



**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

## «Behandlung von Schwerverletzten»

### Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung

#### SCHLUSSBERICHT

Bern, 9. März 2017

Haus der Kantone  
Speichergasse 6  
Postfach  
CH-3001 Bern

+41 (0)31 356 20 20

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

## Impressum

Autorenschaft	Erarbeitet durch das HSM-Fachorgan im Rahmen der Planungsarbeiten zur Umsetzung der IVHSM.
Projektleitung	Dr. Eva Greganova, Dr. Matthias Fügen, Katharina Schönbacher Seitz
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.
Dateiname	94_709/BT_Trauma_Re1_Zuteilung_Schlussbericht_Publ_20170309_def_d.docx

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Zusammenfassung	4
Auftrag	6
Ausgangslage	6
Resultate der Anhörung	7
Planungskriterien	10
1 Planungsgrundsätze gemäss IVHSM	10
2 Kriterien zur Versorgungsplanung	10
3 Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer	11
Analyse des Versorgungsbedarfs	12
1 Ist-Analyse	13
2 Bedarfsprognose	14
3 Zukünftiger Versorgungsbedarf	15
Auswertung der eingegangenen Bewerbungen	16
Evaluationsverfahren	18
Empfehlung für die Zuteilung der HSM-Leistungserbringung	20
Schlussbemerkung	22
Anhang	23
A1 Anforderungen an die Leistungserbringer	23
A2 Methodik der Bedarfsanalyse	26
A3 Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung	27
A4 Liste der Anhörungsadressaten	28

## Zusammenfassung

Mit dem Entscheid vom 21. Juni 2011 wurde der medizinische Bereich «Behandlung von Schwerverletzten» erstmals der hochspezialisierten Medizin zugeordnet und damit in die Planungshoheit der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) überführt. Die damit verbundenen Leistungsaufträge sind per 31. Dezember 2014 abgelaufen und müssen neu beurteilt werden.

Der Beschluss über das Weiterführen der Zuordnung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM, welcher auch die Definition des HSM-Bereichs beinhaltet, wurde am 6. Oktober 2015 im Bundesblatt publiziert. Die HSM-Leistungsaufträge werden für den HSM-Bereich der Behandlung von Schwerverletzten vergeben, wie sie in jenem Beschluss definiert wurden. Im Verfahren für die Aufnahme auf die HSM-Spittalliste für die nächste Leistungsperiode haben sich erneut alle zwölf Leistungserbringer mit bisherigem HSM-Leistungsauftrag beworben; Neubewerbungen sind keine eingegangen.

Bei der Erstellung der HSM-Spittalliste wurden sowohl die Planungskriterien der IVHSM als auch Kriterien der Versorgungsplanung gemäss KVG<sup>1</sup> und KVV<sup>2</sup> berücksichtigt. Basierend auf diesen Kriterien legte das HSM-Fachorgan zudem leistungsspezifische Anforderungen fest, welche bei der Evaluation der Leistungserbringer ebenfalls miteinbezogen wurden.

Nach eingehender Analyse der Versorgungslage und der voraussehbaren Entwicklung der Fallzahlen bis 2025 kommt das Fachorgan zum Schluss, dass die Zuteilung der Behandlung von Schwerverletzten an die zwölf bisherigen HSM-Leistungserbringer sowohl aus qualitativer Sicht als auch unter Betrachtung der geographischen und sprachlichen Regionen und der gesetzlich vorgegebenen Planungskriterien gerechtfertigt ist und damit ein schneller und gerechter Zugang für alle Patienten gewährleistet wird. Der heutige gesamtschweizerische Bedarf wird durch diese zwölf HSM-Leistungserbringer gut abgedeckt. Eine verlässliche Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs ist aufgrund der jährlichen Fluktuation der Fallzahlen schwierig. Auch wenn kein signifikanter Anstieg der Fallzahlen zu erwarten ist, könnten die bestehenden HSM-Zentren doch allfällige zusätzliche Fälle auffangen.

Den interessierten Kreisen wurde mit Schreiben vom 13. September 2016 das rechtliche Gehör zu den vorgesehenen Leistungszuteilungen gewährt. Die überwiegende Mehrheit der 40 Anhörungsteilnehmer, welche sich zur Frage der Zuteilung geäußert haben, begrüssen diese. Einzelne Seiten waren der Ansicht, es sei eine weitere Konzentration möglich. Zudem gab es Bemerkungen zu den Themen Wirtschaftlichkeit und Lehre, Weiterbildung und Forschung.

### **Empfehlung für den Zuteilungsentscheid**

Das HSM-Fachorgan empfiehlt, folgenden Leistungserbringern einen HSM-Leistungsauftrag für sechs Jahre zu erteilen:

- BE: Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern
- BS: Universitätsspital Basel
- GE: Hôpitaux universitaires de Genève

---

<sup>1</sup> Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

<sup>2</sup> Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)

- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois
- ZH: Universitätsspital Zürich
- AG: Kantonsspital Aarau
- GR: Kantonsspital Graubünden
- LU: Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- SG: Kantonsspital St. Gallen
- TI: Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano
- VS: Hôpital du Valais, Standort Sion
- ZH: Kantonsspital Winterthur

## Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM), in Kraft 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 im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Artikel 9 Absatz 2 IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM).

## Ausgangslage

Die «Behandlung von Schwerverletzten» wurde bereits im Jahr 2011 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin zugeordnet und damit in die Planungshoheit der IVHSM überführt. Gleichzeitig erfolgte eine erste Leistungszuteilung an zwölf Spitäler:

- Hôpitaux universitaires de Genève
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
- Inselspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Universitätsspital Zürich
- Kantonsspital St. Gallen
- Luzerner Kantonsspital
- Kantonsspital Aarau
- Kantonsspital Graubünden
- Kantonsspital Winterthur
- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano
- Gesundheitsnetz Wallis, Standort Sion

Die Leistungsaufträge an die zwölf vorgenannten Leistungserbringer – und somit die HSM-Spittalliste in diesem Bereich – sind per 31. Dezember 2014 abgelaufen und müssen im Zuge einer Reevaluation neu beurteilt werden. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) ist dabei ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und Zuteilung (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet. Der daher erforderliche neue Beschluss über die Zuordnung der «Behandlung von Schwerverletzten» zur HSM wurde am 6. Oktober 2015 im Bundesblatt publiziert. Diesem Beschluss zufolge umfasst der ausgewählte HSM-Bereich «Behandlung von Schwerverletzten»:

- Erwachsene mit einer schweren, lebensbedrohlichen Einzel- oder Mehrfachverletzung, mit einer Verletzungsschwere nach Injury Severity Score (ISS) von mindestens 20 Punkten,
- Erwachsene mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma (AIS-Head  $\geq$  3).

Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens vom 12. Januar bis 8. März 2016 hatten interessierte Leistungserbringer die Gelegenheit, sich um die Aufnahme auf die HSM-Liste im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten zu bewerben. Alle zwölf Leistungserbringer mit bisherigem HSM-Leistungsauftrag haben sich erneut beworben; zusätzliche Bewerbungen sind keine eingegangen. Die Möglichkeit, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben, steht grundsätzlich allen Leistungserbringern offen. Ein Anspruch auf Erteilung und Erneuerung von Leistungsaufträgen besteht allerdings nicht (vgl. BGE 133 V 123 E. 3.3 sowie BVGer, Urteil C-401/2012 vom 28. Januar 2014, E. 10.2).

Der vorliegende Zuteilungsbericht analysiert die Versorgungslage, thematisiert die zu prüfenden Planungskriterien und evaluiert entsprechend die eingegangenen Bewerbungen der zwölf interessierten Leistungserbringer. Abschliessend werden die Empfehlungen für einen Zuteilungsentscheid präsentiert, welche das HSM-Fachorgan angesichts der vorgenommenen Analysen in Erwägung zieht.

Vor Erlass der Zuteilungsverfügungen wurde dieser Bericht mitsamt den Zuteilungsvorschlägen im Rahmen einer Anhörung einem breiten Adressatenkreis ([Anhang A4](#)) zur Stellungnahme unterbreitet. Der vorliegende Schlussbericht zur Leistungszuteilung, welcher auch die Stellungnahmen soweit möglich berücksichtigt, wird auf der Webseite der GDK veröffentlicht und der definitive Zuteilungsbeschluss im Bundesblatt publiziert.

