



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

Komplexe Behandlung von Hirnschlägen

Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur
hochspezialisierten Medizin

SCHLUSSBERICHT

Bern, 19. Februar 2015

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

+41 (0)31 356 20 20

office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Impressum

Autorenschaft	Erarbeitet durch das HSM Fachorgan im Rahmen der Planungsarbeiten zur Umsetzung der IVHSM.
Danksagung	Ich danke den Mitgliedern des HSM-Fachorgans, den Experten sowie dem HSM-Projektsekretariat für ihre Mitarbeit bei diesem Bericht Peter Suter, Präsident HSM-Fachorgan, Genf.
Projektleitung	Dr. Eva Greganova
Korrespondenzadresse	HSM-Projektsekretariat, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Speichergasse 6, 3000 Bern 7.
Bezugsquelle	Diese Publikation kann beim HSM-Projektsekretariat in deutscher und französischer Sprache 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_706/ EG /BT_Stroke_Reeval_Zuordn_DEF_d.docx

Zusammenfassung

Im Rahmen der IVHSM wurde die komplexe Behandlung von Hirnschlägen erstmals 2011 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) zugeordnet. Gleichzeitig erfolgte eine erste Leistungszuteilung an 8 Zentren. Dieser Entscheidung und die damit verbundenen Leistungsaufträge sind bis zum 31.12.2014 befristet und werden im Rahmen der Reevaluierung einer Neu Beurteilung unterzogen. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist für die Planung der HSM ein zweistufiges Verfahren durchzuführen, das zwischen der Zuordnung eines Leistungsbereichs zur HSM und der Leistungszuteilung an die Leistungserbringer unterscheidet. Der erläuternde Bericht vom 18. September 2014 diente als Grundlage für die Vernehmlassung zur Definition des HSM-Bereichs „Komplexe Behandlung von Hirnschlägen“ im Hinblick auf die Weiterführung der Zuordnung zur HSM. Zeitgleich mit der Vernehmlassung wurde ebenfalls das Bewerbungsverfahren durchgeführt, welches den interessierten Leistungserbringern die Möglichkeit bot, sich für einen Leistungsauftrag neu zu bewerben oder einen bestehenden zu verlängern.

Ein Hirnschlag (engl. Stroke) entsteht aufgrund einer plötzlichen Durchblutungsstörung des Gehirns. Der häufigste Auslöser des Schlaganfalls ist eine Minderdurchblutung (Ischämie) aufgrund der Verstopfung von Blutgefässen mit einem Blutgerinnsel, aber auch Blutungen durch Platzen eines Blutgefässes können einen Hirnschlag verursachen. Dieses Krankheitsbild stellt die dritthäufigste Todesursache und die häufigste Ursache für eine schwere Behinderung in den Industriestaaten dar. In der Schweiz erleiden jährlich etwa 25'000 Personen einen Schlaganfall, wobei die Wahrscheinlichkeit eines Hirnschlages mit dem Alter zunimmt.

Der Schlaganfall erfordert eine notfallmässige Behandlung, um einerseits die Langzeitbehinderung, andererseits auch die kurzfristige Morbidität und Mortalität zu reduzieren. Eine rasche und fachgerechte Erstbehandlung von Hirnschlagpatienten kann in vielen Spitälern erfolgen; spezielle Behandlungspfade oder sogenannte „Stroke Units“ sind dazu besonders geeignet. Nur etwa 2-3% (weniger als 800/Jahr) der Schlaganfallpatienten benötigen eine komplexe, hochspezialisierte Medizin in den Zentren der Maximalversorgung, den sogenannten „Stroke Centers“. Die hochspezialisierten Schlaganfallbehandlungen umfassen insbesondere die folgenden Therapien:

- Akute endovaskuläre, intraarterielle Behandlung des akuten Hirnschlages mit Thrombolyse und/oder eine mechanische Thrombuselimination;
- Dekompressive Kraniektomie in der akuten oder subakuten Krankheitsphase;
- Gefässeröffnende chirurgische oder interventionelle neuroradiologische Behandlungen nach Hirnschlag an obstruktiv erkrankten Hirnarterien als akuter oder subakuter Eingriff.

Die komplexe hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen erfolgt in der Regel unter Zeitdruck und stellt hohe Anforderungen an das behandelnde Team. Eine optimale Behandlungsqualität der Hirnschlagpatienten in einem Stroke Center senkt nicht nur die Mortalitätsrate, sondern vermag auch Langzeitschäden und Invalidität deutlich zu vermindern. Aufgrund der geringen Fallzahlen, der erheblichen Behandlungskosten sowie der komplexen multidisziplinären Infrastruktur mit einem hohen personellen Aufwand sind die Anforderungen gemäss Art. 1 und Art. 4 IVHSM für einen Einschluss in die hochspezialisierte Medizin erfüllt.

Gesamtschweizerische Richtlinien sind für die optimale Betreuung von Hirnschlagpatienten zu empfehlen, inklusive einer Vernetzung von Leistungserbringern. Ein flächendeckendes Netzwerk von Hirnschlagbehandlungszentren – Stroke Centers – für hochspezialisierte Be-

handlungen sowie Stroke Units für spezialisierte Therapien soll einen guten Zugang aller Einwohner zu einer adäquaten Versorgung ermöglichen. Die Konzentration der hochspezialisierten, komplexen Behandlungen von Hirnschlagpatienten ist ein wichtiger Schritt zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität bei diesen seltenen und aufwendigen Interventionen. Zudem können damit Weiter- und Fortbildung sowie Forschung und Innovation in diesem Gebiet gestärkt werden. Alle diese Aspekte führen letztendlich zu einer Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit des Spitalstandorts Schweiz.

Empfehlung für den Zuordnungsentscheid

Das HSM-Fachorgan empfiehlt, die Zuordnung der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur HSM weiterzuführen.

Inhaltsverzeichnis

Auftrag	4	
Vorgehen	4	
Ansatz und Ergebnisse der Reevaluation	5	
Resultate der Vernehmlassung	5	
Beschreibung des HSM-Bereichs	8	
Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin	10	
Ausblick	14	
Schlussbemerkung	14	
Anhang	15	
A1	Abbildung des HSM-Bereichs der komplexen Behandlungen von Hirnschlägen gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und der ICD-Klassifikation der Hauptdiagnosen.	15
A2	Literaturverzeichnis	28
A3	Abkürzungen	30
A4	Resultate der Vernehmlassung zur Befürwortung der vorgeschlagenen Zuordnung	31

Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM), wirksam seit dem 1. Januar 2009, unterzeichnet und sich damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten (siehe dazu Kapitel „Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin“). Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Art. 9 Abs. 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Die IVHSM legt zudem verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung zu beachten sind. Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen universitären oder anderen multidisziplinären Zentren zuzuteilen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Für die Planung soll die Lehre und Forschung miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM).

Vorgehen

Die komplexe Behandlung der Hirnschläge wurde bereits im 2011 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin zugeordnet. Gleichzeitig erfolgte im Rahmen der IVHSM eine erste Leistungszuteilung für die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen an 8 Zentren [1]. Diese Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spitalliste in diesem Bereich - waren bis zum 31. Dezember 2014 befristet und werden im Zuge einer Reevaluation neubeurteilt.

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 (Vergabe der Leistungsaufträge an die Leistungserbringer) unterscheidet. Der erläuternde Bericht vom 18. September 2014 umschrieb den medizinischen Bereich der komplexen Behandlung von Hirnschlägen und erörterte die Relevanz der IVHSM-Kriterien für diesen Bereich. Damit stellte der erläuternde Bericht die Grundlage für die Vernehmlassung zur vorgeschlagenen Definition des HSM-Bereichs „Komplexe Behandlung von Hirnschlägen“ im Hinblick auf die Weiterführung der Zuordnung zur HSM dar. Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wurde einem breiten Adressatenkreis die Möglichkeit gegeben, zur Auswahl und Definition des HSM-Bereichs Stellung zu nehmen.

