



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Hochspezialisierte Medizin

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch

www.gdk-cds.ch

Reevaluation

Vernehmlassung zur Zuordnung der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM

Resultate der Vernehmlassung vom 5. Juli 2022

ERGEBNISBERICHT

Bern, 9. März 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage.....	3
2.	Resultate der Vernehmlassung.....	4
2.1	Befürwortung der Zuordnung des Bereichs der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM	4
2.2	Eingereichte Stellungnahmen	5
2.2.1	Kantone.....	5
	Kanton Basel-Stadt	5
	Kanton Glarus	5
	Kanton Graubünden.....	6
	Kanton Luzern.....	6
	Kanton Neuenburg.....	7
	Kanton Nidwalden	7
	Kanton Schaffhausen.....	8
	Kanton Schwyz	8
	Kanton Tessin	8
	Kanton Zürich.....	8
2.2.2	Spitäler.....	9
	Kantonsspital Aarau AG.....	9
	Insel Gruppe AG	10
	Universitätsspital Basel.....	10
	Stiftung Kantonsspital Graubünden	10
	Luzerner Kantonsspital	11
	Kantonsspital St. Gallen.....	12
	Spital Schwyz.....	12
	Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)	13
	Universitätsspital Zürich.....	14
2.2.3	Versicherer	14
	santésuisse	14
	Suva	15
2.2.4	Dekanate der medizinischen Fakultäten	15
	Medizinische Fakultät der Universität Zürich	15
2.2.5	Fachgesellschaften	15
	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC / La Société suisse de chirurgie SSC	15
2.2.6	Weitere.....	16
	Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) / Association Médecine Universitaire Suisse.....	16
A1	Liste der Anhörungsadressaten.....	17

1. Ausgangslage

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG¹). Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² wurde der Bereich der Behandlung von Schwerverletzten im Jahr 2011 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen vergeben.³ Der Entscheid vom Jahr 2011 wurde im Zuge einer ersten Reevaluation einer Neubeurteilung unterzogen, 2015 wieder der hochspezialisierten Medizin zugeordnet und 2017 Leistungsaufträge erneut an die zwölf Zentren vergeben.⁴ Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spitalliste in diesem HSM-Bereich – sind bis zum 31. Mai 2023 befristet und werden im Rahmen einer zweiten Reevaluation erneut überprüft. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet.

Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob der Bereich der Behandlung von Schwerverletzten die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM weiterhin erfüllt (Art. 1 und Art. 4. Abs. 4). Zu diesem Zweck prüfte das HSM-Fachorgan die Definition des HSM-Bereichs «Behandlung von Schwerverletzten» von 2015 auf die Notwendigkeit allfälliger Anpassungen. Die aktualisierte Definition des HSM-Bereichs wird im erläuternden Bericht für die Zuordnung dargelegt.⁵

Der Zuordnungsbericht wurde einem breiten Adressatenkreis (vgl. Anhang A1) zur Stellungnahme unterbreitet. Zur Vernehmlassung wurden alle Kantone, betroffenen Leistungserbringer, Dekanate der medizinischen Fakultäten, Versicherer bzw. Versichererverbände sowie interessierte Fachgesellschaften und andere Institutionen und Organisationen eingeladen. Darüber hinaus wurde die Vernehmlassung im Bundesblatt vom 5. Juli 2022 angekündigt. Die betroffenen Parteien konnten bis zum 7. Oktober 2022 zur erfolgten Auswahl und Definition des HSM-Bereichs Stellung nehmen. Der Inhalt der eingegangenen Stellungnahmen ist im vorliegenden Ergebnisbericht systematisch zusammengestellt und auf der Webseite der GDK öffentlich zugänglich (www.gdk-cds.ch).

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

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

³ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Behandlung von Schwerverletzten wurden im Bundesblatt publiziert (BBI 2011 4699) und sind auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medi-zin/spitalliste>).

⁴ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Behandlung von Schwerverletzten wurden im Bundesblatt publiziert (BBI 2017 2527) und sind auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medi-zin/spitalliste>).

⁵ Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen, Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin vom 25. Mai 2022.

2. Resultate der Vernehmlassung

Insgesamt sind beim HSM-Projektsekretariat 43 Stellungnahmen eingetroffen. Die Resultate sind im Kapitel 2.1 zusammengefasst. Die ausführlichen Stellungnahmen sind im Kapitel 2.2 aufgeführt.

2.1 Befürwortung der Zuordnung des Bereichs der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM

Tabelle 1 fasst die Antworten der Stellungnehmenden bezüglich der Zuordnung des Bereichs der Behandlung von Schwerverletzten zur HSM zusammen. 38 stimmen der Zuordnung zu und fünf enthalten sich. Die Anzahl der Institutionen und Organisationen, welche sich nicht vernehmen liessen, sind in der untenstehenden Tabelle nicht ersichtlich.

Tabelle 1: Befürwortung der Zuordnung des HSM-Bereichs der Behandlung von Schwerverletzten

	Zustimmung		Ablehnung		Enthaltung	
	Stellungnehmende	n	Stellungnehmende	n	Stellungnehmende	n
Kantone	AG; AR; BL; BS; GL; GR; JU; LU; NE; NW; SG; SH; SZ; TI; UR; VS; ZG; ZH	18	(-)	0	OW	1
Spitäler	KSA; Insel; USB; Regionalspital Surselva; KSGR; LUKS; RHNe; KSSG; Spital Schwyz; EOC; CHUV; HVS; Stadtspital Zürich; USZ; Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais	15	(-)	0	KSGL; St. Claraspital AG; Hirslanden Zürich;	3
Versicherer	santésuisse; Suva	2	(-)	0	curafutura	1
Dekanate der medizinischen Fakultäten	Medizinische Fakultät der Universität Zürich	1	(-)	0	(-)	0
Fachgesellschaften	SGC-SSC	1	(-)	0	(-)	0
Weitere	unimedsuisse	1	(-)	0	(-)	0
Total		38		0		5

