



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Hochspezialisierte Medizin

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern
+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Evaluation

Vernehmlassung zur Zuordnung des HSM-Bereichs Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen

Resultate der Vernehmlassung vom 4. Juni 2019

ERGEBNISBERICHT

Bern, 23. Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage.....	3
2.	Resultate der Vernehmlassung.....	4
2.1	Befürwortung der Zuordnung des Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur HSM	5
2.2	Anmerkungen zur Zuordnung der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur HSM	6
2.3	Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen.....	12
2.4	Fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP	17
2.5	Weitere Anmerkungen	19
2.6	Zusätzlich zum Fragebogen eingereichte Stellungnahmen.....	23
2.7	Zusätzliche Stellungnahmen	24
Anhang.....		26
A1	Liste der Anhörungsadressaten	26

1. Ausgangslage

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG¹). Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² soll der Bereich der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen erstmals verbindlich geregelt werden. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet.

Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob der Bereich der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM erfüllt (Art. 1 und Art. 4. Abs. 4). Zu diesem Zweck erarbeitete das HSM-Fachorgan eine umfassende Definition des HSM-Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen, welche im erläuternden Bericht für die Zuordnung dargelegt wird.³

Der Zuordnungsbericht wurde einem breiten Adressatenkreis (vgl. Anhang A1) zur Stellungnahme unterbreitet. Zur Vernehmlassung wurden alle Kantone, betroffenen Leistungserbringer, Dekanate der medizinischen Fakultäten, Versicherer bzw. Versichererverbände sowie interessierte Fachgesellschaften und weitere relevante Institutionen eingeladen. Darüber hinaus wurde die Vernehmlassung im Bundesblatt vom 4. Juni 2019 angekündigt. Die betroffenen Parteien konnten bis zum 20. August 2019 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).

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10.

² Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008.

³ «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin vom 17.09.2018.

2. Resultate der Vernehmlassung

Insgesamt sind beim HSM-Projektsekretariat 46 Stellungnahmen eingetroffen. Die per standardisiertem Fragebogen eingegangenen Meinungen, Anregungen und Forderungen sowie eine Übersicht der an der Vernehmlassung beteiligten Parteien (Tabelle 1) sind in den Kapiteln 2.1 bis 2.5 zusammengestellt. Die Ergebnisse der Vernehmlassung sind jeweils pro gestellte Frage aufgeführt. In Kapitel 2.6 und 2.7 sind Stellungnahmen aufgeführt, die zusätzlich oder anstelle der Fragebögen eingegangen sind.

2.1 Befürwortung der Zuordnung des Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur HSM

Tabelle 1 fasst die Antworten der Stellungnehmenden bezüglich der Zuordnung des Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur HSM zusammen. 33 stimmen der Zuordnung zu, sieben lehnen sie ab und sechs enthalten sich. Die Anzahl der Institutionen und Organisationen, welche sich nicht vernehmen liessen, sind in der untenstehenden Tabelle nicht ersichtlich.

Tabelle 1: Befürwortung der Zuordnung

	Zustimmung		Ablehnung		Enthaltung	
	Stellungnehmende	n	Stellungnehmende	n	Stellungnehmende	n
Kantone	AG, AR, BE, BL, FR, GL, GR, JU, NE, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH	20	BS, LU, NW	3		0
Spitäler	Insel Gruppe AG (Inselspital, Universitätsspital Bern), Spitalzentrum Biel, Regionalspital Surselva AG, Kantonsspital St. Gallen, Solothurner Spitäler AG, Spital Lachen AG, Centre hospitalier universitaire vaudois, Hôpital du Valais, Universitätsspital Zürich, Privatlinikgruppe Hirslanden (8 Kliniken) ⁴	10	Universitätsspital Basel, Luzerner Kantonsspital, Kantonsspital Winterthur	3	Kantonsspital Graubünden ⁵ , Spital Thurgau	2
Versicherer	santésuisse	1		0	SUVA, Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)	2
Dekanate der medizinischen Fakultäten	Universität Zürich	1		0		0
Fachgesellschaften	Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	1	H+ die Spitäler der Schweiz	1	Société de Médecine du Canton de Fribourg (SMCF), Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)	2
Weitere		0		0		0
Total		33		7		6

⁴ Insgesamt acht Kliniken der Privatlinikgruppe Hirslanden haben identische Stellungnahmen eingereicht. Diese wurden deshalb als eine Stellungnahme der Privatlinikgruppe Hirslanden gezählt. Würde jede Stellungnahme einzeln betrachtet, erhöhte sich die Anzahl der Zustimmungen auf insgesamt 40.

⁵ Die nicht auswertbare Stellungnahme des Kantonsspitals Graubünden (bei der Frage zur Zustimmung zur Zuordnung wurde nichts angekreuzt) wurden hier als «Enthaltung» gezählt.

2.2 Anmerkungen zur Zuordnung der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur HSM

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die eingetroffenen Anmerkungen bezüglich der Zuordnung des Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur HSM. 13 Stellungnehmende haben eine Anmerkung angebracht (davon 4 Kantone, 8 Spitäler, 0 Versicherer, 0 Dekanate und 1 Fachgesellschaft).

Tabelle 2: Übersicht der Anmerkungen zur Aufnahme. (–): Keine Kommentare

Adressaten	Kommentare zur Frage 1 im Fragekatalog («Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»)
Kantone	
BS	<p>Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (GDBS) spricht sich gegen die Zuordnung des Bereichs <i>Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen</i> aus, da wir dies aus sozialen und medizinischen Gründen für bedenklich halten. Vor allem die wohnortnahe Unterstützung der Patientinnen und Patienten bis zum eigentlichen Eingriff sollte weiter vor Ort gewährleistet werden. Des Weiteren erachten wir es als nicht zielführend, diesen Bereich durch ICD-Diagnosecodes einzugrenzen. Nach unserer Einschätzung würden die aufgeführten CHOP-Codes den Leistungsbereich vollumfänglich abbilden.</p>
LU	<p>Eine Zuordnung zur HSM gemäss IVHSM ist nicht notwendig, denn bereits heute wird diese Behandlungsform vernünftig gelöst. Die Patienten werden praxisgemäss – auch von den Luzerner Listenspitälern – kompetenten Leistungserbringern zugewiesen und gemeinsam nachbetreut. Die technologische Entwicklung ist zudem nicht absehbar.</p> <p>Es ist wichtig, dass auch grosse nicht-universitäre Zentren in Zukunft Herzunterstützungssysteme nachkontrollieren können und dass Zentren, welche auch herzchirurgische Eingriffe anbieten, diese Systeme gegebenenfalls auch implantieren können.</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Bevölkerungsentwicklung die Anzahl Patienten mit schwerer/terminaler Herzinsuffizienz deutlich zunehmen wird. Dies nicht zuletzt, weil die LVADs mittlerweile auch bei älteren Patienten vermehrt zum Einsatz kommen. Mit steigenden Patientenzahlen und stetig zunehmender Überlebenszeit nach Implantation eines Herzunterstützungssystems werden daher die aktuellen CHFC transplant/non-transplant-Zentren bald an Kapazitätsgrenzen stossen.</p> <p>Die Herzunterstützungssysteme entwickeln sich rasch und werden zuverlässiger, so dass Nachkontrollen wie auch deren Implantation in 5 Jahren viel einfacher werden dürften und daher auch an ausgewählten Cardiac Centern durchgeführt werden können.</p> <p>Je nach Entwicklung sollte der Kreis der Leistungserbringer dann erweitert werden können.</p>
NW	<p>Eine Zuordnung zur HSM gemäss IVHSM ist nicht notwendig, denn bereits heute hat die Vernunft diese Behandlungsform gelöst. Die Patientinnen und Patienten werden praxisgemäss – auch z.B. von unserem Zentrumsspital (Luzerner Kantonsspital [LUKS]) – kompetenten Leistungserbringern zugewiesen und gemeinsam nachbetreut. Die technologische Entwicklung ist zudem nicht absehbar.</p> <p>Es ist wichtig, dass auch grosse, nicht-universitäre Zentren wie eben das LUKS in Zukunft Herzunterstützungssysteme nachkontrollieren können und dass Zentren, welche auch herzchirurgische Eingriffe anbieten, diese Systeme gegebenenfalls auch implantieren können.</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Bevölkerungsentwicklung die Anzahl Patientinnen und Patienten mit schwerer/terminaler Herzinsuffizienz deutlich zunehmen wird. Dies nicht zuletzt, weil die LVADs mittlerweile auch bei älteren Patienten vermehrt zum Einsatz</p>