Die vorgebrachten Stellungnahmen wurden in einem Ergebnisbericht¹ systematisch zusammengestellt. Der Ergebnisbericht wird auf der Webseite der GDK² veröffentlicht. Der vom Beschlussorgan gefasste Zuordnungsbeschluss wird im Bundesblatt publiziert. Nach erfolgter Zuordnung wird die Auswertung der eingegangenen Bewerbungen zu einer Leistungszuteilung in Angriff genommen. Dafür wird ein Zuteilungsbericht erstellt und anschliessend den Parteien das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Leistungszuteilung gewährt, bevor die definitiven Zuteilungsbeschlüsse ergehen.

Ansatz und Ergebnisse der Reevaluation

Die Neubeurteilung, ob der medizinische Bereich „Komplexe Behandlung von Hirnschlägen“ der hochspezialisierten Medizin weiterhin zuzuordnen ist, basierte auf der Betrachtung der folgenden Kernelemente:

- kritische Überprüfung der Definition der hochspezialisierten Behandlungen, d.h. welche Therapien als hochspezialisiert einzustufen sind;
- erneute Untersuchung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Art. 1 IVHSM;
- ergänzende Berücksichtigung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4.

Die Ergebnisse der Reevaluation und Empfehlungen vom HSM-Fachorgan wurden im Erläuternden Bericht vom 18. September 2014³ zusammengestellt, welcher den betroffenen Parteien im Oktober 2014 zur Stellungnahme vorgelegt wurde. Die Resultate der Vernehmlassung und die daraus resultierenden wichtigsten inhaltlichen Aussagen sind summarisch im Kapitel „Resultate der Vernehmlassung“ dargestellt. Auf Basis dieser Ergebnisse enthält der vorliegende Bericht die definitiven Empfehlungen des HSM-Fachorgans für die Zuordnung der beschriebenen Behandlungen zur HSM.

Resultate der Vernehmlassung

Insgesamt sind beim HSM-Projektsekretariat 53 Stellungnahmen in Form eines standardisierten Fragebogens und 10 Stellungnahmen in einer anderen Form eingetroffen.

Zuordnung zur HSM anhand der IVHSM-Kriterien

Alle Vernehmlassungsteilnehmer, die den Fragebogen eingereicht haben, begrüssen, mit einer Ausnahme, die Zuordnung des Bereichs der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM (vgl. Tabelle A1, Anhang A4). Gegen eine Zuordnung des Bereichs der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM sprach sich nur ein Regionalspital aus (siehe Anhang A4).

¹ Vernehmlassung zur Definition des HSM-Bereichs „Komplexe Behandlung von Hirnschlägen“, Resultate der Vernehmlassung vom 14. Oktober 2014, Ergebnisbericht vom 19. Februar 2015.

² www.gdk-cds.ch/

³ Komplexe Behandlung von Hirnschlägen, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin vom 18. September 2014.

Definition des HSM-Bereichs

In Bezug auf die Definition des HSM-Bereichs haben die Teilnehmenden teilweise einen Vorbehalt angebracht. Die Universitätsspitäler, die medizinischen Fakultäten und auch die Dachorganisationen von Fachgesellschaften sprechen sich für eine **Ausweitung** aus. Für den Einschluss in die HSM wurden insbesondere folgende Behandlungen, resp. Eingriffe vorgeschlagen:

- Einschluss von subakuten/elektiven Behandlungen, Carotiseingriffe;
- Betreuung von Kindern mit Hirnschlägen.

Eine Zahl von kleineren und mittelgrossen Spitälern, eine Fachgesellschaft und ein paar wenige Kantone ohne ein Zentrum- resp. Universitätsspital sprechen sich für einen **Ausschluss** oder eine **Einschränkung der HSM-Definition** aus. Der Ausschluss aus der HSM wird insbesondere für die folgenden Eingriffe, resp. Behandlungen vorgeschlagen:

- subakute Eingriffe, endovaskuläre Thrombolyse;
- dekompressive Kraniektomie;
- extrakranielle Revaskularisation.

Fazit

Die Resultate der Vernehmlassung bestätigen deutlich, dass die komplexe Behandlung von Hirnschlägen der HSM zuzuordnen ist.

Die fachlich-medizinische HSM-Definition der komplexen Behandlung von Hirnschlägen unterscheidet sich nur in wenigen Nuancen von der bisher gültigen Definition⁴, wie auch von einer grösseren Anzahl der Stellungnehmenden bemerkt wurde. Es war dem Fachorgan ein Anliegen, die bereits bestehende und in der Praxis etablierte Definition des Leistungsbereichs unter Berücksichtigung der vorgegebenen Kriterien möglichst beizubehalten.

Eine Einschränkung der HSM-Definition würde im Gegensatz zu neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen stehen, welche den Nutzen der endovaskulären Therapie mit modernen Techniken zeigen und so die Empfehlungen des HSM-Fachorgans stützen [2-6]. Die adäquate Versorgung dieser Patienten erfordert nicht nur ein erfahrenes Team von Spezialisten rund um die Uhr, sondern auch eine technische Infrastruktur, welche an einem Stroke-Center vorhanden sind.

Das HSM-Fachorgan befürwortet prinzipiell, insbesondere aus Gründen der Qualitätssicherung, den Einschluss der Carotiseingriffe in die HSM. Die Carotiseingriffe werden jedoch nicht in die komplexe Behandlung von Hirnschlägen eingeschlossen, sondern sollen im Rahmen der vorgesehenen Gesamtbetrachtung der HSM-Gefässchirurgie behandelt werden. Dies wird damit begründet, dass diese Interventionen auch bei anderen Indikationen vorgenommen werden.

Ebenfalls befürwortet das HSM-Fachorgan den Einschluss der Behandlung von Hirnschlägen bei Kindern in die HSM. Beim laufenden Verfahren zur Zuordnung der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur HSM handelt es sich jedoch ausschliesslich um Hirnschläge bei Erwachsenen. Die komplexe Behandlung von Hirnschlägen bei Kindern

⁴ Siehe Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 20. Mai 2011 (publiziert am 21. Juni 2011).

wird im Rahmen der spezifischen Bereiche der HSM-Pädiatrie und Kinderchirurgie diskutiert.

Würdigung weiterer Bemerkungen

Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmer bestätigen, dass sich seit der Aufnahme der Hirn-schlagbehandlung in die HSM die Versorgungsqualität von Hirnschlagpatienten in der Schweiz deutlich verbessert hat. Auch die Zusammenarbeit zwischen Spitälern, Stroke Centers und Stroke Units hat sich intensiviert und standardisiert. Es wird begrüsst, dass die HSM-Vorschläge in enger Anlehnung an die Europäischen Empfehlungen das Konzept der Stroke Units/Centers übernommen haben und somit einer internationalen "state of the art" Entwicklung folgen. Die Aufnahme der komplexen Behandlung von Hirnschlägen in die Liste der HSM-Bereiche sowie die darauf basierende Stroke-Center Zertifizierung durch die Fachorgane der Swiss Federation of Clinical Neuro Societies (SFNCNS) führten bei Stroke Centers zu einem strukturierten Ausbau der Kooperationen insbesondere mit den zuweisenden Spitälern als auch den nach-betreuenden Rehabilitations- und akutgeriatrischen Einrichtungen. Hierzu hätten sowohl die Harmonisierung der Behandlungsstandards als auch die Erhöhung von Verbindlichkeiten durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen massgeblich beigetragen. Der Zertifizierungsprozess habe massgeblich zu einer Qualitätssteigerung beim Erbringen von Leistungen, der Optimierung von Infrastruktur und Prozessen als auch bei der Entwicklung von Standard operating Procedures (SOP) beigetragen. Auch die anfänglich den Stroke Centers gegenüber kritisch eingestellten Privatkliniken befürworten nun das Konzept der Stroke Centers und anerkennen das Zertifizierungsverfahren durch die SFCNS. Nach Angaben verschiedener Leistungserbringer wurde das Zertifizierungsverfahren des Stroke Centers durch SFCNS als sehr transparent und professionell erlebt. Nebst der Zertifizierung hat die SFCNS und betroffene Fachgesellschaften aus dem klinischen Neurobereich massgebend zur Entwicklung und Implementierung des Konzepts der Stroke-Centers/Stroke Units beigetragen.