2.2 Eingereichte Stellungnahmen

Die Vernehmlassungsteilnehmenden hatten die Möglichkeit, zu spezifischen Fragen Stellung zu nehmen. Aufgeführt sind die Freitexteingaben in den Fragebogen und Stellungnahmen, die in einem anderen Format eingereicht wurden, pro Vernehmlassungsteilnehmer und beantworteter Frage. Stellungnehmende, die keine Texteingabe gemacht haben, sind nicht aufgeführt (siehe deren Zustimmung, Ablehnung oder Enthaltung in Tabelle 1, Kapitel 2.1). Ebenfalls nicht aufgeführt sind die Fragen, die nicht beantwortet wurden.

2.2.1 Kantone

Kanton Basel-Stadt

Frage 1: «Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»

Die Fortführung der "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" in die Liste der HSM-Bereiche ist zwingend notwendig und wird vom Kanton Basel-Stadt ausdrücklich begrüsst. Wir erachten es dennoch als unerlässlich, den erläuternden Bericht "Reevaluation – Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" vom 25. Mai 2022 in einigen Punkten anzupassen (siehe Anmerkungen unter Ziffer 2).

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Der erläuternde Bericht gibt einen Einblick in die Erfüllung der aufgestellten Kriterien für den HSM-Bereich "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen". Dennoch sind die vom HSM-Fachorgan bereitgestellten Unterlagen für eine Zuordnung des medizinischen Fachbereichs zu wenig aussagekräftig. Unerlässlich für die Beurteilung ist eine Analyse des Versorgungsbedarfs (u.a. aktuelle Versorgungslage, Patientenströme) und eine Bedarfsprognose (u.a. Demografie), wie es bei der Leistungszuteilung üblich ist. Zudem geht aus dem Bericht nicht hervor, wie gut die Leistungserbringer die gestellten Anforderungen erfüllt haben und ob die Konzentration der Behandlung auf wenige Standorte ihr Ziel und den Nutzen erreicht hat. Hier wird lediglich auf internationale Studien hingewiesen, welche aber keine Rückschlüsse über die Konzentration in der Schweiz zulassen. Eine Auswertung des Traumaregisters wäre zwingend notwendig.

Unter Ziffer 5.1 "Innovationspotenzial" wird aufgeführt, dass "zahlreiche Länder – unter anderem die USA, Deutschland, die Niederlande, z.T. Belgien und Österreich – [...] die Behandlung von Schwerverletzten in Trauma-Netzwerken organisiert [haben] und [...] über entsprechend ausgerüstete und etablierte Traumazentren [verfügen] mit dem Ziel, die Qualität der klinischen Versorgung zu verbessern. In der Schweiz besteht in dieser Hinsicht weiterhin ein Verbesserungspotential". Welche konkreten Massnahmen wurden und werden vom HSM-Fachorgan ergriffen, um eine Verbesserung zu erreichen?

Leider ist es nicht gelungen, die für den medizinischen Bereich gestellte Diagnose und den Schweregrad aus dem AIS/ISS-System in den ICD/CHOP-Code zu übersetzen. Gerade bei den HSM-Verfahren ist die Anlehnung an bestehende administrative und qualitätsgesicherte Definitionen und Klassifizierungssysteme wichtig. Mit der Fortführung der fachlich-medizinischen Beschreibung, basierend auf AIS und ISS, wird weiterhin das Leistungswahrnehmungs-Controlling verunmöglicht.

Kanton Glarus

Frage 1: «Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»

Soweit die Zuständigkeit der Kantone in diesem Gebiet nun als gefestigt angeschaut wird (die Behandlungen fallen ins KVG und nicht UVG), ist aus medizinischer Sicht eine Zuordnung nachvollziehbar. Schwierigkeiten liegen bei der Definition der Triagekriterien von schwerverletzten Erwachsenen.

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Vollkommen korrekt werden AIS und ISS zur Beurteilung herangezogen. Es muss aber bedacht werden, dass diese Werte erst nach primärer Diagnostik annähernd bekannt sind. Zur Primärbeurteilung von betroffenen Personen muss daher zwingend der Schädigungsmechanismus herangezogen werden, damit die Verunfallten einer geeigneten Institution zugeführt werden. Es wird daher darum gebeten, den Unfallmechanismus ebenso zur fachspezifischen Umschreibung heran zu ziehen wie AIS und ISS.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Gemäss den Ausführungen unter 2 ist es trotz der Konzentration auf Zentren wichtig auch in der Peripherie Kenntnisse über Schwerverletztenversorgung zu haben. Es muss dafür gesorgt werden, dass alle Dienstärztinnen und Dienstärzte in ATLS® geschult sind. Es ist wichtig, die Versorgungsstufen lokal, regional und überregional mit klaren Qualitätskriterien und Schnittstellen überall nach einheitlichem Verständnis klar geregelt zu haben. Das Bedarf einer vereinheitlichte Weiterbildung in diesem Bereich.

