



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

## Reevaluation

# Vernehmlassung zur Definition des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“

Resultate der Vernehmlassung vom 10. März 2015  
**ERGEBNISBERICHT**

Bern, 17. September 2015

Haus der Kantone  
Speichergasse 6  
Postfach 684  
CH-3000 Bern 7

+41 (0)31 356 20 20

[office@gdk-cds.ch](mailto:office@gdk-cds.ch)  
[www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)

## Impressum

Autorenschaft	Erarbeitet durch das HSM Fachorgan im Rahmen der Planungsarbeiten zur Umsetzung der IVHSM.
Projektleitung	Dr. Eva Greganova
Projektmitarbeit	Dr. Matthias Fügen, Salome Kaeslin
Korrespondenzadresse	HSM-Projektsekretariat, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Speichergasse 6, 3000 Bern 7.
Bezugsquelle	Diese Publikation kann beim HSM-Projektsekretariat bezogen werden.
Männliche Form	Um die Lesbarkeit des Textes zu erhöhen wird in diesem Bericht ausschliesslich die männliche Form verwendet (z.B. Arzt, Patient), die aber sowohl die männliche als auch die weibliche Person beinhaltet.
Dateiname	94_709 /MF, EG /BT_Ergebnisbericht_Trauma_Reeval_Zuordn_Publ_DEF_d.docx

# Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage	3
Resultate der Vernehmlassung	3
1 Befürwortung der Zuordnung	3
2 Anmerkungen zur Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die Liste der HSM-Bereiche	5
3 Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“	10
4 Fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“ im Tarifsysteem SwissDRG	19
5 Interesse an einem Leistungsauftrag für den im erläuternden Zuordnungsbericht definierten HSM-Bereich „Behandlung von Schwerverletzten“	26
6 Weitere Anmerkungen oder Kommentare	29
7 Zusätzlich zum Fragebogen eingereichte Stellungnahmen	35
8 Zusätzliche Stellungnahmen	38
Schlussbemerkung	41
A1 Statistische Übersicht der Kurzantworten	42
A2 Liste der Vernehmlassungsadressaten	44

## Ausgangslage

Die Behandlung von Schwerverletzten wurde bereits 2011 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin zugeordnet. Gleichzeitig erfolgte im Rahmen der IVHSM eine erste Leistungszuteilung für die Behandlung von Schwerverletzten an 12 Zentren. Diese Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spittalliste in diesem Bereich – sind bis zum 31. Dezember 2014 befristet und müssen im Zuge einer Reevaluation neubeurteilt werden.

Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) ist bei der Planung der hochspezialisierten Medizin ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und Zuteilung (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet. Folglich erarbeitete das HSM-Fachorgan im Rahmen der Reevaluation der Behandlung von Schwerverletzten eine umfassende Definition des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“ und begründete unter Berücksichtigung der IVHSM-Kriterien (Art. 1 IVHSM und Art. 4 Abs. 4 IVHSM) die Zuordnung dieses Bereichs zur HSM, resp. deren Weiterführung.

Der sogenannte Zuordnungsbericht wurde einem breiten Adressatenkreis (vgl. Anhang 2) zur Stellungnahme unterbreitet. Zur Vernehmlassung wurden alle Kantone, betroffene Leistungserbringer, Dekanate der medizinischen Fakultäten, Vertreter der Versicherer sowie interessierte Fachkreise und weitere relevante Institutionen eingeladen. Darüber hinaus wurde die Vernehmlassung im Bundesblatt vom 10. März 2015 angekündigt. Die betroffenen Parteien konnten bis zum 21. April 2015 zur erfolgten Auswahl und Definition des HSM-Bereichs Stellung nehmen. Der Inhalt der eingegangenen Stellungnahmen ist im vorliegenden Ergebnisbericht systematisch zusammengestellt und auf der Webseite der GDK öffentlich zugänglich ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)).

## Resultate der Vernehmlassung

Insgesamt sind beim HSM-Projektsekretariat 71 Stellungnahmen (60 Fragebögen und 11 weitere Stellungnahmen) eingetroffen. Sowohl die eingegangenen Meinungen, Anregungen und Forderungen als auch die Liste der an der Vernehmlassung beteiligten Parteien sind in den Kapiteln 1-6 zusammengestellt. Die Ergebnisse der Vernehmlassung sind jeweils pro gestellte Frage aufgeführt. In den Kapiteln 7 und 8 sind Stellungnahmen aufgeführt, die zusätzlich zu den Fragebogen eingegangen sind.

### 1 Befürwortung der Zuordnung

Die nachfolgende Tabelle fasst die Antworten der Stellungnehmenden aus dem standardisierten Fragebogen bezüglich der Zuordnung des Bereichs der Behandlung von Schwerverletzten zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM zusammen. Von den beteiligten Stellungnehmenden stimmen 53 der Zuordnung zu, 6 lehnen sie ab und 1 hat sich einer Stellungnahme enthalten.

Von den 11 weiteren Stellungnehmenden befürworteten 3 die Zuordnung, 3 lehnen sie ab und 5 haben sich einer Stellungnahme enthalten, resp. nicht spezifisch dazu geäußert (vgl. Tabelle A2 in Anhang A1).

Tabelle 1. Befürwortung der Zuordnung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM.

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	21	0	0
Spitäler	25	4	1
Versicherer	2	0	0
Dekanate der medizinischen Fakultäten	1	0	0
Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	4	1	0
Weitere	0	1	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

## 2 Anmerkungen zur Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die Liste der HSM-Bereiche

Die Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die eingetroffenen Kommentare zur Zuordnung der Behandlung von Schwerverletzten zur HMS. Von 60 beteiligten Stellungnehmenden haben 19 eine Anmerkung angebracht (davon 4 Kantone, 10 Spitäler, 2 Versicherer, 1 Dekanat einer medizinischen Fakultät und 1 Fachorganisationen oder andere interessierte Organisationen und 1 weitere), 41 haben auf einen Kommentar verzichtet.

Tabelle 2. Übersicht der Anmerkungen zur Zuordnung des betroffenen medizinischen Bereichs zur HSM. (–), keine Stellungnahmen eingegangen.

Adressaten	Kommentar zu Frage 2 im Fragenkatalog
<b>Kantone</b>	
BL	Bei einer Zuteilungsgrenze von ISS $\geq 20$ ergibt sich eine Einteilung in zwei Spitalkategorien; dadurch wird ein Akutspital wie das Kantonsspital Baselland den kleinen Spitälern unserer Region, wie zB. das Spital Rheinfelden, gleichgestellt. Diese Einteilung wird dem Versorgungsauftrag eines grossen Akutspitals wie des KSBL nicht gerecht. Auch erscheint uns die Grenze von ISS 20 zu niedrig: zum Beispiel ist ein grosses Akutspital wie das Kantonsspital Baselland durchaus in der Lage einen Patienten mit einer "displaced simple long bone fracture /dislozierte Femurfraktur und einer gleichzeitigen Milzruptur (ISS >20) zeitnah und fachgerecht zu versorgen.
NW	Eine Zentralisierung der Versorgung der Schwerverletzten wird klar befürwortet. Anzumerken ist, dass bei der Triagierung den Primärversorgern (REGA, Rettungsdienst) entscheidende Bedeutung zukommt, um die Verletzten dem bestmöglichen Behandlungsort zuzuführen.
UR	Der Kanton Uri unterstützt die vorgeschlagene Definition für den Bereich "Behandlung von Schwerverletzten" der hochspezialisierten Medizin (HSM) zuzuordnen. Dies ist ein klassischer HSM-Bereich, der alle Kriterien nach Artikel 1 und 4 IVHSM erfüllt.
ZG	Wir befürworten die Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die HSM ausschliesslich unter der Voraussetzung der Umschreibung dieses Bereichs mit evidenzbasierten und restriktiv definierten Kriterien. Die Kriterien sind deutlich enger zu fassen, als dies 2011 der Fall war, andernfalls sind wir gegen die vorgeschlagene Zuordnung. Die gesammelten Erfahrungen und vorhandenen Daten sind systematisch unter Nutzung des Traumaregisters auszuwerten und zu veröffentlichen, so dass ein fundiert begründeter Entscheid gefällt werden kann. Wir betrachten die bisherige Basis als zu wenig breit.
<b>Spitäler</b>	
Spitalzentrum Biel	Die Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die Liste der HSM macht Sinn und ist ein guter Entscheid. Die Behandlung dieser Patienten ist sehr komplex und aufwendig. Es ist deshalb zweckmässig, dass für diese Patientengruppe nur auserwählte Behandlungszentren zuständig sein dürfen, was dem

Adressaten	Kommentar zu Frage 2 im Fragenkatalog
	Grundgedanken der HSM entspricht. Ebenso sind die Kriterien, welche für die Zuordnung massgebend sind, sinnvoll.
Kantonsspital Luzern	Siehe Stellungnahme des Kantons Nidwalden zu Frage 2 auf Seite 5.
Hopital neuchâtelois	Une (petite) partie de ces patients passent encore dans nos services d'urgence avant d'être transférés dans un trauma center, en particulier les patients sans traumatismes crâniens ou maxillo-faciaux évidents (ISS entre 16 et 29 souvent) ou a contrario pour être intubés/ stabilisés dans de meilleures conditions qu'en préhospitalier avant un transfert hélicoptéré depuis nos urgences jusqu'au prochain trauma center (concept de "damage control resuscitation"). Ceci est laissé à l'appréciation du cadre des urgences de garde. Gardera-t'on cette marge de manoeuvre ou de manière contraignante tout blessé dont l'ISS est considéré, a priori, en préhospitalier, comme étant > 20 devra être transféré directement en trauma center ?
Kantonsspital St.Gallen	Aus Sicht der Kriterien HSM gehört die Versorgung Schwerverletzter sicherlich in diese Kategorie. Allerdings ist der Hinweis von H+ zu beachten, dass die Ursache für schwere Verletzungen meist Unfälle sind und das UVG keine Spitalplanung bzw. Leistungsaufträge im Sinne der IVHSM kennt. Daher sollte die rechtliche Grundlage geklärt werden.
Regionalspital Lachen	Gehört unserer Meinung nach auf keinen Fall in den Planungsbereich KVG.
Inselsspital Bern	Bezüglich der Aufnahme als Trauma-Zentrum für Schwerverletzte sollten auch die geografischen Verhältnisse berücksichtigt werden. Aufgrund der Gebirge werden Traumazentren in Chur, Lugano und Sion kaum zu diskutieren sein, wobei nicht alle möglichen Spezialsituationen in diesen Zentren abgedeckt werden können. Diese Zentren sollten jedoch eine Kooperation mit einem oder zwei Universitätszentren haben. Daneben besteht in der aktuellen Verteilung ein Überangebot im Raume Nordostschweiz und Ostschweiz mit Basel, Aarau, Zürich, Winterthur und St. Gallen.
Spital Schwyz	Die Behandlung von schwerverletzten Patienten fällt in den allermeisten Fällen in den Zuständigkeitsbereich des UVG. Das UVG sieht keine kantonale Planung vor, die Kantone sind finanziell nicht beteiligt. Es stellt sich deshalb die Frage, woher die IVHSM überhaupt die rechtliche Legitimation nimmt, eine Planung gemäss Art. 39 vorzunehmen. Das zweistufige Verfahren wird - wie bereits erwähnt - begrüsst. Aus dem Fragebogen entnehmen wir hingegen, dass die zwei Stufen doch nicht sauber getrennt besprochen werden. Im Fragebogen, Frage 5, werden wir aufgefordert unser Interesse für einen Leistungsauftrag anzumelden. Nach Verabschiedung der Leistungszuteilung durch HSM sollen dann die Bewerbungsunterlagen zugestellt werden. Dieses Vorgehen erachten wir als unseriös und nicht praxistauglich. Ohne die Voraussetzungen und Bedingungen für eine Leistungszuteilung zu kennen, lässt sich eine seriöse Interessenbekundung nicht machen. Das vorgesehene Vorgehen erachten wir als intransparent und widerrechtlich, da es den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichtes nicht genügt. Aus genannten Gründen sind wir verpflichtet, vorsorglich unser Interesse an einem Leistungsauftrag bekannt zu geben. Abschliessend sei erwähnt, dass unter dem Deckmantel HSM einmal mehr versucht wird, Strukturpolitik zu betreiben. Je mehr Fachgebiete der HSM unterstellt werden, desto grösser werden die personellen und folglich die finanziellen Probleme für ein kleineres in der Region verankertes Kantonsspital. Dies geht einher mit der Gefährdung der erweiterten Grundversorgung in

Adressaten	Kommentar zu Frage 2 im Fragenkatalog
	<p>der Region.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sollte die Behandlung von Schwerverletzten entgegen unserem Willen zur HSM zugeordnet werden und sollte das SSZ dafür keinen Leistungsauftrag erhalten, so hätte dies eine markante Verschlechterung der Gesundheitsversorgung zur Folge. Das SSZ wäre in diesem Fall infrastrukturell und personell nicht mehr in der Lage, eine Behandlung von Schwerverletzten vorzunehmen, selbst dann nicht, wenn ein Schwerverletzter aus logistischen oder medizinischen Gründen bei uns auf der Notfallstation landet.</li> <li>o In dezentralen Regionen muss der Kanton mit spezifischen Ortskenntnissen entscheiden und planen, wie er die Versorgung von schwerverletzten Patienten sicherstellen kann. In diesem Bereich darf eine interkantonale Planung mit zentralistischer Tendenz auf keinen Fall angewendet werden.</li> </ul>
Zuger Kantonsspital AG, Baar	<p>Mit Beschluss vom 20. Mai 2011 hat das HSM Beschlussorgan die Behandlung von Schwerverletzten erstmals der HSM zugeordnet. Der entsprechende Zuteilungsentscheid war befristet bis 31. Dezember 2014 gültig. Seit 1. Januar 2015 gelten wieder allein die kantonale Leistungsaufträge gemäss KVG. Da gemäss unseren Informationen ein grosser Teil der Behandlungen von Unfällen mit Schwerverletzten nicht unter das KVG fällt, sondern im Geltungsbereich des UVG liegt, waren die bisherigen HSM-Leistungsaufträge von untergeordneter Bedeutung (so wie es wohl auch allfällige zukünftigen HSM-Leistungsaufträge in diesem Bereich sein werden). Das UVG kennt aber keine Spitalplanung und keine Delegation dieser Aufgabe an das KVG oder an die HSM-Organen. Die Rechtsgrundlage im KVG betreffend HSM beschränkt sich auf Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege.</p> <p>Weiter stellen wir mit Erstaunen fest, dass sich im erläuternden Bericht vom 19. Februar 2015 keinerlei Zahlen, Daten oder Auswertungen zum Register finden, das die zwölf Zentren gemäss Entscheid vom 20. Mai 2011 in der Zeit von 2011 bis 2014 hätten führen müssen (Ziffer 3, Buchstabe b auf Seite 4197). Damit hätte sich auch verifizieren lassen, ob die bisher lediglich geschätzte Anzahl von 700 bis 800 Schwerverletzten pro Jahr tatsächlich der Realität entspricht. Weiter hätten sich auch Aussagen zur Qualität der Versorgung und allenfalls sogar zur Wirtschaftlichkeit machen lassen.</p> <p>Deshalb sind wir der Meinung, dass eine erneute Zuteilung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM zum jetzigen Zeitpunkt keine ausreichende Grundlage hat. Vielmehr fordern wir, dass zuerst die dringend nötigen Auswertungen des Traumaregisters für die Zeit bis Ende 2014 durchgeführt und anschliessend veröffentlicht werden.</p>
Klinik Hirslanden	<p>Die Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die Liste der HSM-Bereiche wird von der Klinik Hirslanden ausdrücklich begrüsst. Allerdings sollten die Traumazentren entsprechend organisiert sein, damit eine zeitgerechte Diagnostik und Behandlungspriorisierung vorgenommen werden kann. Dies erfordert die Definition eines Traumateamleiters (i.d.R. Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie), damit der Schwerverletzte integral beurteilt, priorisiert und situationsgerecht versorgt werden kann. Es ist zu berücksichtigen, dass das schwere Trauma mehr als die Summe der Einzelverletzungen ist (Mehrfachtrauma = Systemerkrankung). Konzepte wie initiale Triage nach Verletzungsschwere, Festlegung der Versorgungspriorität nach Gefährdungspotential, "Damage Control" usw. müssen bekannt, wo nötig angewendet und bei der HSM Zuteilung auf ihr Vorhandensein überprüft werden. Eine frühe und enge Zusammenarbeit mit der nachbehandelnden Intensivstation ist unabdingbar.</p>
Spital Limmattal	<p>Es handelt sich hierbei um eine Leistungsgruppe, welche notfallmässig zu versorgende Patienten beinhaltet. Dieser Bereich fällt nicht unter KVG sondern UVG und fällt somit unserer Meinung nach nicht in den Kompetenzbereich der IVHSM.</p> <p>Pro Jahr werden nach einer groben Schätzung der IVHSM knapp 1000 Patienten in diese Leistungsgruppe fallen, und somit handelt es sich nicht mehr um einen hochspezialisierten Bereich. Zudem spielen bei der Versorgung von Schwerverletzten auch geographische Gegebenheiten eine wichtige Rolle.</p>



