



Generelle Anforderungen an die Listenspitäler der Spitalisten Rehabilitation der Planungskantone

Generelle Anforderungen an alle Listenspitäler

Allgemeines

Die vorliegenden generellen Anforderungen stützen sich auf die gesetzlichen Regelungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10, abgekürzt KVG) und seiner Verordnungen sowie auf das Gesundheitsgesetz des Kantons Appenzell Ausserrhoden (bGS 811.1), das Gesundheitsgesetz des Kantons Appenzell Innerrhoden (800.000, abgekürzt GesG) oder das Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz des Kantons St. Gallen (sGS 320.1, abgekürzt SPFG). Sie gelten für alle Spitäler mit einem Leistungsauftrag im Bereich Rehabilitation.

Neben den generellen Anforderungen kommen für alle Listenspitäler auch die leistungsgruppenspezifischen Anforderungen des Spitalleistungsgruppenkonzepts der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen (ARAISG) zur Anwendung. Alle Anforderungen sind auf den Webseiten der Standortkantone abrufbar.

Leistungsaufträge

1. Die Leistungsaufträge werden standortbezogen erteilt. Als Aussenstandort kann im Bereich Rehabilitation ein Standort eines Leistungserbringers definiert werden, wenn dieser mit dem Hauptstandort unter einer juristischen Person zusammengefasst ist, weniger als 10 km und weniger als 20 Fahrminuten (durchschnittliches Verkehrsaufkommen) vom Hauptstandort entfernt ist, Leistungen in enger Kooperation mit dem Hauptstandort erbringt (Zusammenarbeit durch Betriebskonzept dokumentiert) und betrieblich im Hauptstandort integriert ist (z.B. gemeinsames Rechnungswesen, gemeinsames Personalwesen für ärztliches und medizinisches Personal). Die Qualitätsanforderungen sind auch am Aussenstandort einzuhalten, wobei die Anforderungen an Mindestfallzahlen von Aussen- und Hauptstandort zusammen zu erfüllen sind. Für die Beurteilung der Versorgungsrelevanz und des Anteils ausschliesslich Grundversicherter werden Haupt- und Aussenstandort als Einheit betrachtet.
2. Die Dauer der Leistungsaufträge ist auf das zugrundeliegende Planungsintervall befristet. Die Planungsbehörde kann kürzere Befristungen festlegen und Anpassungen gemäss Empfehlung 1 der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur Spitalplanung vornehmen.
3. Die Leistungserbringer können die Leistungsaufträge mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf Ende Juni oder Dezember auflösen. Die Kündigung ist der Planungsbehörde schriftlich mitzuteilen. Die Aufnahme neuer Leistungen kann der Planungsbehörde jederzeit beantragt werden. Die Bearbeitung der Gesuche erfolgt gestützt auf die Empfehlung 1 Bst. b der GDK zur Spitalplanung.
4. Die Auslagerung von medizinischen Leistungen an Dritte ausserhalb des Spitals ist ausgeschlossen. Die Auslagerung von medizinischen Supportleistungen ist zulässig, soweit die Versorgungssicherheit nicht gefährdet wird. Die Planungsbehörde kann einem Listenspital in begründeten Fällen bewilligen, einen Teil der Behandlung einer



Leistungsgruppe in Kooperation mit einem anderen Listenspital zu erbringen. Die Planungsbehörde legt die Anforderungen an entsprechende Kooperationsvereinbarungen zwischen Listenspitälern fest. Kooperationen sind grundsätzlich in der Spitalliste zu vermerken.