## Resultate der Anhörung

Zur Teilnahme an der Anhörung wurden die 26 Kantone, die zwölf betroffenen Spitäler, fünf Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, 28 Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen sowie vier weitere Stakeholder eingeladen. Es sind insgesamt 40 Stellungnahmen eingetroffen.

Die überwiegende Mehrheit der Anhörungsteilnehmer begrüsst die Leistungszuteilung des Bereichs der komplexen Behandlung von Schwerverletzten an die zwölf Traumazentren.

Gegen die vorgeschlagene Leistungszuteilung sprechen sich zwei Kantone, ein Universitätsspital sowie eine Fachgesellschaft aus. Dabei erachten einige davon zwölf Zentren aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht als zu viele. Vereinzelt wurde bemängelt, dass die Überprüfung der Erfüllung der Kriterien gemäss IVHSM ungenügend sei und zudem nicht geprüft worden sei, ob der Auslastungsgrad der heute bestehenden Traumazentren Überkapazitäten erkennen lasse. Der Nachfrage stehe ein zu grosses Angebot gegenüber.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung sollte nach Ansicht eines Kantons spezifischer auf die Schwerverletztenbehandlung fokussiert werden, nach einem anderen nur dann bemängelt werden, wenn die Fallkosten den Median deutlich übersteigen. Die Prüfung der Lehre, Weiterbildung und Forschung sollte besser abgebildet werden und die Nichteinhaltung der diesbezüglichen Anforderungen Konsequenzen für die Zuteilung haben.

Einige Eingaben betrafen die Fallzahlen. Diese seien nicht validiert, da die Daten im Schweizer Traumaregister erstmals im November 2016 vorgelegen hätten. Zudem sei die Mindestfallzahl von 40 arbiträr, es sei nicht erwiesen, dass damit eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erzielt werde. Im Weiteren wurde angezweifelt, dass die Patientenströme für diesen

HSM-Bereich nicht relevant seien, und der Transport in ein adäquates Zentrum müsse über Sprachgrenzen oder geografische Regionen hinaus erfolgen. Der Zugang zur Behandlung in-  
nert nützlicher Frist sei nicht genügend untersucht worden.

Einige Stellungnehmende konnten den Zuteilungs-Algorithmus nicht nachvollziehen, so seien  
beispielsweise die Gewichtung und Definition der Kriterien für die Auswertung nicht deutlich  
erkennbar, so dass nicht klar werde, wie sich die Nichterfüllung einzelner Anforderungen auf  
die Evaluation eines Leistungserbringers auswirke oder wie das Vorgehen sei, wenn ein Lei-  
stungserbringer die Anforderungen an Lehre, Weiterbildung und Forschung nicht erfülle.

Gewisse Anhörungssteilnehmer haben auch zu den während der Anhörung verschickten Tria-  
gekriterrien Stellung genommen. Es wurde bemängelt, dass zu diesen keine Vernehmlassung  
stattgefunden habe, oder sie wurden gar gänzlich in Frage gestellt.<sup>3</sup>

Schliesslich wurden von ein paar Stellungnehmenden einzelne Anregungen angebracht, wel-  
che folgende Punkte betreffen: das HSM-Verfahren (Verabschiedung der Bewerbungsunterlagen  
durch das Beschlussorgan), die Definition von «Helikopterlandeplatz», die Schaffung eines  
analogen Systems zur Organisation des Bereichs hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlä-  
gen, eine Klärung der Anforderung bezüglich Anwesenheit von Fachärzten bei Eintritt des Pa-  
tienten sowie eine Begründung für die Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre, welche  
unüblich lang sei.

### Beurteilung

Die Anzahl der Zentren wird von der überwiegenden Mehrheit der Anhörungssteilnehmenden  
als adäquat erachtet, die regionale (und sprachliche) Verteilung wird damit gewährleistet,  
ebenso die Versorgungssicherheit und der Zugang zur Behandlung. Gewisse Vorhaltekapazi-  
täten sind bereitzuhalten, auch im Hinblick auf mögliche Grossschadenereignisse oder Kata-  
strophen, aber auch, weil Beatmungsplätze und OP-Kapazitäten sonst Gefahr laufen, zum Eng-  
pass zu werden.

Das Register wurde aufgebaut und funktioniert gut, allerdings noch nicht sehr lange: Die Zah-  
len sind noch nicht sehr belastbar. Das Register wird die Grundlagen liefern, um die Einwände  
betreffend Überprüfung der Kriterien und Auslastungsgrad der Traumazentren auf den Zeit-  
punkt einer nächsten Leistungerteilung hin auf einer starken, datenbasierten Grundlage neu  
zu prüfen. Im Register sind Outcome-Daten enthalten, die auch mit anderen europäischen  
Ländern verglichen werden können.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung konnte aufgrund nicht vorliegender spezifischerer Daten ledig-  
lich auf Stufe Gesamtsptital durchgeführt werden. Deshalb wurde ihr bei der Beurteilung der  
Kriterien ausdrücklich ein tiefer Stellenwert zugemessen. Mit den Arbeiten an einer «Überset-  
zung» von ISS und AIS-Codierung auf ICD/CHOP-Codes soll u. a. dieser Mangel behoben wer-  
den. Die Traumazentren werden deshalb dazu verpflichtet, die entsprechenden Daten zu er-  
heben und zur Verfügung zu stellen.

Der Leistungsauftrag soll für sechs Jahre erteilt werden, weil die vergangenen fünf Jahre ge-  
zeigt haben, dass die Versorgung auch unter Berücksichtigung der geographischen (inkl. me-  
teorologischen Aspekte) und sprachlichen Regionen mit den bestehenden Traumazentren gut

<sup>3</sup> Die Triagekriterrien sind nicht Bestandteil des Zuteilungsverfahrens, da sie lediglich eine Arbeitshilfe für die Rettungskräfte  
vor Ort in Form einer Checkliste darstellen. Die dazu geäusserte Kritik wird separat aufgenommen und bearbeitet.



gewährleistet wird und gleichzeitig alle Zentren die Mindestfallzahlen erreichen. Da der Überprüfungsprozess im zweistufigen Verfahren lange Zeit in Anspruch nimmt und für eine Neuurteilung ausreichend Datenmaterial zur Verfügung stehen soll, ist eine Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre gerechtfertigt. Mithilfe der Daten des Traumaregisters wird die Einhaltung der Anforderungen über die gesamte Dauer überwacht.

Ein zentrales Element für die Optimierung der gesamten Transport- und Behandlungskette ist die Pflicht zur Zusammenarbeit und Netzwerkbildung. Sie ist denn auch in [Anhang A1](#) als Anforderung an die Leistungserbringer aufgeführt. Da die Netzwerkpartner nicht der IVHSM unterstellt sind und die Netzwerke bottom-up entstehen sollen, kann diese Pflicht nicht als Auflage formuliert werden. Die Traumazentren sollen dennoch aktiv am Aufbau regionaler Traumanetze mitwirken. Damit kann auch der von einigen Seiten geäusserten Kritik an den Triagekriterien begegnet werden.

### **Fazit**

Die HSM-Leistung «Behandlung von Schwerverletzten» soll weiterhin den zwölf bisherigen Leistungserbringern, welche sich alle beworben haben, zugeteilt werden, und zwar für eine Dauer von sechs Jahren. Mit diesem Leistungsauftrag verbunden sind die folgenden Pflichten:

– Erfüllung der folgenden Auflagen:

- a) Die Leistungserbringer gewährleisten die 24-stündige Aufnahme und Versorgung von Schwerverletzten und stellen die Einhaltung der in [Anhang A1](#) des Zuteilungsberichts «Reevaluation – Behandlung von Schwerverletzten» vom 9. März 2017 beschriebenen Anforderungen – oder eine sinngemässe und fachlich gleichwertig kompetente Organisation – für die Behandlung von schwerverletzten Patienten sicher.
- b) Sie führen ein Register. Das Register muss eine einheitliche, standardisierte und strukturierte Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität garantieren. Inhalt und Form des Registers müssen als Grundlage für eine schweizweit koordinierte klinische Versorgung und Forschungsaktivität genutzt werden können.
- c) Sie nehmen neben der Erfassung der Traumafälle im Rahmen der Kodierungs- und Abrechnungsregeln auch die Berechnung des ISS und eine AIS-Codierung vor und stellen die für die Weiterentwicklung der Abbildung von Schwerverletzten in medizinischen Routinedaten notwendigen Daten zur Verfügung.
- d) Sie sind in ein anerkanntes Programm für Weiter- und Fortbildung in den Bereichen Notfallmedizin und Traumatologie/Unfallchirurgie eingebunden und nehmen an klinischen Forschungsprojekten teil.
- e) Die Leistungserbringer erstatten den IVHSM-Organen zuhanden des Projektsekretariats jährlich Bericht über ihre Tätigkeiten. Die Berichterstattung umfasst die Offenlegung ihrer Fallzahlen, ihrer Tätigkeiten in Forschung und Lehre sowie der im Rahmen des Registers erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität. Für die Berichterstattung zuhanden der IVHSM-Organen bestimmen die vorgenannten Zentren ein Koordinationszentrum.