Adressaten	Kommentar zu Frage 2 im Fragenkatalog
	<p>Hauptproblematik aus medizinischer Sicht ist die Tatsache, dass solche schwerverletzten Patienten raschmöglichst in ein adäquates Spital gebracht werden sollen, dass der Triageentscheid präklinisch nur aufgrund von groben Kriterien (Bsp: GCS, Querschnitt) getätigt werden kann. Eine Triage gemäss ISS ist nicht praktikabel, da dieser Score erst im Spital berechnet werden kann. Entsprechend ist es sehr wahrscheinlich, dass Patienten teilweise an ein Traumazentrum verlegt werden, ohne dass wirkliche medizinische Gründe bestehen. Dies kann einerseits die adäquate Behandlung verzögern, und somit den Patienten gefährden, und andererseits die Infrastruktur unnötig belasten (Bsp: Transport per Heli, Behandlung mittelschwer verletzter Patienten an ein Traumazentrum). Im Weiteren ist es fraglich ob es in der Schweiz wirklich 12 Zentren für die Maximalversorgung braucht, und ob diese Zentren auch wirklich schon bestehen resp. entwickelt werden können. Eine gestaffelte Versorgung analog dem amerikanischen System mit Level 1-3 Zentren sollte sicherlich geprüft werden. Level 1 Zentren mit Angebot sämtlicher Traumaentitäten, insbesondere Neurotrauma und Wirbelsäulentrauma sowie der entsprechenden Forschungstätigkeit wären in erster Linie an Universitäten zu platzieren.</p>
<b>Versicherer</b>	
santésuisse	<p>Wegen zum Grossteil deckungsgleichen Auflagen / Kompetenzen ist die Planung HSM resp. sind die Zentren für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwere Traumata / Polytrauma / Schädel Hirn Trauma bei Kindern;</li> <li>- Schwere Verbrennungen;</li> <li>- Behandlung von Schwerverletzten;</li> </ul> <p>den gleichen Zentren zu zuordnen!</p>
Suva, Fluhmattstrasse 1, 6002 Luzern	Die Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die Liste der HSM-Bereich ist zwingend notwendig. Wir unterstützen das vom HSM-Fachorgan formulierte Fazit in der Beschreibung des HSM-Bereichs.
<b>Dekanate der medizinischen Fakultäten</b>	
Medizinische Fakultät Bern	Siehe Stellungnahme des Inselspitals Bern zu Frage 2 auf Seite 6.
<b>Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen</b>	

Adressaten	Kommentar zu Frage 2 im Fragenkatalog
Privatkliniken Schweiz	Siehe Stellungnahme der Privatkliniken Schweiz auf Seite 37.
<b>Weitere</b>	
SMV - Société Médicale du Valais	<p>a) Le diagnostic 'blessé grave' n'est pas une entité médicale 'homogène' qui nécessiterait à chaque fois des capacités spécifiques identiques mais par contre selon la lésion principale (qui peut grandement varier de cas en cas) nécessite l'élaboration rapide d'une priorisation des différentes interventions vitales (procédure qui devrait se faire normalement dans tout service d'urgence) et une bonne collaboration interdisciplinaire, dans un timing adéquat. Ce ne sont donc pas au sens propre du terme des capacités techniques spécifiques au sens 'MHS' qui peuvent être invoquées, mais bien des compétences de pluridisciplinarité accrues. Ces dernières deviennent de plus en plus indispensables dans tous les autres domaines aussi- raison pour laquelle il nous semblerait inadéquat de les utiliser pour définir un critère 'MHS'.</p> <p>b) Souvent, la gravité réelle d'un polytraumatisé ne peut être évalué qu'APRES un minimum d'examens radiologiques. Si cette 'préévaluation' tombait pour tous les cas suspects de 'polytraumatisme' - les quelques centres 'agrésés' se veraient débordées de cas qui pourraient être traités dans des centres moins spécialisés. Ceci serait contre-productif pour tous.</p> <p>c) Pour un blessé grave, souvent, le temps joue un rôle vital et il est indispensable de pouvoir stabiliser rapidement les fonctions vitales, voir stopper une hémorragie. Il est donc important de tenir compte de l'importance de pouvoir assurer ces interventions vitales à un endroit rapidement accessible - et il faut donc tenir compte aussi des distances lors de la planification.</p> <p>d) D'autre part, il nous semble important de relever que les 'polytraumatismes' arrivent souvent de façon 'groupée' (accidents de la route, car, train, avalanches) et qu'il est vital de pouvoir disposer d'un nombre suffisant d'hôpitaux qualifiés à se répartir les blessés lors de ce genre de catastrophes.</p> <p>e) La disponibilité 24h/24 p.ex. d'un ophtalmologue par rapport à des blessés graves ne nous semble pas relever d'une argumentation évidence-based par rapport à notre expérience. Il serait utile de lister quelles interventions ont lieu simultanément lors des premières heures de prise en charge afin de faire une liste des exigences en fonction des besoins vitaux réels. Il ne nous semble pas qu'un tel argument devrait interdire la prise en charge de blessés graves sans atteinte oculaire évidente.</p>

### 3 Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“

Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die eingetroffenen Kommentare zur vorgeschlagenen medizinisch-fachspezifischen Umschreibung des betroffenen HSM-Bereichs. Von 60 beteiligten Stellungnehmenden haben 25 eine Anmerkung angebracht (davon 7 Kantone, 14 Spitäler, 1 Versicherer, 1 Dekanate einer medizinischen Fakultät, 1 Fachorganisationen oder andere interessierte Organisationen und 1 weitere), 35 haben auf einen Kommentar verzichtet.

Tabelle 3. Übersicht der Anmerkungen zur fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs. (–), keine Stellungnahmen eingegangen.

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
<b>Kantone</b>	
BE	Der Verzicht auf eine Abbildung des HSM-Bereichs in den Klassifikationssystemen CHOP und ICD ist fachlich nachvollziehbar. Allerdings hat dies zur Folge, dass die Kontrolle des Vollzugs der Leistungszuteilungen und der mit der Leistungserbringung verbundenen Auflagen nur begrenzt möglich ist (über die zusätzliche Abbildung des Bereichs im Tarifsysteem SwissDRG, welche wir begrüßen).  Wir möchten deshalb anregen, eine Einbindung der verwendeten Score-Systeme in die medizinische Statistik des BFS zu prüfen.
BL	Wir fordern eine höhere und vor allem differenziertere Einteilung der Zuteilungskriterien, die dem Leistungsumfang der grossen Akutspitätern gerecht wird, z.B. 3 stufig. ISS 20 erscheint uns zu niedrig und zu einfach. Mit der Zuteilung der Schädelhirntraum nach AIS $\geq 3$ sind wir einverstanden.
GR	Der HSM-Bereich "Behandlung von Schwerverletzten" unterscheidet sich grundsätzlich von andern HSM-Bereichen, weil die Behandlung von Schwerverletzten eine Verbundaufgabe verschiedener höchstqualifizierten Spezialisten darstellt. Die übrigen HSM-Bereiche beziehen sich jeweils auf einen "Katalog" von Einzelleistungen. Als Beispiel seien Neuro-, Thorax- oder Viszeralchirurgie genannt. Bei der Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge in den genannten Disziplinen ist deshalb unbedingt nicht nur auf Fallzahlen sondern auch auf die Verfügbarkeit der Expertise bei der Behandlung von Schwerverletzten zu achten. In diesem Sinn unterstützen wir ausdrücklich die aktuelle Stellungnahme des Kantonsspitals Graubünden.
NW	Siehe Stellungnahme des Kantons Nidwalden zu Frage 4 auf Seite 19.
SZ	Bisher ist nicht ersichtlich, wie viele Fälle bei der Definition von Schwerverletzten mit einem ISS von mindestens 20 Punkten nicht mehr in den regionalen Spitälern behandelt werden sollten - respektive dürfen. Einer ersten Einschätzung nach liegt ein ISS von 20 zu tief und würde diesen Spitälern Fälle, die durchaus noch mit den Ressourcen der regionalen Spitäler sicher und gut behandelt werden können, entziehen.
ZG	Es stellt sich die Frage nach der Evidenz der Zuordnung zur HSM gestützt auf ISS $\geq 20$ und AIS-Head $\geq 3$ . Unseres Wissens wird diese Grundlage fachlich in Zweifel gezogen.

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
ZH	<p>Gemäss Grundsatzurteil des BVGer vom 24. November 2013, S. 35 ist der auszuscheidende HSM-Bereich in generell-abstrakter Weise qualitativ und quantitativ klar zu bestimmen.</p> <p>Im vorliegenden erläuternden Zuordnungsbericht vom 19. Februar 2015 wird zur Abgrenzung des HSM-Bereichs "Behandlung von Schwerverletzten" folgender Ansatz gewählt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit einer schweren, lebensbedrohlichen Einzel- oder Mehrfachverletzung (Poly-trauma) mit Schweregrad ISS (Injury Severity Score) von mindestens 20 sowie</li> <li>- Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma mit Schweregrad AIS-Head &gt;3</li> <li>- in Kombination mit den DRG's für schwere Verletzungen, wobei der Begriff "Polytrauma" durch den Begriff "Schwerverletzte" zu ersetzen ist.</li> </ul> <p>Gemäss Stellungnahme des Universitätsspitals Zürich (USZ) vom 30. März 2015 ist insbesondere das vom HSM-FO gewählte Abgrenzungskriterium ISS in den nächsten 4-5 Jahren aus folgenden Gründen flächendeckend nicht umsetzbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine flächendeckende Verfügbarkeit der ISS-Daten</li> <li>- keine objektive Erfassung der ISS-Daten</li> <li>- Unmöglichkeit und Unzweckmässigkeit der Verankerung des ISS im Swiss DRG Tarifsystem</li> <li>- Unklare Spezifität des ISS bei unverhältnismässig hohem Erfassungsaufwand</li> <li>- Bedeutungslosigkeit des ISS für den klinischen Alltag.</li> </ul> <p>Die vom HSM-FO vorgeschlagene Definition des HSM-Bereichs "Behandlung von Schwerverletzten" genügt somit den diesbezüglichen Anforderungen des BVGer d.h. dem Gebot der qualitativ und quantitativ klaren Bestimmtheit des HSM-Bereiches nicht. Analog zur bis-herigen Praxis sollte sich die Definition des HSM-Bereichs deshalb alleine an den nach einheitlichen Kodierrichtlinien erstellten und für alle Akteure verfügbaren Abrechnungsdaten (Diagnose (ICD)- und Prozedurencodes (CHOP) orientieren. Die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vorgeschlagene, modifizierte IQM-Definition erlaubt bereits heute eine spezifische Selektion von Schwerverletzten. Leider wird in der aktuellen Vernehmlassung auf diese Alternative gar nicht eingegangen. Bei dieser Sachlage unterstützt der Kanton Zürich die Stellungnahme des USZ vollumfänglich.</p>
<b>Spitäler</b>	
Spitalzentrum Biel	<p>Der Vorschlag, dass alle Patienten mit einem ISS &gt; 20 in einem Traumazentrum behandelt werden müssen, ist vernünftig und auch praktisch umsetzbar. Diese Patienten brauchen eine Maximalversorgung, welche nur in einem Traumazentrum gewährleistet ist. Das gleiche gilt für die Patienten mit einem schweren Schädelhirntrauma AIS &gt; 3.</p> <p>Definitionsgemäss handelt es sich um ein Polytrauma bei einem ISS &gt; 15. Mehrfachverletzte mit einem ISS z.B. zwischen 14-16, ohne Schädelhirntrauma, sollen hingegen weiter in einem grösseren Regionalspital, mit entsprechender Infrastruktur (wie z.B. im Spitalzentrum Biel), abgeklärt und behandelt werden dürfen. Ansonsten würde bald jede etwas 'schwerere Verletzung' in einem Traumazentrum behandelt werden, was übertrieben wäre. Der 'Cut off' bei ISS 20 ist sinnvoll und 'Ressourcen' freundlich.</p>
Kantonsspital Grau-	<p>Bei der Behandlung von Schwerverletzten gilt es zu berücksichtigen, dass mehrere chirurgische Fachdisziplinen mit grösster Kompetenz permanent am entsprechenden Zentrum verfügbar sein müssen. Dies steht im Gegensatz zu "Einzel-Eingriffs-Zuteilungen" wie dies beispielsweise bei seltenen und komplexen</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
bünden	visceralchirurgischen Eingriffen diskutiert wird. Es ist klar, dass ein Traumazentrum zur Aufrechterhaltung des Traumaauftrages ein Zentrumsspital auch in den beteiligten Fachbereichen ausserhalb der Unfallchirurgie sein muss. Neurochirurgen, Thoraxchirurgen oder Visceralchirurgen können an diesen Zentren nicht einfach in einer Warteposition im Hinblick auf die Versorgung von Schwerverletzten sein, sondern müssen in ihren Fachbereichen mit Wahleingriffen entsprechend der geforderten hohen Qualifikation beschäftigt sein. Das bedeutet, dass bei der Zuteilung von HSM-Aufträgen in diesen 3 genannten chirurgischen Fachdisziplinen nicht nur auf Mindestfallzahlen im einzelnen Fachgebiet abzustützen ist, sondern auch die Verfügbarkeit für den HSM-Leistungsauftrag beim Polytrauma berücksichtigt werden sollte, auch wenn die eine oder andere Fallzahl (beim einzelnen Organ) nicht ganz erreicht wird. Es macht ja keinen Sinn, dass ein Operateur im Einzelfall einen Eingriff nicht durchführen darf, im Zusammenhang mit einem Polytrauma jedoch schon.
Kantonsspital Luzern	Siehe Stellungnahme des Kantons Nidwalden zu Frage 4 auf Seite 19.
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	Indikation für Traumazentrum der Maximalversorgung: - ISS $\geq$ 20 - AIS-Head $\geq$ 3 Ausnahme: Damage Control Surgery falls im Ausnahmefall notwendig
Kantonsspital Aarau AG	Der für die HSM-Schwerverletztendefinition charakteristische spezifische Einbezug von Schädel-Hirnverletzungen AIS $\geq$ 3 unter den Begriff "Schwerverletzte" (entsprechend z.B. einen resultierenden ISS von 9 im Falle einer Monoverletzung) deckt sich nicht mit der in der internationalen Literatur am häufigsten verwendeten unteren Traumastärkeschwelle eines ISS 15.
Regionalspital Lachen	Siehe Stellungnahme des Regionalspitals Lachen auf den Seiten 35 und 36.
Inselsspital Bern	Bei den Zuordnungsbestimmungen fällt auf, dass unterschiedlich von einem ISS >15 oder $\geq$ 20 Punkten gesprochen wird. Bei der Definition des Polytrauma sollte ein ISS >15 Punkten mit einer konsekutiven systemischen Entzündungsantwort verwendet werden. Im Weiteren muss berücksichtigt werden, dass durch die Zunahme von gerontotraumatologischen Fällen die Angaben zwischen Zentren stark variieren. So kann bei einer Schenkelhalsfraktur und einer Rippenfraktur nach einem simplen Sturz nicht von einem eigentlichen Polytrauma gesprochen werden. Neben dem schweren isolierten Schädelhirntrauma benötigen auch andere schwere Verletzungen eine Zentrumsbehandlung. In dem Sinne sollte ausser evtl. für nicht universitäre Zentren in der Nähe der Bergregionen neben der Akutversorgung der eigentlichen Polytrauma und von schweren isolierten Schädelhirntrauma auch die Versorgung von Herz-, Aorta-, hepatobiliäre oder Pankreasverletzungen, Becken/Azetabulum- und Wirbelsäulenverletzungen während 24 Stunden über 365 Tage gewährleistet sein.
Universitätsspital Basel (USB)	Die vorgeschlagene Definition der HSM-Fälle im Bereich der "Behandlung von Schwerverletzten" entspricht nicht den Anforderungen, die diese Definition erfüllen müsste. Grund ist vor allem die Anbindung an den AIS- und ISS-Score in einer Kombination mit DRGs. Gründe sind:

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
	<p>Die der HSM zugeordneten Fälle sind nicht eindeutig identifizierbar: So gibt es in der Schweiz zahlreiche Spitäler, die keine ISS-Klassifizierung vornehmen. HSM-Fälle von Schwerverletzten und Polytraumata, die von Spitalern ohne Leistungsauftrag behandelt werden, sind so nicht identifizierbar, die Kantone können allfällige Verletzungen der Leistungsaufträge nicht kontrollieren. Bei der hohen Anzahl von Unfällen, die an Schweizer Spitalern behandelt werden, spielt dies eine bedeutende Rolle: Bereits heute ist unklar, wie viele Schwerverletzte mit einem ISS-Score von mindestens 20 Punkten ausserhalb der Traumazentren behandelt werden - und dies wird, wenn bei der Abgrenzung der ISS-Score zur Anwendung kommt, auch weiterhin unklar bleiben. Es ist nicht möglich und auch nicht angemessen, sämtliche Spitäler zur Verwendung der ISS-Systematik zu verpflichten und diese über die administrativen Daten abzubilden. Eine gesamthafte Steuerung des HSM-Bereichs ist so jedoch nicht möglich. Ausserdem führt dies dazu, dass die Traumazentren mit hohem Aufwand ihren Leistungsauftrag und die damit verbundenen Auflagen erfüllen, die anderen Spitäler aber die gleichen Leistungen ohne spezifische Anforderungen ebenfalls durchführen können. Der ISS-Score ist subjektiv und nicht reversionssicher. Die Nachvollziehbarkeit der Zuordnungsgrundlage ist damit nicht gesichert. [Ausserdem entspricht die Definition eines ISS-Score ab 20 nicht der im Bericht selbst angeführten Polytraumadefinition, die von einem ISS-Score ab 15 gelten. Dies ist eine Inkonsistenz in der Definition, die im Bericht nicht weiter thematisiert wird (zusätzliche Anmerkung der Groupe des Quinze).]</p> <p>Auch die im Anhang A1 aufgeführten DRGs sind nicht geeignet, die HSM-Fälle eindeutig zu identifizieren. Die Spezifität der MDC 21A Polytrauma ist tief, sie bildet die HSM-Fälle schlecht ab und enthält nur die Polytraumata und nicht die "Schwerverletzten". Eine Umbenennung der MDC21A, wie es auf Seite 5 des Berichts vorgeschlagen wird, ändert daran nichts. Zur Spezifität der vorgeschlagenen DRGs siehe auch den ausführlichen Kommentar unter der Frage 4 (siehe Stellungnahme des Universitätsspitals Basel zu Frage 4 auf Seite 22).</p> <p>Die Definition der HSM-Fälle muss nach Ansicht des USB folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die HSM-Fälle sind anhand der administrativen Daten aller Schweizer Spitäler eindeutig identifizierbar und damit ist auch die Einhaltung der eigenen Leistungsaufträge für die Spitäler selbst überprüfbar.</li> <li>- Die Kantone, welche die Versorgung planen und die Leistungsaufträge überprüfen und die dazu HSM-Fälle von den kantonalen Leistungsaufträgen abgrenzen müssen, können mit den routinemässig gelieferten Daten diesen Auftrag wahrnehmen und müssen von den Spitalern nicht zusätzlich mit Daten beliefert werden.</li> </ul> <p>Gerade bei den HSM-Verfahren, die per Definition wenige Fälle umfassen, ist die Anlehnung an bestehende administrative und qualitätsgesicherte Definitionen und Klassifizierungssysteme wichtig. Sie müssen ausserdem einfach ausgewertet werden können. Da die Planung und Steuerung stationärer Leistungen durch die IVHSM auf Diagnosen und Behandlungsarten ausgerichtet ist, ist es angemessen, dass die Abgrenzungen der HSM-Leistungen auch durch Diagnosen (ICD-10-Kodierungen) und Behandlungen (CHOP-Kodierungen) geschieht. Dies kann allenfalls mit DRGs [und allenfalls mit SPLGs (zusätzliche Anmerkung der Groupe des Quinze)], in denen diese Fälle vorkommen, kombiniert werden. Eine reine Definition über DRGs ist wenig geeignet, da sich diese systembedingt an anderen Grössen (Kostenhomogenität) orientieren und in Bezug auf die HSM weniger spezifisch sind.</p> <p>Das vorgeschlagene Vorgehen ermöglicht es ausserdem, dass die Abgrenzung der HSM-Fälle in der Systematik der Spitalplanungsleistungsgruppen SPLG abgebildet werden kann bzw. dass der jeweilige HSM-Bereich als spezifische Leistungsgruppe innerhalb der SPLG aufscheint. Dies erleichtert die Arbeit für alle Beteiligten.</p>
Spital Schwyz	<p>Eine Planung der Behandlung von Schwerverletzten ist in der praktischen Umsetzung kaum gegeben. Diese Patienten erleiden ihren Unfall irgendwo in der Schweiz. Ob der Patient Verletzungen aufweist, welche den HSM Kriterien (DRG) entsprechen, lässt sich auf dem Unfallplatz oft nicht entscheiden. Die Ambulanz oder der Helikopter transportiert den Patienten nach Erstellung der Transportfähigkeit ins Spital. Nach entsprechenden Erstabklärungen erfolgt in der</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
	<p>Regel die Verlegung in ein "HSM-Spital". Nach dem Spitalaustritt / der Verlegung ergibt sich bei der Kodierung des Patienten allenfalls eine HSM Schwerverletzte DRG. Nach Logik der Planung hätte das regionale Spital den Patienten jedoch nicht behandeln dürfen. Anzunehmen ist, dass die Krankenversicherung - wenn sie denn zuständig wäre - die Rechnung nicht bezahlen würde. Auch aus diesem Grunde lehnen wir die Zuteilung der Schwerverletzten zur HSM ab. Begründung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wir sind von unserer Aufstellung, Spezialisierung und Ausbildung fähig auch schwere Traumata zu behandeln.</li> <li>2. Patienten mit Polytrauma, welche Schädelverletzungen/schwere Thorax- und Beckenverletzungen beinhalten, überfordern unsere Institution für die definitive Versorgung.</li> <li>3. Die Erstversorgungskapazität muss durch uns gewährleistet bleiben, da es immer wieder vorkommt, dass wir diese Patienten stabilisieren und erstversorgen müssen. Oft stellt sich erst im Verlauf heraus, dass es sich um ein Polytrauma mit ISS über 20 handelt, dieses wird dann auch entsprechend nach Erstversorgung verlegt. Es ist zwingend, dass wir diese Patienten behandeln und verlegungsfähig machen müssen und dass dies auch finanziert wird (Beispiel: Schussverletzung Schädel/Hals; auch wenn einer dieser Fälle nicht einmal als Polytrauma zu werten war).</li> <li>4. Wir als unabhängiges, ländliches Regionalspital haben eine wichtige Funktion in der Erstversorgung des Polytraumas ISS &gt;20, müssen diese Patienten auch behandeln, gegebenenfalls transport- und verlegungsfähig machen und dafür auch entschädigt werden.</li> <li>5. Die Anästhesie mit einer SGI-anerkannten IPS ist als wichtiger Partner in der Traumaversorgung des schweren Traumas als Partner involviert, kann intensivmedizinisch mit ganz wenigen Ausnahmen, alle Schwerverletzten betreuen und ist jederzeit verfügbar.</li> <li>6. Die Radiologie ist diagnostisch auch mit CT rund um die UHR verfügbar.</li> <li>7. Die Innere Medizin ist nur am Rande beteiligt, aber wenn nötig mit der Kardiologie diagnostisch zeitweise verfügbar.</li> <li>8. Es besteht das Risiko, dass der Begriff Polytrauma ausgeweitet wird, um die definierten Zentren zu "alimentieren" und deren mangelnde Auslastung zu optimieren. Der politische Hintergrund ist auch hier zu beachten.</li> <li>9. Grundsätzlich ist die Zusammenarbeit im Traumanetzwerk zu begrüssen, dies erfolgt jetzt schon und wird voraussichtlich auch institutionalisiert.</li> </ol>
Zuger Kantonsspital AG, Baar	<p>Wir stellen fest, dass die HSM-Definitionen <math>ISS \geq 20</math> und <math>AIS-Head \geq 3</math> nur mit ungenügender Evidenz hinterlegt sind. Vielmehr wird beim ISS die bisherige Zahl unverändert und ohne jegliche Daten aus dem Register der bisherigen zwölf HSM-Traumazentren ganz einfach übernommen. Gemäss unseren Recherchen stimmt ebenfalls die Aussage betreffend die Fallzahlen (800 bis 1000 HSM-Schwerverletzte versus 790'000 Unfälle pro Jahr) nicht: entgegen des genannten Anteils von etwa 0.1% bis 0.2% aller Unfälle machen gemäss verfügbaren Aufstellungen Patienten mit <math>ISS \geq 20</math> etwa 5% aller Unfälle aus. Damit wären es dann etwa 39'500 HSM-Schwerverletzte pro Jahr. Wir bezweifeln, ob die noch zu bestimmenden Traumazentren dieses Volumen tatsächlich bewältigen könnten. Ebenfalls wäre in diesem Fall das Kriterium der Seltenheit selbstredend nicht mehr erfüllt. Wollte man beim ISS wirklich nur weniger als 1% der Fälle einschliessen, müsste eher ein Wert von <math>\geq 26</math> angewendet werden. Beim AIS-Head wäre konsequenterweise für die Definition von hochspezialisierter Medizin auch ein ebenso willkürlicher Wert von <math>\geq 4</math> zur Diskussion zu stellen.</p> <p>Ebenfalls ist der Zeitpunkt der Bestimmung von ISS und AIS-Head von grosser Bedeutung. Diesem Umstand wird im Bericht in keiner Art und Weise Rechnung getragen. Beide Scores können im Verlauf von Diagnostik und Therapie Schwerverletzter mehrmals bestimmt werden und abhängig vom jeweiligen Erkenntnisstand für einen einzelnen Patienten stark abweichende Resultate liefern. Geradezu grotesk wäre die Situation, dass nach erfolgreicher Versorgung eines Schwerverletzten in einem Nicht-HSM-Traumaspital aufgrund aller erst dannzumal vorliegenden Informationen nach Spitalentlassung ersichtlich wird, dass die Betreuung eigentlich in einem HSM-Traumazentrum hätte erfolgen müssen.</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
	Schliesslich weisen wir auf folgendes Zitat hin, welches den Nutzen des ISS für die Triage von Patienten generell in Frage stellt (somit dürfte der ISS auch für die Unterscheidung zwischen HSM-Schwerverletzten und übrigen Unfallpatienten nicht geeignet sein): "Also, as a full description of patient injuries is not known prior to full investigation & operation, the ISS (along with other anatomical scoring systems) is not useful as a triage tool." ( <a href="http://www.trauma.org/index.php/main/article/383">http://www.trauma.org/index.php/main/article/383</a> , abgerufen am 7. April 2015)
Kantonsspital Winterthur	In den Unterlagen erscheint der Begriff "multifunktionaler bildgestützter Interventionsraum" (S. 8): dieser wird u.W. hier erstmals erwähnt, die Umschreibung erscheint jedoch nicht konkret. Sofern ein solcher Raum eine Rolle spielen soll in der Leistungsauftragserteilung, so stellt sich die Frage, wie genau ein solcher Raum definiert wird. Bauliche Anpassung in den Spitälern benötigen je nach Anforderungen mehrere Jahre. Je nach Definition der baulich-räumlichen Anforderungen müssen adäquate Übergangsfristen gewährt werden. Im Fall des erwähnten "multifunktionaler bildgestützter Interventionsraums" ist uns nicht klar, wie ein solcher betrieben werden soll, welche Spezialisten darin arbeiten sollten, wo er räumlich zu liegen hat, wie gross er sein muss, was drin stehen soll etc. Die Evidenz solcher Anforderungen muss klar gegeben sein, bevor sie in die Anforderungskatalog aufgenommen werden darf.
Spital Limmattal	Die Festlegung ob ein Patient in diese Leistungsgruppe gehört ist theoretisch nachvollziehbar, in der Praxis nicht anwendbar. Die Berechnung des ISS kann nicht präklinisch erfolgen. Es wäre praktikabler, bestimmte Verletzungsmuster zu definieren, beispielsweise das Vorhandensein eines schweren SHT (GCS <9). Dies kann dann durch die Sanität/Notfallarzt einfach beurteilt werden. Die Triage über das Schädelhirntrauma dürfte eine primäre Entscheidungsfindung erleichtern und sowohl aus medizinischer, wie auch aus infrastruktureller und finanzieller Sicht Sinn machen.
Spital Zollikerberg	Seit 2012 besitzen die Spitäler im Kanton Zürich Leistungsaufträge, die sich auf eine Gruppierung des Kantons abstützen. Darunter befindet sich auch eine Leistungsgruppe zum Thema "Schwere Verletzungen". Es ist für uns nicht nachvollziehbar, weshalb nun eine neue Definition geschaffen wird, obwohl die Zürcher Leistungsauftragssystematik relativ weit verbreitet ist. Die vorgesehene DRG-Systematik ist unseres Erachtens viel zu weit gefasst und es fehlt die Transparenz, welche Leistungen darunter fallen. Wenn ein Verunfallter bei uns auf der Notfallstation eingeliefert wird, ist es unmöglich vorherzusagen, welche DRG am schliesslich zur Anwendung kommt. Auch die Definition auf Seite 5 des Berichts ist aus unserer Sicht zu wenig präzisierend. Wir erwarten eine klare, transparente, relativ detaillierte Definition, am besten die bereits etablierte Zürcher Definition. Mit der vorgeschlagenen Systematik ist es für uns unmöglich zu überprüfen, ob wir von der vorgeschlagenen Massnahme betroffen sind oder nicht. Eine präzisere Definition reduziert die Notwendigkeit von Rechtsmitteln. Es ist für uns wichtig, dass unser bisheriges Leistungsspektrum, das keinen Zürcher Leistungsauftrag für Schwerverletzte beinhaltet, aufrechterhalten bleibt. Eine weitergehende Zuordnung von Fällen in den Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Schwerverletzten lehnen wir ab.
UniversitätsSpital Zürich	Ziel der Vernehmlassung ist es unserer Ansicht nach das vorgeschlagene Verfahren in der ersten Stufe des HSM Verfahrens gemäss Bundesverwaltungsgericht fachlich/inhaltlich zu prüfen. Wir sind der Ansicht, dass die vorgelegte Definition inhaltlich nicht den Anforderungen eines HSM Verfahrens genügt. Die in der Vernehmlassung genannten Vorschläge, insbesondere die Wahl des ISS als Definitionskriterium des HSM-Bereichs, sind in den kommenden 4-5 Jahren nicht oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand für alle Schweizer Spitäler oder Traumazentren umsetzbar. Die Gründe sind wie folgt: 1.) Verfügbarkeit von ISS Daten nur für äusserst kleinen Bruchteil aller Schweizer Spitäler (einzelne, selektierte Fälle aus Traumazentren) gegeben



Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
	<p>2.) Objektivität der ISS Daten nicht sichergestellt                      3.) Verankerung von ISS in SwissDRG Tarifsysteem ist weder möglich noch sinnvoll.                      4.) Die Spezifität des ISS ist schlechter als zur Verfügung stehende Alternativen. Ein Monitoring für die Gesamtschweiz ist auf Basis des ISS nicht möglich.                      5.) Für die Entscheidungsfindung im klinischen Alltag (Rettungsdienst, peripheres Spital), ob ein Patient an einem Traumazentrum behandelt werden soll oder nicht, ist der ISS gänzlich ungeeignet.</p> <p>Erläuterung;                      Zu 1.) ISS Daten sind nur in den 12 bereits etablierten Traumazentren und auch dort nur für einen Bruchteil aller Patienten verfügbar, nicht aber für alle anderen stationären Fälle in Schweizer Spitälern. Eine Steuerung oder Prüfung von Fällen auf Basis des ISS ausserhalb der etablierten Traumazentren ist nicht möglich. Die Daten aus den Traumaregistern stehen zudem beispielsweise den Kostenträgern zu Prüfungszwecken nicht zur Verfügung. Die im Vorschlag genannte Gesamtanzahl von ca. 800 Schwerverletzten pro Jahr für die Gesamtschweiz beruht auf einer Kalkulation auf Grundlage der ausschliesslich von Schweizer Traumazentren gelieferten, ISS-basierten Daten. Völlig unklar ist jedoch, wie viele Patienten mit einem ISS&gt;19 an anderen Spitalen behandelt werden, da diese Daten nicht zur Verfügung stehen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass deutlich mehr als 1000 Fälle pro Jahr das Kriterium ISS&gt;19 erfüllen würden, wenn diese Daten flächendeckend zur Verfügung stünden. Das Kriterium der Seltenheit (&lt; 1000 Fälle pro Jahr) wäre somit für diese ISS-Ränge nicht mehr gegeben.                      Zu 2.) ISS Daten sind subjektiv (Erfinder = Traumazentrum) und nicht revisionsicher, was enormes rechtliches Streitpotential in sich birgt. Zahlreiche Publikationen belegen die Variabilität der Scores je nach Erfinder, Ausbildungsgrad und Zeitpunkt der Erfassung. Dies wäre vor allem dann problematisch, wenn der ISS zukünftig wie vorgeschlagen Einfluss auf die Ermittlung von Fallpauschalen unter SwissDRG hätte. Die Folgen wären eine Flut von Rechnungsbeschwerden und ggf. nachfolgenden Verfahren zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.                      Zu 3.) In der Begründung scheint es grundlegende Missverständnisse zur Rolle der SwissDRG AG, des Fallpauschalensystems sowie der MDC 21a (Polytrauma) zu geben (bezüglich Umbau nach HSM-Vorgaben und existierender DRG-Definition Polytrauma). DRGs sind kostenhomogene Gruppen und entsprechen häufig nicht klinisch vergleichbaren Patientenkollektiven. Das ist auch nicht das Ziel eines leistungsbezogenen Tarifsystems. Zudem sind DRGs für ein Monitoring prinzipiell aufgrund der jährlichen Anpassungen (Katalogeffekte) und der damit verbundenen Variabilität in der Zuordnung zu unterschiedlichen DRGs nur sehr schlecht geeignet. Ein Monitoring sollte daher auf der Kodierung (ICD, CHOP) aufbauen und nicht auf den resultierenden DRGs. Darüber hinaus hat sich die Spezifität der MDC 21a mit lediglich 70 % als sehr tief und nicht zweckmässig herausgestellt. Die Spezifität der von der GD-Zürich vorgeschlagenen ICD- und CHOP Definition lag dagegen bezogen auf die USZ-Daten bei über 90 % und wäre damit für ein Monitoring geeignet.                      Darüber hinaus korreliert der ISS nicht mit den Behandlungskosten, da beispielsweise Fälle mit besonders hohen IS-Scores häufig sehr niedrige Behandlungskosten aufweisen (z.B. bei schwerstem Schädel-Hirn-Trauma und Verzicht auf weitere Therapiemassnahmen). Zudem existieren für den ISS weder ICD- noch CHOP Codes. Daher kann der ISS schon technisch nicht wie postuliert mit Fallpauschalen in SwissDRG verbunden oder in das Abrechnungssystem integriert werden. (Vorlaufzeit für Änderung = 4-5 Jahre)                      Zu 4.) Die Spezifität des ISS in Bezug auf die HSM-Bereichsdefinition für Schwerverletzte ist völlig unklar, da nur für eindeutig Schwerverletzte der IS-Score in den Traumaregistern erfasst wird (vgl. Einschlusskriterien). Bei ca. 800.000 jährlich verunfallten Patienten werden nur ca. 700-800 als Schwerverletzt eingestuft (also ca. 1 pro Mill, vgl. Vernehmlassung). Selbst wenn die Spezifität des IS-Scores bei 99 % läge (Analysen des USZ haben deutlich schlechtere Werte ergeben) würde das bedeuten, dass sich die Gesamtzahl aller Schwerverletzten in der Schweiz gemäss ISS um ca. den Faktor 10 erhöhen auf ca. 8.000 erhöhen würde, wenn alleine die ISS-Daten für alle verunfallten Patienten zur Verfügung stünden. Der Gesamtaufwand für die Erfassung der Scores für alle Schweizer Spitäler stünde in keinem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen. Die IQM-Definition filterte bei einer schweizweiten Analyse dagegen nur ca. 1.800 Fälle und war</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
	<p>deutlich spezifischer, als die zur Verfügung stehenden Alternativen. Zu 5.) Ungeachtet seiner wissenschaftlichen Bedeutung hat der ISS im klinischen Alltag für die Steuerung von Patientenflüssen keine Bedeutung, da er präklinisch (beispielsweise durch den Rettungsdienst) nicht ermittelt werden kann.</p> <p>Fazit: Wie in anderen HSM-Bereichen auch sollte sich die Definition des HSM-Bereichs für Schwerverletzte alleine an Abrechnungsdaten (Diagnose- und Prozedurencodes) orientieren. Diese existieren flächendeckend für alle Schweizer Spitäler, sie folgen einheitlichen Kodierrichtlinien und Sie sind im Gegensatz zu den Registerdaten für alle Beteiligten Interessensgruppen (HSM-Organ, GD, Spitäler, Versicherer) verfügbar. Zudem lässt sich der Verlauf der Fallzahlen aller Spitäler anhand dieser Daten für die vergangenen und die kommenden Jahre monitoren. Eine spezifische Selektion von Schwerverletzten ist anhand der Kodierung mittels der von der GD-Zürich vorgeschlagenen, modifizierten IQM-Definition bereits jetzt möglich. Die Definition hat sich zudem im Vergleich zum ISS sowie der DRG-Kategorien für Polytraumata als deutlich spezifischer erwiesen (gemessen an klinischen Kriterien zur Selektion von Schwerverletzten). Leider wird in der Vernehmlassung auf diese zur Verfügung stehende Alternative gar nicht eingegangen.</p>
<b>Versicherer</b>	
santésuisse	<p>Die in der obigen Rubrik genannten Definitionen der Leistungszuteilung sind nicht klar geregelt / abgegrenzt. Gerade Polytrauma können häufig mit Verbrennungen kombiniert sein (Autounfall). Welches sind die Entscheidkriterien? Was sind die Entscheidkriterien bei Jugendlichen (Zuordnung zur hochspezialisierten Pädiatrie / Kinderchirurgie versus Schwerverletzte? Verwirrend sind hier auch unterschiedliche Definitionen des ISS Schweregrades (16 versus 20).</p> <p>Sind bei der Zuordnung geografische Verteilmuster bekannt und zu berücksichtigen? Zum Beispiel erhöhter Bedarf entlang der Hauptverkehrsachsen? Warum wurde bezüglich ISS vom Standard anderer europäischer Ländern abgewichen? ISS 16 versus 20? Es fehlen die Konzepte für Traumanetzwerke mit vorgelagerten Spitälern. Häufig wird das Ausmass innerer Verletzungen eines Polytraumas erst in der Notfall erkannt. Sicherstellung einer zeitnahen Telekommunikation aller klinischen und aller Bilddaten, sowie Sicherstellung der Kommunikationswege und Patientenidentifikation.</p>
<b>Dekanate der medizinischen Fakultäten</b>	
Medizinische Fakultät Bern	Siehe Stellungnahme des Inseospitals Bern zu Frage 3 auf Seite 12.
<b>Fachorganisationen</b>	

Adressaten	Kommentar zu Frage 3 im Fragenkatalog
<b>und andere interessierte Organisationen</b>	
Groupe des Quinze	Siehe Stellungnahme des Universitätsspitals Basel zu Frage 3 auf den Seiten 12 und 13.
<b>Weitere</b>	
SMV - Société Médicale du Valais	La discussion montre la difficulté d'arriver à une définition 'correcte' et surtout utilisable dans une situation de tri d'urgence sur le lieu de prise en charge du blessé.

#### 4 Fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“ im Tarifsystem SwissDRG

Die Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die eingetroffenen Kommentare zur Abbildung des betroffenen HSM-Bereichs im Tarifsystem SwissDRG. Von 60 beteiligten Stellungnehmenden haben 26 eine Anmerkung angebracht (davon 7 Kantone, 16 Spitäler, 1 Dekanat einer medizinischen Fakultät 1 Fachorganisationen oder andere interessierte Organisationen und 1 weitere), 34 haben auf einen Kommentar verzichtet.

Tabelle 4. Übersicht der Anmerkungen zur Abbildung des HSM-Bereichs auf der Ebene SwissDRG. (–), keine Stellungnahmen eingegangen.

Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
<b>Kantone</b>	
BL	Es ist uns nicht klar, in welcher Form die vorgeschlagene Kombination von ISS/AIS und DRG System erfolgen soll.
JU	Etes-vous certain que le code DRG W61B (soit un polytraumatisme non grave à qui l'on ne fait aucun traitement invasif) constitue bien de la médecine hautement spécialisée? Si le Système de score AIS/ISS est capable de donner une image réelle de la gravité des atteintes, le système DRG est un peu trop imprécis. Il est donc indispensable de cumuler les critères. Il faut veiller à ce qu'une fracture de cheville traitée conservativement + une fracture de poignet traitée conservativement + une commotion cérébrale légère ne soit pas considérée comme de la MHS.
NW	Der Bericht definiert den HSM-Bereich der Behandlung von Schwerverletzten anhand der national und international am häufigsten verwendeten Beurteilungsinstrumente ISS und AIS. Die Anknüpfung an anerkannte und bewährte Kriterien ist zu befürworten. Gemäss Bericht "könnte" die Definition mit DRG's für schwere Verletzungen kombiniert werden. Offen bleibt bei dieser Formulierung, ob der HSM-Bereich allein über die ISS- und AIS-Kriterien definiert wird oder zusätzlich/alternativ über die im Anhang 1 aufgeführten DRG's. Es widerspricht dem Legalitätsprinzip, wenn die Definition des HSM-Bereiches nicht eindeutig festgelegt wird. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass das DRG-System ein lernendes und sich veränderndes System ist und wie auch die ICD- und CHOP-Codes, die diesem zugrunde liegen, weiterentwickelt und angepasst werden. Eine Definition des HSM-Bereiches mittels DRG-Codes, die sich verändern und von Dritten angepasst werden, ist ungeeignet, widerspricht dem Legalitätsprinzip und auch den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts, welches eine klare Definition der HSM-Bereiche fordert.
SG	In der Basis DRG W (Polytrauma) sollte die Benennung Polytrauma durch den Titel Schwerverletzte ersetzt werden. Eine Ansteuerung der 8 DRG's der MDC 21 A sollte durch den ISS $\geq 20$ oder bei Kopfverletzung durch den AIS $\geq 3$ getriggert werden. Die Empfehlung auf Seite 5, letzter Abschnitt wird ausdrücklich begrüsst
VS	Nous regrettons que les cas MHS des Trauma Center (prise en charge des blessés graves) ne puissent être identifiés par le biais de la classification retenue par le CDS pour les planifications hospitalières (SPLG). Ces prestations doivent pouvoir être identifiées par les cantons et les hôpitaux pour garantir une certaine surveillance.

Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
ZG	Aus der Erfahrung mit den Kostengutsprachen zweifeln wir an der derzeitigen Möglichkeit der korrekten Abbildung in der Tarifstruktur SwissDRG.
ZH	Die DRG-Klassifikation bezweckt zur Hauptsache die Einteilung stationärer Patienten in kostenhomogene Fallgruppen. Dagegen bedarf es für die trennscharfe Abbildung und das Monitoring des HSM-Bereiches "Behandlung von Schwerverletzten" eines leistungsbezogenen Klassifikationssystems. Es ist deshalb auch aus tarifarischer Sicht auf der Kodierung ICD/CHOP aufzubauen und nicht auf den daraus resultierenden DRG's. Des Weiteren verweisen wir auch zu diesem Punkt auf die diesbezügliche Stellungnahme des USZ vom 30. März 2015.
<b>Spitäler</b>	
Hôpital du Jura	Siehe Stellungnahme des Kantons Jura zu Frage 4 auf Seite 19.
Spitalzentrum Biel	Zu W02A und W02B: Es ist nicht immer möglich die Eingriffe als nur 'mit komplizierend' oder nur 'ohne komplizierend' zu klassifizieren. Es kommt doch immer wieder vor, dass ein Eingriff an einer bestimmten Lokalisation z.B. 'mit komplizierend' codiert werden müsste, ein anderer 'ohne komplizierend'. Falls beide Codes gleichzeitig verwendet werden dürften, wäre dies kein Problem, ansonsten müsste ein weiterer Code eingeführt werden. Das gleiche gilt für W61A und W61B. Zu W60Z: Man könnte sich auch fragen, ob ev. verstorben <7 Tage nach Aufnahme sinnvoll wäre.
Kantonsspital Graubünden	- In der SwissDRG-Version 4.0 ist die DRG W36Z neu aufgesplittet in W36A und W36B. - Wir schlagen vor, dass die folgenden DRG's A07A/ A07B / A07C überprüft werden und allenfalls in die Liste mitaufgenommen werden. Aus unserer Sicht könnten diese durch die DRG-Zuordnungsdefinition von " komplexe OR- Prozeduren oder Polytrauma" evtl. die Aufnahmekriterien erfüllen.
Kantonsspital Luzern	Siehe Stellungnahme des Kantons Nidwalden zu Frage 4 auf Seite 19.
Hopital neuchâtelois	Cela rejoint la question 2 : les hôpitaux non trauma center seront-ils rémunérés normalement pour le premier jour d'hospitalisation d'un patient traumatisé grave passé par les urgences puis transféré en CHU ?
Kantonsspital St.Gallen	In der Basis DRG W (Polytrauma) sollte die Benennung Polytrauma durch den Titel Schwerverletzte ersetzt werden. Eine Ansteuerung der 8 DRG's der MDC 21 A sollte durch den ISS $\geq 20$ oder bei Kopfverletzung durch den AIS $\geq 3$ getriggert werden. Wir stimmen der Empfehlung Abs. 7, S. 5 "Diese Definition könne man.... ersetzt werden sollte" zu.
Hôpital du Valais	Une meilleure rémunération (couvrant les frais effectifs) doit être prévue pour ces cas.
Kantonsspital Aarau	SwissDRG bildet allein knapp 20% unserer HSM-Patienten bzw. nur ca. 50% unserer Polytraumapatienten (Def.: ISS>15 & mind. zwei AIS-Regionen betroffen) korrekt ab. Umgekehrt werden mittels Swiss-DRG-Polytrauma > 50% Patienten erfasst, welche nicht in die HSM-Kategorie gehören. Um eine sichere Zuordnung

Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
AG	<p>der HSM-Polytrauma-Patienten zu ermöglichen, ist eine AIS- bzw. ISS-Codierung notwendig (beispielsweise als Zusatz CHOP-Code - bedingt einen Antrag an das BSF). Zu deren standardisierten Erfassung (inkl. ACS-approbierter Schulung) sind bisher nur die 12 Traumazentren im Rahmen des CH-Traumaregisters verpflichtet. Ein alternatives Vorgehen mittels z.B. Übersetzung der verletzungsbezogenen Codes des ICD-10 in den AIS 2005 gemäss Dissertation Nicolov (Uni Münster 2010), wie unter Ref. 11 des Reevaluation-Vernehmlassungsberichtes vom 19.2.15 zitiert, ist unseres Wissens bis dato nicht validiert worden.</p>
Regionalspital Lachen	<p>Aufgrund der vorhergehenden Antworten nicht nötig. Siehe Stellungnahme des Regionalspitals Lachen zu den Fragen 2 (Seite 6) und 3 (Seite 12) sowie Kapitel 7 (Seiten 35 und 36).</p>
Inselspital Bern	<p>Kommentar zur Grundlage des medizinischen Datensatzes und zum Anhang 1</p> <p>Auf Grundlage des für die medizinische Statistik der Krankenhäuser und für die abrechnungstechnische Gruppierung nach SwissDRG erhobenen medizinischen Datensatzes können stationäre Fälle nach bestimmten Kriterien gruppiert werden. Eine Gruppierung dieser Daten kann bedingt auch nach AID/ISS erfolgen, da die Variablen wie die betreffenden Diagnosen (z. T. auch der jeweilige Schweregrad; ICD Katalog), das Alter, der intensivmedizinische Aufwand (Scores), operative und andere Massnahmen (CHOP Katalog) in diesem Rahmen erhoben werden. Da jedoch nicht alle Diagnosen in ihrer Differenziertheit so wie von AIS/ISS gefordert kodiert werden können, würde eine Nachgruppierung bestimmte systemische Fehler enthalten. Dennoch wäre ein solches Verfahren bei Gruppierungen durch einen neutralen Partner reproduzierbar und wenig manipulierbar, da der medizinische Datensatz von den Spitälern nach reVISIONSSICHEREN Prozessen erstellt werden muss.</p> <p>Anmerkungen zum Anhang 1:</p> <p>Wählt man den Weg, aufgrund bereits bestehender Gruppierungslogiken wie SwissDRG Gruppierung oder den SPLGs (Spitalleistungsgruppen Akutsomatik) Fälle für die HSM zu selektionieren, stösst man auf bestimmte Probleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die in Anhang A1 aufgeführten DRGs (MDC 21 A Polytraume) beinhalten nicht alle Fälle welche gemäss allgemein definierter Kriterien für die Auswahl HSM berücksichtigt werden sollten, auf welche die Definition Polytrauma oder Trauma mit schwerer Einzelverletzung zutrifft. So würden die Fälle unberücksichtigt bleiben, welche in die bisher unbewerteten Polytrauma DRGs W01A, W05Z und W04Z fallen oder in weitere PräMDCs wie DRG A07A, A07B, A11C, A13D. Zudem wären Fälle mit schweren Einzelverletzungen nicht ausreichend berücksichtigt (Beispiel: DRG B61A oder B78A). Um also Fälle anhand der Gruppierung in SwissDRGs zu selektieren, müsste differenzierter vorgegangen werden, ggf. eine Vorauswahl anhand von Diagnosekombinationen ähnlich wie bei eine SPLG getroffen werden und die Liste der in Frage kommenden DRGs um alle erweitert werden, welche möglicherweise Polytraumata oder schwere Einzelverletzungen beinhalten. Ganz generell auch hier noch der Hinweis, dass die PräMDC Gruppierung einer bestimmten Hierarchie folgt und deshalb Polytraumafälle in unterschiedlichste PräMDCs fallen können; siehe auch Definitionshandbuch SwissDRG Band 1, Seite 43 PräMDC Ablaufdiagramm.</li> <li>2. Die Gruppierung gemäss SPLG bietet a priori bereits eine Einordnung der Polytraumafälle in die UNF 1 Unfallchirurgie (Polytrauma) an. Durch eine Kombination von Diagnosen werden hier die Fälle mit multiplen Verletzungen abgebildet. Dieser Anhalt beinhaltet jedoch zwei Nachteile. Ersten kann anhand der ICD Kodierung der Diagnosen der Schweregrad einer einzelnen Verletzung nur bedingt abgebildet werden (Beispiel Verletzung Aorta abdominalis- keine Kodierung des Ausmasses der Verletzung möglich; hingegen Verletzung Leber - Kodierung Schweregrad möglich). Dies führt dazu, dass in der SPLG Polytrauma zwar Fälle mit multiplen Verletzungen eingeordnet werden, diese sich jedoch in unterschiedlichstem Schweregrad und unterschiedlichstem Behandlungsaufwand darstellen. Zweitens ist der Gruppierung nach SPLG die Abbildung von schweren Einzelverletzungen mit hohen Anforderungen an die Versorgung nicht gewährleistet</li> </ol>

Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
	<p>(Beispiel Fall Rissverletzung Leber mit partieller Hepatektomie). Sollte also eine Entscheidung zugunsten der Gruppierung nach SPLG fallen, müssten die Gruppen kombiniert werden, beispielsweise alle Fälle UNF1 (alle Polytraumafälle) plus alle Fälle mit einer Diagnose aus Diagnoseliste UNF1 und Eingriffe gemäss VIS1.2 (alle Fälle Trauma plus grosser Lebereingriff), im weiteren ähnliche Kombinationen für andere Fachgebiete/anatomische Bereiche.</p> <p>Abschliessend kann festgehalten werden, dass aufgrund der Transparenz und Reproduzierbarkeit eine Definition der Fälle anhand des medizinischen Datensatzes wünschenswert wäre. Hier muss sich aber eng an den Anforderungen AIS/ISS orientiert werden, um eine möglichst medizinisch sinnvolle Eingruppierung zu erwirken. Weder auf alleiniger Grundlage der SwissDRGs noch der SPLGs, sondern nur unter Kombination mehrerer Systeme wäre dies erreichbar (analog der Gruppierung nach HSM Anforderungen an die "hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen"). Hier wäre die Projektgruppe der GDK gefordert, einen Grupper zu entwickeln, welcher ebenso nach Diagnosen und Diagnosekombinationen als Voraussetzung die Fälle gemäss einer alle Polytraumafälle und schwere Einzelverletzungen umfassenden Selektion von DRGs und SPLG Tabellen (insbesondere auch Tabellen, welche die Massnahmen bei schweren Einzelverletzungen beinhalten) liefert. Da dies für die Auswahl "hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen" bereits einmal grundlegend erarbeitet wurde, stellt es sich als realisierbar dar. Für die Spitäler ist es unter dieser Herangehensweise vorteilhaft, dass die Daten nicht gesondert aufbereitet werden müssten, eine Lieferung über die medizinische Statistik bereits sichergestellt wäre.</p>
<p>Universitätsspital Basel (USB)</p>	<p>Die Abbildung des HSM-Leistungsbereichs durch die MDC 21A ist ungenügend und dies ist auch durch eine Umbenennung dieser MCD nicht behebbar. Die genannten DRGs unter der MDC 21A decken namentlich nicht alle Polytraumata und schweren Einzelverletzungen (z.B. Schädel-Hirn-Traumata oder schwere innere Verletzungen) ab, die der Beschreibung im HSM-Bericht entsprechen. Unberücksichtigt sind namentlich Fälle, welche in die DRGs W01A, W05Z und W04Z fallen oder in weitere PräMDCs wie DRG A07A, A07B, A11C, A13D. Zudem wären Fälle mit schweren Einzelverletzungen nicht ausreichend berücksichtigt (Beispiel: Fälle in den DRGs B61A oder B78A). Innerhalb dieser DRGs wäre jedoch vermutlich eine Selektion der HSM-Fälle notwendig.</p> <p>Um Fälle anhand der Gruppierung in SwissDRGs zu selektieren, müsste differenzierter vorgegangen werden: Es müsste, wie bei den Spitalplanungsleistungsgruppen von einer Vorauswahl von kombinierten ICD-10-Diagnosecodes und CHOP-Kodes ausgegangen werden. Diese können wiederum kombiniert werden mit einer Liste der in Frage kommenden DRGs, welche Polytraumata oder schwere Einzelverletzungen beinhalten können. Das USB erachtet dieses Vorgehen als realisierbar.</p> <p>Eine Neudefinition und Anpassung von DRGs bzw. der Systematik von SwissDRG an die Kategorisierungsbedürfnisse der IVHSM wird vom USB hingegen nicht als zielführend angesehen. Sie wäre systemfremd und kann verzerrend wirken, denn DRGs sind kostenbezogene Fallgruppen, die eigenen Gesetzmässigkeiten und Anpassungsmechanismen unterstehen. Diese Aussage geschieht ungeachtet der Tatsache, dass die Hochkostenfälle im Bereich der Schwerverletzten und Polytraumata in SwissDRG derzeit nicht angemessen abgebildet werden. Eine Anpassung der DRGs in diesem Bereich hat jedoch der Logik der angemessenen Abbildung der Kosten zu folgen und nicht der Zuordnung zu verschiedenen Versorgungsniveaus.</p>
<p>Ente Ospedaliero Cantonale</p>	<p>SwissDRG con ISS&gt;=20 da considerare pure come politraumi.</p> <p>SwissDRG                    Descrizione</p> <p>A07A      Respirazione assistita &gt; 499 ore e &lt; 1500 ore con procedura OR complessa o politrauma o terapia a pressione negativa complessa, con intervento</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
	altamente complesso o terapia intensiva complessa > 3430 / 3680 punti risorse
	A07B Respirazione assistita > 499 ore e < 1500 ore con procedura OR complessa o politrauma o terapia a pressione negativa complessa , o età < 16 anni
	A11A Respirazione assistita > 249 ore e < 500 ore con intervento altamente complesso o terapia intensiva complessa > 1470 / 1656 punti o con intervento per malformazione congenita, età < 2 anni o con procedure OR specifiche e procedure complicanti, con terapia intensiva complessa > 1470 / 1656 punti o età < 16 anni
	A11B Respirazione assistita > 249 e < 500 ore con procedura OR complessa, senza intervento altamente complesso, senza terapia intensiva complessa > 1470 / 1656 punti, senza procedure complicanti
	B20A Craniotomia o intervento maggiore alla colonna vertebrale con procedura complessa, età < 16 anni o con monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio
	B20B Craniotomia o intervento maggiore alla colonna vertebrale con procedura complessa, età > 15 anni, senza monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio
	B36A Terapia intensiva complessa > 1470 / 1656 punti risorse o > 980 / 1104 punti risorse con procedura OR specifica per malattie e disturbi del sistema nervoso
	B36B Terapia intensiva complessa > 980 / 1104 punti risorse e < 1471 / 1657 punti risorse senza procedura OR specifica o > 392 / 552 punti risorse e < 981 / 1105 punti risorse con procedura OR specifica per malattie e disturbi del sistema nervoso
	B78A Traumatismo intracranico, con diagnosi complicanti o età < 1 anno
	B78C Traumatismo intracranico, 1 giorno di degenza
	B79Z Fratture del cranio
	W01B Politrauma con respirazione assistita o craniotomia, o terapia a pressione negativa complessa o intervento microvascolare, senza riabilitazione precoce, con respirazione assistita > 120 ore
	W01C Politrauma con respirazione assistita o craniotomia, senza terapia a pressione negativa complessa, senza intervento microvascolare, senza riabilitazione precoce, senza respirazione assistita > 120 ore
	W36Z Terapia intensiva complessa > 980 / 1104 punti risorse per politrauma
	W60Z Politrauma, decesso < 5 giorni dopo l'ammissione
	W61A Politrauma senza interventi significativi con diagnosi complicanti



Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
	W61B Politrauma senza interventi significativi senza diagnosi complicanti X60Z Traumatismi e reazioni allergiche
Zuger Kantonsspital AG, Baar	Wir sind der Meinung, dass zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der ungenügenden Datenlage eine sinnvolle Integration der Behandlung von Schwerverletzten in die Tarifstruktur SwissDRG weder möglich ist noch zweckmässig wäre. Entsprechend soll auf die Verknüpfung mit den DRGs für schwere Verletzungen bis auf weiteres verzichtet werden.
Kantonsspital Winterthur	Beschreibung des HSM-Bereiches (S.5, unterster Abschnitt): hier wird erwähnt, dass die Definition der Schwerverletzten (ISS 20/AIS-Head >=3) mit den DRGs kombiniert werden könnte. Diese DRGs werden im Anhang 1 genannt. Sie erscheinen uns unklar - insbesondere die beiden ersten W01B/C. Falls so eine Kombination in Betracht gezogen werden sollte erscheint es uns wichtig, dass diese schwammigen Definitionen klarer formuliert werden. Wir würde die Überarbeitung via CHOP-Codes und "üblicher Spitalleistungsgruppierung" gemäss dem Vorschlag des Kantons Zürich befürworten, auch wenn auch dieser Weg nicht ohne Probleme ist.
Spital Zollikerberg	Wie erwähnt erachten wir die DRG-Systematik als ungeeignet für die Definition derjenigen Fälle, welche unter die HSM fallen. Selbstverständlich muss es für die Abrechnung DRGs geben.
UniversitätsSpital Zürich	Anhang A1 gibt die MDC 21a gemäss Fallpauschalenkatalog SwissDRG wieder und entspricht weder einer vollständigen Auflistung der über die DRG-Definition für Polytraumata angesteuerten DRGs (vgl. z.B. DRG A07A), noch ist die MDC 21a dazu gedacht, die "Schwerletzten" nach HSM-Definition abzubilden. Eine Umbenennung in "Schwerverletzte" ist eher irreführend und aus Sicht des USZ nicht sinnvoll. Die MDCs sind medizinische Kategorien, die beispielsweise bei der Entscheidung ob es bei einem Wiedereintritt von Patienten zu einer Fallzusammenführung kommt oder nicht, eine entscheidende Rolle spielen. Ein Grossteil der Schwerverletzten wird jedoch in den Prä-MDCs abgebildet und nicht in der MDC 21a. In die Prä-MDCs gruppieren vor allem Polytraumata mit hohen Beatmungstunden oder hohem intensivmedizinischen Aufwand. Eine bessere Abbildung der Schwerverletzten Patienten unter SwissDRG ist dennoch eine Herausforderung für kommende Jahre, da diese Patienten unter SwissDRG aktuell am USZ nicht annähernd kostendeckend behandelt werden können.
<b>Versicherer</b>	
	(-)
<b>Dekanate der medizinischen Fakultäten</b>	
Medizinische Fakultät Bern	Siehe Stellungnahme des Inseleospitals Bern zu Frage 4 auf den Seiten 21 und 22.

Adressaten	Kommentar zu Frage 4 im Fragenkatalog
<b>Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen</b>	
Groupe des Quinze	Siehe Stellungnahme des Universitätsspitals Basel zu Frage 4 auf Seite 22.
<b>Weitere</b>	
SMV - Société Médicale du Valais	Il nous semble évident qu'il faut palier rapidement à une telle discrépençe entre le prix payé et les frais largement plus élevés d'une prise en charge d'un patient blessé grave.

## 5 Interesse an einem Leistungsauftrag für den im erläuternden Zuordnungsbericht definierten HSM-Bereich „Behandlung von Schwerverletzten“

Die Frage Nr. 5 richtete sich lediglich an die Leistungserbringer, mit dem Ziel, die Anzahl der an einem Leistungsauftrag interessierten Leistungserbringer zu eruieren. Von 30 beteiligten Stellungnehmenden (Leistungserbringer) sind 17 an einem Leistungsauftrag interessiert, 10 sind nicht an einem Leistungsauftrag interessiert und 3 haben dazu nicht Stellung genommen. 12 Leistungserbringer sowie 3 weitere Vernehmlassungsteilnehmer haben eine Anmerkung angebracht.

Tabelle 5. Übersicht der Anmerkungen zum Interesse an einer Leistungserbringung.

Leistungserbringer	Kommentar zu Frage 5 im Fragenkatalog
Spitalzentrum Biel	Prinzipiell ist jedes Spital, welcher Grösse auch immer, an Leistungsaufträgen interessiert. Das Spitalzentrum Biel, als Spital mit erweiterter Grundversorgung, behandelt immer wieder mehrfach- bis schwerverletzte Patienten, welche gegebenenfalls in ein Traumazentrum verlegt werden. Auf Grund der fehlenden Infrastruktur (keine Neurochirurgie), der zu kleinen Fallzahlen und den personellen Anforderungen macht es für unser Spital keinen Sinn einen Leistungsauftrag für die Behandlung von Schwerverletzten zu beantragen.
Hôpital Fribourgeois	Nous prenons en charge les polyblessés ou polyfracturés s'ils arrivent à l'HFR, Fribourg hôpital cantonal, le seul du réseau disposant des compétences en terme de réanimation aux urgences, de compétences en anesthésie, chirurgie viscérale, orthopédie et soins intensifs. Tous les patients avec des neurotraumas sont "exportés" du lieu de l'événement soit vers le CHUV soit vers l'Insel
Kantonsspital Luzern	Das Luzerner Kantonsspital ist seit November 2013 nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) als überregionales Traumazentrum zertifiziert. Momentan laufen die Zertifizierungen der Regionalspitäler Schwyz, Stans und des Paraplegikerzentrums Nottwil. In den anderen Regionalspitälern, Wolhusen, Sursee, Altdorf und Zug sind ebenfalls Bemühungen und die Bereitschaft vorhanden, dem Traumanetzwerk Zentralschweiz beizutreten. Die Region Zentralschweiz wäre damit das erste, von der DGU zertifizierte Schweizerische Traumanetzwerk. Entsprechend den Kriterien eines Traumanetzwerkes sind Fortbildungsveranstaltungen für die Netzwerkteilnehmer mit der Qualitätskontrolle anhand des DGU-Traumaregisters erforderlich, und vorgesehen. Qualitätssichernde Forschung wird am Luzerner Kantonsspital seit Jahren durchgeführt.
Hôpital de Sion / Valais	L'Hôpital de Sion a déjà été validé pour la prise en charge des blessés graves. Nous manifestons notre intérêt de maintenir cette prestation MHS en Valais et continuer à faire parti des 12 centres Suisse.
Hôpital du Valais	Oui. Pour l'Hôpital du Valais, le site de Sion souhaite poursuivre la prise en charge de ce type de prestations. Une demande en ce sens a été déposée (réévaluation).
Kantonsspital Baden AG	Die Zuteilung der Versorgung von schwerst verletzten Patienten unterliegt aktuell gemäss ihren Kriterien einerseits dem ISS > 20 andererseits der schwere des Schädel- Hirn Traumas AIS Head > 3. Die Bestimmung des ISS ist auf Unfallplatz bekanntlich äusserst schwierig und für die Präklinik ungeeignet. Die Kantonsspital Baden AG (KSB) behandelt aktuell diverse Patienten ISS > 20, z.B. Milzruptur in Kombination mit einer Rippenserienfraktur. Patienten mit