Versorgungsauftrag

5. Im Rahmen seines Leistungsauftrags und der verfügbaren Kapazitäten ist das Listenspital verpflichtet, Patientinnen und Patienten der Planungsregion unabhängig von Versicherungsstatus oder Schweregrad der Erkrankung aufzunehmen und zu behandeln (Aufnahmepflicht). Die Aufnahmebereitschaft ist für alle zugesprochenen Leistungsgruppen am Standort des Listenspitals zu gewährleisten. Für medizinische Notfälle besteht unabhängig vom zugesprochenen Leistungsspektrum eine Beistandspflicht.
6. Die Planungsbehörde kann Listenspitäler bei Anzeichen von Nichterfüllung der Aufnahmepflicht und insbesondere Listenspitäler, die weniger als 50 Prozent ausschliesslich Grundversicherte aus der Planungsregion aufweisen, verpflichten, Daten einzureichen (bzw. auf der Spital-Webseite zu publizieren) betreffend:
 - a. Wartezeiten je Leistungsgruppe und Liegeklasse,
 - b. Anzahl aufgenommener sowie abgewiesener Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt nach Diagnose, Begründung für die Nichtaufnahme und Liegeklasse.
7. Das Listenspital muss die Erbringung des gesamten Spektrums des Leistungsauftrages sicherstellen. Es ist zur Meldung an die Planungskantone verpflichtet, wenn der Leistungsauftrag nicht mehr vollumfänglich erbracht werden kann.
8. Das Listenspital erbringt die gesetzlichen und in der Spitalliste definierten Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sowie in der notwendigen Qualität. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) sind zu beachten.
9. Das Listenspital kann weitere Leistungen anbieten, sofern dadurch die Erfüllung der kantonalen Leistungsaufträge nicht beeinträchtigt wird. Die Behandlung von Selbstzahler-Patientinnen und -Patienten ist erlaubt.

Qualitätssicherung: Allgemein

10. Das Listenspital verfügt über ein Qualitätsmanagementsystem (QMS) mit Zertifizierung. Dies bildet die Grundlage für die Qualitätssicherung und -entwicklung innerhalb des Listenspitals. Das Listenspital hat ein Qualitätskonzept (umfassend insbesondere Struktur-, Prozess-, Indikations- und Ergebnisqualität) sowie ein Risikomanagementkonzept zum systematischen Umgang mit Risiken erarbeitet. Darüber hinaus gelten die Bestimmungen des nationalen Qualitätsvertrags betreffend Qualitätsentwicklung im Sinne von Art. 58a KVG zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und den Krankenversichererverbänden (Entwurfsversion vom 31. März 2022).
11. Das Listenspital ist verpflichtet, an den Qualitätsmessungen des ANQ teilzunehmen.
12. Das Listenspital betreibt ein spitalweites Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System, CIRS).
13. Das Listenspital führt regelmässig vergleichbare Patienten-, Angehörigen-, Personal- und Zuweiserbefragungen durch und leitet daraus Handlungsfelder ab.



14. Das Listenspital verfügt über ein Notfall- bzw. Verlegungskonzept sowie über notfallbezogene Kooperationsvereinbarungen mit Akutspitälern. In den Kooperationsvereinbarungen regeln die Vertragspartner insbesondere die Prozesse an der Schnittstelle zwischen der Rehabilitationsklinik und Akutspital, die Ansprechpartner auf beiden Seiten und die Sicherstellung des Informationsflusses (medizinische Dokumentation).
15. Das Listenspital verfügt über ein Konzept zum Eintritts- und Austrittsmanagement sowie - mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen - über diesbezügliche Kooperationsvereinbarungen. In den Kooperationsvereinbarungen regeln die Vertragspartner insbesondere die Prozesse an der Schnittstelle zwischen der Rehabilitationsklinik und vor- bzw. nachgelagerter Institution, die Ansprechpartner auf beiden Seiten und die Sicherstellung des Informationsflusses (medizinische Dokumentation).
16. Das Listenspital verfügt über ein Hygienekonzept, das die Etablierung einer Hygienekommission (mit Protokollierung der Sitzungen und Mitteilung der Ergebnisse an die Spitalleitung) und die Implementierung von Hygienerichtlinien und -empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) oder Swissnoso vorsieht. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird überwacht. Klinisch tätige Mitarbeitende werden bei Stellenantritt und während der Anstellung regelmässig in der Klinikhygiene geschult. Das Listenspital muss in ein Netzwerk von Infektionsprävention eingebunden sein (idealerweise mit einer Infektiologie eines Zentrumsspitals).
17. Das Listenspital verwendet für die Qualitätsberichterstattung die H+-Qualitätsberichtsvorlage.
18. Das Listenspital verfügt über ein Konzept zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Arzneimittel.
19. Das Listenspital befolgt bei der Beschaffung, der Inbetriebnahme und beim Betrieb von IT-Fremdsystemen die Anforderungen des Leitfadens von H+ Die Spitäler der Schweiz über die IT-Sicherheit von Fremdsystemen. Das Listenspital setzt die vom Nationalen Zentrum für Cybersicherheit (NCSC) veröffentlichten Mindestanforderungen an die Cybersicherheit für Unternehmen im Gesundheitswesen um.