# Planungskriterien

## 1 Planungsgrundsätze gemäss IVHSM

Die IVHSM legt verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung und Konzentration der HSM zu beachten sind. 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 sollen die Forschung und Lehre miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM). Schliesslich berücksichtigt die Planung die Zugänglichkeit für Notfälle sowie die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland (Art. 7 Abs. 5 und 6 IVHSM).

## 2 Kriterien zur Versorgungsplanung

Zusätzlich zu den Planungsgrundsätzen sind bei der Erstellung der interkantonalen HSM-Spittalliste grundsätzlich dieselben Anforderungen wie bei der Erstellung einer kantonalen Spitalliste zu beachten (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG, Art. 58a ff. KVV). Auch sind die besonderen Anforderungen an die Planung der Kapazitäten nach Artikel 8 IVHSM miteinzubeziehen. Die nachstehenden Überlegungen sollen die Vorgehensweise bei der Anwendung dieser Planungskriterien illustrieren:

Das *zu sichernde Angebot* wurde aufgrund der Fallzahlen aus dem Schweizerischen Traumaregister 2015 eruiert. Da dieses Register noch nicht lange besteht, sind die Daten noch nicht sehr belastbar. Somit müssen sie vorsichtig verwendet werden, um sicherzustellen, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt.

Für die Ermittlung des *zukünftigen Bedarfs*, welcher massgebend für die weitere Planung sein soll, wurde eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Mithilfe von Spezialisten wurden Faktoren untersucht, welche den medizinischen Leistungsbedarf und somit die Entwicklung der Fallzahlen in den nächsten Jahren beeinflussen könnten. Der *zukünftige Versorgungsbedarf* entspricht dem Total der erfassten Fallzahlen zuzüglich des für den Zuteilungszeitraum prognostizierten Wachstums der Fallzahlen.

Bei der Abschätzung der notwendigen *Kapazitäten* wurde einerseits darauf geachtet, dass die erwarteten Behandlungen mit den vorgeschlagenen Leistungserbringern erbracht werden können, ohne dabei Überkapazitäten zu schaffen. Limitierend dürften die Beatmungskapazitäten auf der Intensivstation und die OP-Kapazitäten sein. Andererseits darf die resultierende Anzahl jährlicher Eingriffe in den einzelnen Einrichtungen ein kritisches Volumen (Mindestfallzahlen) nicht unterschreiten, da ansonsten die medizinische Sicherheit und Behandlungsqualität leidet.

Bei der Leistungszuteilung wurde darauf geachtet, dass innerhalb einer sprachlichen Region oder eines geographischen Bereichs unter Berücksichtigung der Wetterverhältnisse der *Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist* sichergestellt ist.

Für die HSM-Bereiche gibt es keine vordefinierten Regionen und Kantone mit obligatorischen Zuweisungen. Die Versorgung der Schwerverletzten im Speziellen beginnt vor Unfallort, wo die Rettungskräfte unter Berücksichtigung der von Fachexperten erarbeiteten Triage-Kriterien, abhängig vom Schweregrad der Verletzung den Patienten möglichst rasch in das nächste

HSM-Traumazentrum oder ein anderes spezialisiertes Zentrum transportieren. Die Verletzungen geschehen zufällig zu irgendeinem Zeitpunkt an irgendeinem Ort in der Schweiz. Aus diesen Gründen spielen die *Patientenströme* in diesem HSM-Bereich eine untergeordnete Rolle, weshalb aus Sicht des Fachorgans darauf verzichtet werden konnte, diese zu analysieren. Hingegen ist eine gewisse geographische Verteilung des Leistungsangebots von Bedeutung, was sich auch in den Fallzahlen niederschlägt.

Die Erklärung zur *Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags* gilt als Voraussetzung für die Leistungszuteilung und wird direkt bei den sich bewerbenden Spitälern nachgefragt (Selbstdeklaration). Der Erfüllungsgrad und damit die Selbstdeklaration werden künftig im aufzubauenden jährlichen Monitoring stichprobenartig überprüft werden.

Schliesslich wurden auch *Qualität und Wirtschaftlichkeit* der Leistungserbringer berücksichtigt, wie das nachstehende Kapitel schildert.

### 3 Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer

Die Evaluation der Leistungserbringer für die Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags richtet sich prinzipiell nach den Kriterien der IVHSM (Art. 4 Abs. 4) und den Verordnungsbestimmungen in der KVV (Art. 58b Abs. 4 und 5). Diese massgebenden Vorschriften sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Gemäss Artikel 4 Absatz 3 Ziffer 3 IVHSM legt das HSM-Fachorgan die Voraussetzungen fest, welche zur Ausführung einer Dienstleistung bzw. eines Dienstleistungsbereichs erfüllt werden müssen bezüglich Fallzahl, personeller und struktureller Ressourcen und unterstützender Disziplinen. In diesem Sinn legt das HSM-Fachorgan basierend auf den Kriterien der IVHSM und der KVV für jeden HSM-Bereich spezifische Anforderungen an die Leistungserbringer fest (vgl. [Anhang A1](#)). Der standardisierte Bewerbungskatalog, welcher den interessierten Leistungserbringern im Rahmen des Bewerbungsverfahrens unterbreitet wurde, enthält unter anderem auch diese bereichsspezifischen Anforderungen.

**Tabelle 1.** Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss IVHSM und KVV

Anforderung	Operationalisierung der Anforderung	Erfüllung der Anforderung
<b>Qualität der Leistungserbringung, inklusive:</b> Hochqualifiziertes Personal und Teambildung Unterstützende Disziplinen Nutzung von Synergien	Die Leistungserbringer deklarieren den Erfüllungsgrad der bereichsspezifischen Qualitätsanforderungen (vgl. <a href="#">Anhang A1</a> ).	Selbstdeklaration anhand des standardisierten Fragebogens <sup>a)</sup>
<b>Mindestfallzahlen</b>	Die Ermittlung der Fallzahlen pro Traumazentrum erfolgt anhand der im Schweizerischen Traumaregister im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2015 erfassten Fälle.	Mindestens 250 Patienten pro Jahr, die eine initiale Schockraumbetreuung erfordern Mindestens 40 behandelte schwerverletzte Patienten (ISS $\geq$ 20, AIS-Head $\geq$ 3) pro Jahr

Anforderung	Operationalisierung der Anforderung	Erfüllung der Anforderung
		Mindestens insgesamt 500 stationär behandelte Verletzungen pro Jahr
<b>Forschung und Lehre</b>	Die Aktivität in Lehre, Weiterbildung und Forschung im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten wird mit einem separaten Fragebogen erhoben und evaluiert.	Nachweis der Lehre, Weiterbildung und Forschung anhand des standardisierten Fragebogens

a) Wird im Rahmen eines jährlichen Monitorings periodisch überprüft werden (Erfüllungsgrad und damit die Selbstdeklaration).

b) Eine periodische Überprüfung des Nachweises der Weiterbildung in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) ist im Rahmen eines jährlichen Monitorings für alle HSM-Bereiche geplant.