Von verschiedenen Seiten wurde vorgeschlagen, zukünftig die Fallzahlen auf Basis der Daten des Swiss Stroke Registry zu ermitteln anstelle von einer Ermittlung der Fallzahlen aufgrund der CHOP/ICD-Klassifikation oder die beiden Statistiken (Swiss Stroke Registry und Medizinische Statistik) zu vereinheitlichen .

Die Hirnschlag-Versorgung auf Ebene der Stroke Units fällt nicht unter die IVHSM-Regulierung, und aus diesem Grund können die HSM-Organen nur Empfehlungen zur Zusammenarbeit zwischen Stroke Centers und Stroke Units machen, um die Betreuungsqualität dieser Patienten zu sichern.

Schliesslich befürworten einige Stellungnehmende bei künftigen Verfahren eine zeitliche Trennung von Zuordnungs- und Bewerbungsverfahren.

Inhaltliche Anpassungen aufgrund der Resultate der Vernehmlassung

Die Beschreibung des HSM-Bereichs (HSM-Definition) sowie zu den Kriterien für die Zuordnung zur HSM bleiben im Zuordnungsbericht unverändert bestehen. Im erklärenden Text wurden auf Wunsch der Stellungnehmenden ein paar Präzisierungen und Anpassungen wie folgt vorgenommen:

- Präzisierung der betroffenen Behandlungen;
- Höhere Gewichtung („A“) der Forschung und Lehre (Tabelle 2);
- Erklärung zu den jährlichen nationalen Gesamtfallzahlen;
- Präzisierung betreffend Zeitfenster für die Einleitung einer optimalen Therapie.

Beschreibung des HSM-Bereichs

Beim Schlaganfall, auch Hirninfarkt oder Hirnschlag genannt, handelt es sich um eine plötzliche Durchblutungsstörung des Gehirns,⁵ bei der die betroffenen Gehirnbereiche geschädigt werden und absterben können. Je nachdem, in welchem Hirngebiet sich die Durchblutungsstörung ereignet, kann es zu Sprachstörungen, Problemen mit der Koordination, Schwindel oder Lähmungserscheinungen kommen, wie die für einen Schlaganfall typische Halbseitenlähmung von Arm und Bein einschliesslich einer Gesichtshälfte. Ein Schlaganfall wird meist durch einen direkten Verschluss eines Gefässes des Gehirns oder aber in ca. 15-20% der Fälle indirekt durch eine Hirnblutung (intrazerebrales Hämatom), welches Blutgefässe komprimiert, ausgelöst; beide führen zu einer Mangel durchblutung (Ischämie) eines Hirngebietes. Bei einer Hirnblutung strömt Blut aus einem geplatzten Gefäss in das Gehirn ein. Auslöser hierfür sind meist vorgeschädigte Gefässe bei Bluthochdruck oder Gefässfehlbildungen. Bei der Ischämie wird das Gehirn nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt und innerhalb von Minuten können Nervenzellen absterben. Der Grund für eine Mangel durchblutung ist ein Blutgerinnsel (Thrombus), das mit dem Blutstrom aus anderen Körperregionen eingeschwemmt wird und dann ein Hirngefäss verstopft, oder eine lokal entstandene Thrombose im Gehirngefäss. Sofern die Symptome des Schlaganfalles in Minuten, spätestens innerhalb von 24 Stunden wieder abklingen, werden sie als transitorische ischämische Attacken (TIA) bezeichnet. Dauern die Symptome mehr als 24 Stunden, wird von einem Hirnschlag (engl. Stroke) gesprochen [7, 8].

Der Hirnschlag stellt die dritthäufigste Todesursache nach Herz- und Krebserkrankungen in den industrialisierten Ländern dar und ist die häufigste Ursache für eine im Erwachsenenalter erworbene und bleibende Behinderung [7, 9]. Jeder Schlaganfall ist ein Notfall, bei dem jede Minute zählt („Time is Brain“). Die initiale optimale Betreuung und Behandlung erhöhen die Überlebenschancen und können das Ausmass an Behinderung nach einem Schlaganfall vermindern. Die Behandlung eines akuten Hirnschlages setzt eine unmittelbare, klinische Evaluation voraus, die rasch von einer neuroradiologischen Untersuchung gefolgt ist. Dies geschieht unter enormem Zeitdruck. Sobald die Diagnose eines Schlaganfalles infolge einer Gefässobstruktion gestellt wurde, sollte eine medikamentöse Thrombolyse eingeleitet werden. Um erfolgversprechend zu sein, muss die intravenöse Applikation in den ersten Stunden nach Beginn der Symptome eingeleitet werden. Dieser Schritt gehört nicht zur hochspezialisierten Behandlung und soll auch in kleineren Zentren durchgeführt werden, sobald die Diagnose feststeht.

Bei einem Weiterbestehen der neurologischen Ausfallsymptome über mehrere Stunden sowie der Indikation zur invasiven d.h. Maximalbehandlung ist es wichtig, dass sich Spezialisten aus verschiedenen Disziplinen – Neurologen, Internisten, Neurochirurgen und Radiologen – innerhalb kurzer Zeit auf die optimale Therapie verständigen, inklusive der komplexen

⁵ Die WHO definiert Hirnschlag als akute, fokale, gefässbedingte Funktionsstörung des Zentralnervensystems mit 24h und länger andauernden Symptomen eines vaskulären Ursprungs [7].

Behandlungsschritte, und diese einleiten. Dies bedingt hohe Anforderungen an erfahrenes Personal und grosse Vorhalteleistung, die sich kleine Kliniken personell und apparativ oft nicht leisten können. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, diese Schlaganfallpatienten durch ein spezialisiertes Team nach definierten Behandlungspfaden in einem Stroke Center zu behandeln und gewisse hochspezialisierte Leistungen auf die Zentren der Maximalversorgung zu konzentrieren. Als hochspezialisierte Schlaganfallbehandlungen sind die folgenden Therapien zu bezeichnen (vgl. auch Anhang A1):

Akute endovaskuläre, intraarterielle Behandlung des akuten Hirnschlages mit Thrombolyse und/oder eine mechanische Thrombuselimination – in der Regel durch einen Spezialisten in der interventionellen Neuroradiologie durchgeführt

Ein Teil der Patienten mit akutem ischämischem Hirnschlag können mittels intraarterieller thrombolytischer Massnahmen bis innerhalb weniger Stunden nach Symptombeginn mit Erfolg behandelt werden. Die Behandlung hat zum Ziel, durch Blutgerinnsel verschlossene Hirnarterien wieder zu eröffnen. Dabei wird zum Auflösen eines thromboembolischen Verschlusses intraarteriell ein thrombolytisch aktives Medikament lokal appliziert. Die Substanz wird mittels eines Mikrokatheters direkt an die Verschlussstelle verabreicht. Der Vorteil dieser Methode beruht darin, dass die Substanz ihre Wirkung mit einer höheren Konzentration direkt am Blutgerinnsel entfalten kann. Zudem kann mittels eines Mikrokatheters in gewissen Fällen auch eine mechanische Zerstückelung, ein Zurückziehen oder ein Absaugen der okkludierenden Thromben erfolgen.

Dekompressive Kraniektomie in der akuten oder subakuten Krankheitsphase – durch einen Spezialisten in Neurochirurgie durchgeführt

Bei ausgedehnten Hirninfarkten kann die daraus resultierende Hirnschwellung zu einem lebensbedrohlichen Krankheitsbild mit Zeichen einer zunehmenden intrakraniellen Druckerhöhung führen. Eine wirksame Behandlung dieser Komplikation stellt die operative Eröffnung der Schädeldecke auf der betroffenen Seite dar.