Leistungserbringer	Kommentar zu Frage 5 im Fragenkatalog
	<p>einem isolierten schweren Schädel Hirn Trauma oder in Kombination mit einem mittelschweren - schweren Schädel Hirntrauma werden nicht im KSB behandelt, dies, weil das KSB über keine Neurochirurgie im Hause verfügt. Hier besteht aber eine enge Zusammenarbeit mit dem KSA.</p> <p>Grosse Kantonsspitäler, ohne neurochirurgische 24h Versorgung, wie das KSB und über die notwendige Infrastruktur und das nötige know how zur Behandlung von schwerst verletzten Patienten verfügen, sollten Patienten ISS &gt; 20 unter Ausschluss eines mittelschweren-schweren SHT behandeln dürfen.</p>
Regionalspital Lachen	<p>Siehe auch Stellungnahme des Regionalspitals Lachen zu Frage 6 auf Seite 31. Wir finden es mehr als fragwürdig, dass man diese Frage bereits stellt, obwohl die Grundsatzfrage Zuordnung zu HSM noch gar nicht geklärt ist. Die Frage ist auch sprachlich so gestellt, als wäre es bereits klar, dass die Zuordnung kommt und zwingt uns in jedem Fall, hier ein Ja zu setzen, da wir viele Behandlungen durchführen, die betroffen wären. Es ist nicht nachvollziehbar, warum man nicht endlich aufhört mit den Zuordnungen und diese nur in den wirklich hochspezialisierten Bereich hinein entwickelt.</p>
Spital Schwyz	<p>Aus genannten Gründen sind wir verpflichtet, vorsorglich unser Interesse an einem Leistungsauftrag bekannt zu geben.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale	<p>Come uno dei 12 centri in Svizzera con un mandato fino al 31.12.2014, che è prolungato fino alla nuova assegnazione, è volontà dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) che il mandato ci sia assicurato anche in futuro. Poiché l'EOC copre questo fabbisogno per tutto il territorio della Svizzera Italiana, trattandosi di patologie connesse all'urgenza/emergenza riteniamo essenziale la centralizzazione di questi casi in un unico centro nella nostra regione, come pure la necessità di avere un centro anche al Sud delle Alpi in considerazione dell'isolamento geografico e della distanza dal resto della Svizzera, senza dimenticare la differenza linguistica e culturale che renderebbe estremamente difficile ed emotivamente impegnativa la sistematica gestione di questi pazienti nel resto della Svizzera.</p>
Zuger Kantonsspital AG, Baar	<p>Das von Ihnen gewählte Vorgehen mit einer Interessenbekundung bereits zum jetzigen Zeitpunkt erachten wir als nicht zweckdienlich. Ohne Kenntnis der rechtskräftig verabschiedeten HSM-Leistungszuteilung (insbesondere unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen ein HSM-Leistungsauftrag für die Behandlung von Schwerverletzten erteilt werden kann) bleibt uns jedoch keine andere Möglichkeit, als unser Interesse anzumelden.</p>
Spital Limmattal	<p>Als mittelgrosses Spital an einer geographisch pivotalen Lage (Verkehrskreuz/viel Industrie) sind wir an einem Leistungsauftrag Polytrauma in bedingtem Masse interessiert, i.e. ohne Neurotrauma. Mit Ausnahme des Neurotraumas können wir beispielsweise sämtliche Polytraumaverletzungen behandeln, sowohl von Seiten der medizinischen Qualifikation der Ärzte wie auch von infrastruktureller Seite. Eine Nichterteilung eines Leistungsauftrages würde die Versorgungssicherheit der Region verschlechtern.</p>
UniversitätsSpital Zürich	<p>Das USZ ist als Zentrum der Maximalversorgung an einer Fortführung des Leistungsauftrages interessiert und wird die Bewerbungsunterlagen fristgerecht einreichen.</p>
Schweizerische Gesellschaft für Notfall und Rettungsmedizin	<p>Der Begriff "Polytrauma" soll ersetzt werden durch den Begriff "Schwerstverletzter".  Ein "Schwerstverletzter" muss mindestens eine der Bedingungen erfüllen:  - ISS 16 und mehr. Grundsätzlich gäbe es auch Überlegungen, die den Wert auf ISS 20 und mehr festlegen würden.  - AIS Kopf 3 und mehr</p>

Leistungserbringer	Kommentar zu Frage 5 im Fragenkatalog
SGNOR	
Privatkliniken Schweiz	Dachverband
SMV - Société Mé- dicale du Valais	Il nous semblerait important pour la prise en charge future de nos patients qu'un maximum de blessés graves puissent être pris en charge en Valais, vu la grande expérience qu'on nos chirurgiens/traumatologues dans ces prises en charges. Par contre, il est évident, que les blessés doivent être envoyés plus loin, si la complexité des lésions dépasse les capacités locales. Il nous semblerait important que l'Hôpital du Valais puisse maintenir son mandat de 'Traumacenter' et nous partons du principe que l'HVS déposera sa candidature.

## 6 Weitere Anmerkungen oder Kommentare

Zusätzliche eingereichte Kommentare sind in der Tabelle 6 zusammengefasst. Von 60 beteiligten Stellungnehmenden haben 24 eine Anmerkung angebracht (davon 7 Kantone, 12 Spitäler, 1 Versicherer, 1 Dekanat einer medizinischen Fakultät, 2 Fachorganisationen oder andere interessierte Organisationen und 1 weitere), 36 haben auf einen Kommentar verzichtet.

Tabelle 6. Weitere eingetroffene Anmerkungen. (–), keine Stellungnahmen eingegangen.

Adressaten	Kommentar zu Frage 6 im Fragenkatalog
<b>Kantone</b>	
BS	Der Kanton Basel-Stadt dankt für den Einbezug zur Stellungnahme für die Zuordnung zum HSM Bereich "Behandlung von Schwerverletzten". Der erläuternde Bericht vom 19.02.2015 gibt einen wertvollen Einblick über den Leistungsbereich, dennoch vermischen wir die aktuellen Zahlen von den involvierten Spitälern. Die von ihnen aufgeführten Zahlen beziehen sich auf die Jahre 2005-2009 und lassen keine Rückschlüsse zu, ob eine weitere Konzentration angezeigt ist.
NW	Aufgrund der geographischen Lage ist das Luzerner Kantonsspital das Zentrumsspital der Zentralschweiz mit allen Disziplinen. Es ist das grösste nicht-universitäre Spital der Schweiz. Dem Luzerner Kantonsspital fehlt eine laborgestützte Forschung. Ansonsten sind sämtliche klinische Forschungsmöglichkeiten vorhanden und werden ausgeschöpft. Das Luzerner Kantonsspital ist ein zertifiziertes Studiencenter der AOCID und gehört damit zu den 33 weltweit zertifizierten klinischen Referenzzentren der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen.
OW	Aus Sicht vom Kanton Obwalden, ist es dringend notwendig, dass das Kantonsspital Luzern als Zentrumsspital in der Zentralschweiz, die Versorgung für diese Region sicherstellen kann. Wie in der fachlichen Argumentation ausgeführt, spielt die Zeit bis zum Eintreffen im Schockraum eine wesentlichen Rolle für eine optimale Behandlung.
SG	Offenbar ist - wie das Kantonsspital St.Gallen uns mitteilt - der administrative Aufwand für das HSM-Verfahren "Behandlung von Schwerverletzten" (z.B. Zuordnung/ Bewerbung/Teilnahme) sehr gross und sollte reduziert werden.
TG	Zweckmässige Definition, korrekte Zuteilung zu HSM
VS	Par son attrait touristique, le canton du Valais voit sa population fortement augmentée en période hivernale et estivale ce qui augmente le nombre d'interventions, en particulier suite à un accident de sport ou durant les loisirs. Comme soulevé dans votre rapport explicatif, le pronostic des patients à la suite de lésions graves dépend de la rapidité de la prise en charge et de son acheminement vers un centre de traumatologie spécialisé. Dans ce sens, nous estimons que le maintien du mandat au site de Sion de l'Hôpital du Valais est important pour garantir des résultats optimaux aux patients. En outre, le site de Sion se situe à proximité de la Clinique romande de réadaptation. Ces deux établissements collaborent ensemble autour de compétences de pointe dans ce domaine. Ainsi, non seulement la prise en charge préhospitalière est primordiale, mais également le potentiel de réadaptation.

Adressaten	Kommentar zu Frage 6 im Fragenkatalog
	<p>Nous vous remercions d'avoir pris en compte notre remarque quant à la séparation temporelle de la procédure de rattachement à la MHS puis de l'appel d'offre. Le fait que la procédure de candidature ne soit pas simultanée à la procédure de rattachement du domaine MHS est judicieux.</p>
ZH	<p>1. Fallzahlen (Kriterium Seltenheit)                      Gegenüber dem Erläuterungsbericht vom 03. Mai 2011 wird die nationale Fallzahl der schwerverletzten HSM-behandlungsbedürftigen Patienten von jährlich 700-800 neu mit 800-1'000 Fällen beziffert. Die Zahlenangaben basieren auf Erhebungen unter den 12 Schweizer Traumazentren der Jahre 2005-2009 sowie Expertenmeinungen. Sie sind zwischenzeitlich veraltet und wurden im Rahmen der laufenden Re-Evaluation auch nicht nachgeführt. Zudem waren die damaligen Erhebungen lediglich als Teilerhebung unter den 12 etablierten Traumazentren und nicht als gesamtschweizerische Erhebung konzipiert. Es ist deshalb anzunehmen, dass die aus einer flächendeckenden Erhebung resultierende nationale Zahl der HSM-behandlungsbedürftigen Schwerverletzten deutlich über 1'000 Fällen liegen dürfte. Die Erfüllung des für die Zuordnung zur HSM erforderlichen Kriteriums "Seltenheit" wäre somit nicht mehr gegeben. Der Zuordnungsentscheid für den HSM-Bereich "Behandlung von Schwerverletzten" ist deshalb bis zur endgültigen Verifizierung der diesbezüglichen nationalen Fallzahl anhand eines trennscharfen und flächendeckend erhobenen Definitionskriteriums zurückzustellen.</p> <p>2. Zulassungskriterien (Verfahrensrechtliche Zuordnung)                      Unseres Erachtens ist bisher die verfahrenstechnische Eingliederung der infrastrukturellen Zulassungsanforderungen (personell-fachtechnischer Art und med.-technische Ausrüstung) entweder zum Zuordnungsverfahren oder zur Zuteilung nicht geprüft wurden. Jedenfalls stehen in der vorliegenden Vernehmlassungen keine Zulassungsanforderungen für die Spitäler zur Diskussion. Wie in der Zürcher Spitalplanung wäre es sinnvoll, die Definition der Leistungsgruppen (CHOP/ICD) und die Definition der Anforderungen (Zulassungskriterien für das einzelne Spital) gemeinsam zu prüfen. Nur so wird den Beteiligten klar, wofür sie sich bewerben, welche Anforderungen einzuhalten sind und anhand welcher Kriterien die Beurteilung erfolgt.</p>
<b>Spitäler</b>	
Hôpital Fribourgeois	<p>L'HFR soutien cette vision nationale pour la prise en charge des patients traumatisés avec un ISS &gt; 20. L'HFR ne prend pas en charge les neurotraumatisés. Reste que l'HFR Fribourg hôpital cantonal est le centre de référence pour le plan cantonal de catastrophe et à ce titre, en cas d'événements majeurs avec de nombreux blessés nous serons obligés de prendre en charge ces patients pour la stabilisation initiale puis organiser des norias vers les hôpitaux MHS trauma. Idem pour les événements avec un grand nombre de brûlés. Cette réalité (Fribourg hôpital de référence en cas d'événement majeur) peut poser un vrai problème si nos équipes n'ont pas un minimum d'entraînement. J'aborde volontiers un fois cette réalité/problème avec la commission MHS traumna</p>
Kantonsspital Graubünden	<p>In der Versorgung von Schwerverletzten ist es unerlässlich auf die Interdisziplinarität bzw. die Abhängigkeit mit anderen HSM-Bereichen hinzuweisen (siehe Stellungnahme des Kantonsspitals Graubünden zu Frage 3 auf Seite 10)! Eine adäquate Versorgung von Schwerverletzten setzt eine hohe personelle Verfügbarkeit in der Thoraxchirurgie, der Viszeralchirurgie, der Neurochirurgie und anderer Fachgebiete voraus. Die Zuteilung als Traumazentrum setzt damit voraus, dass das Spital als Zentrumsspital anerkannt ist und dass, die für die Traumaversorgung notwendigen Fachbereiche nicht durch andere HSM-Entscheide beschnitten werden. Man sollte bei der HSM Spitalern möglichst nicht Einzelleistungen zuordnen, sondern die Spitäler als Gesamt-Betriebe definieren, die Zentrumsfunktio-</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 6 im Fragenkatalog
	onen übernehmen können.
Kantonsspital Luzern	Siehe Stellungnahme des Kantons Nidwalden zu Frage 6 auf Seite 29.
Kantonsspital St.Gallen	Der administrative Aufwand für das HSM-Verfahren Behandlung von Schwerverletzten (z.B. Zuordnung/Bewerbung/Teilnahme) muss reduziert werden.
Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland	Eine Einbindung in ein Traumanetzwerk z. B. das der DGU sollte angestrebt werden [s. 1, 6, 15, 18 Anhang A2]
Kantonsspital Baden AG	ISS ist für die Präklinik nicht geeignet um entsprechend der 3 R Regel Patienten verteilen zu können. Grosse Kantonsspitäler, ohne neurochirurgische 24h Versorgung, wie das KSB und über die notwendige Infrastruktur und das nötige know how zur Behandlung von schwerst verletzten Patienten verfügen, sollten Patienten ISS > 20 unter Ausschluss eines mittelschweren-schweren SHT behandeln dürfen.
Regionalspital Lachen	<p>Die Versorgung des schwerverletzten Patienten ist komplex. Logistisch, personell sowie von der Infrastruktur wird viel abverlangt. Viele kleine und mittlere Häuser können von ihrer personellen und technischen Ausstattung her einen wichtigen Teil zu dieser Versorgung beitragen.</p> <p>Der Bildung von gut funktionierenden Traumanetzwerken wird eine besondere Wichtigkeit zukommen. Innerhalb der Netzwerke kann auch das lokale/regionale Traumazentrum einen wichtigen und notwendigen Anteil an der Behandlung des verunfallten Patienten übernehmen. Hier geben uns die S3-Richtlinien der DGU eine gute Leitstruktur. Aber wie kommt der " richtige Patient" zur rechten Zeit ins richtige Traumazentrum? Hier muss die praeklinische Triage greifen. Indikationskataloge, welche von allen Partnern gemeinsam festgelegt, akzeptiert und gelebt werden sind nötig. Zur Erinnerung, der ISS wird nach der Schockraumphase errechnet; dann ist es zu spät.</p> <p>Das lokale Traumazentrum wird immer eine wichtige Rolle spielen. Der hämodynamisch instabile Verletzte braucht eine zeitnahe Diagnostik und Intervention. Blutung tötet, nicht die neurologische Dysfunktion der unteren Extremitäten. Um diese nötige Kompetenz aufrecht zu erhalten, benötigt auch das lokale Traumazentrum einen Teil der Fälle. Dies, um seine wichtige Arbeit jetzt und in Zukunft, im Sinne des Patienten um im Rahmen eines funktionieren Netzwerkes zu erbringen.</p>
Inselspital Bern	Eine weitere Reduktion der Traumazentren wäre sinnvoll. Neben der Etablierung des Swiss Trauma Registers wäre es wünschenswert, wenn Verantwortliche des HSM-Projektes im national und international beachteten und seit 4 Jahren jährlich stattfindenden Swiss Trauma Day am Inselspital Bern auch integriert würden. Der Swiss Trauma Day ermöglicht den Dialog zwischen allen Spezialfächern bezüglich der Akutversorgung von Schwerverletzten. Es wird zudem versucht, stets aus den verschiedenen Traumazentren auch nationale Referenten einzuladen.