Die *Wirtschaftlichkeitsprüfung* erfolgt durch Betriebsvergleiche. Dafür wird der Kostenausweis ITAR\_K direkt bei den sich bewerbenden Spitälern eingefordert. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf Stufe Gesamtspital erfolgt durch Analyse der Case-Mix-bereinigten mittleren Fallkosten, der sogenannten Basiswerte.

Die *internationale Konkurrenzfähigkeit und das Weiterentwicklungspotential* können nicht isoliert, sondern nur im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungserbringung und der etablierten Lehre, Weiterbildung und Forschung betrachtet werden. Wer eine qualitativ hochstehende Leistung erbringt, den ärztlichen Nachwuchs sowie dessen Weiterbildung fördert und eine aktive Forschung betreibt, trägt zur Stärkung seiner internationalen Konkurrenzfähigkeit und zur Weiterentwicklung von innovativen Behandlungskonzepten bei.

## Analyse des Versorgungsbedarfs

Artikel 39 KVG und Artikel 58 KVV verpflichten die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen. Der zu sichernde Versorgungsbedarf entspricht dem Total der erfassten bisherigen Fallzahlen zuzüglich des für den Zuteilungszeitraum prognostizierten Wachstums der Fallzahlen. Die Nachfrage nach bestimmten medizinischen Leistungen kann sich beispielsweise aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen (Demographie, Freizeitaktivitäten, Transportmöglichkeiten u. a.) ändern. Die Änderung der Nachfrage spiegelt sich direkt in den erbrachten Fallzahlen und ist bei der Planung zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Zuteilungsverfahren ist dementsprechend eine Bedarfsprognose zu erstellen. Diese dient als Grundlage, um die Anzahl Leistungserbringer abzuschätzen, welche voraussichtlich benötigt werden, um den Bedarf zu decken. Das angewendete Modell berücksichtigt demographische, epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen und stellt auf Expertenbefragungen ab. Das methodische Vorgehen ist im [Anhang A2](#) summarisch dargestellt.

## 1 Ist-Analyse

In der Schweiz verunfallen laut SUVA-Unfallstatistik jährlich ungefähr 800'000 Menschen. Die Anzahl der schwerverletzten Patienten in der Schweiz beläuft sich dabei auf knapp 1800 Fälle pro Jahr. Diese HSM-Fälle verteilen sich auf zwölf Traumazentren (vgl. **Tabelle 2**).

**Tabelle 2.** Fallzahlen 2015 pro Leistungserbringer\*

Leistungserbringer	Anzahl behandelte schwerverletzte Patienten (Alter $\geq 16$ und ISS $\geq 20$ oder AIS-Head $\geq 3$ ) im Zeitraum vom 1. 1. 2015 bis 31. 12. 2015
Kantonsspital Aarau	158
Universitätsspital Basel	58
Insel Gruppe AG, Standort Inselelspital, Universitätsspital Bern	448
Hôpitaux universitaires de Genève	119
Kantonsspital Graubünden	77
Luzerner Kantonsspital	37 <sup>a)</sup>
Kantonsspital St. Gallen	101
Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano	67
Centre hospitalier universitaire vaudois	165
Hôpital du Valais, Standort Sion	86
Kantonsspital Winterthur	84
Universitätsspital Zürich	371
<b>Total</b>	<b>1771</b>

<sup>a)</sup> Zusätzlich zu den 37 erfassten sind im Analyse Tool ca. 90 Fälle, die Probleme aufweisen. Die Fallzahl ist demnach wahrscheinlich höher, was plausibel ist.

\* Quelle: Schweizerisches Traumaregister

Die Ermittlung der Fallzahlen für das Jahr 2015 zeigt, dass alle Leistungserbringer die geforderten Fallzahlen erreicht haben und die Versorgung der Patienten durch die zwölf Leistungserbringer mit HSM-Leistungsauftrag im Bereich «Behandlung von Schwerverletzten» ausreichend sichergestellt werden konnte. Auch wurden in den Jahren 2014 und 2015 keine nennenswerten Kapazitätsengpässe verzeichnet (**Tabelle 3**). Die sinnvoll gewählte Verteilung der HSM-Traumazentren berücksichtigt die geographischen Gegebenheiten der Schweiz und begünstigt einen optimalen Zugang der Patienten zur Behandlung ohne zu lange Transportwege und wetterunabhängig.

**Tabelle 3.** Kapazitätsengpässe in den Jahren 2014 und 2015 bei den Spitälern mit einem HSM-Leistungsauftrag

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Kantonsspital Aarau	2013/2014: 3 Patienten weiterverlegt (z. T. aus medizinischer Indikation) Nicht aufgenommene Fälle (Kapazitätsengpass) werden nicht regelhaft erfasst (Schätzung: 2–4 Patienten/Jahr)
Universitätsspital Basel	0
Insel Gruppe AG, Standort Inselepital, Universitätsspital Bern	0
Hôpitaux universitaires de Genève	0
Kantonsspital Graubünden	0
Luzerner Kantonsspital	0
Kantonsspital St. Gallen	0
Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano	0
Centre hospitalier universitaire vaudois	0
Hôpital du Valais, Standort Sion	2014: 4; 2015: 1
Kantonsspital Winterthur	0
Universitätsspital Zürich	0

\* Anzahl Schwerverletzte (nach HSM-Definition), welche in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.

## 2 Bedarfsprognose

Die Voraussagen der Experten zum zukünftigen Bedarf im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten sind sehr heterogen, wie das in anderen Spezialgebieten ebenfalls festgestellt werden kann. Bis 2025 rechnen sie mit einer Zunahme von 14 % aufgrund von medizintechnischen (6 %) und epidemiologischen (8 %) Entwicklungen. Zusammen mit der demografischen Entwicklung, welche laut der neuesten Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Statistik (BFS)<sup>4</sup> zu einem Anstieg der Bevölkerung von 2015 bis 2025 von 11.5 %<sup>5</sup> führen wird, resultiert daraus eine zu erwartende Zunahme der Fallzahlen bis 2025 um 25 %. Das Fachorgan erachtet diese Prognose als völlig übersetzt. Auch die offiziellen Zahlen der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) sowie der Suva widersprechen der prognostizierten Zunahme um 25 %. Laut bfu-Statistik ist die Zahl der Schwerverletzten nach Nichtberufsunfällen gar rückläufig (45'970 im Jahr 2009 gegenüber 35'576 im Jahr 2012). Selbst die Suva-Statistik, welche sämtliche neu registrierten Fälle der Berufsunfallversicherung, der Nichtberufsunfallversicherung sowie der Unfallversicherung für Arbeitslose ausweist, lässt bei Berücksichtigung

<sup>4</sup> «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045», <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/intro.html>

<sup>5</sup> Bei der demographischen Entwicklung wurde nur das Bevölkerungswachstum, nicht aber die Alterung der Gesellschaft berücksichtigt. In diesen HSM-Bereich fallen gemäss Definition nur Patienten, welche das 16. Lebensjahr abgeschlossen haben. Dieser Teil der Bevölkerung wird von 2015 bis 2025 um 11.5 % steigen.

der letzten 15 Jahre und der Annahme einer linearen Entwicklung bis 2025 lediglich eine minimale Steigerung der Unfälle um ca. 6 % erwarten.<sup>6</sup> Aus diesen Gründen kommt das Fachorgan zum Schluss, dass für die nächste Leistungsperiode von sechs Jahren kein signifikanter Anstieg der Behandlungen von Schwerverletzten im Sinne der HSM zu erwarten ist.

### 3 Zukünftiger Versorgungsbedarf

Selbst wenn die jährlichen Zunahmen der Bedarfsprognose in Betracht gezogen werden (Zunahme der Fallzahlen bis 2025 um 25 %), kann der zukünftige Bedarf mit den bisherigen zwölf Traumazentren gedeckt werden. Nach eigenen Angaben verfügen die Leistungserbringer über ausreichende Kapazitäten mit einer relativ hohen prospektiven Steigerung. So deklarierten sämtliche bisherigen Leistungserbringer, dass sie in Zukunft bedeutend mehr Schwerverletzte aufnehmen könnten (**Tabelle 4**). Aus diesen Rückmeldungen geht hervor, dass selbst bei einem Anstieg der Fallzahlen während der nächsten Leistungsperiode nicht mit einem Versorgungsengpass zu rechnen ist.