Gefässeröffnende chirurgische oder interventionelle neuroradiologische Behandlungen nach Hirnschlag an obstruktiv erkrankten Hirnarterien als akuter oder subakuter Eingriff – durch Spezialisten in Neurochirurgie oder Neuroradiologie durchgeführt

In der akuten, subakuten oder chronischen Krankheitsphase kann die Indikation zur gefässeröffnenden Behandlung gestellt werden. Die Wiederöffnung intrakranieller Gefässe oder der Halsschlagader (Carotis-Thrombendarteriektomie, TEA) werden als mögliche Massnahmen zur Behandlung solcher symptomatischer Patienten gewählt. Alternativ kann die minimalinvasive Eröffnung eines verschlossenen Gefässes durchgeführt werden, die sogenannte Stent-gestützte perkutane transluminale Angioplastie. Bei dieser Methode wird ein Katheter in das betroffene Gefäss geschoben und mit Hilfe eines Ballons und eines röhrenförmiges Drahtgeflechtes (Stent) die Verengung aufgedehnt. Diese gefässeröffnenden Behandlungen werden aber nur in der akuten oder subakuten Phase des Hirnschlages der HSM zugeordnet, nicht aber als Wahleingriff in späteren Phasen. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Abgrenzung der HSM-Eingriffe wurde entschieden, Carotiseingriffe bei akutem Hirnschlag nicht in den HSM-Bereich der komplexen Behandlung von Hirnschlägen einzuschliessen, sondern stattdessen im Rahmen einer Gesamtbetrachtung der HSM-Gefässchirurgie zu analysieren. Aus fachlicher Sicht wurde ein Einschluss dieser Eingriffe in die HSM aus Gründen der Qualitätssicherung befürwortet. Carotiseingriffe bei akutem Hirnschlag sind somit von der Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin im Rahmen der Reevaluation des Bereiches „Komplexe Behandlung von Hirnschlägen“ nicht betroffen (vgl. auch Anhang A1).

Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin

Unter die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin fallen diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, ihr markantes Innovationspotenzial, einen grossen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind (Art. 1 IVHSM). Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei dasjenige der Seltenheit immer vorliegen muss.

Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche sind weiterhin Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4 IVHSM zu berücksichtigen, darunter die Wirksamkeit und der Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der medizinischen Leistung. Schliesslich ist die Relevanz für die Forschung und Lehre sowie für die internationale Konkurrenzfähigkeit zu betrachten.

IVHSM-Kriterien in Bezug auf die komplexe Behandlung von Hirnschlägen

Seltenheit. Pro Jahr erleiden in der Schweiz etwa 25'000 Menschen einen Hirnschlag [10]. Nur etwa 2-3% dieser Schlaganfallpatienten bedürfen die oben beschriebenen hochspezialisierten medizinischen Behandlungen. Bei den ausgewählten HSM-Eingriffen handelt es sich deshalb um relativ gesehen, seltene Eingriffe.

Tabelle 1. Übersicht über die Schlaganfälle und deren Behandlung in der Schweiz.

Inzidenz	2013/2014
Hirnschlag Total	25'000* ⁶
Akute endovaskuläre arterielle Behandlung und gefässchirurgische Eingriffe, sowie dekompressive Kraniotomie.	ca. 550*,**
Davon in 8 HSM-Zentren behandelt	ca. 500**

Quelle: * [10]; ** [12]

Innovationspotenzial. Die Verfeinerung der diagnostischen Möglichkeiten der nicht-invasiven und funktionellen zerebrovaskulären Abklärung (inklusive Imaging, Telemedizin) birgt ein signifikantes Entwicklungspotenzial. Wichtige Innovationen finden zudem in der Beschleunigung der Applikation von gefässeröffnenden Massnahmen, in den Weiterentwicklungen der akuten medikamentösen Behandlung und endovaskulären Rekanalisationen, Neuroprotektion, Hirnkühlung und Tertiärprävention in der Frühphase nach einem Hirnschlag (Stenting, minimalinvasive Interventionen, orale Antithrombotika) statt.

⁶ Die angegebenen Fallzahlen unterscheiden sich von Angaben im Bericht „Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz“ vom 3. Mai 2011 in welchem 15'000 Fälle erwähnt wurden. Die Angabe von 15'000 Fälle basiert auf der Publikation von Meyer *et al.* [11]. Die Differenz kommt durch die Unterschiede in der Methodik der Erfassung der Fallzahlen zustande. Die Publikation aus dem Jahr 2009 stützt sich auf Daten aus der HOST Datenbank, während die Daten vom IUMSP Lausanne auf ICD-basierter Fallzahlbestimmung abgestützt sind [10].

Hoher personeller Aufwand. In erster Linie sind hochqualifizierte Fachärzte und andere erfahrene Fachkräfte notwendig, um komplexe Behandlungen der Hirnschläge durchzuführen. Im Stroke-Team sind speziell geschulte Fachpersonen integriert, welche sowohl in der Initialphase als auch in der frühen Rehabilitationsphase erforderlich sind. Bei einer Indikationsstellung zu einer komplexen Behandlung sind rasche Abklärung, spezielle technische Ausstattung sowie multidisziplinäres peri-interventionelles Management wichtig [1, 13].

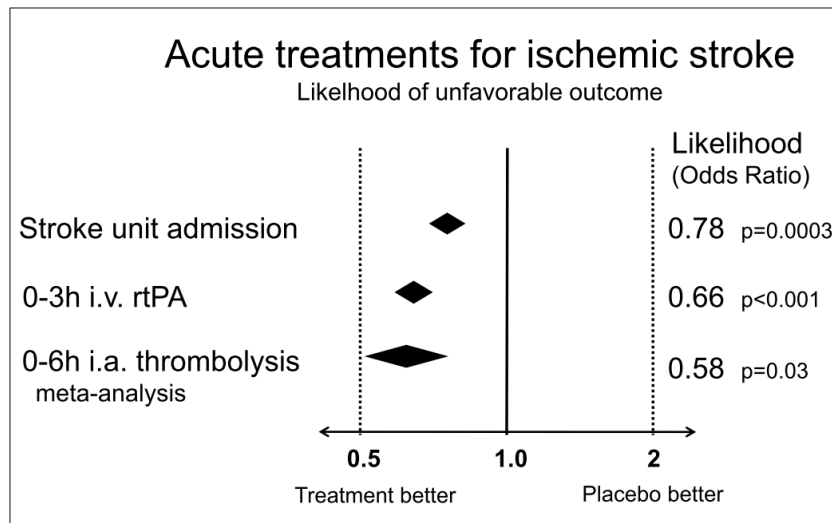
Hoher technischer Aufwand. Die Behandlungen erfordern hochspezialisierte Geräteausstattung kombiniert mit entsprechender fachlicher Expertise. Zur Differentialdiagnostik und zur Therapiesteuerung kommen verschiedene bildgebende Verfahren, wie die Computertomographie und die Kernspintomographie, zum Einsatz [1, 13].

Komplexität. Aufgrund der Komplexität der Entscheide und Massnahmen ist die komplexe Behandlung von Hirnschlagpatienten in spezialisierten Einheiten (Stroke Centers) und Teams indiziert. Dies entspricht den Empfehlungen der internationalen Expertengremien [14, 15]. Die *lege artis* ausgeführte Abklärung und Behandlung des Hirnschlages erfolgt multidisziplinär unter Einbezug vieler Fachpersonen, inklusive eines engmaschigen Monitorings [16]. Die notwendige apparative Ausstattung umfasst spezielle technische Einrichtungen. Die adäquate Versorgung der Hirnschlagpatienten erfordert somit nicht nur besondere personelle Ressourcen und multidisziplinäre Teams, sondern auch spezifische strukturelle und technische Voraussetzungen.

Wirksamkeit und Nutzen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) nennt in Art. 32 die Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) als Voraussetzung für die Kostenübernahme der Leistungen durch die OKP. Diese sogenannten WZW-Kriterien sind für die Bestimmung und Überprüfung von Leistungen der Krankenversicherung (Art. 32 und 33 KVG) massgebend. Die Prüfung der WZW-Kriterien erfolgt durch die Eidgenössische Leistungs- und Grundsatzkommission. Bei den komplexen Hirnschlagbehandlungen handelt es sich um Leistungen, welche von der OKP übernommen werden und infolgedessen als wirksam und zweckmässig gelten.