Adressaten	Kommentare zur Frage 1 im Fragekatalog («Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»)
	<p>kommen. Mit steigenden Patientenzahlen und stetig zunehmender Überlebenszeit nach Implantation eines Herzunterstützungssystems werden daher die aktuellen CHFC transplant/non-transplant-Zentren bald an Kapazitätsgrenzen stossen.</p> <p>Die Herzunterstützungssysteme entwickeln sich rasch und werden zuverlässiger, so dass Nachkontrollen wie auch deren Implantation in 5 Jahren viel einfacher werden dürften und daher auch an ausgewählten Cardiac-Centern durchgeführt werden können.</p> <p>Je nach Entwicklung sollte der Kreis der Leistungserbringer dann soweit erweitert werden können, dass auch z.B. das LUKS solche Geräte implantieren und nachkontrollieren dürfte und zum CHFC non-transplant aufsteigen könnte.</p> <p>Mit dem LUKS als unserem Zentrumsspital in der Region Zentralschweiz könnten Patientinnen und Patienten im Versorgungsraum der Zentralschweiz versorgt werden, und zwar wohnortsnah. Damit würde der notwendige, breite Zugang der Patientinnen und Patienten zu solchen Therapien gewährleistet.</p>
TG	<p>Es ist zweckmässig, die Behandlung seltener und in der Behandlung komplexer und interdisziplinär zu versorgender Patientinnen und Patienten an einigen wenigen Kliniken sicherzustellen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass einzelne "ventricular assist devices" (VAD) sowohl für Patientinnen und Patienten mit einer schwersten, terminalen Herzinsuffizienz – gemäss Konzept "comprehensive heart failure center" (CHFC) „der Vereinigung Universitäre Medizin Schweiz vom 28.12.2015" – als auch als Notfallverfahren bei Patientinnen und Patienten mit schwerem Herzinfarkt oder nach Reanimation Anwendung finden. Ersteres gehört zum HSM-Bereich und ist auf wenige Zentren zu beschränken, Letzteres sollte nicht dem HSM-Bereich zugeordnet werden, da es aufgrund der Behandlungsnatur (Notfall) breit zur Verfügung stehen muss.</p>
Spitäler	
Insel Gruppe AG (Inselspital, Universitätsspital Bern)	<p>VAD sollten grundsätzlich nur an CHFC transplant implantiert werden.</p> <p>Alternative:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Differenzierung zwischen DT (destination therapy) mit Implantation möglich an CHFC non-transplant (beinhaltet nur LVAD, keine RVAD oder BiVAD) und 2. BTT (bridge to transplant) mit anschliessend Verlegung in eine CHFC transplant Institution, 3. Bridge to decision nur an CHFC transplant (beinhaltet Listung und Transplantation).
Spitalzentrum Biel	<p>Wir sind als non-CHFC auch der Meinung, dass <i>chirurgisch</i> eingesetzte Herzunterstützungssysteme nur an Zentren mit einer Herzchirurgie eingesetzt werden sollten. Anders wie bei den <i>chirurgisch</i> eingesetzten Assist –Systemen sind wir aber der Meinung dass <i>perkutan</i> (also direkt durch die Haut) einsetzbare Herzunterstützungssysteme (wie z.B. Impella CP CHOP 37.6A.41, 37.6B.41, 37.6C.41) durchaus in non-CHFC Zentren eingesetzt werden sollten, insbesondere in Zentren die auch akute Infarkt-Patienten behandeln. Diese Systeme sind einfacher in der Handhabung und können von einem erfahrenen interventionellen Kardiologen problemlos in einem non-CHFC Center eingesetzt werden. Für Patienten im kardiogenen Schockzustand bei akutem Herzinfarkt ist dies teilweise lebensnotwendig und muss unmittelbar vor Ort (auch in einem non-CHFC Spital) implantiert werden können wo der Herzinfarkt erstbehandelt wird. Gemäss den Unterlagen die wir erhalten haben, wird dies offensichtlich auch so differenziert (wenn auch nicht explizit angesprochen), sind doch nur die CHOP</p>

Adressaten	Kommentare zur Frage 1 im Fragekatalog («Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»)
	<p>Codes für die chirurgisch eingesetzten Assist-Systeme auf der Liste welche exklusiv an CHFC transplant Centers eingesetzt werden dürfen.</p> <p>Bei der Explantation von ICDs und CRTs sollte unseres Erachtens noch eine Differenzierung gemacht werden über die Dauer der Implantation. Ist ein ICD für 1 Jahr oder länger implantiert, gestaltet sich die Explantation ungemein schwieriger wie wenn so ein Gerät nur 2-3 Monate implantiert ist. In letzterem Fall kann das Gerät auch in einem non-CHFC Center von einem erfahrenen Operateur entfernt werden.</p>
Kantonsspital Graubünden	<p>Grundsätzlich teilen wir die Einschätzung des HSM Fachorgans bzgl. Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen – VAD (LVAD, RVAD, BVAD) – und deren Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, finden aber weitere Konkretisierungen notwendig.</p> <p>Wir teilen auch die Beurteilung des Fachorgans, dass bezüglich den anderen Bereichen (Kapitel «Beschreibung der potentiellen HSM-Bereiche», Punkte 2-8) auf eine Zuordnung verzichtete werden kann. Die Listung für Transplantationen sowie die Transplantationen erfolgen ja bereits heute zentralisiert. Rhythmologische Eingriffe wie Explantation von ICD/CRT und für Ablationen werden heute ausschliesslich von entsprechenden subspezialisierten Rhythmologen durchgeführt. Wie das HSM Fachorgan festhält, fehlt eine eindeutige Definition für terminale Herzinsuffizienz, so dass hier sowieso keine klare Zuteilung gemacht werden kann. Eine Zuordnung dieser Bereiche zur HSM ist somit weder praktikabel noch notwendig.</p>
Luzerner Kantonsspital	<p>Eine Zuordnung zur HSM gemäss IVHSM ist nicht notwendig, denn bereits heute hat die Vernunft diese Behandlungsform gelöst. Die Patienten werden praxisgemäss – auch vom LUKS – kompetenten Leistungserbringern zugewiesen und gemeinsam nachbetreut. Die technologische Entwicklung ist zudem nicht absehbar.</p> <p>Es ist wichtig, dass auch grosse nicht-universitäre Zentren wie das Luzerner Kantonsspital in Zukunft Herzunterstützungssysteme nachkontrollieren können und dass Zentren, welche auch herzchirurgische Eingriffe anbieten, diese Systeme gegebenenfalls auch implantieren können.</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der Bevölkerungsentwicklung die Anzahl Patienten mit schwerer/terminaler Herzinsuffizienz deutlich zunehmen wird. Dies nicht zuletzt, weil die LVADs mittlerweile auch bei älteren Patienten vermehrt zum Einsatz kommen. Mit steigenden Patientenzahlen und stetig zunehmender Überlebenszeit nach Implantation eines Herzunterstützungssystems werden daher die aktuellen CHFC transplant/non-transplant-Zentren bald an Kapazitätsgrenzen stossen.</p> <p>Die Herzunterstützungssysteme entwickeln sich rasch und werden zuverlässiger, so dass Nachkontrollen wie auch deren Implantation in 5 Jahren viel einfacher werden dürften und daher auch an ausgewählten Cardiac Centern durchgeführt werden können.</p> <p>Je nach Entwicklung sollte der Kreis der Leistungserbringer dann soweit erweitert werden können, dass auch das LUKS solche Geräte implantieren und nachkontrollieren dürfte und zum CHFC non-transplant aufsteigen könnte.</p> <p>Mit dem LUKS als einziges Zentrumsspital der Region könnten Patienten im Versorgungsraum der Zentralschweiz versorgt werden und zwar wohnortsnah. Damit würde der notwendige, breite Zugang der Patienten zu solchen Therapien gewährleistet.</p>