**Tabelle 4.** Mögliche Kapazitätssteigerung pro Jahr und Spital für die Behandlung von Schwerverletzten

Leistungserbringer	Prospektive zusätzliche Kapazität pro Jahr*
Kantonsspital Aarau	Steigerung um 50–100 % vorstellbar
Universitätsspital Basel	100 %
Insel Gruppe AG, Standort Insele Spital, Universitätsspital Bern	ca. 100
Hôpitaux universitaires de Genève	Die HUG sind aktuell nicht an der maximalen Kapazitätsgrenze und könnten mehr Schwerverletzte aufnehmen. Eine präzise Quantifizierung ist jedoch schwierig.
Kantonsspital Graubünden	50
Luzerner Kantonsspital	Derzeit 24, je nach Bedarf kann noch aufgestockt werden. Ab März 2017 (Umbau Intensivstation) stehen 33 Betten zur Verfügung, danach im Verlauf Behandlungsvolumen von maximal 44 Patienten.
Kantonsspital St. Gallen	50–100 %
Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano	Das EOC ist in der Lage, das Behandlungsvolumen ohne Strukturanpassungen zu erweitern. Das Behandlungspotential des Zentrums ist nicht voll ausgenutzt und garantiert auch in Zukunft bei zu erwartendem Anstieg der Behandlungszahlen und einer zu erwartenden Zunahme der Bevölkerung eine hohe Aufnahmefähigkeit.
Centre hospitalier universitaire vaudois	ca. 100
Hôpital du Valais, Standort Sion	Das Traumazentrum Sion könnte mehr Schwerverletzte aufnehmen. Eine präzise Quantifizierung ist jedoch schwierig.
Kantonsspital Winterthur	Eine 30%ige Steigerung des Volumens innerhalb von drei Jahren wäre möglich
Universitätsspital Zürich	50

\* Anzahl Schwerverletzte (nach HSM-Definition), welche in Zukunft pro Jahr zusätzlich zum heutigen Behandlungsvolumen aufgenommen werden können

<sup>6</sup> Zudem handelt es sich nur bei einem marginalen Anteil dieser Verunfallten um Schwerverletzte, welche einer Behandlung in Sinne der HSM bedürfen.

## Auswertung der eingegangenen Bewerbungen

Im Verlaufe des Bewerbungsverfahrens vom 12. Januar bis am 8. März 2016 sind beim HSM-Projektsekretariat zwölf Bewerbungen um Aufnahme auf die HSM-Spittalliste eingegangen. Alle bisherigen HSM-Traumazentren haben sich erneut beworben. Es handelt sich um die folgenden Leistungserbringer:

- BS: Universitätsspital Basel (USB)
- BE: Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern (Insel)
- GE: Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- ZH: Universitätsspital Zürich (USZ)
  
- AG: Kantonsspital Aarau (KSA)
- GR: Kantonsspital Graubünden (KSGR)
- LU: Luzerner Kantonsspital (LUKS)
- SG: Kantonsspital St. Gallen (KSSG)
- TI: Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano (EOC)
- VS: Hôpital du Valais, Standort Sion (HdV)
- ZH: Kantonsspital Winterthur (KSW)

Nachfolgend werden die Resultate der Evaluation der eingegangenen Bewerbungen zusammenfassend geschildert:

**Bereitschaft, den Leistungsauftrag zu erfüllen.** Alle bewerbenden Leistungserbringer sind bereit, alle im Zuordnungsbericht<sup>7</sup> definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen zu erfüllen (vgl. **Tabelle 6**).

**Qualität.** Bei den für die Qualitätssicherung relevanten Fragen geben alle Bewerber an, dass sie sämtliche Anforderungen erfüllen (vgl. **Tabelle 6**).

**Mindestfallzahlen.** Die vorgegebenen Mindestfallzahlen (mindestens 250 Patienten pro Jahr, die eine initiale Schockraumbetreuung erfordern, mindestens 40 behandelte schwerverletzte Patienten [ISS  $\geq$  20, AIS-Head  $\geq$  3] pro Jahr sowie mindestens insgesamt 500 stationär behandelte Verletzungen pro Jahr) werden gemäss Selbstdeklaration von allen Bewerbern erreicht (vgl. **Tabelle 6**). Die für die HSM massgebenden Fallzahlen von behandelten schwerverletzten Patienten wurden direkt aus dem Schweizerischen Traumaregister eruiert (vgl. **Tabelle 2**).

**Lehre, Weiterbildung und Forschung.** Die Angaben zur Umsetzung der Auflage zur Lehre, Weiterbildung und Forschung wurden mithilfe eines standardisierten Evaluationsfragebogens erhoben und durch eine externe Institution mit Erfahrung in der Evaluation akademischer Aktivitäten ausgewertet. Vergleichende Einschätzungen beziehen sich jeweils auf die Gruppe der universitären Spitäler bzw. der Nicht-Universitätsspitäler.

Das USB scheint vergleichsweise wenig aktiv in der Forschung und weist auch nur eine Publikation auf (bei einer maximal möglich anzugebenden Anzahl von zehn Publikationen). Hingegen erfolgte die praktische Entwicklung des Schweizerischen Traumaregisters von 2010 bis

---

<sup>7</sup> «Behandlung von Schwerverletzten», Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin Schlussbericht vom 17. September 2015



2015 massgeblich durch das USB. Von den sieben nicht-universitären Bewerbern sind das KSA und das LUKS sehr aktiv in Lehre, Weiterbildung und Forschung. Durchschnittlich aktiv in Lehre und Weiterbildung sind KSGR und EOC. HdV und KSW weisen vergleichsweise wenige Facharzt-Abschlüsse aus. Das KSSG konnte keine Angaben zu Abschlüssen/Kandidierenden für Facharztstitel und Fähigkeitsprogramme machen. EOC und HdV weisen keine Forschungsaktivität aus. Das HdV will 2016 ein klinisches Forschungsprogramm aufbauen, und das KSW weist darauf hin, dass es als Nicht-Universitätsspital weder Auftrag noch Budget für grossangelegte Forschungsprojekte habe. Abschliessend kann festgehalten werden, dass – mit Ausnahme von EOC und HdV<sup>8</sup> – alle Bewerber in der Selbstdeklaration angegeben haben, sich aktiv an Forschungsstudien und Multizenterstudien sowie an anerkannten Programmen für Weiter- und Fortbildung zu beteiligen.

**Wirtschaftlichkeit.** Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Eine Expertengruppe begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Haupterkennnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zuhanden des Fachorgans. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in der **Tabelle 5** zusammengefasst und das methodische Vorgehen im **Anhang A3** summarisch dargestellt. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit konnten ausschliesslich Vergleiche auf Stufe Gesamtspital angestellt werden (Verwendung ITAR\_K<sup>9</sup>). Die bisher fehlende Abbildung der HSM-Fälle auf der Ebene CHOP/ICD<sup>10</sup> verunmöglicht es, die Behandlung von Schwerverletzten auf einzelne DRG zu reduzieren, weshalb eine Analyse bezogen auf den spezifischen HSM-Bereich zurzeit nicht möglich ist. Als Richtschnur zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wird die Bezugsgrösse «intra sample» verwendet, d. h. der Median der Benchmarking-relevanten Basiswerte, inkl. Anlagenutzungskosten (ANK) nach VKL<sup>11</sup>, der sich bewerbenden Spitäler. Dabei wird zwischen Universitätsspitalern und Nicht-Universitätsspitalern unterschieden.

**Tabelle 5.** Einstufung der Wirtschaftlichkeit mit Bezugsgrösse «intra sample»

	Universitätsspitäler	Nicht-Universitätsspitäler
<b>Eher wirtschaftlich<sup>a)</sup></b>	USB	LUKS, HdV
<b>Neutral (± 1.0 %)<sup>b)</sup></b>	Insel, USZ	KSGR, EOC, KSW
<b>Eher nicht wirtschaftlich<sup>c)</sup></b>	HUG, CHUV	KSA, KSSG

<sup>a)</sup> Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 1.0 % unter der Bezugsgrösse.

<sup>b)</sup> Abweichung der mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals zur Bezugsgrösse von weniger als 1.0 %

<sup>c)</sup> Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 1.0 % über der Bezugsgrösse.

