauftrags erbracht werden, sondern können – entsprechend den Angaben zu den Leistungsgruppen in der SPLG-Systematik Akutsomatik AG – entweder **mit einem Kooperationsvertrag mit einem anderen Listenspital oder mit einem Kooperationskonzept** sichergestellt werden. Ein Kooperationskonzept muss datiert sein und regelmässig aktualisiert werden.

Die Ausgestaltung in Form eines Kooperationsvertrags ist jedoch vorzuziehen.

Formale Ausgestaltung des Kooperationsvertrages und des Kooperationskonzepts

Nachfolgend werden die Kriterien zur formalen Ausgestaltung eines Kooperationsvertrags und eines Kooperationskonzepts aufgelistet, die das verlegende Spital berücksichtigen muss. Auf der Internetseite des Departements Gesundheit und Soziales sind zudem Vorlagen aufgeschaltet²⁷.

a. Kooperationsvertrag

Dieser umfasst folgende Punkte:

- die Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- die Vertrags- und Ansprechpartner sind benannt;
- Art, inhaltlicher Umfang und Vergütung der medizinischen Leistungen sind definiert;
- die zeitliche Verfügbarkeit ist definiert;

²⁷ Vgl. Vorlage „Kooperationsvertrag“ und Vorlage „Kooperationskonzept“ in den Unterlagen zum Bewerbungsverfahren.

- medizinische Dokumentation: Dem kooperierenden Listenspital sind die definierten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht ist bei Bedarf beziehungsweise auf Nachfrage zu gewährleisten.

b. Kooperationskonzept des Listenspitals

Dieses umfasst folgende Punkte:

- Beschreibung der für die Kooperation relevanten Behandlungsprozesse und Leistungsgruppen unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen den Partnern;
- Information der in Frage kommenden Kooperationspartner (Spitäler) über das Konzept;
- Definition von Art und Umfang der medizinischen Leistungen;
- Definition der zeitlichen Verfügbarkeit des Kooperationspartners oder der Kooperationspartner;
- Beschreibung der für den Kooperationspartner verfügbaren medizinischen Dokumentation: Dem Kooperationspartner sind die genannten Unterlagen rechtzeitig bereitzustellen. Eine gegenseitige, vollumfängliche Einsicht in die Patientendokumentation (Krankengeschichte) ist bei Bedarf beziehungsweise auf Nachfrage zu gewährleisten.

3.8 Tumorboard (V2.0)

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 organ-spezifischen Fachspezialistin oder dem jeweiligen Fachspezialisten zusammen und findet regelmässig statt. 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 Tumorpatientin und jeder Tumorpatient 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, sodass sie jederzeit überprüft werden können.

3.9 Mindestfallzahlen

Die Kantone dürfen bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität insbesondere bei den akutsomatischen Spitalleistungen auch Mindestfallzahlen berücksichtigen.

In der SPLG-Systematik Akutsomatik AG gibt es derzeit bei 26 Leistungsgruppen Anforderungen an eine Mindestfallzahl, die heute in der Regel zehn Fälle pro Standort und Jahr in der betroffenen Leistungsgruppe vorschreibt. 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 Aargau werden die Mindestfallzahlen nur auf der Ebene Spitalstandort angewendet; die im Zürcher-Entwurf SPLG-2018 vorgeschlagenen Mindestfallzahlen pro Operateurin respektive pro Operateur im Kanton Aargau werden im Moment nicht übernommen. Die Voraussetzungen für die Anwendung und Umsetzung von Mindestfallzahlen pro Operateurin respektive pro Operateur werden im Rahmen der Qualitätssicherung durch das Departement Gesundheit und Soziales geprüft.

Das Departement Gesundheit und Soziales überprüft die konsequente Erfüllung der angegebenen Mindestfallzahlen im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings (vgl. Ziffer 3.10) bei allen erteilten Leistungsaufträgen stetig. Der Regierungsrat kann den entsprechenden Leistungsauftrag mit einer Übergangsfrist von in der Regel sechs Monaten aufheben, wenn der Leistungserbringer die Mindestfallzahlen nicht oder nicht mehr erfüllt.

3.10 Leistungsauftragscontrolling

Das Departement Gesundheit und Soziales führt in der Regel jährlich ein Leistungsauftragscontrolling auf der Basis der Daten aus der Medizinischen Statistik der Listenspitäler durch.

Es prüft dabei in erster Linie, ob:

- Das Listenspital die geforderten Mindestfallzahlen erbracht hat.
- Das Listenspital Leistungen für die ihm erteilten Leistungsaufträge erbracht hat oder allenfalls sogenannte „leere“ Leistungsaufträge vorliegen.
- Das Listenspital für die von ihm abgerechneten Fälle einen Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Aargau hat oder ob es Fälle abgerechnet hat, für die es keinen entsprechenden Leistungsauftrag auf der Spitalliste des Kantons Aargau hat. Fälle, die aufgrund bekannter Probleme mit der Grouper-Software in eine „falsche“ SPLG-Leistungsgruppe gruppiert werden (z.B. „einfach zu behandelnde Polytrauma“) werden auf Einzelfallbasis durch das Departement Gesundheit und Soziales beurteilt.

Das Spital erhält die Gelegenheit zur Stellungnahme. Eindeutig als Verstoss beurteilte Fälle werden vom Departement Gesundheit und Soziales nicht vergütet beziehungsweise bei bereits abgerechneten Fällen wird der Kantonsanteil zurückgefordert.

Das Departement Gesundheit und Soziales behält sich zudem vor, bei Verstössen, welche ausserkantonale Patientinnen und Patienten betreffen können, diese Beobachtungen an den jeweiligen Wohnkanton zu melden.