Adressaten	Kommentare zur Frage 1 im Fragekatalog («Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»)
Hôpital du Valais	Il s'agit d'une technique hautement spécialisée, nécessitant des compétences avancées avec une équipe à disposition (instrumentistes, chirurgiens cardiaques, anesthésistes, soins intensifs).
Kantonsspital Winterthur	<p>Die Zuordnung kann seitens KSW unterstützt werden, sofern einige Anpassungen in der Zuordnung vorgenommen werden. Dem vorliegenden Vorschlag kann das KSW nicht zustimmen.</p> <p>Assist Devices Assist Devices sollen im CHFC transplant bleiben. Es sollte jedoch klar formuliert werden, dass nur permanente "bridge to transplant" Systeme, welche im Rahmen von "Heartteam"-Entscheidungen in universitären Zentren implantiert werden, gemeint sind. Nicht definitive kreislaufunterstützende System, wie Impella, IABP sollen explizit ausgenommen werden.</p> <p>Komplexe Ablationen (Vorhofflimmerablationen bei schwerer Herzinsuffizienz sowie ventrikuläre Ablationen) Diese Rubrik gehört gestrichen, da solche "komplexe Ablationen" nur in äusserst seltenen Fällen Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz betreffen und mit dem eigentlichen Thema "terminale Herzinsuffizienz und Herzkreislaufunterstützende System" bis auf wenige Ausnahmen nichts gemeinsam hat. Die meisten Patienten werden mit komplexen Ablationen behandelt, damit sich die Herzinsuffizienz wieder erholen kann, was in der überwiegenden Anzahl der Fälle tatsächlich auch der Fall ist. Somit werden solche Eingriffe per definitionem nicht bei Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz durchgeführt. Selbstverständlich gibt es eine sehr kleine Gruppe von Patienten mit terminaler Herzinsuffizienz, die zusätzlich noch komplexe Rhythmusstörungen haben. Diese sind jedoch eine absolute Ausnahme und sollten – falls gewünscht – separat aufgeführt werden. Eine Streichung wäre aber logischer, da bei CHFC transplant die Patienten mit implantierten Assist Devices und Patienten nach Herztransplantation bereits dieser Gruppe zugeordnet sind.</p> <p>Generell ist zu beachten, dass: Die Veränderungen in der Technologie und die jeweiligen Skills der Mitarbeitenden sind dynamisch. Die HSM-Regulierung, bzw. der Entscheidungsprozess dauert jeweils einige Jahre und gilt anschliessend zurzeit für 6 Jahre. Dies heisst, dass auf 10 Jahre hinaus eine Struktur zementiert wird und mit hoher Wahrscheinlichkeit anschliessend fortgeführt wird. In einem sich verändernden System (wir können heute weder die Devices, noch die benötigten Skills der zuständigen Fachkräfte, noch die Fachkräftemigration wirklich abschätzen. Wir betrachten aus diesen Gründen das dynamische Gebiet der herzunterstützenden Systeme als nicht geeignet, generell durch HSM – in der heute möglichen Form – reguliert zu werden.</p>
Universitätsspital Zürich	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zuordnung von „Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen“ zur HSM ist in unseren Augen zwingend erforderlich um die hohe Qualität in der Versorgung dieses sowohl in seiner Quantität als auch Komplexität stark wachsenden Patientenguts aufrecht zu erhalten. Dies betrifft nicht nur die Operation selbst, sondern insbesondere auch die korrekte Indikationsstellung und die intensive Nachsorge sowie die Information, Weiterbildung und aktive Zusammenarbeit mit den Zuweisern und mitbetreuenden Ärzten. Diese Patienten haben Device spezifische Krankheiten und Komplikationen, deren Prophylaxe und Behandlung eine besondere Erfahrung brauchen. • Die Frage nach einem Herzunterstützungssystem stellt sich jeweils im Zusammenhang mit einer terminalen, häufig akuten Herzinsuffizienz. Hierbei ist ein Heart-Team Entscheid unerlässlich (zwingend: Herzinsuffizienz-Kardiologe, Herzchirurg, Herzanästhesie,

Adressaten	Kommentare zur Frage 1 im Fragekatalog («Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»)
	<p>Intensivmedizin, Transplantations-Psychologe), zumal zwischen verschiedenen Unterstützungssystemen (biventrikulär vs. linksventrikulär, short- vs. longterm) und einer Herztransplantation (gegebenenfalls dringliche Listung) abgewogen werden muss. Bereits initial muss eine Therapie-Strategie inklusive bail-out Option erstellt werden. Patienten mit Kontraindikationen für eine Transplantation können von einer Destination-Therapie profitieren. Dafür ist es jedoch zwingend, dass Abklärungen bezüglich einer Transplantation von einem Transplantations-Zentrum durchgeführt werden. Aufgrund dieser Konstellation sind wir mit dem HSM Fachorgan einig, dass der Bereich zwingend der HSM zugeordnet werden muss.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Umgang mit Herzunterstützungssystemen erfordert speziell geschultes Personal. Insbesondere die Kardiotechnik, sowie die Herzinsuffizienz Spezialistinnen und Herzchirurgen müssen 24h/7Tage jederzeit verfügbar sein. Es versteht sich von selbst, dass auch das ärztliche und pflegerische Personal im Umgang voll geschult und verfügbar sein muss. Separate Abteilungen (und Intensivstationen) mit geschultem Personal für hospitalisierte Patienten mit VADs sind notwendig (Bettenstation und Intensivstationen). • Aufgrund der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung (Forschung) muss der Umgang mit Herzunterstützungssystemen an einem universitären Zentrum erfolgen. • Die Altersgrenze Pädiatrie-Erwachsenenmedizin wird strikt bei 18 angesetzt. Die Grenzsetzung wird nicht begründet. In der Praxis wird die Altersgrenze nicht so strikt angewandt. Das USZ erachtet es als wichtig, dass die Transition zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin zwischen verschiedenen Institutionen patientenindividuell erfolgen kann und dass Betroffene, die erst kurz vor dem 18. Geburtstag einer Behandlung bedürfen, auch direkt in die Erwachsenenmedizin eintreten können. Dies darf durch die Zuordnung nicht verhindert werden. Der Altersbereich in der Transitionsphase sollte deshalb flexibel gehandhabt werden, d.h. sowohl von Kinderspitälern wie auch Spitälern.
Privatklinikgruppe Hirslanden	<p>Die Privatklinikgruppe Hirslanden befürwortet die Zuordnung des Bereichs „Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen“ zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM.</p> <p>Das Kriterium der „Seltenheit“ erachten wir als erfüllt, zumal es sich um einen relativ kleinen Patientenkreis handelt, und dies trotz steigender Anzahl Herzinsuffizienzpatienten auch in Zukunft so bleiben dürfte.</p> <p>Ebenfalls erfüllt sind die Kriterien „Hoher personeller Aufwand/komplexe Behandlungsverfahren“. Ein Programm für die Herzunterstützungssysteme erfordert ein absolut standardisiertes, multidisziplinäres Setting und ist sehr ressourcenintensiv (spezialisiertes System für kleines Patientengut).</p> <p>Auch unter dem strikten Qualitätsgebot ist eine Zuordnung zu HSM zwingend erforderlich.</p> <p>Das Kriterium „hoher technischer Aufwand/ Kosten der Leistung“ ist erfüllt, denn es handelt sich bei VAD um hochtechnische, kostspielige Devices.</p>
Versicherer	
	(-)

Adressaten	Kommentare zur Frage 1 im Fragekatalog («Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»)
Dekanate der medizinischen Fakultäten	
	(-)
Fachgesellschaften	
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	Die Zuordnung der Herzunterstützungssysteme VAD entspricht dem Vorschlag von unimedsuisse. Dabei ist wichtig, dass es zwei Stufen der Versorgung gibt – CHFC-transplant und CHFC non-transplant – die beide die entsprechenden Kompetenzen haben und gleichzeitig im Hinblick auf eventuelle spätere Herztransplantationen zusammenarbeiten. Es ist wichtig, dass dabei nach den unterschiedlichen therapeutischen Zwecken des implantierten Herzunterstützungssystems – destination therapy bridge-to-transplant oder bridge-to-decision – unterschieden werden. So nimmt bspw. die Implantation von Herzunterstützungssystemen als destination therapy zu. Der Zuordnungsbericht muss diese Entwicklung reflektieren und verstärkt thematisieren, damit die korrekte Indikationenstellung bei den unterschiedlichen Anwendungen gewährleistet wird.
Weitere	
	(-)

2.3 Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen

Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die eingetroffenen Anmerkungen zum Zuordnungsbericht. 14 Stellungnehmende haben eine Anmerkung angebracht (davon 5 Kantone, 8 Spitäler, 0 Versicherer, 0 Dekanate und 1 Fachgesellschaft).