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Versorgung auf speziellen Schlaganfallstationen die Sterblichkeit und das Ausmass der Behinderung nach einem Schlaganfall reduzieren [17, 18]. Eine rasche Diagnose und die umgehende Einleitung von spezifischen Behandlungen wie die Thrombolyse kann die Prognose deutlich verbessern (Abbildung 1). Die Indikation zu komplexen Therapien in der Akutphase muss dabei sorgfältig gestellt werden, da bspw. bei bestimmten Patientengruppen die intraarterielle Thrombolyse der intravenösen überlegen ist [19]. Auch die Indikation zur Hemikraniektomie muss nach sehr spezifischen, wissenschaftlich fundierten Kriterien erfolgen und wird nur einer kleineren Anzahl von Patienten angeboten [16, 20]. Zudem dürfen andere wichtige Elemente nicht vergessen werden, welche zu guten Behandlungsergebnissen beitragen: eine effiziente Sekundärprävention, die frühe Erkennung und Behandlung von Komplikationen (Bronchopneumonie, Herzinsuffizienz, venöse Thrombosen und Lungenembolien etc.), sowie die Frührehabilitation (frühe Mobilisierung, Schlucktraining etc.) [21].

Abbildung 1. Wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit verschiedener akuter Behandlungsschritte beim ischämischen Schlaganfall.



Quellen: Stroke Units - Cochrane 2006; IV-rtPA - Wardlaw Cochrane 2009 (independence at f-up); IA-thrombolysis - Saver Stroke 2007 (outcome: mRS 0-2).

Technologisch-ökonomische Lebensdauer. Die rasche Weiterentwicklung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Schlaganfalls, basierend auf erweiterten und verbesserten Erfahrungen sowie neuartigen Medizintechnologien, führen zu signifikanten Fortschritten in den Behandlungsergebnissen. Ständige technische und medizinische Adaptationen sind notwendig, damit die bestmögliche Betreuung der Schlaganfallpatienten weiterhin gewährleistet werden kann. Beispiele dazu sind die Imaging-Techniken (CT-Angiographie und 3-dimensionale Rekonstruktion, funktionelles MR, SWI-Sequenzen), Hybrid-Operationsäle, neue Katheter in der Neuroradiologie, Neuro-Intensivmedizin.

Kosten der Leistung. Der Betriebsaufwand für die Behandlung eines Hirnschlagpatienten wurde an einem der Universitätsspitäler im Jahre 2006 mit einem Mittelwert von 18'800 CHF berechnet; diese Zahlen wurden 2009 mit 18'700 CHF bestätigt. Dies umfasst allein die spitalinterne Leistung während der Akutphase. Bei denjenigen 2-3 % der Patienten, bei welchen eine HSM-Behandlung indiziert und durchgeführt wird, sind die Kosten deutlich höher und übersteigen in vielen Fällen 50'000 CHF. Die Gesamtkosten eines Hirnschlagpatienten für das Gesundheitssystem und für die Gesellschaft (inklusive Rehabilitation, Pflegekosten, Kosten für Langzeitinstitutionen und Arbeitsausfall) werden auf ein Mehrfaches davon geschätzt. Eine Vorstudie des BAG zu Hochkostenfällen in der Krankenversicherung aus dem Jahr 2005 weist darauf hin, dass die „teuren“ Versicherten unter anderem auch an altersbedingten Erscheinungen wie Schlaganfällen leiden [22].

Schliesslich kann die hochspezialisierte Behandlung von Schlaganfallpatienten nur mit entsprechender Infrastruktur und den notwendigen speziell ausgebildeten Personalressourcen durchgeführt werden. Der hohe personelle und technische Aufwand, die teuren speziellen Einrichtungen sowie die spezifische ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung sind allesamt Argumente, welche für eine Konzentration der komplexen Eingriffe im Bereich Hirnschlag sprechen.

Relevanz für Forschung, Lehre und internationale Konkurrenzfähigkeit. Die Schweiz nimmt bezüglich wissenschaftlicher Aktivitäten und Publikationen, der Entwicklung innovativer Behandlungsmethoden und der Teilnahme an internationalen klinischen Studien eine Spit-

zenstellung ein. Mehrere Schweizer Forschergruppen sind an internationalen Multizenterstudien beteiligt [23-27]. Eine verstärkte Konzentration dieser klinischen Aktivitäten und zentrumsübergreifende Forschungsprojekte werden die wissenschaftlichen Kompetenzen, die Attraktivität sowie die internationale Konkurrenzfähigkeit der HSM-Zentren zusätzlich steigern.

Eine wesentliche Aufgabe der Forschung ist auch die Ausbildung von Studenten und jungen Wissenschaftlern, um den Nachwuchs zu fördern und den Standort Schweiz zu stärken. Kenntnisse und Fertigkeiten von Ärzten und Pflegenden müssen der Entwicklung und den Anforderungen der Gesellschaft an eine moderne Versorgung laufend angepasst werden. In allen bei der komplexen Schlaganfallbehandlung betroffenen Disziplinen besteht in der Schweiz ein ausgeprägter Mangel an kompetenten Fachpersonen. Daher ist eine spezifische Weiter- und Fortbildung der Neurologen, interventionellen Neuroradiologen, Neurochirurgen sowie anderer involvierter Disziplinen essentiell. Eine verstärkte Konzentration in diesem Bereich wird eine gute Weiterbildung sowie eine hochstehende Qualität der Versorgung unterstützen.

Fazit

Der Bedarf nach Expertise im Team, die kostspieligen infrastrukturellen Voraussetzungen sowie die kleinen Fallzahlen machen die Konzentration der komplexen Behandlungen von Schlaganfallpatienten auf wenige Zentren notwendig. Nur so kann eine nachhaltige Sicherung der Versorgungsqualität gewährleistet werden.

Alle Kriterien gemäss Art. 1 IVHSM sind erfüllt. Der Bereich der komplexen Behandlung von Hirnschlägen ist demnach der hochspezialisierten Medizin zuzuordnen. Die Relevanz der geschilderten Überlegungen und der daraus folgende Erfüllungsgrad der IVHSM Kriterien nach Art. 1 und Art. 4 Abs. 4 sind in der Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 2. Übersicht über die IVHSM Kriterien in Bezug auf die hochspezialisierte Hirnschlagbehandlung.

HSM Bereich	Art. 1 IVHSM					Art. 4 Abs. 4 IVHSM					
	Seltenheit	Innovationspotenzial	Personeller Aufwand	Technischer Aufwand	Kompl. Behandlung	Wirksamkeit	Nutzen	Tech.-ökonomische Lebensdauer	Kosten der Leistung	Forschung und Lehre	Internat. Konkurrenzfähigkeit
komplexe Behandlung von Hirnschlägen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gewichtung	A	B	A	B	A	A	A	B	A	A	B

X, IVHSM Kriterium erfüllt; A, hohe Relevanz; B, mittlere Relevanz.

Ausblick

Die bedarfsgerechte Planung der hochspezialisierten Medizin ist ein dynamischer Prozess, welcher sich nach den erforderlichen klinischen Kapazitäten richtet und stufenweise erfolgen kann. Änderungen der Versorgungslage sind bei der Erstellung der HSM-Spitallisten zu berücksichtigen, ebenso wichtige strukturelle und personelle Veränderungen. Die Leistungszuteilungen sind dementsprechend zeitlich befristet und werden im Rahmen einer Neubeurteilung (Reevaluation) periodisch überprüft. Nach erfolgter Zuordnung zur HSM wird die Auswertung der eingegangenen Bewerbungen zu einer Leistungszuteilung im entsprechenden HSM-Bereich in Angriff genommen. Bezüglich der Aufnahme in die HSM-Spitalliste wird ein Zuteilungsbericht erstellt werden und anschliessend den Parteien das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Leistungszuteilung gewährt, bevor die Zuteilungen definitiv an die Leistungserbringer erfolgen. Das Anhörungsverfahren zur Leistungszuteilung im Bereich der komplexen Behandlung von Hirnschlägen wird mit einer Publikation im Bundesblatt offiziell eröffnet. Zusätzlich werden potentielle Leistungserbringer mit einem Schreiben über die Eröffnung und die angesetzten Fristen informiert.