### Beurteilung des HSM-Fachorgans zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde auf Stufe Gesamtspital angestellt; eine Aussage darüber, wie wirtschaftlich ein Spital seine Schwerverletzten behandelt, ist damit nicht möglich. Zudem bestehen methodische Einschränkungen und Vereinfachungen, weshalb die

<sup>8</sup> EOC beteiligt sich nach eigenen Angaben weder aktiv an Forschungsstudien und Multizenterstudien noch an anerkannten Programmen für Weiter- und Fortbildung. HdV beteiligt sich nach eigenen Angaben nicht aktiv an Forschungsstudien und Multizenterstudien.

<sup>9</sup> Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis

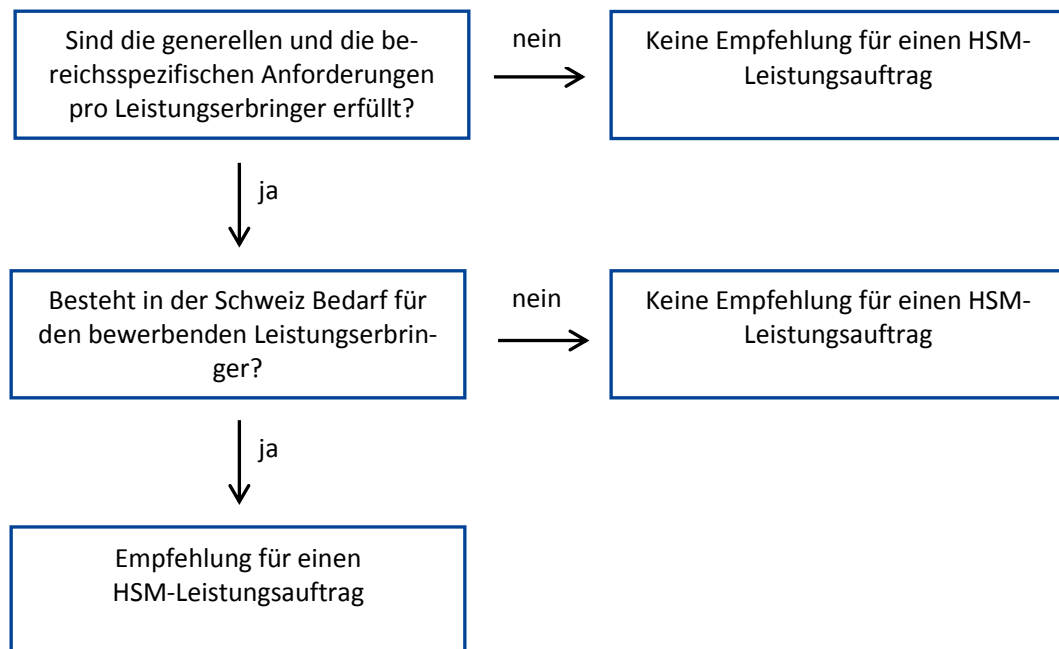
<sup>10</sup> Die HSM-Definition (welche auf ISS und AIS beruht) kann (noch) nicht auf Ebene ICD/CHOP abgebildet werden. Eine Arbeitsgruppe erarbeitet derzeit eine Transcodierung von ISS/AIS zu ICD/CHOP.

<sup>11</sup> Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104)

Verlässlichkeit der Kostenberechnungen begrenzt ist. Aus diesen Gründen sollte der Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeit» zufolge die Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Zuteilungsentscheid den minimalsten Stellenwert haben. Das HSM-Fachorgan folgt der Expertengruppe und vertritt ebenfalls die Meinung, dass bei der Vergabe der Leistungszuteilungen in diesem Bereich andere Kriterien im Vordergrund stehen sollten und die Wirtschaftlichkeit beim Zuteilungsentscheid nur eine untergeordnete Rolle spielt.

## Evaluationsverfahren

Die Empfehlungen für die Zuteilung einer HSM-Leistungserbringung wurden nach dem folgenden Evaluationschema (**Abbildung 1**) erarbeitet:



**Abbildung 1.** Evaluationschema zur Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge für den Bereich «Behandlung von Schwerverletzten»

**Tabelle 6** gibt einen Überblick über den Erfüllungsgrad der Anforderungen pro Leistungserbringer.

**Tabelle 6.** Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft <sup>a)</sup>	Qualität <sup>b)</sup>	Mindestfallzahlen <sup>c)</sup>	Lehre, Weiterbildung und Forschung <sup>d)</sup>	Wirtschaftlichkeit geprüft <sup>e)</sup>
AG	KSA	ja	ja	ja	ja	ja
BS	USB	ja	ja	ja	ja	ja
BE	Insel	ja	ja	ja	ja	ja
GE	HUG	ja	ja	ja	ja	ja
GR	KSGR	ja	ja	ja	ja	ja
LU	LUKS	ja	ja	ja	ja	ja
SG	KSSG	ja	ja	ja	teilweise	ja
TI	EOC	ja	ja	ja	teilweise	ja
VD	CHUV	ja	ja	ja	ja	ja
VS	HdV	ja	ja	ja	teilweise	ja
ZH	USZ	ja	ja	ja	ja	ja
ZH	KSW	ja	ja	ja	teilweise	ja

<sup>a)</sup> Deklaration der Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung des Leistungsauftrages

<sup>b)</sup> Selbstdeklaration gemäss des Katalogs im [Anhang A1](#)

<sup>c)</sup> Prüfung basiert auf dem Auszug aus dem Schweizerischen Traumaregister; Anzahl behandelte schwerverletzte Patienten (Alter  $\geq 16$  und ISS  $\geq 20$  oder AIS-Head  $\geq 3$ ) im Zeitraum vom 1. 1. 2015 bis 31. 12. 2015

<sup>d)</sup> Evaluation basierend auf Angaben der Leistungserbringer im standardisierten Fragebogen zu Lehre, Weiterbildung und Forschung.

Die Anforderung betreffend Leistungen im Bereich Lehre, Weiterbildung und Forschung kann im Bereich Behandlung Schwerverletzter nicht absolut gestellt werden. Es soll jedoch regelmässig überprüft werden, ob alle Leistungserbringer im Rahmen des Möglichen dazu beitragen.

<sup>e)</sup> Methodisches Vorgehen der Wirtschaftlichkeitsprüfung im [Anhang A3](#)

Die Empfehlung für die Zuteilung der HSM-Leistungserbringung ergibt sich aufgrund des Erfüllungsgrades der Anforderungen (siehe **Tabelle 6**) sowie der Berücksichtigung weiterer Aspekte – insbesondere der sprachlichen und geographischen Regionen sowie der Sicherstellung des Zugangs der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist.

## Empfehlung für die Zuteilung der HSM-Leistungserbringung

Das HSM-Fachorgan erwägt nach Berücksichtigung aller relevanten Aspekte dem HSM-Beschlussorgan nachstehenden Vorschlag für die Zuteilung der HSM-Leistungserbringung zu machen:

### **Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden zwölf Zentren**

**Tabelle 7.** Empfehlung für die Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Bereich «Behandlung von Schwerverletzten»

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Kantonsspital Aarau	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt
Universitätsspital Basel	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt Aufgrund der geographischen Nähe zu Deutschland und Frankreich ist eine Erbringung der Leistungen auch für das grenznahe Ausland möglich.
Insel Gruppe AG, Standort Inselsspital, Universitätsspital Bern	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt
Hôpitaux universitaires de Genève	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt Aufgrund der geographischen Nähe zu Frankreich ist eine Erbringung der Leistungen auch für das grenznahe Ausland möglich.
Kantonsspital Graubünden	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt Aufgrund der geographischen Situation ist ein Traumazentrum in Graubünden notwendig, um den Zugang der Patienten innert nützlicher Frist sicherzustellen.
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt
Kantonsspital St. Gallen	auf sechs Jahre befristet	Stellt den Zugang der Patienten aus der Nordost-Schweiz innert nützlicher Frist sicher. Angaben zu Lehre und Weiterbildung nicht auswertbar
Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano	auf sechs Jahre befristet	Aufgrund der geographischen Situation ist ein Traumazentrum im Tessin notwendig, um den Zugang der Patienten aus der italienisch sprechenden Schweiz innert nützlicher Frist sicherzustellen. Aufgrund der geographischen Nähe zu Italien ist eine Erbringung der Leistungen auch für das grenznahe Ausland möglich. Lehre, Weiterbildung und Forschung teilweise erfüllt.
Centre hospitalier universitaire vaudois	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Hôpital du Valais, Standort Sion	auf sechs Jahre befristet	Aufgrund der geographischen Situation ist ein Traumazentrum im Wallis notwendig, um den Zugang der Patienten innert nützlicher Frist sicherzustellen.  Lehre, Weiterbildung und Forschung teilweise erfüllt
Universitätsspital Zürich	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt
Kantonsspital Winterthur	auf sechs Jahre befristet	Stellt den Zugang der Patienten aus der Grossregion Zürich sowie aus der Nordostschweiz innert nützlicher Frist sicher.  Lehre, Weiterbildung und Forschung teilweise erfüllt