Tabelle 3: Übersicht der Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung. (-): Keine Kommentare

Adressaten	Kommentare zur Frage 2 im Fragekatalog («Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen»?»)»)
Kantone	
BE	Wir möchten anregen, die Bezeichnung des HSM Bereichs zu präzisieren: «Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen bei Erwachsenen» (entspricht VAD / TAH).
BS	<p>Mindestfallzahlen</p> <p>Die Festlegung von einer jährlichen Mindestfallzahl halten wir aus sozialen und medizinischen Gründen für bedenklich. Vor allem die wohnortnahe Unterstützung der Patientinnen und Patienten bis zum eigentlichen Eingriff sollte weiter vor Ort gewährleistet werden. Darüber hinaus kann aus der einschlägigen Fachliteratur, keine Empfehlung zu Mindestfallzahlen abgeleitet werden.</p> <p>Das von der <i>Groupe des Quinze</i> ausgearbeitete Konzept <i>Comprehensive Heart Failure Center (CHFC)</i>, mit seinen drei Infrastrukturkategorien, kann für eine Leistungsbeschränkung herangezogen werden. Für die Leistungserbringung in diesem Fachbereich, sehen wir vorrangig die Zentren CHFC transplant und CHFC non-transplant.</p>
TG	Der Einsatz von extrakorporalen VAD-Systemen ist an Zentren mit Herzchirurgie und Kardiotechnik, die bereits heute ECMO/ECLS Verfahren anwenden, weiterhin nicht dem HSM-Bereich zuzuordnen.
TI	<p>La décision de rattacher les dispositifs d'assistance ventriculaire à la CIMHS est partagée, même si le Chapitre « Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte » a un titre différent dans le Rapport : « Dispositifs d'assistance ventriculaire – VAD (LVAD, RVAD, BVAD) parmi les « Description des domaines MHS potentiels » qui risque de créer de la confusion.</p> <p>La décision reste partagée, même s'il n'y a pas vraiment de définition au-delà de la citation des Directives européennes en termes d'insuffisance cardiaque pour les différents types de VAD.</p> <p>La description des autres domaines de l'insuffisance cardiaque du concept « CHFC » décrites dans le chapitre «Description des domaines MHS potentiels » que ne font pas l'objet du rattachement à la CIMHS, n'ont pas raison d'être dans ce rapport es risquent de créer de la confusion.</p>
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 Erläuterungsbericht vom 11. Oktober 2018 wird für den Bereich „Herzunterstützungssysteme (VAD's)“ inhaltlich eine detaillierte medizinische Umschreibung vorgenommen. Zudem wird der HSM-Bereich mit der Beschränkung auf Erwachsene (ab dem</p>

Adressaten	Kommentare zur Frage 2 im Fragekatalog («Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen»?»)»)
	abgeschlossenen 18. Altersjahr) altersmässig klar abgegrenzt. Damit ist der HSM-Bereich aus Sicht des Kantons Zürich qualitativ genügend klar abgegrenzt und das Gebot der qualitativen Bestimmtheit erfüllt.
Spitäler	
Insel Gruppe AG (Inselspital, Universitätsspital Bern)	Hier muss zwingend die VAD destination therapy (DT) erwähnt werden. Es braucht eine Diskussion ob die DT auch an CHFC non-transplant durchgeführt werden soll oder darf (siehe 1.). Vor allem im Hinblick auf die potentielle Miniaturisierung (allenfalls auch Vereinfachung der Implantation) könnte dies zu einer raschen Vermehrung der Fälle durch „lockere“ Indikationsstellung führen.
Spitalzentrum Biel	Es muss zwischen chirurgisch implantierten Herzunterstützungssystemen und perkutan eingesetzten Herzunterstützungssystemen unterschieden werden.
Universitätsspital Basel	<p>Wir sind gegen eine Reglementierung und Festlegung von jährlichen Mindestfallzahl, wie es in der Tabelle 2 HSM-Kriterien in Bezug auf die Herzunterstützungssysteme [2-6] unter dem Punkt «Komplexe Behandlungsverfahren» skizziert ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt international keine publizierten Empfehlungen hinsichtlich Mindestfallzahlen in diesem Gebiet. Wichtiger als reine Mindestfallzahlen ist die fachliche Kompetenz am Zentrum, die bereitgestellt werden muss. • Die bereits der HSM zugeordnete Herztransplantation ist ebenfalls nicht durch eine jährliche Mindestfallzahl reglementiert. • Nicht transplantierende universitäre und grosse nicht-universitäre Herzinsuffizienzcentren mit dem entsprechend komplexem Patientengut müssen in der Lage sein, jederzeit auch kurzfristige Überbrückungssysteme (ECMO, Impella) in langfristige Systeme LVAD/RVAD/BiVAD überführen zu können, um gefährdende Patiententransporte zu vermeiden. • Die Implantation von LVAD Systemen wurde im letzten Jahrzehnt deutlich vereinfacht, eine weitere Miniaturisierung und Simplifizierung der Geräte ist zu erwarten. Die Destinationstherapie wird in den kommenden Jahren einen weiteren Wachstumsschub erfahren. • Der regionalen Versorgung (Nordwestschweiz) mit interdisziplinären und interprofessionellen Behandlungsteams wird eine stetig grössere Bedeutung beigemessen werden. Schon jetzt sind z.B. in der Region Basel >12 LVAD Patienten wohnhaft, die auch für nicht kardiale Behandlungen den Service unseres Herzzentrums mit seinem universitären Netzwerk beanspruchen.
Kantonsspital Graubünden	<p>Wir teilen wir die Einschätzung des HSM Fachorgans im Grundsatz. Allerdings sollten zwei Aspekte näher spezifiziert werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arten von VAD. Wir befürworten sehr, dass chirurgisch implantierte VAD Systeme als Bridge-to-Transplant oder als Destinations-therapie an spezialisierten Zentren erfolgen. Temporäre Unterstützungssysteme wie Impella, ECMO, Tandem Heart und ähnliche Systeme bei Patienten mit schwerem kardiogenem Schock oder zur temporären Unterstützung bei komplexen Koronarinterventionen sollen nicht in diese Kategorie fallen, insbesondere perkutan einsetzbare Systeme. 2. Aspekte der VAD, welche betroffen sind. Chirurgische Implantationen und Explantationen von kompletten VAD Systemen sollen an entsprechenden Zentren erfolgen. Auch die Hauptbetreuung soll auf spezialisierten Zentren konzentriert bleiben bzw. werden.

Adressaten	Kommentare zur Frage 2 im Fragekatalog («Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen»?»)»)
	<p>Allerdings finden wir es wichtig, die Option einer Patienten-nahen dezentralen Vor- und Nach-Betreuung für «Randregionen» nicht gänzlich zu verhindern. Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs des Bedarfs solcher Systeme infolge technologischem Fortschrittes und Mangel an Transplantat Organen soll eine dezentrale Nachkontrolle der Patienten als Option in Zukunft möglich bleiben, in enger Kollaboration mit einem entsprechenden HSM Zentrum. Betroffene Patienten aus Randregionen wie z.B. dem Engadin haben eine mehrstündige Anreise an das nächste HSM Zentrum in Zürich. Per Definition handelt es sich ja um sehr kranke Patienten mit eingeschränkter Lebensqualität, engmaschigen Kontrollen und die entsprechenden Transfers sind für diese Patienten eine grosse Belastung. Wir haben vorerst keine Absicht, solche Kontrollen in unserer Gesundheitsregion (Graubünden) anzubieten. Falls sich das Bedürfnis der Patienten in Zukunft jedoch ändern sollte, möchten wir einer solchen Option zum aktuellen Zeitpunkt nicht grundsätzlich den Riegel schieben. Gerade mit telemedizinischen Technologien und zunehmend besserer Mobilität (auch für VAD Spezialisten) sollen dezentrale Nachkontrollen durch oder in Kollaboration mit entsprechenden Spezialisten aus HSM Zentren nicht a priori verhindert werden.</p> <p>Unsere Gesundheitsregion Graubünden umfasst auch mehrere hochspezialisierte kardiologische Rehabilitationskliniken (z.B. Davos, Seewis). Diese werden sehr rege von grossen Zentren genutzt und sind sowohl von Patienten wie auch deren Angehörigen enorm geschätzt. Die Hospitalisationsdauer am Zentrum kann dadurch reduziert werden und der klinische Nutzen der kardialen Rehabilitation nach LVAD ist zwar noch limitiert, aber, ist in mehreren wenn auch kleineren Studien sowie einer entsprechenden Meta-analyse zunehmend belegt (Mahfood HAT et al, J Car-diopulm. Prev 2017, Nov ; 37(6): 390) . Im Rehab-VAD randomized trial wurden 26 LVAD Patienten randomisiert in 6 Wochen Ausdauertrainings-basierter kardialer Rehabilitation versus „Standard Care“. Diese zeigte eine deutlich verbesserte Leistungsfähigkeit (Kerrigan DJ et al, J Cardiopulm Rehabil Prev 2014 (33):396. Aus unserer Sicht sollen Patienten nach VAD Implantationen auch an solchen Zentren unmittelbar nach dem Eingriff rehabilitiert werden können, bzw. einer ambulanten Wohnorts-nahen ambulanten Rehabilitation, sofern lokal die nötige Kompetenz besteht und unter der Voraussetzung einer engen Kollaboration mit einem HSM Zentrum. Diese beiden Aspekte, also die Rehabilitation nach VAD Implantation sowie gewisse Aspekte der Nachkontrollen sollten aus unserer Sicht nicht verhindert werden, das wäre nicht im Sinne der Patienten, schon gar für Patienten aus Randregionen.</p>
Hôpital du Valais	Je suis d'accord avec la définition.
Kantonsspital Winterthur	Axiale Flowpumpen, wie IABP, Impella, ECMO müssen explizit ausgenommen werden.
Universitätsspital Zürich	<ul style="list-style-type: none"> • Die notwendige Interdisziplinarität kann nicht genug betont werden. Letztlich ist der Erfolg eines VAD Programmes von der korrekten Indikationsstellung, dem perioperativen Management und der adäquaten Nachbetreuung abhängig. • Die Implantation eines VADs ist gemessen an der Gesamtheit der stetig wachsenden Menge an Herzinsuffizienz-Patienten immer noch eine seltene Angelegenheit und darf deshalb nur an wenigen spezialisierten Zentren mit der notwendigen Expertise, Interdisziplinarität und Exposition durchgeführt werden. • Eine internationale Vernetzung (Austausch Experten, Kongresse, Register) ist ebenso eine wichtige Voraussetzung zum Erhalt und der Weiterentwicklung der hochqualitativen Versorgung dieses speziellen Patientenguts.