Qualitätssicherung: Behandlung

20. Die Behandlung folgt einem multiprofessionellen Ansatz und setzt sich aus verschiedenen Leistungen zusammen. Dazu gehören methodisch fundierte Abklärung- und Befunderhebungen, Diagnostik, Einzel- sowie Gruppentherapien durch verschiedene Fachdisziplinen bzw. Berufsgruppen, Rehabilitationspflege, Vernetzungsgespräche mit Angehörigen, Arbeitgebern, Case Managern, Kontakte mit vor- und nachbehandelnden medizinischen Fachpersonen, Helfernetz und Behörden.
21. Das Listenspital verfügt über ein multiprofessionelles, interdisziplinär zusammenarbeitendes Behandlungsteam, bestehend insbesondere aus Ärztinnen/Ärzten, klinische Psychologinnen/Psychologen, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, dipl. Pflegefachpersonen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter sowie je nach Indikation und Bedarf über weitere Fachpersonen. Zwischen allen beteiligten Fachpersonen findet eine zielorientierte Rehabilitationskoordination mit klaren Verantwortlichkeiten statt.



22. Innert 24 Stunden nach Eintritt der Patientin oder des Patienten findet eine medizinische Untersuchung und Indikationsstellung statt. Beim Austritt erfolgt eine medizinische Untersuchung. Medizinische Indikation und Behandlungsauftrag werden in regelmässigen Abständen und mindestens wöchentlich überprüft, dokumentiert und bei Bedarf angepasst.
23. Die individuelle Therapieplanung wird auf Basis der Ergebnisse der Abklärung, Befunderhebung und Diagnostik des Behandlungsteams und unter Nutzung anerkannter Assessment-Instrumente erarbeitet. Die Therapieziele werden vom Behandlungsteam unter Einbezug der Patientinnen und Patienten, bei Bedarf auch ihrer Angehörigen und/oder ihrer Vertretung, vereinbart und schriftlich festgelegt. Dabei wird auch das berufliche und soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten berücksichtigt. Die Therapieplanung ist dem ganzen Behandlungsteam zugänglich. Für jede Patientin und jeden Patienten wird eine fallführende Bezugsperson bezeichnet.
24. Die Behandlung richtet sich nach einem strukturierten, sowohl für die Patientin oder den Patienten als auch für das Behandlungsteam verbindlichen und schriftlich dokumentierten Therapieprogramm, wobei die einzelnen Therapien der Erreichung der Therapieziele gemäss Ziff. 23 dienen. Die einzelnen Therapieelemente sind aufeinander abgestimmt und individuell ausgestaltet. Die Behandlung wird anhand der Therapieplanung und Zielsetzung fortlaufend überprüft, im Behandlungsteam abgestimmt und bei Bedarf angepasst.
25. Nach Bedarf erbringen Rehabilitationskliniken weitere fallbezogene und fallunabhängige Leistungen. Dazu gehören insbesondere Leistungen des Sozialdienstes, ergänzende Therapien, Ernährungs- und Diabetesberatung, Diätküche, sozialpädagogische Leistungen und schulische Reintegration, Beratungsleistungen für Angehörige und Fachpersonen sowie die Sicherstellung der Durchführung von (klinikexternen) Dialylen oder der im akutsomatischen Spital eingeleiteten Therapien.

Qualitätssicherung: Behandlungsteam

26. Die medizinisch für die Rehabilitationsklinik verantwortliche Person (ärztliche Leitung) ist fest angestellt und verfügt über mindestens drei Jahre Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin.
27. Die medizinisch für einen Fachbereich verantwortliche ärztliche Person vor Ort und ihre Stellvertretung sind fest angestellt und verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozente.
28. Die Leitung Therapien und ihre Stellvertretung verfügen über einen anerkannten Abschluss nach Art. 47 Abs. 1 lit. a KVV, Art. 48 Abs. 1 lit. a KVV, Art. 50 lit. a KVV oder Art. 50b KVV und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Die Leitung und ihre Stellvertretung sind fest angestellt und verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozente.
29. Die Leitung Pflegedienst und ihre Stellvertretung verfügen über ein anerkanntes Diplom als Pflegefachfrau / Pflegefachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege / Master of Science in Pflege nach Art. 49 lit. a KVV und über mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Die Leitung und ihre Stellvertretung sind fest angestellt und verfügen zusammen über mindestens 130 Stellenprozente.