Kanton Graubünden

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Es erscheint fraglich, ob die Festlegung eines Mindestalters auf das vollendete 18. Lebensjahr sinnvoll ist. Patientinnen und Patienten der Altersgruppen 16 - 18 Jahre sind aus anatomischen, pathophysiologischen und nicht zuletzt aus gesellschaftlichen Gründen dem HSM Bereich "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" zuzuordnen. Die körperliche Entwicklung dieser Altersgruppen ist grossmehrheitlich abgeschlossen bzw. weit fortgeschritten. Das heisst die besagten Personen weisen nicht nur die Körpergrösse und das Körpergewicht eines Erwachsenen auf, sondern weisen auch die Vitalparameter eines Erwachsenen auf. Entsprechend entspricht ihr pathophysiologisches Verhalten analog der Gruppe von Erwachsenen. Medikamentöse Therapien kommen nicht mehr pro Kilogramm Körpergewicht zur Anwendung, sondern es werden ebenfalls Dosierungen von Erwachsenen verwendet. Auch in der Schockraumphase müssen aufgrund des pathophysiologischen Verhaltens sowie der vorherrschenden Unfallmechanismen die Algorithmen der Erwachsenen angewendet werden. Hinzu kommt, dass im Gegensatz zu den Altersgruppen der 12 - 16-Jährigen in den Altersgruppen der 16 - 18-Jährigen Hochenergetraumatas überwiegen, was einerseits auf das veränderte Verhalten dieser Altersgruppen zurückzuführen ist (bspw. Risikobereitschaft bei Freizeitaktivitäten etc.) und andererseits auf gesellschaftspolitische Entscheide, wie die Möglichkeit bereits ab 16 Jahren ein Motorrad mit 125 ccm bzw. ab 17 Jahren mit Lernfahrausweis einen Personenwagen zu führen. Eine Zunahme von Hochenergie-Verkehrsunfällen wurde in diesem Zusammenhang beobachtet. Infrastrukturell verfügen die Kinderschockräume oftmals nicht über die Standard-Infrastruktur und Ausrüstung eines Erwachsenenschockraums, wie beispielsweise Computertomographen direkt im Schockraum. Die operativen Versorgungsprinzipien schwerverletzter Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe 16-18 Jahre entsprechen heute grossmehrheitlich denjenigen von Erwachsenen und nicht von Kindern, weshalb die Versorgung durch hochqualifizierte Chirurinnen und Chirurgen der Erwachsenen Traumatologie und Viszeral-/Thorax- und Gefässchirurgie erfolgen sollte.

Kanton Luzern

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Wir regen an, eine Qualitätsbewertung (auch) auf Basis der für die Leistungszuteilung relevanten Patientinnen und Patienten zu prüfen, wie das vom LUKS vorgeschlagen wird.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Wir begrüssen regelmässige und standardisierte Audits wie vom LUKS vorgeschlagen und auch eine Zertifizierung nach deutschem Vorbild scheint uns prüfenswert.

Eine Verpflichtung zur Bildung von Netzwerken und die Mitgliedschaft in Netzwerken könnte zur Verbesserung der Zusammenarbeit beitragen.

Kanton Neuenburg

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Il n'apparaît pas clairement dans la consultation si une éventuelle « redéfinition » des tâches et responsabilités entre les acteurs/prestataires (notamment les ambulanciers et hôpitaux) pouvait survenir en lien avec le rattachement de la prise en charge des blessés graves à la MHS. Nous avons bien compris que les mêmes critères de gravité (ISIS, ASIS) continueront d'être appliqués comme précédemment; cependant, nous pouvons imaginer que des adaptations administratives puissent interférer sur des processus décisionnels pris en urgence lors de la prise en charge des blessés graves.

Kanton Nidwalden

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die Voraussetzung für eine Leistungszuteilung HSM Polytrauma ist, dass mindestens 40 schwerverletzte Patientinnen und Patienten mit ISS ≥ 20 und AIS-Head ≥ 3 pro Jahr behandelt werden. Die Qualität dieser Behandlung wird anhand des sog. Minimal Data Sets bewertet. Dabei werden als Datenbasis z.B. "All STR patients" (ISS ≥ 16 or AIS-head ≥ 3 und age ≥ 18) oder die sog. Benchmark-Gruppe (ISS ≥ 16 , with no TBI) in verschiedenen Ausprägungen (z.B. bezüglich ICU) verwendet. Eine Bewertung auf Basis der Fälle von Patientinnen und Patienten mit ISS ≥ 20 or AIS-Head ≥ 3 - also der für die Leistungszuteilung relevanten Patientinnen und Patienten - wird nicht durchgeführt, wäre aber aus unserer Sicht sinnvoll.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität

Um sicherzustellen, dass Spitäler den IVHSM-Anforderungen genügen, sind regelmässige Audits (vor Ort) durch eine damit beauftragte unabhängige Organisation gemäss einem standardisierten Verfahren und einheitlichen Qualitätskriterien erforderlich. Dadurch können Leistungsmerkmale inkl. der Datenqualität gründlicher geprüft werden, wie bereits einzelne Anhörungsteilnehmende der vorgehenden Reevaluation gefordert hatten. Die Auditresultate der HSM-Spitäler wären ausserdem miteinander vergleichbar.

Die Möglichkeit einer schweizweiten Zertifizierung von Traumazentren ist sehr wünschenswert. Das Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) beweist, dass das Luzerner Kantonsspital (Luzern) die Anforderungen der DGU (und damit auch die der IVHSM) an ein überregionales (HSM-) Traumazentrum erfüllt. Leider hat es für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten in der Schweiz keine Bedeutung. Ausserdem berücksichtigt die DGU bzw. das von ihr beauftragte Zertifizierungsunternehmen CertiQ die Schweiz-spezifischen rechtlichen Vorgaben, Organisationen und Begriffe nicht.