Adressaten	Kommentare zur Frage 2 im Fragekatalog («Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen»?»)»)
Privatklinikgruppe Hirslanden	<p>Für die Abklärung sowie Nachbehandlung transplantierter Patienten (Punkte 4-6) ist die konstante Betreuung von Patienten durch den vertrauten Kardiologen zentral. Dies geschieht bereits heute durch ausgewählte Fachleute an CHFC non-transplant. Wie seitens des Fachorgans vorgeschlagen, ist eine Zuordnung zur HSM nicht nötig.</p> <p>Ebenfalls unterstützen wir den Vorschlag, die Explantation von ICD/CRT und komplexe Ablationen (Punkte 7 und 8) nicht der HSM zuzuordnen.</p>
Versicherer	
	(-)
Dekanate der medizinischen Fakultäten	
	(-)
Fachgesellschaften	
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	<p>Wir bedauern, dass der von unimedsuisse vorgeschlagene und für eine gute Versorgung als notwendig erachtete Ansatz einer breit verorteten Kompetenz bei Herzinsuffizienz nicht einmal dargestellt wird bzw. in einer starken Reduktion des unimedsuisse-Berichtes nur die vorgeschlagenen Ebenen einer Zentrenbildung und die darin angebotenen Leistungen aufgeführt werden. Die Grundaussage, dass nämlich hochspezialisierte Leistungen nur an Zentren mit breiten Behandlungskompetenzen und einem Wissen, welche Behandlungsoptionen bei welchen Indikationen sinnvoll sind, wird damit gar nicht aufgenommen. Folglich wird dieser Ansatz vom Fachorgan auch nicht weiterverfolgt, was einzig mit den technisch-methodischen Möglichkeiten im Rahmen der IVHSM zu tun hat, nicht aber dem Auftrag der IVHSM entspricht, eine Konzentration der Versorgung zur Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen.</p> <p>In der Beschreibung des Zuordnungsbereichs sollte das Fachorgan die verschiedenen Anwendungen der Herzunterstützungssysteme differenzieren (destination therapy, bridge-to-transplant etc.)</p> <p>Die Altersgrenze Pädiatrie-Erwachsenenmedizin wird strikt bei 18 angesetzt. Die Grenzsetzung wird nicht begründet. In der Praxis wird die Altersgrenze nicht derart strikt angewandt. unimedsuisse erachtet es als wichtig, dass die Transition zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin zwischen verschiedenen Institutionen patientenindividuell erfolgen kann und dass Betroffene, die erst kurz vor dem 18. Geburtstag einer Behandlung bedürfen, auch direkt in die Erwachsenenmedizin eintreten können. Dies darf durch die Zuordnung nicht verhindert werden. Der Altersbereich in der Transitionsphase sollte deshalb flexibel gehandhabt werden, d.h. sowohl von Kinderspitälern wie auch Erwachsenenspitälern abgedeckt werden können. Grundsätzlich sollte nochmals angeschaut werden, ob es überhaupt Sinn macht, zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin zu unterscheiden. In der Kindermedizin ist es aufgrund der wenigen Fälle kaum mög-</p>

Adressaten	Kommentare zur Frage 2 im Fragekatalog («Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen»?»)»)
	<p>lich, genügend Expertise allein anhand von Kindern und Jugendlichen aufzubauen. Eine Separierung der Kinder- und Erwachsenenmedizin bedeutet deshalb, dass eine zweite (unnötige und gefährliche) Lernkurve verursacht wird. Eine Zusammenarbeit von Kinder- und Erwachsenenmedizin ist deshalb auf jeden Fall notwendig und sinnvoll.</p> <p>Die Einschätzung des Fachorgans betreffend die Abstossungstherapie bei Transplantierten (Kapitel «Beschreibung der potenziellen HSM-Bereiche» Abschnitt 5) ist nicht nachvollziehbar. Es gibt ja die CHFC als solche noch gar nicht (weder transplant noch non-transplant), sie sind im Bericht von unimedsuisse nur konzeptuell beschrieben.</p> <p>Seitens des Fachorgans wird grundsätzlich bejaht, dass die von unimedsuisse vorgeschlagenen Bereiche der Explantation von ICD/CRD (Abschnitt 7) und der komplexen Ablationen (Abschnitt 8) der HSM zugeordnet werden sollten. Aufgrund technisch-methodischer Schwierigkeiten wird allerdings keine Zuordnung zur HSM vorgenommen. In der Beurteilung werden nur noch diese negativen Punkte aufgeführt, die Einschätzung ist entsprechend evasiv formuliert. Korrekterweise müsste man am Anfang der Einschätzung anfügen: «Für eine Zuordnung zur HSM gibt es gute Gründe». Wenn es fachlich gute Gründe für eine Zuordnung zur HSM gibt, aber aus rein methodischen Gründen keine Zuordnung zur HSM erfolgen kann, sollten andere Massnahmen zur Sicherung der Qualität und zur Förderung der Konzentration geprüft werden.</p> <p>Wir zweifeln ausserdem an, dass der Bereich der ICD/CRT-Explantation «selbstreguliert» ist.</p>
Weitere	
	(-)

2.4 Fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP. Acht Stellungnehmende haben eine Anmerkung angebracht (davon 3 Kantone, 4 Spitäler, 0 Versicherer, 0 Dekanate und 1 Fachgesellschaft).