**Begründung.** Das HSM-Fachorgan konstatiert erstens, dass sich die bisherige Zuteilung der Versorgung auf die zwölf HSM-Leistungserbringer sowohl aus qualitativer Sicht als auch unter Betrachtung der geographischen und sprachlichen Regionen bewährt hat und die Zugänglichkeit für die Patienten gewährleistet wurde. Dies wird auch von der Mehrheit der Anhörungsteilnehmer attestiert. Insbesondere erfüllen auch alle Zentren das Kriterium Minimalfallzahlen. Somit ist eine weitere Konzentration nicht angezeigt, auch vor dem Hintergrund, dass ein Minimum an Vorhaltekapazitäten im Hinblick auf mögliche Grossschadenereignisse oder Katastrophen erwünscht ist. Zudem liegen keine verlässlichen Daten vor, die belegen könnten, dass eine Beschränkung auf weniger Zentren bessere Qualität und/oder tiefere Kosten (bei gleichzeitiger Garantie der Versorgungsqualität) generieren würde.

Zweitens wird der heutige Bedarf durch die bisherigen zwölf HSM-Traumazentren genügend abgedeckt. In Zukunft ist höchstens mit einer geringen Zunahme der HSM-Fälle zu rechnen, sodass die bestehenden HSM-Zentren die zusätzlichen Fälle mit ihren freien resp. in nützlicher Frist zu schaffenden Kapazitäten auffangen können. Das HSM-Fachorgan empfiehlt, allen zwölf in **Tabelle 7** genannten Leistungserbringern einen HSM-Leistungsauftrag für sechs Jahre zu erteilen. Diese Dauer ist angemessen, weil die Zentren die Anforderungen in allen wesentlichen Punkten erfüllt haben und eine rasche Veränderung des Versorgungsbedarfs nicht zu erkennen ist. Die vorgeschlagenen Auflagen ermöglichen zum einen das Monitoring (Registerführung, Datenlieferungspflicht), und befördern zum andern den Bereich Lehre, Weiterbildung und Forschung, in dem bei einigen Leistungserbringern noch Verbesserungspotential besteht. Die Pflicht zur Zusammenarbeit und Netzwerkbildung gemäss [Anhang A1](#) soll zur Optimierung der Versorgung über die gesamte Transport- und Behandlungskette hinweg beitragen; die Traumazentren sollen ihren Part beim Aufbau eines Traumanetzwerks aktiv wahrnehmen.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Wie schon im Entscheid vom 21. Juni 2011 zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten festgehalten, erfolgt der Netzwerk-Ansatz idealerweise bottom-up. Die möglichen Netzwerkpartner unterstehen nicht der IVHSM.

## Schlussbemerkung

Das HSM-Fachorgan dankt allen Teilnehmenden der Anhörung. Sie tragen dazu bei, dass die Versorgung der Schwerverletzten in der Schweiz qualitativ hochstehend bleibt und kontinuierlich verbessert werden kann.

Der Entscheid einschliesslich der HSM-Spitalliste wird im Schweizerischen Bundesblatt veröffentlicht.

## Anhang

### A1 Anforderungen an die Leistungserbringer

#### Generelle Anforderungen an die Leistungserbringer

Die Evaluation der Leistungserbringer für die Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags richtet sich nach den Kriterien der IVHSM (Art. 4 Abs. 4) und der Verordnungsbestimmungen in der KVV (Art. 58b Abs. 4 und 5). Dabei sind die Anforderungen an die Qualität, die Verfügbarkeit des hochqualifizierten Personals und dessen Teambildung, die unterstützenden Disziplinen, das Weiterentwicklungspotenzial, der Bezug zur Forschung und Lehre sowie nationale und internationale Konkurrenzfähigkeit zu berücksichtigen.

Bei der Beurteilung und Auswahl des zu sichernden Angebotes erwägen die IVHSM-Organe nebst der Qualität der Leistungserbringung auch deren Wirtschaftlichkeit, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die IVHSM-Organe insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen sowie die Nutzung von Synergien.

Für die Betrachtung der generellen Anforderungen an die Leistungserbringer sei auf den Haupttext dieses Berichtes verwiesen.

#### Bereichsspezifische Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer:

##### Qualitätsanforderungen an ein Traumazentrum, das erwachsene schwerverletzte Patienten nach HSM behandelt

- Es gewährleistet die 24-stündige Aufnahme und Versorgung von Schwerverletzten und stellt die Einhaltung der nachfolgend unter Ziffer 2.1–2.4 beschriebenen Qualitätsanforderungen für die Behandlung sicher.
- Es nimmt am Schweizerischen Traumaregister teil.
- Es beteiligt sich aktiv an Forschungsprojekten und Multizentrenstudien mit Bezug zur Behandlung von Schwerverletzten sowie an anerkannten Programmen für Weiter- und Fortbildung, welche für die Behandlung von Schwerverletzten relevant sind.
- Die Leistungserbringer erstatten den IVHSM-Organen zuhanden des HSM-Projektsekretariats Bericht zu den folgenden beiden Aspekten:
  1. Die zeitnahe Offenlegung der allfälligen Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie bedeutenden Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (bspw. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzen des Klinikdirektors).
  2. Die jährliche, jeweils per Ende April einzureichende Offenlegung des im Rahmen des Schweizerischen Traumaregister erhobenen Minimaldatensatzes zur Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Anzahl der behandelten Patienten (Fallzahlen) wie auch der

Zuweisungen und Rückverlegungen. Die Traumazentren reichen die standardisierten, direkt vergleichbaren Daten beim HSM-Projektsekretariat koordiniert ein und bestimmen zu diesem Zweck eine verantwortliche Person.

### **Mindestfallzahlen**

- Mindestens 250 Patienten pro Jahr, bei denen eine initiale Schockraumbetreuung notwendig ist.
- Mindestens 40 schwerverletzte Patienten (nach Definition HSM) behandelt pro Jahr.
- Mindestens insgesamt 500 stationär behandelte Verletzungen pro Jahr.

### **Anforderungen an die Infrastruktur**

- Chirurgische oder interdisziplinäre Notfallstation.
- Vollamtlicher Leiter der Notfallstation.
- Etablierte Leitlinien Traumatologie.
- 24 Stunden pro Tag, 365 Tage pro Jahr sofort einsetzbares Trauma-Team.
- Schockraum mit mindestens zwei Patientenplätzen, die 24 Stunden an 365 Tagen pro Jahr betreibbar sind.
- Operationssaal unmittelbar verfügbar während 24 Stunden pro Tag.
- Von der SGI anerkannte IPS.
- Helikopterlandeplatz, auf dem Flugbewegungen während 24 Stunden zugelassen sind.
- Neurochirurgie im Hause.
- Angio-Sonographie und Computertomographie während 24 Stunden und innert 30 Minuten durchführbar.
- Fachpersonen für medizinisch-technische Radiologie (MTRA) im Haus, 24 Stunden pro Tag verfügbar.
- Labor 24 Stunden pro Tag funktionell für alle Parameter, die für die Versorgung schwerverletzter Patienten routinemässig angewandt werden.
- Blutbank/Blutspendezentrum mit Massivtransfusionskapazität 24 Stunden pro Tag verfügbar.

### **Personelle Anforderungen**

a) Notwendige Abteilungen und Spezialarzdienst im Hause.