Zusammenarbeit

Möglicherweise liegt eine der Ursachen darin, warum in der Schweiz im Hinblick auf die Bildung von Traumanetzwerken auch nach mehr als 10 Jahren immer noch Verbesserungsbedarf besteht, dass die Pflicht zur Netzwerkbildung nicht als Auflage formuliert wurde. Die Mitgliedschaft in einem Traumanetzwerk sollte im Zuge der HSM-Berichterstattung überprüft werden. Des Weiteren wäre es hilfreich, die Anforderungen an ein Traumanetzwerk zu definieren, also z.B. was ein funktionierendes Netzwerk auszeichnet, welche Anforderungen an seine Mitglieder gestellt werden (z.B. Zertifizierung als Traumazentrum, siehe oben) und dass die Kooperation der Mitglieder in einer vertraglichen Vereinbarung verbindlich geregelt wird.

Das LUKS hat mit dem im Jahr 2016 unter seiner Federführung gegründeten und gemäss DGU-Anforderungen zertifizierten TraumaNetzwerk Zentralschweiz sehr positive Erfahrungen gemacht. Eine Vereinbarung regelt die Zu- und Weiterverlegung von schwerverletzten Patientinnen und Patienten zwischen den Mitgliedern des Netzwerks. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Traumazentrum und dem Rettungsdienst gewährleistet eine rasche, koordinierte Versorgung der Schwerverletzten sowie eine adäquate Rehabilitation.

Die Pflege und Weiterentwicklung des TraumaNetzwerks Zentralschweiz hat gezeigt, dass Netzwerke nicht nur auf einer Kooperation bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Polytrauma oder komplexen Monotraumata (Erstversorgung, Intensivstation, stationäre Rehabilitation) beruhen sollte, sondern auch beispielsweise bei der Aus- und Weiterbildung, der Forschung oder der ambulanten Nachsorge. Jedes der involvierten Traumazentren sollte seine Leistungen (Stärken) einbringen können und dadurch direkt oder indirekt zu einer optimalen Versorgung schwerverletzter Patientinnen und Patienten beitragen.

Auch für TraumaNetzwerke ist eine schweizweite Zertifizierung zu begrüssen (siehe oben).

Konzentration durch Fachkräftemangel

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass aufgrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels absehbar ist, dass sich die Versorgung rund um Patientinnen und Patienten mit Polytrauma in Zukunft von alleine konzentrieren wird. Vielen Organisationen wird das Personal für die erforderlichen Dienste ausgehen.

Kanton Schaffhausen

Mail

Besten Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Zuordnung HSM Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen.

Im Auftrag des Departements des Innern teile ich Ihnen mit, dass wir der Zuordnung ohne weitere Bemerkungen zustimmen.

Kanton Schwyz

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Keine. Mit der Umschreibung einverstanden.

Kanton Tessin

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Définition partagée, inchangée dans le temps, qui a fait ses preuves depuis 2011. Ne changez rien.

Kanton Zürich

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Die Operationalisierung erfolgt durch die Severity Scores, was aus unserer Sicht geeignet ist. Leider sind diese nicht Bestandteil der Medizinischen Statistik BFS, sondern werden Daten nur von den Trauma-Centers im Trauma-Register erhoben. Behandelt ein Spital einen Schwerverletzten ohne HSM-Leistungsauftrag, ist es nicht möglich, dies zu kontrollieren, weil die Severity Scores im Grouper nicht

operationalisiert sind. Aus diesem Grund ist die Medizinische Statistik mit dem Severity Score zu ergänzen. Wir empfehlen, hierfür einen entsprechenden Antrag an das BFS zu stellen.

2.2.2 Spitäler

Kantonsspital Aarau AG

Frage 1: «Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»

Wir befürworten die Zuordnung des HSM-Bereichs „Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen“ zur hochspezialisierten Medizin. Die Behandlung polytraumatisierter Patienten erfordert eine lückenlose Vorhaltung der Schockraum-, Operations- und Intensivmedizin-Kapazitäten. Nicht zuletzt aufgrund der Unplanbarkeit der Ereignisse ist dies mit hohen strukturellen, apparativen und personellen Anforderungen verbunden. Diese strukturell-apparativen Voraussetzungen müssen, gemeinsam mit einem hohen Personalbedarf, rund um die Uhr – 24h/365 Tage – vorgehalten werden, um den geforderten Qualitätsmerkmalen gerecht zu werden und eine optimale Behandlung des schwerverletzten Patienten zu gewährleisten. Die erforderliche hohe innerklinische Interdisziplinarität kann des Weiteren nur durch eine strukturierte Aus- und Weiterbildung in den entsprechenden Traumazentren erreicht werden. Um eine weitere Verbesserung und insbesondere auch Vereinheitlichung der Polytraumaversorgung, einschliesslich Standardisierung der strukturellen und personellen Voraussetzungen, zu gewährleisten, ist entsprechend eine Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin unserer Meinung nach unumgänglich.

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die Definition des Polytraumas ist in den letzten Jahren in klinischen Studien überprüft und insbesondere um physiologische Parameter erweitert worden. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass eine alleinige ISS-basierte Definition nicht ausreicht. In der Arbeit von Paffrath et al. sowie Pape et al. sind entsprechende physiologische Variablen evaluiert und Grenzwerte vorgeschlagen worden: Alter (>70), Hypotension (RRsyst <90mmHg), Bewusstlosigkeit (GCS am Unfallort ≤8), Azidose (BE ≤-6), Koagulopathie (PTT ≥40, INR ≥1,4). Als Polytrauma wird in diesen Arbeiten ein Patient mit relevanten Verletzungen in mindestens 2 Körperregionen mit einem AIS ≥3 und zusätzlich mindestens ein pathologischer Wert bei einem physiologischen Parameter definiert. Diese Definition ist auch im Traumaregister der DGU übernommen worden und wird entsprechend bei der Datenauswertung angewendet. Als lebensgefährliche Verletzung (schwere Verletzung) wird eine Verletzungsschwere von ISS ≥16 Punkten kombiniert mit physiologischen Traumafolgen angesehen.