Schlussbemerkung

Das HSM-Fachorgan dankt allen Stellungnehmenden, die sich in der Vernehmlassung geäußert haben und damit zur Verbesserung der Hirnschlagversorgung in der Schweiz massgeblich beitragen.

Anhang

A1 Abbildung des HSM-Bereichs der komplexen Behandlungen von Hirnschlägen gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und der ICD-Klassifikation der Hauptdiagnosen.

Um den Vollzug der HSM-Leistungen zu vereinheitlichen und die Integration der HSM-Leistungen in die kantonale Spitalplanung zu erleichtern, werden die HSM-Leistungen anhand der Klassifikationssysteme CHOP und ICD abgebildet. Aufgrund der jährlichen Anpassungen der Klassifikationssysteme muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen jedes Jahr aktualisiert werden.

Entwurf Klassifikation SPLG 2015.0.X (für das Jahr 2015) vom 22.08.2014. Die Zuteilungen der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen erfolgen anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP 2014) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD-10 GM 2012).

Hinweise. In der Tabelle unten stehend werden nur die den Leistungsgruppen zugeteilten CHOP- und ICD-Codes inkl. grau markierter Titel aufgeführt. Einzelne Leistungen werden nur in Kombination, also erst bei Kodierung von zwei bestimmten Codes, einer Leistungsgruppe zugeordnet. Mehrheitlich handelt es sich um CHOP- und ICD-Code Kombinationen. Die Kombinationen sind in der Spalte IndOP aufgeführt. Es ist vermerkt, ob eine Kombination mit einem CHOP-Code (AND_CHOP), bzw. einem ICD-Code (AND_ICD) notwendig ist.

CHOP.

Enthält Codes aus dem CHOP 2014. Anpassung auf CHOP 2015 erforderlich.
Grau markierte CHOP-Codes sind Titel und mit dem CHOP 2014 nicht kodierbar.

ICD. Enthält Codes der Klassifikation ICD-10 GM 2012.

Definition HSM-Hirnschlagbehandlung

Bedingung 1: Akuter Schlaganfall – diese Bedingung muss immer erfüllt werden

Z99.BA.11/12 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC)

und

Bedingung 2: Komplexe Behandlung gemäss IVHSM

Zuteilung zu ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefässen bzw. GEF4 Interventionen an den intrakraniellen Gefässen (Tabellenblätter ANG4 und GEF4)

oder

Spezifische neurochirurgische Eingriffe (Teilmenge aus NCH1 Kraniale Neurochirurgie = Codes im Tabellenblatt NCH1)

Bemerkungen zur HSM-Definition

Mit der obigen Selektion werden durch den Code *Z99.BA.11/12 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC)* nur die akuten Schlaganfälle selektiert.⁷

⁷ Bitte beachten Sie für die Kodierung des Z99.BA11./12 Codes die Kodierrichtlinie des BFS: „Beachte: Dieser Code kann auch beim Vorliegen einer TIA (transitorische ischämische Attacke) angegeben werden. Besteht über die Therapiemöglichkeiten der vorhandenen Schlaganfalleinheit hinaus die Indikation zu einer Behandlung auf der SGI anerkannten Intensivstation, kann, wenn die Mindestmerkmale dieses CHOP-Kodes erfüllt sind, die dortige Behandlungszeit auch für die Kodierung der Neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls berücksichtigt werden, auch wenn auf der Intensivstation nicht ausschließlich Patienten mit einem akuten Schlaganfall behandelt werden.“ (CHOP 2014 D-S, BFS 2013, S. 268).

NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (Stroke Center) V2015.0.8			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C16	Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87–99)	
CHOP	Z99	Sonstige nicht-operative Verfahren	
CHOP	Z99.B	Spezifische und/oder komplexe Behandlung	
CHOP	Z99.B8	Komplexbehandlung in einer Intermediate-Care Unit (IMCU)	
CHOP	Z99.BA.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC)	
CHOP	Z99.BA.11	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC), mindestens 24 Stunden bis höchstens 72 Stunden	
CHOP	Z99.BA.12	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in Stroke Center (SC), mehr als 72 Stunden	

und

Zuteilung zu ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefässen bzw. GEF4 Interventionen an den intrakraniellen Gefässen (Tabellenblätter ANG4 und GEF4)

oder

Spezifische neurochirurgische Eingriffe (Teilmenge aus NCH1 Kraniale Neurochirurgie)

ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen V2015.0.8			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C0	Massnahmen und Interventionen nicht anderswo Klassifizierbar (00)	
CHOP	Z00	Massnahmen und Interventionen nicht anderswo klassifizierbar	
CHOP	Z00.6	Massnahmen an Blutgefäßen	
CHOP	Z00.65	Perkutanes Einsetzen von sonstigem(n) intrakraniellen vaskulären Stent(s)	
CHOP	Z00.65.0	Detail der Subkategorie 00.65	
CHOP	Z00.65.11	Perkutanes transluminale Einsetzen von intrakraniellen vaskulären Mikrostromts	
CHOP	Z00.65.99	Perkutanes Einsetzen von sonstigem(n) intrakraniellen vaskulären Stent(s), sonstige	
CHOP	C1	Operationen am Nervensystem (01–05)	
CHOP	Z04	Operationen an kranialen und peripheren Nerven	
CHOP	Z04.1	Diagnostische Massnahmen am peripheren Nervensystem	
CHOP	Z04.19	Sonstige diagnostische Massnahmen an kranialen und peripheren Nerven und Ganglien	
CHOP	Z04.19.0	Detail der Subkategorie 04.19	
CHOP	C7	Operationen am Kardiovaskulären System (35–39)	
CHOP	Z39	Andere Operationen an Gefäßen	
CHOP	Z39.7	Endovaskuläre Korrektur von Gefäßen, Endoluminale Korrektur	
CHOP	Z39.72	Endovaskuläre plastische Rekonstruktion oder Okklusion von Gefäßen am Kopf und Hals	
CHOP	Z39.72.0	Detail der Subkategorie 39.72	
CHOP	Z39.72.11	Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen mit Partikeln oder Metallspiralen	
CHOP	Z39.72.12	Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen mit embolisierenden Flüssigkeiten, ablösbaren Ballons oder Schirmen	
CHOP	Z39.72.13	Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen durch Stents als Flow-Diverter	
CHOP	Z39.72.14	Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen mit adhäsivem Embolisat	
CHOP	Z39.72.19	Selektive Embolisation von intrakraniellen Gefäßen, sonstige	
CHOP	Z39.72.3	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefässmissbildung durch Mikrokatheter	

CHOP	Z39.72.31	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefäßmissbildung durch Mikrokatheter, Verwendung von einem Mikrokatheter	AND_ICD
CHOP	Z39.72.32	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefäßmissbildung durch Mikrokatheter, Verwendung von zwei Mikrokathetern	AND_ICD
CHOP	Z39.72.33	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefäßmissbildung durch Mikrokatheter, Verwendung von drei Mikrokathetern	AND_ICD
CHOP	Z39.72.34	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefäßmissbildung durch Mikrokatheter, Verwendung von vier Mikrokathetern	AND_ICD
CHOP	Z39.72.35	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefäßmissbildung durch Mikrokatheter, Verwendung von fünf Mikrokathetern	AND_ICD
CHOP	Z39.72.39	Perkutan-transluminale Embolisation einer Gefäßmissbildung durch Mikrokatheter, Verwendung von mehr Mikrokathetern	AND_ICD
CHOP	Z39.75	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße	
CHOP	Z39.75.0	Detail der Subkategorie 39.75	
CHOP	Z39.75.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, Fremdkörperentfernung mit Bergekatheter, Körbchenkatheter, etc.	AND_ICD
CHOP	Z39.75.10	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, Kathetersysteme zu Rekanalisation von Totalverschlüssen	AND_ICD
CHOP	Z39.75.11	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, Rotationsthrombektomie	AND_ICD
CHOP	Z39.75.12	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, Laserangioplastie	AND_ICD
CHOP	Z39.75.13	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, Anti-Embolie-System (periphere oder viscerale Gefäße)	AND_ICD
CHOP	Z39.75.14	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, Atherektomie	AND_ICD
CHOP	Z39.75.15	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, selektive Thrombolyse	AND_ICD
CHOP	Z39.75.16	Perkutan-transluminale Gefäßintervention sonstige Gefäße, selektive Thrombolyse, ultraschallunterstützt	AND_ICD
CHOP	Z39.75.30	Zerebrale Perfusionsaugmentation durch partielle endoaortale Ballonokklusion	AND_ICD
CHOP	Z39.75.99	Perkutan-transluminale Gefäßintervention, sonstige Gefäße, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.77	Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniell(en) Gefäß(en)	
CHOP	Z39.77.0	Detail der Subkategorie 39.77	