Tabelle 4: Übersicht über fachliche Anmerkungen zur Abbildung gemäss schweizerischer Operationsklassifikation CHOP. (–): Keine Kommentare

Adressaten	Kommentare zur Frage 3 im Fragekatalog («Haben Sie fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP?»)
Kantone	
BE	Die Abbildung des HSM Bereichs in den Klassifikationssystemen CHOP und ICD ist fachlich nachvollziehbar. Wir gehen jedoch davon aus, dass eine Abbildung auf Basis der CHOP ausreichen dürfte.
BS	Wie bereits unter Punkt 1 (vgl. Tabelle 2) aufgeführt, kann auf die aufgeführten ICD-Diagnosecodes verzichtet werden. Sollte das HSM-Fachorgan die gelisteten CHOP-Codes und ICD-Codes beigehalten, sehen wir es als unabdingbar, dass neben den Hauptdiagnosen auch die Nebendiagnosen für die HSM-Fallzahlstatistik herangezogen werden.
ZH	Die der HSM zuzuordnenden VAD-gestützten Behandlungen werden anhand der Klassifikationssysteme ICD-/CHOP operabel abgebildet und auf diese beschränkt. Damit ist der HSM-Bereich „Herzunterstützungssysteme (VAD)“ aus Sicht des Kantons Zürich auch quantitativ genügend abgegrenzt und das Gebot der quantitativen Bestimmtheit erfüllt. Der Vollzug der Zuteilungsentscheide sowie ein schweizweites Monitoring der nationalen Fallzahlen werden somit gewährleistet.
Spitäler	
Insel Gruppe AG (Inselspital, Universitätsspital Bern)	Die Implantation intravasaler herzunterstützender Systeme (z.B. Impella) ist nicht aufgeführt. Zudem fehlt in der Diagnosenliste die Diagnose des kardiogenen Schocks und ebenso die Diagnosen zu den Grunderkrankungen. So ist es fraglich, ob alle Indikationen für ein VAD abgebildet sind. Es ist grundsätzlich denkbar, auf eine Einschränkung durch ICD Diagnosen ganz zu verzichten und die Selektion der Fälle nur über CHOP Codes zu gestalten.
Spitalzentrum Biel	Hier gibt es bereits spezifische CHOP Codes zur Unterscheidung von chirurgisch und perkutan eingesetzten Herzunterstützungssystemen.
Universitätsspital Basel	Sollte die Leistung HSM reglementiert werden, wäre unseres Erachtens eine Beschreibung der Leistung ausschliesslich durch die genannten CHOP-Codes ausreichend. Eine Eingrenzung durch ICD-Diagnosecodes halten wir für verzichtbar, da die Indikation implizit schon mit der Durchführung der Prozedur belegt ist. Will man aber eine Einschränkung mittels ICD-Diagnosen vornehmen, so muss unbedingt sichergestellt sein, dass diese zu codierenden ICD-Diagnose-Codes (I50.00/01/13/14/19) sowohl als Hauptdiagnose als auch

Adressaten	Kommentare zur Frage 3 im Fragekatalog («Haben Sie fachliche Anmerkungen zur vorgeschlagenen Abbildung des HSM-Bereichs «Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen» gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP?»)
	als Nebendiagnose für die Selektion der HSM-Fälle qualifizieren. Gemäss Schweizer Kodierrichtlinien ist als Hauptdiagnose immer derjenige Zustand zu wählen, welcher der Hauptanlass für die Behandlung war und der den grössten medizinischen Aufwand während der stationären Behandlung verursacht hat. In gewissen Konstellationen kann es also sein, dass eine andere Diagnose als die Herzinsuffizienz (z.B. Myokardinfarkt) hauptaufwandverursachend ist oder aber, dass die der Herzinsuffizienz zugrundeliegende Pathologie als Hauptdiagnose qualifiziert (z.B. obstruktive Kardiomyopathie). Bei diesen Behandlungsfällen wird die Herzinsuffizienz ebenso codiert – allerdings nicht als Haupt- sondern als Nebendiagnose.
Hôpital du Valais	<p>Nous soutenons que les hôpitaux, comme le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR), soit le seul centre dans le canton à pouvoir pratiquer l'assistance ventriculaire, comme il est organisé et staffé pour cette activité.</p> <p>Ainsi, il y a des instrumentistes, une équipe de soins intensifs (médico-soignante), cardiologie invasive, chirurgie cardiaque, service de suivi d'insuffisance cardiaque, service de cardiologie structurelle, la prise en charge des patients souffrant d'une hypothermie sévère ou en défaillance cardiaque aiguë, comme myocardite.</p>
Versicherer	
	(–)
Dekanate der medizinischen Fakultäten	
	(–)
Fachgesellschaften	
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	Es ist fraglich, ob alle Indikationen für die Anwendung von VAD abgebildet sind und ob diese sich im Rahmen der Entwicklung (etwa im Bereich der destination therapy) verändern. Auf eine Einschränkung mittels ICD-Diagnosen kann deshalb verzichtet werden, sodass die betreffenden Fälle nur über CHOP-Codes identifiziert werden.
Weitere	
	(–)

2.5 Weitere Anmerkungen

Tabelle 5 gibt eine Übersicht über weitere Anmerkungen. 16 Stellungnehmende haben eine Anmerkung angebracht (davon 10 Kantone, 4 Spitäler, 1 Versicherer, 0 Dekanate und 1 Fachgesellschaft).

Tabelle 5: Übersicht über weitere Anmerkungen. (–): Keine Kommentare

Adressaten	Kommentare zur Frage 4 im Fragekatalog («Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»)
Kantone	
BE	Die pädiatrische HSM Herzmedizin VAD / TAH (< 18 Jahre) sollte nur in den wenigen Spitälern behandelt werden, die auch über eine nachgewiesene überdurchschnittliche Erfahrung im HSM Bereich VAD / TAH für Erwachsene verfügen. Eine Zuteilung der pädiatrischen HSM Versorgung VAD / TAH unabhängig zur VAD / TAH HSM Versorgung bei Erwachsenen ist aufgrund der sehr geringen Prävalenz bei Erwachsenen und der noch geringeren Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen nicht sinnvoll. Wir bitten daher, dies bei der Zuteilung der beiden HSM Bereiche zu berücksichtigen.
LU	Vgl. Anmerkungen zu Frage 1 (Tabelle 2; Stellungnahme «LU»).
NW	Vgl. Anmerkungen zu Frage 1 (Tabelle 2; Stellungnahme «NW»).
OW	Die Überlegungen und Schlussfolgerungen zu den nicht in den HSM Katalog aufgenommenen Leistungsbereichen sind gut aufgezeigt, begründet und damit gut nachvollziehbar. In der Regel dürfte es trotzdem schon heute zu einer Konzentration gekommen sein, da entsprechendes Fachpersonal nicht unbeschränkt zur Verfügung steht und auch in diesen Bereichen notwendige Investitionen und Innovationen nicht einfach aufgebracht werden können.
SO	Grundsätzlich wäre es begrüßenswert, wenn auch noch weitere Bereiche im Rahmen des «Comprehensive Heart Failure Center (CHFC)»-Konzeptes der HSM zugeordnet würden.
SZ	Der Kanton Schwyz unterstützt die Beurteilung durch das HSM-Fachorgan im Sinne des erläuternden Berichts. Die Bedenken der innerkantonalen Spitäler in der erweiternden Grundversorgung liegen unabhängig von dieser Vernehmlassung (aktuell nicht betroffen) in der Befürchtung, durch die zunehmenden Regulierung im Bereich der HSM-Einschränkungen, Tätigkeiten, welche durch sie, mit hoher Qualität erbracht werden könnten, zu verlieren.
TI	Une définition et une stratégie VAD pédiatrique manque à présent.
VD	Le canton regrette que des questions de classifications médicales ne permettent pas l'inclusion des dispositifs de défibrillations implantables et d'ablations complexes chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque grave/terminale, alors que des critères qualité médicaux justifieraient une prise en charge spécialisée. Il espère que les classifications, tout du moins la classification CHOP qui est moins dépendante d'une nomenclature internationale, puissent être adaptées de manière à différencier cette catégorie de patients.