Die Beschreibung des HSM Bereichs „Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen“ basiert aktuell einzig auf dem AIS/ISS Score. So wird zum Beispiel ein Polytrauma angenommen, wenn „mehrere Verletzungen vorliegen und/oder der Injury Severity Score (ISS) >15 Punkte beträgt“. „Bereits eine einzelne dieser Verletzungen – oder die Kombination mehrerer – kann für den Betroffenen lebensbedrohlich sein.“ Diese Beschreibungen erscheinen, insbesondere in Anbetracht der aktuellen Entwicklung der Definitionen des Polytraumas, als nicht ausreichend. Zudem sind Patienten mit mehreren Verletzungen noch nicht per se als Polytrauma-Patienten zu bezeichnen. Die Lebensbedrohlichkeit der Verletzungen (einzeln oder in Kombination) ist ein Kriterium des Polytraumas / der schweren (lebensbedrohlichen) Verletzung. Die folgende Aussage in der HSM Beschreibung sollte also zumindest entsprechend korrigiert bzw. angepasst werden: „Bereits eine einzelne dieser Verletzungen – oder die Kombination mehrerer – kann für den Betroffenen lebensbedrohlich sein.“

Literatur:

Paffrath T, Lefering R, Flohé S. TraumaRegister DGU. How to define severely injured patients? – An Injury Severity Score (ISS) based approach alone is not sufficient. Injury Supplement 2014; Injury 2014; 45 Suppl 3: S64- S69.

Pape HC, Lefering R, Butcher N, Peitzman A, Leenen L, Marzi I, Lichte P, Josten C, Bouillon B, Schmucker U, Stahel PF, Giannoudis P, Balogh ZJ. The definition of polytrauma revisited: An international consensus process and proposal of the new 'Berlin definition'. J Trauma Acute Care Surg 2014; 77: 780-786.

Insel Gruppe AG

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Ein zusätzliches Kriterium mit Einführung einer maximalen Zeitdauer zwischen dem Unfall und der Vorstellung am Spital (z.B. innert 24h) wäre wünschenswert. In der akuten HSM-Umschreibung würde ein 1.5cm grosses, chronisches Subduralhämatom 2 Monate nach Stolpersturz der HSM zugeordnet. Dies wird kaum zielführend sein.

Die Einführung des oben erwähnten zusätzlichen Kriteriums (maximale Zeitdauer zwischen Unfall und Spitaleintritt) wäre auch für das Swiss Trauma Registry (STR) wünschenswert.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Hinsichtlich der definierten Altersgrenze (vollendetes 18. Lebensjahr) würde analog dem Swiss Trauma Registry und den amerikanischen Trauma-Datenbanken (NTDB, TQIP) eine Altersuntergrenze von 16 Jahren für die Erwachsenen favorisiert.

Universitätsspital Basel

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Im Gegensatz zu anderen Bereichen der HSM, welche unter dem Aspekt der Seltenheit von Krankheitsbildern eine Reduktion der Anbieter in Bezug auf die Behandlung sinnvoll erscheinen lassen, muss für die Schwerverletztenversorgung der Aspekt der Unplanbarkeit berücksichtigt werden. Eine weitere Konsolidierung der momentan 12 Polytraumazentren könnte die Versorgung im Krisenfall gefährden.

Stiftung Kantonsspital Graubünden

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die Festlegung des Mindest-Alters auf "vollendetes 18. Lebensjahr" (im vgl. zur aktuell gültigen Definition, wo keine Altersgrenze definiert ist) scheint uns nicht ideal. Wir haben die Festlegung dieses "Grenzalters" schon bei der letztmaligen Definition des HSM-Bereiches "Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie" mit Verwunderung zur Kenntnis genommen und kommentiert.

Die Patient:innen der Altersgruppen 16-18 jährig sind aus anatomischen, pathophysiologischen und nicht zuletzt gesellschaftlichen Gründen dem HSM Bereich "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" zuzuordnen. Die körperliche Entwicklung dieser Altersgruppe ist grossmehrheitlich abgeschlossen respektive weit fortgeschritten. Das heisst diese Patient:innen weisen nicht nur die Körpergrösse und das Körpergewicht eines Erwachsenen auf, sondern zeigen auch die Vitalparameter eines Erwachsenen. Entsprechend ist auch ihr pathophysiologisches Verhalten analog der Gruppe der Erwachsenen. Medikamentöse Therapien kommen nicht mehr pro Kilogramm Körpergewicht zur Anwendung sondern es werden die Dosierungen der Erwachsenen verwendet. In der Schockraumphase müssen aufgrund des pathophysiologischen Verhaltens sowie der vorherrschenden Unfallmechanismen die Algorithmen der Erwachsenen angewendet werden. Im Gegensatz zur Gruppe der 12-16 jährigen überwiegen in der Altersgruppe 16-18 jährig Hochenergietraumatas. Dies ist einerseits auf das veränderte Verhalten in der

Altersgruppe 16-18 jährig zurückzuführen (z.B Risikobereitschaft bei Freizeitaktivitäten wie Downhill Biking), andererseits auf gesellschaftlich-politische Entscheide. So ist ab 16 Jahren das Führen eines Motorrades mit 125 ccm seit einigen Jahren erlaubt und der Lernfahrausweis für PKW kann bereits mit 17 Jahren erworben werden. Eine entsprechende Zunahme von Hochenergie-Verkehrsunfällen dürfte beobachtet werden. Infrastrukturell verfügen nicht alle Schockräume der Kinderkliniken über die erforderliche Ausrüstung für ausgewachsene Personen. Zudem verfügen die Kinderschockräume oftmals nicht über die Standard-Infrastruktur eines Erwachsenenschockraums wie etwa einen Computertomographen direkt im Schockraum. Die operativen Versorgungsprinzipien schwerverletzter Patient:innen in der Altersgruppe 16-18 entsprechen heute grossmehrheitlich jener der Erwachsenen und nicht jener von Kindern. Folglich sollte die Versorgung durch hochqualifizierte Chirurg:innen der Erwachsenen-Traumatologie aber auch Viszeral-/ Thorax- und Gefässchirurgie erfolgen.