Adressaten	Kommentar zu Frage 6 im Fragenkatalog
Spital Schwyz	<p>Ständig werden zusätzliche Anforderungen an die Spitäler, wie das Führen des Traumaregisters, gestellt, ohne dass dafür die notwendige Finanzierung der Mehrkosten durch HSM geregelt wird. Solange die Finanzierung nicht geklärt ist, lehnen wir zusätzliche Anerkennungsverfahren generell ab.</p> <p>Abschliessend sei erwähnt, dass unter dem Deckmantel HSM einmal mehr versucht wird, Strukturpolitik zu betreiben. Je mehr Fachgebiete der HSM unterstellt werden, desto grösser werden die personellen und folglich die finanziellen Probleme für ein kleineres in der Region verankertes Kantonsspital. Dies geht einher mit der Gefährdung der erweiterten Grundversorgung in der Region.</p>
Klinik Hirslanden	<p>Mit der Festhaltung "Die adäquate initiale Behandlung erfordert eine rasche und systematische Bestandesaufnahme des Verletzungsmusters, die Wahl der vordringlichen Therapie der akut lebensbedrohlichen Verletzungen in einem multidisziplinären Team sowie schnelle Transportwege" kann sich die Klinik Hirslanden identifizieren. Ergänzend sollte unseres Erachtens festgehalten werden, dass das interdisziplinäre Team unter der Leitung eines Unfallchirurgen oder mindestens unter der eines Schockraummanagers stehen sollte. Zudem sollte ergänzt werden, dass nach abgeschlossener Primärversorgung die Möglichkeit bestehen muss, dass stabile Patienten für anstehende rekonstruktive Versorgungen gemäss ihren Präferenzen in anderen Zentren weiterversorgt werden können.</p>
Kantonsspital Winterthur	<p>Wir danken Ihnen, dass Sie das Verfahren zur Leistungsauftragszuteilung den Entscheiden des Bundesverwaltungsgerichts angepasst haben. Wir sehen im vorliegenden Verfahren einen klaren prozessualen Fortschritt gegenüber den früheren Verfahren.</p> <p>Allerdings muss ein betroffener Leistungserbringer unseres Erachtens auch Stellung nehmen können zu den Anforderungen, welche mit einem Leistungsauftrag verbunden sind. Dies ist im vorliegenden Vernehmlassungsverfahren nicht möglich. Für die Bewerbung um einen Leistungsauftrag sollte die Anforderungen nach denen entschieden wird, wer einen Leistungsauftrag erhält und wer nicht, klar sein bevor die Bewerbung eingereicht werden muss.</p> <p>Um die Verfahren rational durchführen zu können, würden wir daher begrüßen, dass mit den Unterlagen zur Zuteilung eines Bereiches zu HSM auch gleich Stellung genommen werden kann zu den Anforderungskriterien und den Zuteilungskriterien. Dies hat beispielsweise der Kanton Zürich in seiner Spitalplanung so gehandhabt und die wurde auch vom Bundesgericht so geschützt. Andernfalls ist u.E. ein dreistufiges Verfahren notwendig. Insbesondere im Falle eine Reevaluation könnte in der ersten Stufe dargelegt werden, ob sich die Zuteilungskriterien verändern (falls ja, wie und aus welchen Gründen?) oder nicht. Es zeigt sich, dass 3 Jahre wohl ein zu kurzer Zeitraum sein dürften für eine echte Evaluation. Insbesondere wenn das Reevaluationsverfahren 12 Monate dauert, so ist de facto nur das erste Jahr auswertbar, dieses ist aber oft erst das Einführungsjahr.</p>
Spital Limmattal	<p>In dem vorliegenden Papier ist nicht ersichtlich, wer die Projektgruppe der HSM unterstützt hat. Wie bereits beim vor 2 Jahren, und vom Bundesverwaltungsgericht kritisierten Verfahren, besteht zu wenig Transparenz.</p> <p>Es ist unbestreitbar, dass schwer polytraumatisierte Patienten an einem spezialisierten Zentrum, welches nebst einer umfassenden, interdisziplinären und koordinierten Traumabehandlung und der notwendigen Infrastruktur sich auch wissenschaftlich sich auf diesem Gebiet betätigt, behandelt werden sollen. Die wenigsten der bisher definierten Traumazentren erfüllen die von der IVHSM vorgeschlagenen Kriterien (beispielsweise einfach zu überprüfen anhand der publizierten Literatur zum Polytrauma aus der Schweiz). In der Regel sind die bestehenden Traumazentren locker und matrixartig organisierte Strukturen (Spezialisten verschiedenen Fachrichtungen werden jeweils beigezogen). Dies führt allenfalls zu einer inadäquaten Qualität (bsp: bei einem Polytrauma mit Thoraxverletzung wird der diensthabende Thoraxchirurg gerufen, welcher allenfalls keine Erfahrung mit Thoraxtraumata hat).</p> <p>Die Qualitätsmessung/-evaluation ist erneut nicht erwähnt. Es ist allerdings essentiell, dass, bevor eine Definition und eine Zuteilung umgesetzt wird, die Struk-</p>

Adressaten	Kommentar zu Frage 6 im Fragenkatalog
	<p>turen und die Qualität allfälliger Zentren objektiv evaluiert werden. Die Beurteilung nach 'Vorhandensein' von infrastrukturellen Voraussetzungen und Anzahl Fälle ist nicht genügend.                      Unserer Meinung nach darf es nicht nur eine Maximalversorgung und eine Minimalversorgung geben. Ein gestuftes System wäre sachgerechter.</p>
<b>Versicherer</b>	
Suva, Fluhmattstrasse 1, 6002 Luzern	Für die Gewährleistung der Versorgungssicherheit der MTK-Patienten sind die 12 anerkannten Zentren ausreichend Es wäre sinnvoll, wenn die Unfallversicherer bei der Zuteilung (Erstellung der HSM-Spitalliste) ebenfalls begrüsst würden.
<b>Dekanate der medizinischen Fakultäten</b>	
Medizinische Fakultät Bern	Siehe Stellungnahme des Inselspitals Bern zu Frage 6 auf Seite 31.
<b>Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen</b>	
Schweizerische Gesellschaft für Notfall und Rettungsmedizin SGNOR	<p>Im Vergleich mit ausländischen Schwerverletzten-Versorgungsnetzen erscheint auf Grund der Grösse des Versorgungsgebietes "Schweiz" die bisherige Anzahl der "Traumazentren" mit 12 zu hoch. Eine weitere Konzentrierung drängt sich auf.                      Eine weitere Kategorisierung der Notfallstationen für die Traumaversorgung, wie schon früher empfohlen, sollte ebenfalls umgesetzt werden.                      Der administrative Aufwand soll für die einzelnen Traumazentren geringer werden als sich in der bisherigen Administration abgezeichnet hat.</p>
Privatkliniken Schweiz	Siehe Stellungnahme der Privatkliniken Schweiz auf Seite 37.
<b>Weitere</b>	
SMV - Société Mé-	Après une petite revue de littérature récente (américaine, anglaise), il ne semble pas que soit bien établi en 2015 un réel bénéfice pour le devenir de blessés graves, inclus blessure à la tête, la stratégie de transfert préhospitalière dans un hôpital " trauma center " versus un triage initial dans un hôpital local.

Adressaten	Kommentar zu Frage 6 im Fragenkatalog
dicale du Valais	Nous trouvons étonnant de trouver dans la bibliographie de la CDS des références (cf 21 à 26) d'évaluation datant de 2001, passé déjà lointain dans ce domaine d'évolution rapide.

## 7 Zusätzlich zum Fragebogen eingereichte Stellungnahmen

Verschiedene Stellungnehmende haben nebst dem ausgefüllten Fragebogen zusätzliche schriftliche Stellungnahmen eingereicht, welche in der Tabelle 7 zusammenfassend dargelegt sind.

Tabelle 7. Übersicht der eingetroffenen Anmerkungen derjenigen Adressaten, die zusätzlich zu einem ausgefüllten Fragebogen in einer anderen Form Stellung nahmen.

Adressaten	Kommentar
<b>Kantone</b>	
TG	Die gewählte Definition dessen, was als schwerverletzter Patient bzw. schwerverletzte Patientin gilt, ist zutreffend und zweckmässig. Wir stimmen ihr zu.
VS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nous estimons qu'il est important que l'HVS maintienne son mandat pour la prise en charge des blessés graves.</li> <li>2) L'ensemble des critères définis dans la CIMHS sont respectés. Nous sommes d'avis que la prise en charge des blessés graves doit être rattachée à la MHS.</li> </ol>
<b>Spitäler</b>	
Regionalspital Lachen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Das zweistufig durchgeführte Verfahren wird begrüsst.</li> <li>2) Die Behandlung von schwerverletzten Patienten fällt in den allermeisten Fällen in den Zuständigkeitsbereich des UVG. Das UVG sieht keine kantonale Planung vor, die Kantone sind finanziell nicht beteiligt. Die rechtliche Legitimation für die Planung dieses Bereiches auf Basis Art. 39 KVG wird in Frage gestellt.</li> <li>3) Wir stellen fest, dass die HSM-Definitionen <math>ISS \geq 20</math> und <math>AIS-Head \geq 3</math> nur mit ungenügender Evidenz hinterlegt sind. Die Aussage betreffend die Fallzahlen (800 bis 1000 HSM-Schwerverletzte versus 790'000 Unfälle pro Jahr) mit etwa 0.1 % bis 0.2 % aller Unfälle sind zu hinterfragen. Mit Erstaunen stellen wir fest, dass sich im erläuternden Bericht vom 19. Februar 2015 keinerlei Zahlen, Daten oder Auswertungen zum Register finden, das die zwölf Zentren gemäss Entscheid vom 20. Mai 2011 in der Zeit von 2011 bis 2014 hätten führen müssen (Ziffer 3, Buchstabe b auf Seite 4197). Damit hätte sich auch verifizieren lassen, ob die bisher lediglich geschätzte Anzahl von 700 bis 800 Schwerverletzten pro Jahr tatsächlich der Realität entspricht. Es wird gefordert, dass zuerst die dringend nötigen Auswertungen des Traumaregisters (inkl. Qualität und Wirtschaftlichkeit) für die Zeit bis Ende 2014 durchgeführt und anschliessend veröffentlicht werden.</li> <li>4) Die Werte <math>\geq 20</math> und <math>\geq 3</math> werden nicht näher begründet und sind deshalb willkürlich. Deshalb sind wir der Meinung, dass eine erneute Zuteilung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM zum jetzigen Zeitpunkt keine ausreichende Grundlage hat.</li> <li>5) Eine Planung der Behandlung von Schwerverletzten kann in der Praxis gar nicht umgesetzt werden. Diese Patienten erleiden ihren Unfall irgendwo in der Schweiz. Zum Zeitpunkt der Rettung ist es nicht möglich zu bestimmen, ob der Patient Verletzungen aufweist, welche den HSM-Kriterien (ISS, AIS, SwissDRG) entsprechen. Die Ambulanz transportiert den Patienten nach Erstellung der Transportfähigkeit in der Regel ins nächste Spital, was in abgelegenen Gebieten auch medizinisch Sinn macht. Beide Scores können im Verlauf der Diagnostik und Therapie von Schwerverletzten mehrmals bestimmt werden und abhängig vom jeweiligen Erkenntnisstand für einen einzelnen Patienten stark abweichende Resultate liefern. Diesem Umstand</li> </ol>

Adressaten	Kommentar
	<p>wird im Bericht in keiner Art und Weise Rechnung getragen. Geradezu grotesk wäre die Situation, dass nach erfolgreicher Versorgung eines Schwerverletzten in einem Nicht-HSM-Traumaspital aufgrund aller erst dann zumal vorliegenden Informationen nach Spitalentlassung ersichtlich wird, dass die Betreuung eigentlich in einem HSM-Traumazentrum hätte erfolgen müssen. Nach Logik der HSM-Planung hätte das regionale Spital den Patienten jedoch nicht behandeln dürfen. Anzunehmen ist, dass die Krankenversicherung- wenn sie denn überhaupt zuständig wäre - die Rechnung nicht bezahlen würde.</p> <p>6) Die zwei Stufen wurden nicht sauber getrennt. Im Fragebogen, Frage 5 wird dazu aufgefordert, das Interesse für einen Leistungsauftrag anzumelden. Das vorgesehene Vorgehen wird als intransparent und widerrechtlich erachtet, weil es den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichtes nicht genügt.</p> <p>7) Sollte die Behandlung von Schwerverletzten entgegen unserem Antrag dennoch zur HSM zugeordnet werden und sollte unser Spital dafür keinen Leistungsauftrag erhalten, so hätte dies eine markante Verschlechterung der lokalen Gesundheitsversorgung zur Folge. Unser Spital wäre in diesem Fall infrastrukturell, personell und mangels Erfahrung nicht mehr in der Lage, eine adäquate Behandlung von Schwerverletzten vorzunehmen. Schwerverletzte werden aber auch in Zukunft bei uns auf der Notfallstation landen, egal ob wir dafür einen Leistungsauftrag haben oder nicht. Wichtig in solchen Situationen ist aus Patientensicht, dass zumindest eine kompetente Erstversorgung erfolgt und gegebenenfalls bestmöglich triagiert werden kann.</p> <p>8) Aus obenstehenden Gründen lehnen wir die Zuteilung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM dezidiert ab.</p> <p>9) Ständig werden zusätzliche Anforderungen an die Spitäler, wie vorliegend das Führen des Traumaregisters, gestellt, ohne dass dafür die notwendige Finanzierung der Mehrkosten durch HSM geregelt wird. Solange die Finanzierung nicht geklärt ist, lehnen wir zusätzliche Anerkennungsverfahren generell ab.</p>
Spital Schwyz	<p>1) Siehe Stellungnahme des Regionalspitals Lachen auf den Seiten 35 und 36.</p> <p>2) Die Erstversorgungskapazität muss durch unser Spital gewährleistet bleiben, da es immer wieder vorkommt, dass Patienten, bei denen sich erst später herausstellt, dass ein Polytrauma mit ISS &gt; 20 vorliegt, stabilisiert und erstversorgt werden müssen. Es ist zwingend, dass unser Spital diese Patienten behandelt und dass dies auch finanziert wird.</p> <p>3) Im Spital Schwyz sind wichtige infrastrukturelle Einrichtungen für die Erstversorgung von polytraumatischen Patienten mit ISS &gt; 20 verfügbar.</p>
Kantonsspital Graubünden	Siehe Stellungnahme des Kantonsspitals Graubünden zu den Fragen 3 (Seiten 11 und 12) und 4 (Seite 20).
<b>Versicherer</b>	
	(-)
<b>Dekanate der medizinischen Fakultä-</b>	

Adressaten	Kommentar
ten	
	(-)
<b>Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen</b>	
Privatkliniken Schweiz (PKS)	<p>Als Vertreterin von 130 Privatkliniken lehnen wir die vorgeschlagene Neubeurteilung (Reevaluation) Behandlung von Schwerverletzten ab.</p> <p>Das zweistufig durchgeführte Verfahren wird begrüsst.</p> <p>PKS bezweifelt, dass Art. 30 Abs. 2bis KVG als ausreichende Rechtsgrundlage für die interkantonale Planung Behandlungen von Schwerverletzten dienen kann.</p> <p>Wird der vorliegende HSM-Bereich trotzdem innerhalb des KVG neu definiert, so werden Sie gebeten zu berücksichtigen, dass die Zertifizierungen und Register keine Mehrkosten verursachen und möglichst unbürokratisch ausgestaltet sind. Aufwändige und teure Anerkennungsverfahren führen für Spitäler zu erheblich höherem Zeit- und Kostenaufwand. Aus diesem Grund sollte sich die Reevaluation an den bereits vorhandenen Datenerfassungsstrukturen der Spitäler orientieren und für alle HSM-Bereiche analog gelten.</p>
<b>Weitere</b>	
	(-)

## 8 Zusätzliche Stellungnahmen<sup>1</sup>

Manche Stellungnehmende reichten keinen ausgefüllten Fragebogen ein, dafür andere schriftliche Stellungnahmen. Diese sind in der Tabelle 8 zusammenfassend dargelegt.

Tabelle 8. Übersicht der eingetroffenen Anmerkungen derjenigen Adressaten, welche in einer anderen Form als per Fragebogen Stellung nahmen.