Adressaten	Kommentare zur Frage 4 im Fragekatalog («Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»)
ZG	Die Ausführungen zur Einschränkung auf die Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen sind nachvollziehbar. In die HSM soll nur aufgenommen werden, was letztlich in der Praxis im Sinne der HSM auch eindeutig umsetz- und begründbar ist. Weniger ist in der Wirkung zumeist mehr.
ZH	<p>1. Konzept „Comprehensive Heart Failure Centers“: Bei der Definition des HSM-Bereiches „Herzunterstützungssysteme (VAD) bei Erwachsenen“ wird auf das im Zuteilungsentscheid vom 13. September 2013 (1. Re-Evaluation) vom HSM-BO in Auftrag gegebene (Auflage 2b) und in der Folge von der Arbeitsgruppe „Universitäre Medizin (UMS) im Dezember 2015 vorgelegte Versorgungskonzept zur Behandlung von Patienten mit schwerer und schwerster (terminaler) Herzinsuffizienz an speziellen Kompetenzzentren (Comprehensive Heart Centers-CHC) abgestellt. Das Konzept „Comprehensive Heart Failure Centers“ wurde dem HSM-BO bis anhin nicht zur Kenntnis gebracht bzw. vom HSM-BO genehmigt. Es ist dem HSM-BO spätestens bis zum Zeitpunkt der Beschlussfassung über die Zuordnung der VAD's zur HSM zur Verfügung zu stellen.</p> <p>2. Erfüllung IVHSM-Kriterien: Hinsichtlich der Erfüllung der IVHSM-Kriterien für die Zuordnung zur HS-Medizin wird Folgendes bemerkt:</p> <p>2.1 Zuordnungskriterium Seltenheit: In der terminalen Phase der Herzinsuffizienz sind die Möglichkeiten der standardmässig eingesetzten medikamentösen und rhythmuskontrollierenden Therapie (CRT) ausgeschöpft. Es kommt dann als ultima Ratio neben der HTx nur noch die Implantation eines Herzunterstützungssystems (VAD) in Frage.</p> <p>Die Überlebensrate nach VAD-Implantation hat sich in ausgewählten Patientenkohorten derjenigen nach HTx angenähert. VAD-Systeme werden deshalb nicht nur zur Überbrückung (bridge to transplant), sondern auch als dauerhafte Lösung (destination therapy) eingesetzt.</p> <p>Gemäss HSM-FO kommt es in der Schweiz jährlich zu ca. 70-100 VAD-Implantationen. Bei Anwendung der in Anhang 1 des vorliegenden erläuternden Berichts definierten ICD-/ CHOP-Codeliste wurden im Jahre 2016 schweizweit lediglich 49 VAD's implantiert. Die Differenz wird vom HSM-FO nicht kommentiert.</p> <p>Angesichts der zunehmenden demographischen Überalterung der Bevölkerung ist künftig mit einer Zunahme der terminalen Herzinsuffizienz zu rechnen. Auch unter Berücksichtigung einer künftig zu erwartenden Leistungszunahme ist das IVHSM-Kriterium der Seltenheit erfüllt.</p> <p>2.2 Übrige Zuordnungskriterien: Im vorliegenden Erläuterungsbericht wird der Erfüllung der übrigen Zuordnungskriterien der gebührende Stellenwert eingeräumt und ein detaillierter Nachweis für deren Erfüllung erbracht.</p> <p>Der vorgeschlagene HSM-Bereich „Herzunterstützungssysteme (VAD's) bei Erwachsenen“ erfüllt somit die für die Zuordnung zur HSM relevanten Kriterien der IVHSM.</p>

Adressaten	Kommentare zur Frage 4 im Fragekatalog («Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»)
Spitäler	
Insel Gruppe AG (Inselspital, Universitätsspital Bern)	<p>Es macht wenig Sinn die Herzunterstützungssysteme (VAD) bei Erwachsenen von den VAD bei Kindern zu trennen. Nur aufgrund einer genügenden Erfahrung bei Erwachsenen (in diesem Bereich entstehen alle Innovationen und auch hier werden die erste klinischen Erfahrungen gemacht) kann ein VAD Programm auch bei Kindern erfolgreich sein (das Volumen wird ca. mit einem Verhältnis von 10:1 eingeschätzt). Die Separierung des Bereiches VAD zwischen Kindern/Erwachsenen bedeutet, dass eine zweite (unnötige und gefährliche) Lernkurve, dann bei den Kindern verursacht wird. Die pädiatrische Medizin kann nur von den Erfahrungen des Teams HTX/VAD profitieren; es soll auf keinem Fall separat aufgebaut werden.</p>
Luzerner Kantonsspital	Vgl. Anmerkungen zu Frage 1 (Tabelle 2; Stellungnahme «Kantonsspital Luzern»).
Spital Lachen AG	<p>Herzunterstützungssysteme sind bereits heute nicht grösser wie ein zentraler Venenkatheter und deutlich kleiner als ein Dialyse-Katheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit diesen Pumpen wird ein Herzstillstand problemlos überbrückt, so dass Patienten sicher ins Zentrumsspital verlegt werden können. • Möglicherweise verhindert diese politische Initiative, dass Patienten in kleineren Spitälern vom technischen Fortschritt profitieren.
Kantonsspital Winterthur	Siehe unter 1 (Tabelle 2; Stellungnahme «Kantonsspital Winterthur»).
Versicherer	
santésuisse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bei gegebener medizinischer Wünschbarkeit einer HSM-Zuordnung insbesondere der Explantation von ICD / CRT (Kapitel 7) scheint die Begründung für den Verzicht auf eine Zuordnung aufgrund ungenügender Definitionskriterien der schwersten (terminalen) Herzinsuffizienz bzw. deren Abbildung nach ICD und CHOP wenig überzeugend. Hier könnte einerseits die Anpassung insbesondere der CHOP-Klassifikation (Antragsverfahren) vorgesehen werden. Andererseits wird gemäss Aussage eines beigezogenen Experten die hohe Anforderung an die Explantation und damit die Zuordnung zur HSM vielmehr durch die <i>lange Zeitdauer</i> begründet, während der ein CRT /ICD aber auch ein Schrittmacher implantiert war, und weniger durch die schwere / terminale Herzinsuffizienz. Demgegenüber seien die komplexen Ablationen (Kapitel 8), so der Experte, häufig und würden daher keine HSM Zuordnung begründen. Wir empfehlen die Überprüfung der genauen Indikationen für die allfällige Zuordnung der Explantation von CRT/ ICD und Schrittmacher durch Fachexperten sowie deren allfällige Umsetzungsmöglichkeiten. 2. Das IVHSM-Kriterium <i>Wirksamkeit und Nutzen</i> der VAD kann aufgrund fehlender quantitativer Angaben im erläuternden Bericht nicht beurteilt werden. Diese wären gerade bei der terminalen Herzinsuffizienz und insbesondere in Bezug auf die hohen Kosten (Wirtschaftlichkeit) wichtig (z.B. Morbidität, Mortalität, QALY etc.). Dabei sollte die Bedeutung der VAD bei terminaler Herzinsuffizienz ausgeführt werden. 3. Wir schlagen vor, dass beim IVHSM-Kriterium <i>Kosten der Leistung</i> ergänzend auch die Kosten / QALY angegeben werden.

Adressaten	Kommentare zur Frage 4 im Fragekatalog («Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»)
Dekanate der medizinischen Fakultäten	
	(-)
Fachgesellschaften	
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	<p>unimedsuisse dankt dem Fachorgan für die sorgfältige Prüfung des Berichtes von unimedsuisse zu den CHFC. Gleichzeitig bedauert unimedsuisse, dass das Fachorgan es in der weiteren Bearbeitung nicht geschafft hat, über die partielle Perspektive in der HSM hinauszukommen (siehe dazu auch unsere Anmerkungen unter Frage 2). Damit zeigt der Bericht deutlich die Grenzen der IVHSM in seiner gegenwärtigen Form auf: Leistungsaufträge werden nur für einzelne Behandlungen vergeben - die Angemessenheit der Behandlung in Abwägung verschiedener Behandlungsoptionen bzw. die Kompetenz, verschiedene Behandlungsoptionen korrekt einzusetzen, spielen eine geringe Rolle.</p> <p>Daraus leitet unimedsuisse folgende Forderungen für das weitere Verfahren im HSM-Bereich der Herzunterstützungssysteme ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Fachorgan wird aufgefordert, im Rahmen des weiteren HSM-Verfahrens zu den Herzunterstützungssystemen die Kompetenz für die Indikationsstellung in der Anwendung von VAD hoch zu gewichten. Diese Kompetenz für korrekte Indikationsstellung muss auch alternative Behandlungsoptionen einschliessen. • Konkret heisst dies, dass im Bewerbung- und Zuteilungsverfahren die Gewährleistung der Indikationsqualität als ein wichtiges Kriterium aufgenommen werden soll. Leistungserbringer müssen dazu über geeignete Prozesse verfügen. <p>Die Anwendung von Mindestfallzahlen muss mit Studien belegt sein.</p> <p>Kommentare zum Berichtstext</p> <p>Wir bitten, im gesamten Text die korrekte Abkürzung unseres Verbandes «unimedsuisse» (statt UMS) zu verwenden.</p> <p>In «Das Wichtigste in Kürze» ist der Auftrag für den Grundlagenbericht falsch dargestellt. Der Auftrag ging – wie auf S. 5 dargestellt – an die Transplantationszentren mit Leistungsauftrag in der Herztransplantation. Die Transplantationszentren haben den Auftrag in einer breiten Arbeitsgruppe von unimedsuisse bearbeitet und als gemeinsam getragenen Bericht von unimedsuisse eingereicht. Wir schlagen deshalb auf S.1 folgende Textanpassung vor: «Mit der Vergabe der Leistungsaufträge in der Herztransplantation im Jahr 2013 wurden die drei bezeichneten Transplantationszentren damit beauftragt, ein umfassendes Versorgungskonzept zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer und schwerster (terminaler) Herzinsuffizienz an speziellen Kompetenzzentren zu erarbeiten. Im Dezember 2015 legten die Transplantationszentren gemeinsam mit dem Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) das Konzept «Comprehensive Heart Failure Centers (CHFC)» vor. In diesem werden drei Kategorien von [...] unterschieden:»</p>
Weitere	
	(-)

2.6 Zusätzlich zum Fragebogen eingereichte Stellungnahmen

Keine Stellungnehmende reichten neben dem ausgefüllten Fragebogen zusätzliche schriftliche Stellungnahmen ein.