Luzerner Kantonsspital

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die Voraussetzung für eine Leistungszuteilung HSM Polytrauma ist, dass mindestens 40 schwerverletzte Patienten mit ISS \geq 20 und AIS-Head \geq 3 pro Jahr behandelt werden. Die Qualität dieser Behandlung wird anhand des sog. Minimal Data Sets bewertet. Dabei werden als Datenbasis z.B. "All STR patients" (ISS \geq 16 or AIS-head \geq 3 und age \geq 18) oder die sog. Benchmark-Gruppe (ISS \geq 16, with no TBI) in verschiedenen Ausprägungen (z.B. bezüglich ICU) verwendet. Eine Bewertung auf Basis der Fälle von Patienten mit ISS \geq 20 or AIS-Head \geq 3 - also der für die Leistungszuteilung relevanten Patienten - wird nicht durchgeführt, wäre aber aus unserer Sicht sinnvoll.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität

Um sicherzustellen, dass Spitäler den IVHSM-Anforderungen genügen, sind regelmässige Audits (vor Ort) durch eine damit beauftragte unabhängige Organisation gemäss einem standardisierten Verfahren und einheitlichen Qualitätskriterien erforderlich. Dadurch können Leistungsmerkmale inkl. der Datenqualität gründlicher geprüft werden, wie bereits einzelne Anhörungsteilnehmer der vorgehenden Re-Evaluation gefordert hatten. Die Auditresultate der HSM-Spitäler wären ausserdem miteinander vergleichbar.

Die Möglichkeit einer schweizweiten Zertifizierung von Traumazentren ist sehr wünschenswert. Das Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) beweist, dass das Luzerner Kantonsspital Luzern die Anforderungen der DGU (und damit auch die der IVHSM) an ein überregionales (HSM-) Traumazentrum erfüllt. Leider hat es für Ärzte und Patienten in der Schweiz keine Bedeutung. Ausserdem berücksichtigt die DGU bzw. das von ihr beauftragte Zertifizierungsunternehmen CertiQ die Schweiz-spezifischen rechtlichen Vorgaben, Organisationen und Begriffe nicht.

Zusammenarbeit

Möglicherweise liegt eine der Ursachen, warum in der Schweiz in Hinblick auf die Bildung von Traumanetzwerken auch nach mehr als 10 Jahren immer noch Verbesserungsbedarf besteht, darin, dass die Pflicht zur Netzwerkbildung nicht als Auflage formuliert wurde. Die Mitgliedschaft in einem Traumanetzwerk sollte im Zuge der HSM-Berichterstattung überprüft werden. Desweiteren wäre es hilfreich, die Anforderungen an ein Traumanetzwerk zu definieren, also z.B. was ein funktionierendes Netzwerk auszeichnet, welche Anforderungen an seine Mitglieder gestellt werden (z.B. Zertifizierung als Traumazentrum, siehe oben) und dass die Kooperation der Mitglieder in einer vertraglichen Vereinbarung verbindlich geregelt wird.

Das LUKS hat mit dem im Jahr 2016 unter seiner Federführung gegründeten und gemäss DGU-Anforderungen zertifizierten TraumaNetzwerk Zentralschweiz sehr positive Erfahrungen gemacht. Eine Vereinbarung regelt die Zu- und Weiterverlegung von schwerverletzten Patienten zwischen den Mitgliedern des Netzwerks. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Traumazentrum und dem Rettungsdienst gewährleistet eine rasche koordinierte Versorgung der Schwerverletzten sowie eine adäquate Rehabilitation.

Die Pflege und Weiterentwicklung des TraumaNetzwerks Zentralschweiz hat gezeigt, dass Netzwerke nicht nur auf einer Kooperation bei der Versorgung von Patienten mit Polytrauma oder komplexen Monotraumata (Erstversorgung, Intensivstation, stationäre Rehabilitation) beruhen sollte, sondern auch beispielsweise bei der Aus- und Weiterbildung, der Forschung oder der ambulanten Nachsorge. Jedes der involvierten Traumazentren sollte seine Leistungen (Stärken) einbringen können und dadurch direkt oder indirekt zu einer optimalen Versorgung schwerverletzter Patienten beitragen.

Auch für TraumaNetzwerke ist eine schweizweite Zertifizierung zu begrüssen (siehe oben).

Konzentration durch Fachkräftemangel

Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass aufgrund des sich abzeichnenden Fachkräftemangels absehbar ist, dass sich die Versorgung rund um Patientinnen/Patienten mit Polytrauma in Zukunft von alleine konzentrieren wird. Vielen Organisationen wird das Personal für die erforderlichen Dienste ausgehen.

Kantonsspital St. Gallen

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Bei den Klassifikationen sollte jeweils die aktuelle Version für die Bewertung der Schweregrade verwendet werden. Bei der AIS-Head gab es seit 2011 ein Update (AIS 2015), wobei die Schweregradbeurteilung verfeinert wurde.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Wir teilen die Einschätzung wie im Bericht "Reevaluation - Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" festgehalten.

In Ergänzung zur bereits angedeuteten Versorgungs-Problematik durch die zunehmende Spezialisierung der operativen Fachbereiche, muss die Bedeutung der klinischen Notfallmedizin im Rahmen der koordinierten Erstbeurteilung von schwerstverletzten Patienten weiter gefördert werden.