CHOP	Z39.77.10	Perkutane Ballonangioplastie an intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.20	Perkutane Bladeangioplastie an intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.30	Perkutane Laserangioplastie an intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.40	Perkutane Atherektomie an intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.50	Perkutane selektive Thrombolys(e) von intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.61	Perkutane Rotationsthrombektomie an intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.62	Perkutane stentgestützte Thrombektomie an intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.69	Perkutane Thrombektomie an intrakraniell(em)n Gefäss(en), sonstige	
CHOP	Z39.77.70	Perkutane endovaskuläre Fremdkörperentfernung aus intrakraniell(em)n Gefäss(en)	
CHOP	Z39.77.99	Perkutane transluminale endovaskuläre Intervention an intrakraniell(em)n Gefäss(en), sonstige	
CHOP	Z39.79	Sonstige endovaskuläre Korrektur (von Aneurysmen) an sonstigen Gefässen	
CHOP	Z39.79.0	Detail der Subkategorie 39.79	
CHOP	Z39.79.19	Endovaskuläre Implantation eines Grafts an sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.2	Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen	
CHOP	Z39.79.28	Coil-Embolisation oder -Verschluss von spinalen Gefässen	
CHOP	Z39.79.29	Coil-Embolisation oder -Verschluss von sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.38	Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten von spinalen Gefässen	
CHOP	Z39.79.39	Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten von sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.47	Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons von spinalen Gefässen	
CHOP	Z39.79.49	Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons von sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.58	Selektive Embolisation mit Schirmen von spinalen Gefässen	
CHOP	Z39.79.59	Selektive Embolisation mit Schirmen von sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.68	Selektive Embolisation mit Partikeln von spinalen Gefässen	
CHOP	Z39.79.69	Selektive Embolisation mit Partikeln von sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.79	Kathetertechnischer Verschluss von Arterien mittels Laser, sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD
CHOP	Z39.79.89	Kathetertechnischer Verschluss mittels Radiofrequenz an sonstigen Gefässen, sonstige	AND_ICD

CHOP	C16	Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87–99)	
CHOP	Z88	Sonstige diagnostische Radiologie und verwandte Verfahren	
CHOP	Z88.6	Phlebographie	
CHOP	Z88.61	Phlebographie der Kopf- und Halsvenen mit Kontrastmittel	
CHOP	Z88.61.0	Detail der Subkategorie 88.61	
ICD	I60	Subarachnoidalblutung	
ICD	I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung	AND_CHOP
ICD	I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	I61	Intrazerebrale Blutung	
ICD	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	AND_CHOP
ICD	I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal	AND_CHOP
ICD	I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm	AND_CHOP
ICD	I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn	AND_CHOP
ICD	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	AND_CHOP
ICD	I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen	AND_CHOP_
ICD	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	AND_CHOP
ICD	I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	AND_CHOP

ICD	I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	
ICD	I62.0	Subdurale Blutung (nichttraumatisch)	
ICD	I62.00	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Akut	AND_CHOP
ICD	I62.01	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut	AND_CHOP
ICD	I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch	AND_CHOP
ICD	I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung	AND_CHOP
ICD	I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet	AND_CHOP
ICD	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	
ICD	I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris	AND_CHOP
ICD	I66	Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	
ICD	I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media	AND_CHOP
ICD	I66.1	Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior	AND_CHOP
ICD	I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior	AND_CHOP
ICD	I66.3	Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli	AND_CHOP
ICD	I66.4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien	AND_CHOP
ICD	I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien	AND_CHOP
ICD	I66.9	Verschluss und Stenose einer nicht näher bezeichneten zerebralen Arterie	AND_CHOP
ICD	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	
ICD	I67.0	Dissektion zerebraler Arterien	AND_CHOP
ICD	I67.1	Zerebrales Aneurysma und zerebrale arteriovenöse Fistel	
ICD	I67.10	Zerebrales Aneurysma (erworben)	AND_CHOP
ICD	I67.11	Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)	AND_CHOP
ICD	I67.2	Zerebrale Atherosklerose	AND_CHOP
ICD	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	AND_CHOP
ICD	I67.4	Hypertensive Enzephalopathie	AND_CHOP

ICD	I67.5	Moyamoya-Syndrom	AND_CHOP
ICD	I67.6	Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems	AND_CHOP
ICD	I67.7	Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert	AND_CHOP

GEF4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen V2015.0.8			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C1	Operationen am Nervensystem (01–05)	
CHOP	Z04	Operationen an kranialen und peripheren Nerven	
CHOP	Z04.1	Diagnostische Massnahmen am peripheren Nervensystem	
CHOP	Z04.19	Sonstige diagnostische Massnahmen an kranialen und peripheren Nerven und Ganglien	
CHOP	Z04.19.0	Detail der Subkategorie 04.19	
CHOP	C7	Operationen am Kardiovaskulären System (35–39)	
CHOP	Z38	Inzision, Exzision und Verschluss von Gefässen	
CHOP	Z38.0	Gefässinzision	
CHOP	Z38.01	Inzision von intrakraniellen Gefässen	
CHOP	Z38.1	Endarterektomie	
CHOP	Z38.11	Endarterektomie von intrakraniellen Gefässen	
CHOP	Z38.3	Resektion von Gefässen mit Anastomose	
CHOP	Z38.31	Resektion von intrakraniellen Gefässen mit Anastomose	
CHOP	Z38.4	Resektion von Blutgefässen mit Ersatz	
CHOP	Z38.41	Resektion von intrakraniellen Blutgefässen mit Ersatz	
CHOP	Z38.5	Ligatur und Stripping von Varizen	
CHOP	Z38.51	Ligatur und Stripping von intrakraniellen Varizen	
CHOP	Z38.6	Sonstige Exzision von Gefässen	
CHOP	Z38.61	Sonstige Exzision von intrakraniellen Gefässen	
CHOP	Z38.8	Sonstiger chirurgischer Verschluss von Gefässen	
CHOP	Z38.81	Sonstiger chirurgischer Verschluss von intrakraniellen Gefässen	
CHOP	Z39	Andere Operationen an Gefässen	
CHOP	Z39.2	Sonstiger Shunt oder Gefäss-Bypass	
CHOP	Z39.27	Arteriovenöser Shunt für Hämodialyse	

CHOP	Z39.27.0	Detail der Subkategorie 39.27
CHOP	Z39.28	Extrakraniell-intrakranieller Gefäß-Bypass
CHOP	Z39.5	Sonstige plastische Rekonstruktion von Gefäßen
CHOP	Z39.51	Aneurysma-Clipping
CHOP	Z39.51.0	Detail der Subkategorie 39.51
CHOP	Z39.51.11	Aneurysma-Clipping intrakraniell
CHOP	Z39.52	Sonstige Korrektur eines Aneurysmas
CHOP	Z39.52.0	Detail der Subkategorie 39.52
CHOP	Z39.52.11	Sonstige Korrektur eines Aneurysmas von intrakraniellen Blutgefäßen
CHOP	Z39.56	Plastische Rekonstruktion eines Blutgefäßes mit Gewebe-Patch
CHOP	Z39.56.0	Detail der Subkategorie 39.56
CHOP	Z39.56.11	Plastische Rekonstruktion von intrakraniellen Gefäßen mit Gewebe-Patch
CHOP	Z39.57	Plastische Rekonstruktion mit synthetischem Patch Graft
CHOP	Z39.57.0	Detail der Subkategorie 39.57
CHOP	Z39.57.11	Plastische Rekonstruktion von intrakraniellen Gefäßen mit synthetischem Patch Graft
CHOP	Z39.59	Sonstige plastische Rekonstruktion eines Gefäßes
CHOP	Z39.59.0	Detail der Subkategorie 39.59
CHOP	Z39.59.31	Sonstige plastische Rekonstruktion eines intrakraniellen Gefäßes