30. Die Verfügbarkeit des Behandlungsteams gemäss Ziff. 21 ist zu den üblichen Behandlungszeiten vor Ort im Spital sichergestellt. Für folgendes Fachpersonal gilt eine spezifische Verfügbarkeit:
- Fachärztinnen und Fachärzte der Leistungsbereiche, in denen die Rehabilitationsklinik einen Leistungsauftrag hat, stehen von Montag bis Freitag in der Regel im Zeitfenster von 08:00 – 18:00 Uhr während acht Stunden vor Ort zur Verfügung. In der übrigen Zeit des Tages, an Wochenenden und an Feiertagen ist ein fachärztlicher Hintergrunddienst für die Rehabilitationsklinik sichergestellt sowie eine diensthabende Ärztin / ein diensthabender Arzt vor Ort anwesend.
 - An jedem Tag steht rund um die Uhr pro Fachbereich mit maximal 48 Betten mindestens eine Pflegefachperson mit einem Abschluss als dipl. Pflegefachfrau / Pflegefachmann HF oder Bachelor of Science in Pflege / Master of Science in Pflege nach Art. 49 Bst. a KVV vor Ort zur Verfügung.
 - Eine Pflegefachperson mit Weiterbildung in Wundmanagement steht bei Bedarf zur Verfügung.
31. Die Rehabilitationsklinik gewährleistet eine regelmässige Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeitenden.
32. Die nachfolgend aufgeführten Berufsgruppen erfüllen die definierten Ausbildungsabschlüsse:
- Klinische Psychologinnen / Klinische Psychologen, Neuropsychologinnen / Neuropsychologen: Abschluss nach Art. 2 oder 3 PsyG
 - Physiotherapeutinnen / Physiotherapeuten: Abschluss nach Art. 47 Abs. 1 Bst. a KVV
 - Ergotherapeutinnen / Ergotherapeuten: Abschluss nach Art. 48 Abs. 1 Bst. a KVV
 - Logopädinnen / Logopäden: Abschluss nach Art. 50 Bst. a KVV
 - Pflegefachpersonal Abschluss nach Art. 49 Bst. a KVV
 - Ernährungsberaterinnen / Ernährungsberater Abschluss nach Art. 50a Abs.1 Bst. a KVV

Qualitätssicherung: Infrastruktur

33. Die Gesamtanlage und die Räumlichkeiten sind rollstuhlgängig und behindertengerecht gestaltet. Bei Neu- und Umbauten ist die SIA Norm 500 zu berücksichtigen.
34. Die Rehabilitationsklinik verfügt über eine Infrastruktur, die mindestens folgende Untersuchungen und Behandlungen zulässt:
- Monitoring der Vitalparameter während 24 Stunden, sieben Tage die Woche
 - Medizinische Diagnostik gemäss fachspezifischem Behandlungskonzept
 - Routine-EKG
 - Medizinische Trainingstherapie
 - Einrichtungen und apparative Ausrüstung für aktive und passive Therapieformen, die eine adäquate Behandlung gewährleisten.
35. Blutentnahmen für erforderliche Laboruntersuchungen (Chemie, Hämatologie, Gerinnung, Blutgase) können an allen Tagen rund um die Uhr durchgeführt werden. Laboruntersuchungen werden entweder vor Ort (Point of care) oder bei notfallmässiger Indikation innerhalb von 30 Minuten in einem externen Labor (365 Tage / 24 Stunden) durchgeführt. Falls Transfusionen durchgeführt werden, müssen prä- und posttransfusionelle Laboruntersuchungen durchgeführt werden können und die Lieferung von Blutprodukten muss vertraglich mit einem Blutspendezentrum geregelt sein.



36. Notfall-Koffer bzw. -Wagen inkl. Defibrillator sind so in der Rehabilitationsklinik positioniert, dass sie innert fünf Minuten bei der Patientin / beim Patienten sind.

Qualitätssicherung: Qualitätscontrolling

37. Das Listenspital ist für ausgewählte Leistungsgruppen zur Teilnahme an einem Qualitätscontrolling verpflichtet, das Aussagen zur Indikations- und Ergebnisqualität ermöglicht. Insbesondere trifft dies auf die vom Kanton Zürich entwickelten Qualitätsprogramme zu, welche grossmehrheitlich auf Routinedaten basieren. Die Ergebnisse des leistungsgruppenspezifischen Qualitätscontrollings werden an in der Regel jährlich stattfindenden Qualitätszirkeln mit allen teilnehmenden Leistungserbringern unter Leitung des Kantons Zürich und in Anwesenheit der ARAISG-Planungsbehörde diskutiert. Die Prüfung der Kenndaten erfolgt durch ein Fachgremium mit Festlegung von Massnahmen (bspw. Peer Review) bei Auffälligkeiten.