<https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/policy-statements/role-of-the-emergency-physician-in-the-care-of-trauma-patients.pdf>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0736467909008063>

Spital Schwyz

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Ein nationales Reporting-System über die Qualität der Schwerverletztenversorgung unter Verwendung der AIS/ISS-Scoring-Systeme ist zu fordern. HSM-Traumazentren und deren Kooperationspartner sind angehalten in der derzeitigen politischen Situation den Nachweis der Qualität durch eine Zertifizierung darzulegen.

Gewünscht wird eine nationale Traumazentren-Zertifizierung. Bis zur erfolgreichen Etablierung eines solchen Systems sind analog AUC Traumanetzwerk DGU-Zertifizierung ein möglicher Ersatz.

Die Datenerhebung auf Basis des Swiss Trauma Registry (Clinical Data, Outcome, Prognosis, Mortality) kann zur Bewertung der HSM Traumazentren (überregional/regional/lokal) auf Basis der Leistungen und deren Outcome-Markern gemäss der DGU bei derzeit fehlender nationaler Erfassung erfolgen.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Analog zum Vorreiter dem Zentralschweizer Traumanetzwerk (zertifiziert durch die AUC/DGU, gemäss internationale Guidelines, S3 Leitlinie Polytrauma/Schwererletztenbehandlung) sollten regelmässige Audits durchgeführt werden. Die erhobenen Daten der Qualitätssicherung sind aus den Audits und Re-Zertifizierung zu ermitteln. Diese definieren national den Leistungsauftrag "Behandlung von

schwerverletzten“. Das Traumanetzwerk der Zentralschweiz mit neun Netzwerkpartnern stellt bereits eine hohe Versorgungsqualität, welche lückenlos dokumentiert wird und abgerufen werden kann.

Der Benchmark wird derzeit durch die qualifizierten und zertifizierten Kliniken im internationalen Ausland miteinbezogen.

Das regionale Traumazentrum Schwyz stellt einen wichtigen Partner in der Traumanetzwerkversorgung der Zentralschweiz dar.

Eine schweizweite Zertifizierung der Traumazentren und ggf. Anpassung der jeweils kantonalen Leistungen wird mehr als sinnvoll erachtet. Die Zertifizierung durch internationale Gesellschaften (DGU Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) sind kostenintensiv, werden ständig aufwändiger und berücksichtigen die Schweiz-spezifischen rechtlichen Vorgaben, Organisation und Begriffe nur zum Teil.

Zusammenarbeit

Da gemäss Anhang A1 die fachliche Zusammenarbeit in einem Netzwerk mit den Leistungserbringern in ihren Versorgungsregionen nach gemeinsamen (gesamtschweizerischen) minimalen Standards garantiert werden soll, ist es sinnvoll, die Mitgliedschaft in einem Netzwerk bzw. Implementierung eines Netzwerks im Zuge der Berichterstattung zu überprüfen. Die Gesamtqualität im Zweifelsfall zu überprüfen und durch entsprechende Vorgaben zu optimieren. Die Netzwerkdefinitionen sind national festzulegen, die Einteilung in die einzelnen Traumanetzwerkstufen müssen klar deklariert werden und die Kooperation/Traumanetzwerkpartner untereinander vertraglich abschliessend geregelt werden.

Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Kooperation in einem Netzwerk auch, aber nicht nur bei der Versorgung von Patienten mit Polytrauma (Erstversorgung, Intensivstation, stationäre Rehabilitation) denkbar ist, sondern auch beispielsweise in der Behandlung von komplexen Monotraumata, der Pre-Klinik-Versorgung, in der Aus- und Weiterbildung, der Forschung und der ambulanten Nachsorge.

Als nationalen Pilot ist das Zentralschweizer Traumanetzwerk ein Vorreiter in Bezug auf die HSM-Anforderung "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen".

Das Spital Schwyz leistet seinen Beitrag strukturell, edukatorisch, versorgungstechnisch und im Qualitätsnachweis vollumfänglich.

Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

1) Die internationale Definition des "polytraumatisierten Patienten" liegt bei einem ISS-Wert ≥ 16 und nicht bei einem ISS-Wert ≥ 20 , wie es das HSM-Bereichs "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" vorsieht. Ausserdem orientiert sich das Schweizer Traumaregister (Swiss Trauma Register) an der DGU (deutsches Register) und auch dort gilt der ISS-Wert ≥ 16 .

Wir glauben, dass es notwendig ist, den Schweizer Wert an den internationalen anzupassen.

Diese Anpassung würde auch einen Vergleich mit internationalen Daten ermöglichen.

2) Gemäss den definierten Kriterien, können Polytrauma-Patienten im Alter von ≥ 18 Jahren eingeschlossen werden. Wir halten es für notwendig das Alter auf 16 Jahre zu senken (das Alter, das im Gesundheitswesen üblicherweise den Übergang von der Kindermedizin (Pädiatrie) zur Erwachsenen-medicin markiert).

Bereits heute liegt in allen 12 Zentren für die Behandlung von Schwerverletzten die Einschlussgrenze bei 16 Jahren.

Universitätsspital Zürich

Frage 1: «Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»

Die Zuordnung des HSM Bereichs "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" zur hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM ist absolut gerechtfertigt, da es alle Kriterien gemäss Artikel 1 der IVHSM erfüllt (Seltenheit, hoher professioneller und technischer Aufwand, Komplexität, sowie Innovationspotential). Das gleiche gilt für das Erfüllen der Kriterien gemäss Artikel 4 Absatz 4 der IVHSM (Wirksamkeit und Nutzen, technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der medizinischen Leistung, Relevanz für Forschung und Lehre, sowie internationale Konkurrenzfähigkeit).