NCH1 Kraniale Neurochirurgie (Teilmenge) V2015.0.8			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C1	Operationen am Nervensystem (01–05)	
CHOP	Z01	Inzision und Exzision an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	
CHOP	Z01.1	Diagnostische Massnahmen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	
CHOP	Z01.10	Monitoring des intrakraniellen Drucks	
CHOP	Z01.24	Sonstige Kraniotomie	
CHOP	Z01.24.0	Detail der Subkategorie 01.24	
CHOP	Z01.24.10	Sonstige Kraniotomie mit Dekompression	
CHOP	Z01.24.11	Sonstige Kraniotomie zur Entleerung eines epiduralen Hämatoms	
CHOP	Z01.24.16	Sonstige Kraniotomie, sonstige Drainage epiduraler Flüssigkeit oder aus sonstigen Gründen	
CHOP	Z01.25	Sonstige Kraniektomie	
CHOP	Z01.25.0	Detail der Subkategorie 01.25	
CHOP	Z01.25.10	Sonstige Kraniektomie mit Dekompression	
CHOP	Z01.25.11	Sonstige Kraniektomie zur Entleerung eines epiduralen Hämatoms	
CHOP	Z01.3	Inzision an Gehirn und Hirnhäuten	
CHOP	Z01.31	Inzision an den Hirnhäuten	
CHOP	Z01.31.10	Inzision an den Hirnhäuten zur Entleerung eines subduralen Hämatoms (Hygroms)	
CHOP	Z01.39	Sonstige Inzision am Gehirn	
CHOP	Z01.39.0	Detail der Subkategorie 01.39	
CHOP	Z01.39.10	Sonstige Inzision am Gehirn zur Entleerung eines intrazerebralen Hämatoms	
CHOP	Z01.5	Sonstige Exzision oder Destruktion an Gehirn und Hirnhäuten	
CHOP	Z01.59	Sonstige Exzision oder Destruktion von Läsion oder Gewebe am Gehirn	
CHOP	Z01.59.0	Detail der Subkategorie 01.59	
CHOP	Z01.59.19	Sonstige Exzision von Läsion oder Gewebe am Gehirn, sonstige	
CHOP	Z02	Sonstige Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	

CHOP	Z02.3	Extrakranieller Ventrikelshunt
CHOP	Z02.31	Ventrikelshunt zu Strukturen in Kopf und Hals
CHOP	Z02.32	Ventrikelshunt zum Kreislaufsystem
CHOP	Z02.33	Ventrikelshunt zur Thoraxhöhle
CHOP	Z02.34	Ventrikelshunt zu Bauchhöhle und Bauchorganen
CHOP	Z02.35	Ventrikelshunt zum Harnwegssystem
CHOP	Z02.39	Sonstige Operationen zum Einrichten einer Ventrikeldrainage

A2 Literaturverzeichnis

1. *Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen vom 21. Juni 2011.*
2. Michel, P., et al., *Thrombolyse beim ischämischen Hirnschlag: Aktualisierte Leitlinien.* Schweiz Med Forum, 2009. **9**(49): p. 892-894.
3. Pereira, V.M., et al., *Prospective, multicenter, single-arm study of mechanical thrombectomy using Solitaire Flow Restoration in acute ischemic stroke.* Stroke, 2013. **44**(10): p. 2802-2807.
4. Berkhemer, O.A., et al., *A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke.* New England Journal of Medicine, 2015. **372**(1): p. 11-20.
5. Hacke, W., *Interventional Thrombectomy for Major Stroke — A Step in the Right Direction.* New England Journal of Medicine, 2015. **372**(1): p. 76-77.
6. Campbell, B.C., et al., *Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection.* N Engl J Med., 2015. **372**: p. 1009-18.
7. Bonita, R., *Epidemiology of stroke.* The Lancet 1992. **339**: p. 342-344.
8. www.curado.de. Stand April 2014.
9. WHO, *The Atlas of Heart Disease and Stroke-Deaths from Stroke.* 2014.
10. Burnand, B., *Interventions neurochirurgicales complexes pour accidents vasculaires cerebraux 2011.* IUMSP. 2014.
11. Meyer, K., et al., *Stroke events and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics.* Swiss Med WKLY, 2009. **139**: p. 65-69.
12. SFCNS, *Zertifizierungsverfahren für die Zertifizierungen der Stroke Centers in der Schweiz 2013-2014.*
13. „Qualitätskriterien für die Zertifizierung von Stroke Centers“: www.sfcns.ch/index.php/application-and-documents.html.
14. Leys, D., B.E. Ringelstein, and M. Kaste, *The Main Components of Stroke Unit Care: Results of a European Expert Survey.* Cerebrovascular Diseases, 2007. **23**: p. 344-352.
15. Kjellström, T., B. Norrving, and A. Shatchkute, *Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies.* Cerebrovascular Diseases, 2007. **23**: p. 229-241.
16. Michel, P., et al., *Decompressive craniectomy for space occupying hemispheric and cerebellar ischemic strokes: Swiss recommendations.* Int J Stroke, 2009. **4**(3): p. 218-23.
17. Gostynski, M., et al., *Incidence of first-ever ischemic stroke in the Canton Basle-City, Switzerland: a population-based study 2002/2003.* J Neurol, 2006. **253**(1): p. 86-91.
18. Feigin, V.L., et al., *Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2014. **383**(9913): p. 245-54.

19. Mattle, H.P., et al., *Comparison of Intraarterial and Intravenous Thrombolysis for Ischemic Stroke With Hyperdense Middle Cerebral Artery Sign*. Journal of the American Heart Association, 2008. **39**: p. 379-383.
20. Vahedi, K., et al., *Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials*. Lancet Neurol, 2007. **6**(3): p. 215-22.
21. Fuentes, B. and E. Diez-Tejedor, *Stroke units: many questions, some answers*. International Journal of Stroke, 2009. **4**: p. 28-37.
22. Bundesamt für Gesundheit, *Hochkostenfälle in der Krankenversicherung*. 2005.
23. <http://www.pfoconsortium.org/>. International PFO-Consortium.
24. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00811538>. *Swiss Thrombolysis for Treatment of Acute Ischemic Stroke Registry*
25. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00878813>. *Copeptin for Risk Stratification in Acute Stroke Patients: the CoRisk Study*.
26. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00924859>. *The Role of Factor XIII Activation Peptide and D-dimer Values for the Diagnosis of Cerebral Venous Thrombosis (CVT)*.
27. Meier, B., et al., *Percutaneous Closure of Patent Foramen Ovale in Cryptogenic Embolism*. New England Journal of Medicine, 2013. **368**(12): p. 1083-1091.

A3 Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin
KVG	Krankenversicherungsgesetz
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
TEA	Thrombendarteriektomie
TIA	Transitorische ischämische Attacken
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

A4 Resultate der Vernehmlassung zur Befürwortung der vorgeschlagenen Zuordnung

Tabelle A1. Befürwortung der Zuordnung der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur HSM.

	Zustimmung	Ablehnung	Keine Stellungnahme
Kantone	22	0	0
Spitäler	21	1	1
Versicherer	1	0	0
Dekanate der medizinischen Fakultäten	1	0	0
Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	5	0	0
Weitere	1	0	0
Total	51	1	1

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

Adressaten	Stellungnehmende	Befürwortung der Zuordnung
Kantone	AI, GE	Keine Stellungnahme: AI Ja: GE
Spitäler	(-)	
Versicherer	SUVA	Keine Stellungnahme
Dekanate der medizinischen Fakultäten	(-)	
Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen	FMH, H+, Privatkliniken Schweiz, SBV, SGIM, SGP und VLSS	Keine Stellungnahme: FMH, H+, Privatkliniken Schweiz, SBV, SGP, VLSS Nein: SGIM
Weitere	(-)	

Legende: (-): Keine Stellungnahme eingegangen.