2.7 Zusätzliche Stellungnahmen

Sechs Stellungnehmende reichten keinen ausgefüllten Fragebogen, hingegen eine andere schriftliche Stellungnahme ein. Diese sind in der Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Übersicht der eingetroffenen Anmerkungen derjenigen Adressaten, welche in einer anderen Form als per Fragebogen Stellung nahmen.

Adressaten	Kommentar
Kantone	
	(-)
Spitäler	
Spital Thurgau	Besten Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Spital Thurgau ist hier nicht betroffen. Wir unterstützen das von Ihnen geplante Vorgehen in diesem HSM-Teilgebiet und werden dazu keine weitere Stellungnahme abgeben. Besten Dank für Ihre Kenntnisnahme.
Versicherer	
Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)	Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) bedankt sich beim HSM-Fachorgan der GDK für die Einladung zur oben genannten Vernehmlassung, mit Eingabefrist bis zum 20. August 2019. Da die Versorgung von Versicherten mit Herzunterstützungssystemen nicht oder äusserst selten in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherer fällt, verzichtet die MTK darauf, eine Stellungnahme einzureichen.
SUVA	Wir bedanken uns für die Gelegenheit, an der Vernehmlassung zur Zuordnung der Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen zur hochspezialisierten Medizin (HSM) teilzunehmen. Die Suva ist von der vorliegenden Thematik nicht direkt betroffen. Aus diesem Grund verzichten wir auf eine Stellungnahme.
Dekanate der medizinischen Fakultäten	
Universität Zürich	Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich unterstützt die Stellungnahme des Universitätsspitals vollumfänglich. Diese wurde in gemeinsamer Zusammenarbeit erstellt.
Fachgesellschaften	
H+ die Spitäler der Schweiz	Besten Dank für die Einladung vom 4. Juni 2019 zum obgenanntem Anhörungsverfahren, welches Sie direkt auch an einige unserer Mitglieder gesandt haben. H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 218 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über

	<p>160 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen. Wir vertreten über 200'000 Arbeitsverhältnisse.</p> <p>Aufgrund der eingetroffenen Rückmeldungen unserer Mitglieder verzichten wir auf eine konsolidierte Stellungnahme, bitten Sie aber, die Anliegen unserer Mitglieder zu berücksichtigen.</p> <p>Dennoch möchten wir Ihnen unsere Haltung zur Dynamik im HSM-Bereich und die Auswirkung auf die Regulierung mitteilen. Die Veränderungen in der Technologie sind – gerade im Bereich der Herzunterstützungssysteme - sehr dynamisch. Was heute sehr aufwändig sein kann und allenfalls ein grosses Team benötigt (z.B. Herzchirurgie backup), kann in wenigen Jahren schon einfacher, günstiger und Standard sein. Genauso ist auch das Umgekehrte möglich: eine Behandlung, welche heute Standard ist, kann schon bald abgelöst werden durch neue, sinnvolle Verfahren, welche hochspezialisiertes Knowhow bzw. Infrastruktur benötigen. Die HSM-Regulierung, bzw. der HSM-Entscheidprozess dauert jeweils einige Jahre und gilt anschliessend für sechs Jahre. Dies heisst, dass auf 10 Jahre hinaus eine Struktur zementiert wird. In einem sich verändernden System (wir können heute weder die Devices, noch die benötigten Skills der zuständigen Fachkräfte, noch die Fachkräftemigration wirklich abschätzen) betrachten wir es als nicht sachgerecht, das dynamische Gebiet der Herzunterstützungssysteme durch HSM – in der heute möglichen Form – zu regulieren.</p> <p>Wir danken für die Aufnahme unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.</p>
Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)	<p>Im Auftrag des Vorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) beziehe ich mich auf Ihre Schreiben im Juni dieses Jahres und bedanke mich bestens für die freundlicherweise eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme.</p> <p>Der Vorstand hat sich an seiner Sitzung im Juli mit Ihren Anliegen befasst und ist zum Schluss gekommen, auf Stellungnahmen zu verzichten. Der SGAIM-Vorstand verweist auf die kommende Stellungnahme der FMH.</p>
Weitere	
	(-)

Anhang

A1 Liste der Anhörungsadressaten

Kantone / cantons

- 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 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 des finances et de la santé 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

1. Spitäler / Hôpitaux

An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:

Aux directions des hôpitaux suivantes:

AG

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

AI

- Kantonales Spital Appenzell

AR

- Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden

BE

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

BL

- Kantonsspital Baselland (Liestal, Bruderholz, Laufen)

BS

- St. Claraspital
- Universitätsspital Basel

FR

- Clinique Générale
- Hôpital fribourgeois Freiburger Spital
- Hopital Jules Daler

GE

- Clinique des Grangettes
- Clinique Generale-Beaulieu
- Clinique La Colline
- Hôpital de la Tour
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Nouvelle Clinique Vert-Pre

GL

- Kantonsspital Glarus

GR

- Kantonsspital Graubünden (Chur)
- Spital Oberengadin

JU

- Hôpital du Jura

LU

- Hirslanden-Klinik St. Anna AG
- Luzerner Kantonsspital

NE

- Hôpital Neuchâtelois HNE

NW

- Kantonsspital Nidwalden

OW

- Kantonsspital Obwalden

SG

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

SH

- Hirslanden Klinik Belair
- Spitäler Schaffhausen

SO

- Solothurner Spitäler AG (soH)

SZ

- Krankenhausgesellschaft Schwyz
- Spital Lachen

TG

- Herz-Neurozentrum Kreuzlingen
- Spital Thurgau AG

TI

- Clinica Luganese SA
- Ente Ospedaliera Cantonale

UR

- Kantonsspital Uri

VD

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
- Clinique Bois-Cerf (Hirslanden Lausanne SA)
- Clinique Cecil (Hirslanden Lausanne SA)
- Clinique de Genolier SA
- Clinique de la Source
- Ensemble hospitalier de la Côte Morges
- Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv)
- Groupement Hospitalier de l'ouest Lémanique Nyon

VS

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

ZG

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

ZH

- GZO Spital Wetzikon AG
- Hirslanden Klinik im Park AG
- Hirslanden Klinik Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Schulthess Klinik
- Spital Limmattal
- Spital Männedorf

- Spital Uster
- Spital Zollikerberg
- Spitalverband Bülach
- Stadtspital Triemli
- Uniklinik Balgrist
- Universitätsspital Zürich

Interkantonale Spitäler / Hôpitaux intercantonaux

- Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne
- Hôpital Riviera Chablais, Vaud, Valais

2. Versicherer / assurances

- Curafutura
- Santésuisse
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) / Association Suisse d'Assurances (ASA)
- SUVA
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) / Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM)

3. Dekanate der medizinischen Fakultäten / décanats médicaux

- Medizinische Fakultät der Universität Zürich
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Faculté de médecine de l'Université de Genève
- Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne

4. Fachgesellschaften / Sociétés savantes scientifiques

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

Merci de bien vouloir faire suivre à d'éventuels autres groupes de travail sous-spécifiques concernées par les domaines traités.

- Schweizerische Arbeitsgruppe für interventionelle Kardiologie
- Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) / Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (SSCC)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) / Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)
- Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK) / Société Suisse de Cardiologie (SSC)

5. Andere interessierte Institutionen und Organisationen / autres institutions et organisations concernées

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- H+ Die Spitäler der Schweiz / H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Privatkliniken Schweiz / Cliniques Privées Suisse
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) / Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) / Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI)
- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK) / Conférence suisse des hautes écoles (CSHE)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) / Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften / Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCH)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) / Association Médecine Universitaire Suisse
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH / Fédération des médecins suisses FMH
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) / Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)