- Anästhesie im Haus
- Chirurgie (Unfall- und/oder Allgemein-Chirurgie) im Haus
- Neurochirurgie im Haus
- Traumatologie/Orthopädie im Haus
- Notfallmedizin im Haus
- Intensivmedizin im Haus

b) Klinische Verfügbarkeit

- Facharzt Chirurgie oder Orthopädie mit Polytraumaerfahrung 24 Stunden pro Tag anwesend.
- Facharzt Anästhesiologie 24 Stunden pro Tag anwesend.
- Dienstplan für Pikettdienst in den obigen Disziplinen.
- Pflegekräfte mit Notfallmedizin-Ausbildung 24 Stunden pro Tag auf der Station präsent.



c) Weitere personelle Anforderungen

Ärzte mit Weiterbildung FMH und/oder mit speziellen Kompetenzen in den folgenden Disziplinen sind während 24 Stunden auf Dienstplan und innert 30 Minuten vor Ort verfügbar:

- Traumatologie/Orthopädie
- Viszeralchirurgie/Allgemeinchirurgie
- Gefässchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Neurochirurgie
- Radiologie, interventionelle Radiologie
- Wirbelsäulenchirurgie
- Handchirurgie
- Kieferchirurgie/HNO
- Plastische Chirurgie
- Ophthalmologie
- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Urologie

**Anforderung an die Prozess- und Ergebnisqualität**

- Teilnahme am Schweizerischen Traumaregister und anteilmässige Beteiligung an den Betriebskosten des Schweizerischen Traumaregisters.
- Regelmässige Audits der im Schweizerischen Traumaregister erhobenen Daten zwecks Qualitätssicherung und die Übernahme der daraus entstehenden Kosten.

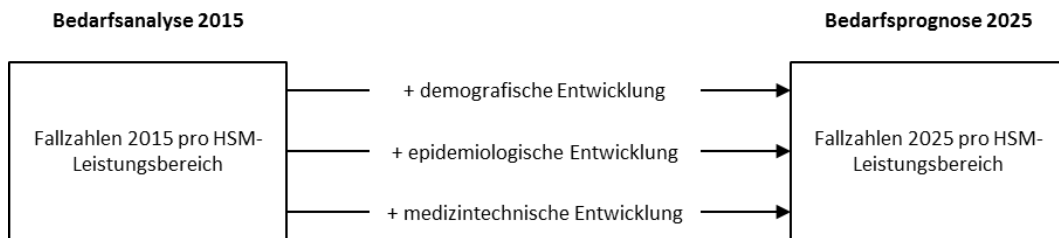
**Zusammenarbeit**

- Garantie der fachlichen Zusammenarbeit in einem Netzwerk mit den Leistungserbringern in ihren Versorgungsregionen nach gemeinsamen (gesamtschweizerischen) minimalen Standards.
- Geregelte externe Vernetzung mit anderen Leistungserbringern inkl. der Zuweisungs- sowie Rückverlegungskriterien.

## A2 Methodik der Bedarfsanalyse

Das hier verwendete Prognosemodell lehnt sich am Modell der Zürcher Spitalplanung 2012 an, welches seither auch in vielen anderen Kantonen zur Anwendung kommt. Für die Bedarfsprognose steht im «Zürcher Modell» die Hospitalisationsrate im Zentrum. Anhand der Entwicklungen einzelner wichtiger Einflussfaktoren wird die Veränderung der Hospitalisationsrate geschätzt. Der Prognosehorizont wurde auf zehn Jahre festgelegt, so dass sich die Prognose gegenwärtig auf das Jahr 2025 bezieht.

Die Patientenzahlen im Jahr 2025 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2025 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Einwohnerzahl kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. Die Hospitalisationsrate wird dagegen neben der demographischen Entwicklung der zunehmenden Alterung der Schweizer Bevölkerung primär durch die epidemiologische und medizintechnische Entwicklung beeinflusst.



Die Prognose der Fallzahlen 2025 durch die GD ZH erfolgt in den folgenden drei Hauptschritten:

1. Die aktuelle Hospitalisationsrate<sup>13</sup> der Schweizer Wohnbevölkerung im HSM-Bereich «Behandlung von Schwerverletzten» wird aus aggregierten Zahlen aus dem Schweizerischen Traumaregister 2015 und der Bevölkerungsstatistik des Jahres 2013 (Stichtag 31.12.2013) berechnet.
2. Basierend auf der Hospitalisationsrate des Jahres 2015 wird die Hospitalisationsrate 2025 unter Berücksichtigung der erwarteten epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung prognostiziert. Weil dazu grösstenteils keine wissenschaftlich abgestützten Informationen im benötigten Umfang existieren, stützt sich die Einschätzung dieser Einflussfaktoren auf Expertenmeinungen ab.
3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2025 wird die Hospitalisationsrate 2025 (wie sie im 2. Schritt berechnet wurde) mit der erwarteten Wohnbevölkerung multipliziert. Die Prognose der demographischen Entwicklung stützt sich auf die Publikation «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045»<sup>14</sup>. Für das Bedarfsprognosemodell wird das als «Referenzszenario» ausgewiesene mittlere Szenario verwendet.

<sup>13</sup> Aufgrund von fehlenden Individualdaten konnten keine alterskorrigierten Hospitalisationsraten berechnet werden.

<sup>14</sup> <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/intro.html>

### **A3 Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Expertengruppe HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung, zusammengesetzt aus Vertretern der kantonalen Gesundheitsdirektionen (AG, BE, GE, TI, VD, ZH), wurde vom HSM-Beschlussorgan beauftragt, die bewerbenden Spitäler einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen. Das BVGer verweist in seinem Urteil C-6539/2011 vom 26. November 2013 auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie in der kantonalen Spitalplanung durchzuführen ist (vgl. Urteil C-5647/2011 des BVGer vom 16. Juli 2013).

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgte auf Stufe Gesamtpital durch Analyse der fallmixbereinigten, mittleren Fallkosten, der sogenannten Basiswerte. Die relevanten Informationen stammen aus den Kostenausweisen ITAR\_K der bewerbenden Spitäler des Jahres 2014, Blatt Gesamtsicht, Spalte K (Total KVG akut stationär, rein stat. KVG Fälle akut + stat. KVG ZV akut). Die Basiswerte der Spitäler wurden mit der Bezugsgrösse «intra sample» verglichen, d. h. innerhalb der repräsentativen Teilmenge bestehend aus den bewerbenden Spitälern, wobei die Spitalkategorien (Universitätsspital und Nicht-Universitätsspital) berücksichtigt wurden. Die Bezugsgrösse «intra sample» bezieht sich auf den Median der Benchmarking-relevanten Basiswerte der bewerbenden Spitäler; differenziert nach Spitalkategorie; inkl. ANK nach VKL<sup>11</sup> sowie exkl. universitäre Lehre und Forschung.

## **A4 Liste der Anhörungsadressaten**

### **1. Kantone**

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

### **2. Spitäler**

An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:

#### **AG**

- Kantonsspital Aarau

#### **BE**

- Inselgruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern

#### **BS**

- Universitätsspital Basel

#### **GE**

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

**GR**

- Kantonsspital Graubünden (Chur)

**LU**

- Luzerner Kantonsspital

**SG**

- Kantonsspital St. Gallen

**TI**

- Ente Ospedaliera Cantonale

**VD**

- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

**VS**

- Spital Wallis (Hôpital du Valais)

**ZH**

- Universitätsspital Zürich
- Kantonsspital Winterthur

**3. Versicherer**

- Santésuisse
- SUVA
- Curafutura
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT)
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

**4. Dekanate der medizinischen Fakultäten**

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

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

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

- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (reha)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR)

- Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)
- Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie (SGT)
- Schweizerische Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie (SGHC)
- Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie (SGG)
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation (SGAR)
- Schweizerische Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG)
- Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie (SGN)
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SGU)
- Schweizerische Gesellschaft für ORL, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL)
- Schweizerische Gesellschaft für plastische-und ästhetische Chirurgie(SGPRAC)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinchirurgie und Traumatologie (SGACT)
- Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SGOT)
- Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin (SGTV)
- Interverband für Rettungswesen (IVR)
- Schweizerische Rettungsflugwacht (REGA)
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Hplus Die Spitäler der Schweiz
- Privatkliniken Schweiz

## **6. Weitere**

- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)