Adressaten	Kommentar
<b>Kantone</b>	
	(–)
<b>Spitäler</b>	
Hôpital Riviera Chablais, Vaud, Valais	Verzichtet auf Stellungnahme.
Kantonsspital Uri	Siehe Stellungnahme des Regionalspitals Lachen auf den Seiten 35 und 36.
Kantonsspital Nidwalden	Siehe Stellungnahme des Regionalspitals Lachen auf den Seiten 35 und 36.
Kantonsspital Glarus	Siehe Stellungnahme des Regionalspitals Lachen auf den Seiten 35 und 36.
Spitäler FMI AG	<p>Die Behandlung von Schwerverletzten in spezialisierten Zentren und eine Zuordnung zum HSM Bereich ist grundsätzlich sicher sinnvoll. Ein ISS Score von 20 ist jedoch relativ rasch erreicht. Der Maximalscore liegt nämlich bei 75 Punkten. Die Spitäler FMI AG schildern dazu 3 Beispiele mit ISS &gt; 20, welche zu ihrem vielfältigen Krankengut gehören, und welche sie bisher versorgt haben und bei dessen Behandlung ein Spital mit einer anerkannten Intensivstation auch nicht überfordert ist.</p> <p>Die Definition ist nicht nur zu eng gehalten und bildet nicht das klinisch sinnvolle Patientengut der Schwerverletzten ab sondern ist auch unrealistisch. Ein Trauma, das z. B. zu einer operativ zu versorgenden Milzruptur führt, muss so schnell wie möglich behandelt werden. Eine Verlegung kann zum Tod führen. Umgekehrt würden die Traumacenter bei der angedachten Definition überschwemmt werden mit Patienten und den wirklich Schwerverletzten die Kapazitä-</p>

<sup>1</sup> Stellungnahmen von Adressaten, welche keinen ausgefüllten Fragebogen eingereicht haben.

Adressaten	Kommentar
	ten rauben.
<b>Versicherer</b>	
curafutura	Verzichtet auf Stellungnahme.
<b>Dekanate der medizinischen Fakultäten</b>	
Medizinische Fakultät Zürich	Das Dekanat der medizinischen Fakultät der Universität Zürich schliesst sich vollumfänglich der Stellungnahme des Universitätsspitals Zürich an. Siehe Stellungnahme des Universitätsspitals Zürich zu den Fragen 3-5 auf den Seiten 15-17, 24 und 27.
<b>Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen</b>	
FMH	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Die FMH begrüsst die Zuordnung des HSM-Bereichs «Behandlung von Schwerverletzten».</li> <li>2) Schwerverletzte mit einem definierten IS/AI-Head-Score sollen direkt vom Unfallort in ein Traumazentrum verlegt werden. Laut dem Bericht werden die IS/AI-Scores von Schweizer Traumazentren zur Beurteilung der Verletzungsschwere verwendet. Aus dem Bericht wird aber nicht klar, auf welcher Basis der Entscheid für einen direkten Transport in ein Traumazentrum am Unfallort erfolgt.</li> <li>3) Worauf basiert die Wahl des ISS von mind. 20 (oder AIS Head <math>\geq</math> 3) zur Definition und Behandlung eines Schwerverletzten im Rahmen der hochspezialisierten Medizin?</li> <li>4) Für die Planung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung sind zwingend datenbasierte Grundlagen und Definitionskriterien erforderlich. Für die korrekte Beurteilung der Zuordnung und für die Verbesserung der Behandlungsergebnisse, braucht es aktuelle Datengrundlagen zur Anzahl Fälle, Diagnose, Behandlung, Qualität, Wirtschaftlichkeit etc., sowie Vergleichsmöglichkeiten zur Versorgungssituation vor der Einführung der hochspezialisierten Medizin.</li> <li>5) Aus Sicht der FMH muss die zeitliche Koordination der Neubeurteilungen (unter Einhaltung der Bedingung, dass die Zuordnung vorgängig zur Zuteilung erfolgt) so geplant werden, dass künftig keine Überbrückungsregelungen nötig sind. Die Information, wie lange diese Zuordnung seine Gültigkeit behält, wäre hilfreich und idealerweise im Zuordnungsbericht zu erwähnen.</li> <li>6) Zur Förderung der Transparenz schlägt die FMH vor, die beigezogen Experten und die Art des Einbezugs bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Zuordnung öffentlich zu machen. Aufgrund der Grösse des HSM-Fachorgans und möglicher Interessenskonflikten der Experten ist es besonders wichtig, die Organisationen der Leistungserbringer in allen Phasen der HSM-Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Zudem sollten die Kriterien zur Wahl</li> </ol>



Adressaten	Kommentar
	<p>der Anhörungsadressaten entweder nachvollziehbar beschrieben sein oder allen der gleiche Zugang zu Informationen und die Möglichkeit zur Stellungnahme offen stehen, damit niemand durch das Auslassen am Anhörungsprozess benachteiligt wird.</p>
<p>H+ Die Spitäler der Schweiz</p>	<p>H+ begrüsst, dass die Anhörungen zur Zuordnung eines HSM-Bereichs und zur Zuteilung nun wie vom Bundesverwaltungsgericht gefordert, in einem 2-stufigen, auch zeitlich gestaffelten Verfahren erfolgen. Für die Anträge zur Zuteilung ist es aber notwendig, dass deren Kriterien und die Ausmasse dieser Kriterien bekannt sind. Die Frage, ob ein Spital oder eine Klinik einen Antrag auf Zuteilung stellen wird, ist deshalb in der ersten Stufe wenig sinnvoll.</p> <p>Für H+ ist es wichtig, dass die Unfallversicherungen zustimmen, die Behandlungen von Schwerverletzten unter den Geltungsbereich der IVHSM zu stellen. Dies darum, weil in vielen Fällen Unfälle die Ursache für Schwerverletzte sind, die unter den Geltungsbereich des UVG fallen. Das UVG kennt keine Spitalplanung und keine automatische Delegation dieser Aufgabe an das KVG oder an die IVHSM. Die IVHSM kann gemäss ihrer Rechtsgrundlage im KVG nur für Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege Vorgaben erlassen.</p> <p>Es ist für uns nicht verständlich, wieso die IVHSM ihre Reevaluation nicht auf eine Datenbasis stellt. Gemäss Zuteilungsentscheid vom 20. Mai 2011 sollten Daten in einem Traumaregister vorliegen, welches für die Neuzuordnung und Neuzuteilung beigezogen werden kann. Dies würde die vorgeschlagenen Kriterien verständlich machen. Wir bitten Sie, in Zukunft alle möglichen und bereits erhobenen Daten zu Fällen und Kriterien vorher zu publizieren.</p> <p>Zu den konkreten Zuordnungskriterien äussert sich H+ nicht. Wir bitten Sie, die Antworten unserer Mitglieder zu berücksichtigen. Bei der Zuteilung ist in Bezug auf die Einhaltung der Kriterien ein längerer Zeithorizont zu berücksichtigen, weil die Spitäler und Kliniken gerade für diese Behandlungen bereits viel investiert haben.</p> <p>Ausserdem bitten wir Sie bei den Anforderungen an die einzelnen Institutionen generell zu beachten, dass allfällige Zertifizierungen und Register einen nachweislichen Mehrwert bringen und jeweils schlank und unbürokratisch ausgestaltet sind. Sie sollten sich an bestehenden, einheitlichen Datenerfassungsstrukturen in den Spitälern orientieren und für möglichst alle HSM-Entscheide analog gelten. Aufwändige und teure Anerkennungsverfahren, die für jeden HSM-Leistungsauftrag andere Datenbanken und Erfassungssysteme erfordern, würden die Möglichkeit, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben, künstlich einschränken, bzw. dessen Kosten massiv erhöhen. Dies umso mehr, als die Leistungsaufträge jeweils befristet sind.</p>
<p>Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS)</p>	<p>Das zweistufig durchgeführte Verfahren wird begrüsst.</p> <p>Die Behandlung von schwerverletzten Patienten fällt in den allermeisten Fällen in den Zuständigkeitsbereich des UVG. Das UVG sieht keine kantonale Planung vor, die Kantone sind finanziell nicht beteiligt. Die rechtliche Legitimation für die Planung dieses Bereiches auf Basis Art. 39 KVG wird in Frage gestellt.</p>
<p>Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)</p>	<p>Die vorliegende Definition des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“ wird vom Vorstand der SGI ohne Ergänzungen begrüsst.</p>

Adressaten	Kommentar
Weitere	
	(-)

## Schlussbemerkung

Die Resultate der Vernehmlassung wurden vom HSM-Fachorgan gesichtet und auf die sachliche Richtigkeit sowie die Akzeptanz des Vorhabens überprüft. Die inhaltliche Würdigung der eingereichten Stellungnahmen wurde im Schlussbericht<sup>2</sup> für die Zuordnung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM vorgenommen.

---

<sup>2</sup> Behandlung von Schwerverletzten, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 17. September 2015

## A1 Statistische Übersicht der Kurzantworten

Tabelle A1 gibt einen Überblick über die Anzahl der Kurzantworten (ja/nein/keine Stellungnahme) auf die im Vernehmlassungs-Fragebogen gestellten Fragen, Tabelle A2 bildet die Befürwortung resp. Ablehnung der Zuordnung unter denjenigen Stellungnahmen ab, die nicht in Form des ausgefüllten Vernehmlassungs-Fragebogens geantwortet haben.

Tabelle A1. Übersicht über die Kurzantworten<sup>a,b</sup>

Adressaten	Fragen																	
	1			2			3			4			5			6		
	ja	nein	(-)	ja	nein	(-)	ja	nein	(-)	ja	nein	(-)	ja	nein	(-)	ja	nein	(-)
Kantone	21	0	0	4	17	0	7	14	0	7	14	0	N/A	N/A	N/A	7	13	1
Spitäler	25	4	1	10	19	1	14	15	1	16	10	4	17	10	3	12	18	0
Versicherer	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	2	0	N/A	N/A	N/A	1	0	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	N/A	N/A	N/A	1	0	0
Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	4	1	0	1	4	0	1	3	1	1	3	1	N/A	N/A	N/A	2	2	1
Weitere	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	N/A	N/A	N/A	1	0	0
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>3</b>

- 1 Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs der Behandlung von Schwerverletzten zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM?
- 2 Haben Sie Anmerkungen zur Aufnahme der Behandlung von Schwerverletzten in die Liste der HSM-Bereiche?
- 3 Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“?
- 4 Haben Sie fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs „Behandlung von Schwerverletzten“ im Tarifsysteem SwissDRG?

- 5 An die Leistungserbringer: Sind Sie an einem Leistungsauftrag für den im erläuternden Zuordnungsbericht definierten HSM-Bereich „Behandlung von Schwerverletzten“ interessiert?
- 6 Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?
- (–) keine Stellungnahme/nicht betroffen
- N/A nicht anwendbar, weil Frage 5 nur an die Leistungserbringer gerichtet wurde
- <sup>a</sup> Hat ein Adressat eine Anmerkung angebracht, wird dies als Kurzantwort „ja“ gezählt, auch wenn nicht (nur) „ja“ angekreuzt wurde.
- <sup>b</sup> Hat ein Adressat keine Anmerkung angebracht und „ja“ und/oder „nein“ angekreuzt, wird dies als Kurzantwort „nein“ gezählt.

Tabelle A2. Übersicht der Stellungnahmen, die nicht in Form des ausgefüllten Fragebogens eingegangen sind.

Adressaten	Anzahl	Stellungnehmende	Befürwortung der Zuordnung
Kantone	0	(–)	
Spitäler	5	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais Kantonsspital Uri Kantonsspital Nidwalden Kantonsspital Glarus Spitäler FMI AG	<b>Nein:</b> Kantonsspital Uri, Kantonsspital Nidwalden, Kantonsspital Glarus <b>Verzicht auf Stellungnahme:</b> Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais <b>Keine Stellungnahme:</b> Spitäler FMI AG
Versicherer	1	curafutura	<b>Verzicht auf Stellungnahme:</b> curafutura
Dekanate der medizinischen Fakultäten	1	Medizinische Fakultät Zürich	<b>Ja:</b> Medizinische Fakultät Zürich
Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	4	FMH H+ Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS) Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)	<b>Ja:</b> FMH, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) <b>Keine Stellungnahme:</b> H+, Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler (VNS)
Weitere	0	(–)	
<b>Total</b>	<b>11</b>		

## A2 Liste der Vernehmlassungsadressaten

### 1. Kantone

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh.
- Departement Gesundheit Appenzell A.Rh.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé publique et des affaires sociales du canton du Fribourg
- Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden
- Département de la santé, des Affaires sociales et des Ressources humaines du canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département de la santé et des affaires sociales du canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen
- Departement des Innern des Kantons Schwyz
- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
- Dipartimento della sanità et della socialità del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
- Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

## **2. Spitäler**

An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:

### **AG**

- Kantonsspital Aarau
- Kantonsspital Baden
- Hirslanden Klinik, Aarau
- Kreisspital für das Freiamt

### **AI**

- Kantonales Spital Appenzell

### **AR**

- Spitalverbund AR

### **BE**

- Inselspital Universitätsspital Bern
- Spital Netz Bern AG
- Spital STS AG
- Lindenhofgruppe Bern
- Spitalzentrum Biel
- Spitäler FMI AG
- SRO Spital Region Oberaargau AG
- Regionalspital Emmental AG
- Salem-Spital (Hirslanden Bern AG)
- Hˆopital du Jura bernois S.A.
- Klinik Linde AG
- Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)
- Klinik Siloah

### **BL**

- Kantonsspital Baselland (Liestal, Bruderholz, Laufen)

### **BS**

- Universitätsspital Basel
- St. Claraspital

### **FR**

- Hˆopital fribourgeois Freiburger Spital
- Hopital Jules Daler

### **GE**

- Hˆopitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Hˆopital de la Tour
- Clinique Generale-Beaulieu
- Clinique La Colline

**GL**

- Kantonsspital Glarus

**GR**

- Kantonsspital Graubünden (Chur)
- Spital Oberengadin

**JU**

- Hôpital du Jura

**LU**

- Luzerner Kantonsspital
- Hirslanden-Klinik St. Anna AG

**NE**

- Hôpital Neuchâtelois HNE

**NW**

- Kantonsspital Nidwalden

**OW**

- Kantonsspital Obwalden

**SG**

- Kantonsspital St.Gallen
- Klinik Stephanshorn AG
- Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland
- Spitalregion Fürstenland Toggenburg

**SH**

- Spitäler Schaffhausen
- Hirslanden Klinik Belair

**SO**

- Solothurner Spitäler AG (soH)

**SZ**

- Spital Schwyz
- Spital Lachen

**TG**

- Spital Thurgau AG
- Herz-Neurozentrum Kreuzlingen

**TI**

- Ente Ospedaliera Cantonale

- Clinica Luganese SA

#### **UR**

- Kantonsspital Uri

#### **VD**

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)
- Ensemble hospitalier de La Côte Morges
- Groupement Hospitalier de l'ouest Lémanique Nyon
- Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne
- Clinique de la Source
- Clinique Cecil (Hirslanden Lausanne SA)
- Clinique Bois-Cerf (Hirslanden Lausanne SA)
- Clinique de Genolier SA
- Hôpital Riviera Chablais, Vaud, Valais

#### **VS**

- Spital Wallis (Hôpital du Valais)
- Spitalzentrum Oberwallis (SZO)
- Clinique de Valere SA

#### **ZG**

- Zuger Kantonsspital Baar
- Andreas Klinik Cham Zug (Hirslanden)

#### **ZH**

- Universitätsspital Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Stadtspital Triemli
- Hirslanden Klinik Zürich
- Stadtspital Waid
- Spital Uster
- Hirslanden Klinik im Park AG
- Spitalverband Bülach
- Spital Limmattal
- Spital Zollikerberg
- GZO Spital Wetzikon AG
- Spital Männedorf
- Schulthess Klinik
- Universitätsklinik Balgrist



### **3. Versicherer**

- Santésuisse
- Allianz Schweizer Krankenversicherer (ASK)
- SUVA
- curafutura

### **4. Dekanate der medizinischen Fakultäten**

- Medizinische Fakultät der Universität Zürich
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Medizinische Fakultät der Universität Genf
- Medizinische Fakultät der Universität Lausanne

### **5. Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen**

*\*Mit Bitte um Weiterleitung an allfällige weitere sub-spezifische Arbeitsgruppen, die von den behandelten Themenbereichen betroffen sind.*

- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin (SGAM)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR)
- Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)
- Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie (SGT)
- Schweizerische Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie (SGHC)
- Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie (SGG)
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR)
- Schweizerische Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG)
- Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie (SGN)
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SGU)
- Schweizerische Gesellschaft für ORL, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL)
- Schweizerische Gesellschaft für plastische-und ästhetische Chirurgie(SGPRAC)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinchirurgie und Traumatologie (SGACT)
- Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SGOT)
- Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin (SGTV)
- fmCh
- FMH
- Hplus
- Privatkliniken Schweiz
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)
- Interverband für Rettungswesen (IVR)
- Schweizerische Rettungsflugwacht (REGA)

## **6. Weitere**

- Schweizerische Universitätskonferenz (SUK)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Goupe des Quinze
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)