Rechnungslegung, Datenlieferung und -schutz, Controlling und Aufsicht

38. Die Planungsbehörde überprüft retrospektiv die Einhaltung der Leistungsaufträge (Leistungsauftragscontrolling). Für Behandlungen ausserhalb des Leistungsauftrags erfolgt eine finanzielle Rückforderung, falls das Listenspital den Ausnahmecharakter der Behandlungen nicht nachweisen kann. Der Planungsbehörde sind vom Listenspital die dafür notwendigen Angaben zeitgerecht vorzulegen.
39. Zur Überprüfung der korrekten Umsetzung der Kodierrichtlinien ist das Listenspital verpflichtet, jährlich eine Kodierrevision durchzuführen. Die Kodierrevision erfolgt verdachtsunabhängig und stichprobenbasiert. Die Durchführung der Kodierrevision richtet sich schweizweit nach den aktuell gültigen Versionen der Reglemente für die Durchführung der Kodierrevision unter ST Reha und/oder Swiss DRG.
40. Die Resultate der Kodierrevision werden in einem Bericht festgehalten. Der Leistungserbringer stellt der Planungsbehörde unaufgefordert ein Exemplar dieses Berichts zu.
41. Das Listenspital ist verpflichtet, die für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur notwendigen Leistungs- und Kostendaten an die SwissDRG zu liefern.
42. Das Listenspital verfügt über die REKOLE-Zertifizierung von H+. Die Spitäler der Schweiz. Zusätzlich muss die Jahresrechnung des Listenspitals dem Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER, IPSAS oder IFR entsprechen.
43. Das Listenspital verpflichtet sich, keine Abgeltungsmodelle mit ökonomischen Anreizsystemen zu verwenden, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung führen. Insbesondere dürfen Lohnbestandteile für das medizinische Personal nicht direkt abhängig sein von der Anzahl der Behandlungen, von der Art der Behandlung, vom Umsatz oder von Sparzielen.
44. Das Listenspital stellt der Planungsbehörde nach dessen Vorgaben und auf den Standort bezogen die nötigen Daten für eine optimale Umsetzung des KVG und der kantonalen Vorgaben im Bereich der Spitalplanung und -finanzierung sowie der Rechnungskontrolle zu. Bei den Daten zur Spitalfinanzierung handelt es sich insbesondere um das vollständig ausgefüllte ITAR_K Formular, die vollständig ausgefüllte Abstimmbrücke, das Korrektur-Formular und die Jahresrechnung (Bilanz, Erfolgsrechnung sowie Bericht der Revisionsstelle). Dazu zählen explizit auch die Kosten bzw. Aufwen-



dungen sowie die Erlöse bzw. Erträge von Zusatzversicherungsleistungen. Das Einfordern weiterer Daten, welche zur Plausibilisierung benötigt werden, bleibt vorbehalten.

45. Das Listenspital kann ein mit der kantonalen und nationalen Gesetzgebung zum Datenschutz konformes Vorgehen zur Gewährleistung des Datenschutzes aufzeigen. Falls noch nicht umgesetzt, kann das Spital die aktuell geltenden Datenschutzgrundlagen und -massnahmen bis zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen aufzeigen.
46. Im Einzelfall ist bei Klagen in Bezug auf die medizinische Qualität die Planungsbehörde berechtigt, entsprechende Abklärungen/Untersuchungen durchzuführen. Dabei müssen ihr alle erforderlichen Unterlagen/Daten zur Verfügung gestellt werden. Die Planungsbehörde kann unangemeldete Kontrollbesuche durchführen.

Zahlungsmodalitäten

47. Das Listenspital ist verpflichtet, die Planungskantone über die Rechnungskorrekturen der Versicherer proaktiv zu informieren und den entsprechenden Kantonsanteil zu erstatten.
48. Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen (universitäre Lehre und Forschung) werden dem Listenspital des Standortkantons jährlich auf der Basis der tatsächlich besetzten Assistenz- und Unterassistentenstellen gemäss Ziff. 58 vergütet.

Zusätzliche generelle Anforderungen an Listenspitäler innerhalb der Planungsregion

Bildungsauftrag

49. Das Listenspital verpflichtet sich zur Bereitstellung einer unter Berücksichtigung von Betriebsgrösse und kantonalem Bedarf angemessenen Zahl an Aus- und Weiterbildungsplätzen für Fachpersonen in den nicht-universitären Berufen des Gesundheitswesens. Einzelheiten werden im Leistungsvertrag durch die Regierung festgelegt.
50. Das Listenspital kann die Aus-, Weiter- und Fortbildungsverpflichtungen in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens (Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Organisationen) wahrnehmen und sogenannte Ausbildungsverbünde gründen.
51. Das Listenspital meldet der Planungsbehörde jeweils jährlich die im Vorjahr erbrachten Aus- und Weiterbildungsleistungen sowie den aktuellen Ist-Stellenplan jener Berufsgruppen und Funktionen, die als Grundlage für die Berechnung der Ausbildungsverpflichtung dienen.
52. Werden durch das Listenspital in einem Jahr weniger Aus- und Weiterbildungswochen für Fachpersonen in den nicht-universitären Berufen des Gesundheitswesens bereitgestellt als vom Standortkanton als Soll definiert, werden Massnahmen gemäss den Vorgaben des Standortkantons ergriffen.

Versorgung in ausserordentlichen Lagen

53. Das Listenspital befolgt die Richtlinien und Anweisungen des Standortkantons für das Gesundheits- und Rettungswesen in ausserordentlichen Lagen.



54. Das Listenspital muss über ein Konzept für eine Strom-Mangellage verfügen sowie in der Lage sein, seinen Betrieb für wenigstens 5 Tage zu 80 Prozent zu gewährleisten, wobei der Treibstoffnachschub vertraglich gesichert sein muss.
55. Das Listenspital muss Vorkehrungen getroffen haben für einen funktionierenden IT-Betrieb im Spital während einer Strom-Mangellage.
56. Das Listenspital muss in Übereinstimmung mit dem Influenza-Pandemieplan Schweiz 2018 des BAG über Mindestvorräte an Schutzmasken, Handschuhen, Überschürzen, Desinfektionsmitteln und Medikamenten gemäss nachfolgender Auflistung verfügen.

Material	Mindestvorrat
Schutzmasken	Vorrat für viereinhalb Monate im Regelbetrieb
Handschuhe	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Überschürzen	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Desinfektionsmittel	Vorrat für drei Monate im Regelbetrieb
Medikamente	Aufrechterhaltung eines autonomen Betriebs während mindestens einem Monat im Regelbetrieb (d.h. ohne Medikamentennachschub)

Gemeinwirtschaftliche Leistungen

57. Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen umfassen insbesondere die universitäre Lehre und die Forschung.
58. Die universitäre Lehre wird auf der Basis der Anzahl durchschnittlich besetzter 100 Prozent-Stellen von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in Weiterbildung sowie von Unterassistenzärztinnen und Unterassistenzärzten vergütet. Voraussetzung dafür ist die Anerkennung durch die SIWF als Weiterbildungsstätte in der entsprechenden Fachdisziplin.
59. Für Forschungsaktivitäten sind primär Drittmittel einzuwerben und einzusetzen. Ein Beitrag zur anwendungsorientierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Forschung (Forschungsauftrag) kann für Projekte erteilt werden, welche zur Gewinnung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie zur Verbesserung der Prävention, der Diagnostik und der Behandlung von Krankheiten ausgeführt werden.

Zusätzliche generelle Anforderungen an Listenspitäler ausserhalb der Planungsregion

60. Für Listenspitäler mit Standort ausserhalb der Planungsregion gelten bezogen auf den erhaltenen Leistungsauftrag die gleichen Vorgaben und Sanktionen wie für Listenspitäler innerhalb der Planungsregion. Ausgenommen davon sind Vorgaben zur Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachleuten in den Berufen des Gesundheitswesens, die Entschädigung von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) sowie die Anforderungen für die Versorgung in ausserordentlichen Lagen.



61. Listenspitäler mit Standort ausserhalb der Planungsregion haben die Planungsbehörde zeitnah über den Abschluss von Tarifverträgen und über allfällige Tariffestsetzungsbegehren zu informieren.