Wie im erläuternden Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin zur Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen schlüssig dargelegt, stellt die Versorgung von schwerverletzten Erwachsenen eine hochkomplexe Herausforderung für das behandelnde Team dar, welches 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr eine umfangreiche strukturelle und personelle Ausstattung vorhalten muss, um die zeitgerechte, hochqualitative Behandlung der Patienten zu sichern.

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die fachspezifische Umschreibung des HSM Bereichs "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" ist schlüssig formuliert und beschreibt den Bereich umfassend. Anzumerken ist lediglich,

1. dass der Bereich bis anhin definiert war durch eine Altersgrenze ab 16 Jahren und nicht, wie in der Beschreibung vermerkt "weiterhin bei ab 18 Jahren" (Seite 7, Absatz 1). Dies stellt eine Neuzuteilung dar, die unseres Erachtens kritisch hinterfragt werden sollte.

2. Vielleicht könnte eine flächendeckende Zertifizierung und eine Anbindung an Traumanetzwerkstrukturen für die weitere Schärfung der Profile der Spitäler sinnvoll sein.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Im Gegensatz zu anderen Bereichen der HSM, welche unter dem Aspekt der Seltenheit von Krankheitsbildern eine Reduktion der Anbieter in Bezug auf die Behandlung sinnvoll erscheinen lassen, muss für die Schwerverletztenversorgung der Aspekt der Unplanbarkeit berücksichtigt werden. Eine weitere Konsolidierung der momentan 12 Polytraumazentren könnte die Versorgung im Krisenfall gefährden.

2.2.3 Versicherer

santésuisse

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

Im Zusammenhang mit den Hinweisen auf Art. 32 und 33 KVG im Kommentar zu Wirksamkeit und Nutzen (S.9) stellt sich hinsichtlich der «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» die Frage nach der Zuständigkeit des KVG bzw. nach der Abgrenzung zwischen KVG und UVG im Bereich HSM / IVHSM.

Obwohl die WZW-Kriterien der «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» unbestritten sind, ist die Begründung im Kapitel Wirksamkeit und Nutzen (S.9), wonach "davon ausgegangen werden kann, dass diese als wirksam und zweckmässig gelten, weil es sich um Leistungen handelt, welche von der OKP übernommen werden", so nicht korrekt: Eine Kostenübernahme von ärztlichen Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bedeutet nicht in jedem Fall automatisch das die WZW-Kriterien erfüllt sind und überprüft wurden. Für ärztliche Leistungen gilt grundsätzlich das Vertrauensprinzip. Eine Überprüfung der WZW-Kriterien von ärztlichen Leistungen mit Eintrag im Anhang 1 der KLV erfolgt in der Regel nur im Rahmen eines HTA-Verfahrens oder bei einem Antrag auf Umstrittenheit.

Suva

Frage 1: «Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»

Die Zuordnung des Bereichs "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" zur hochspezialisierten Medizin ist aus Sicht Suva sinnvoll. Die Bewertung der Seltenheit, des Innovationspotentials und der komplexen Behandlungsverfahren sind nachvollziehbar.

2.2.4 Dekanate der medizinischen Fakultäten

Medizinische Fakultät der Universität Zürich

Frage 1: «Befürworten Sie die Zuordnung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen» zur HSM gemäss IVHSM?»

Siehe Stellungnahme Universitätsspital Zürich

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Siehe Stellungnahme Universitätsspital Zürich

2.2.5 Fachgesellschaften

Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie SGC / La Société suisse de chirurgie SSC

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die Festlegung des Mindest-Alters auf "vollendetes 18.Lebensjahr" (im vgl. zur aktuell gültigen Definition, wo keine Altersgrenze definiert ist) ist für die SGC nicht ideal.

Die Patient:innen der Altersgruppen 16-18 jährig sind aus anatomischen, pathophysiologischen und nicht zuletzt gesellschaftlichen Gründen dem HSM Bereich "Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen" zuzuordnen. Die körperliche Entwicklung dieser Altersgruppe ist grossmehrheitlich abgeschlossen respektive weit fortgeschritten. Das heisst diese Patient:innen weisen nicht nur die Körpergrösse und das Körpergewicht eines Erwachsenen auf, sondern zeigen auch die Vitalparameter eines Erwachsenen. Entsprechend ist auch ihr pathophysiologisches Verhalten analog der Gruppe der Erwachsenen. Medikamentöse Therapien kommen nicht mehr pro Kilogramm Körpergewicht zur Anwendung sondern es werden die Dosierungen der Erwachsenen verwendet. In der Schockraumphase müssen aufgrund des pathophysiologischen Verhaltens sowie der vorherrschenden Unfallmechanismen die Algorithmen der Erwachsenen angewendet werden. Im Gegensatz zur Gruppe der 12-16 jährigen überwiegen in der Altersgruppe 16-18 jährig Hochenergietraumatas. Dies ist einerseits auf das veränderte Verhalten in der Altersgruppe 16-18 jährig zurückzuführen (z.B Risikobereitschaft bei Freizeitaktivitäten wie Downhill Biking), andererseits auf gesellschaftlich-politische Entscheide. So ist ab 16 Jahren das Führen eines Motorrads mit 125 ccm seit einigen Jahren erlaubt und der Lernfahrausweis für PKW kann bereits mit 17 Jahren erworben werden. Eine entsprechende Zunahme von Hochenergie-Verkehrsunfällen durfte beobachtet werden. Infrastrukturell verfügen nicht alle Schockräume der Kinderkliniken über die erforderliche Ausrüstung für ausgewachsene Personen. Zudem verfügen die Kinderschockräume oftmals nicht über die Standard-Infrastruktur eines Erwachsenen Schockraums wie etwa einen Computertomographen direkt im Schockraum. Die operativen Versorgungsprinzipien schwerverletzter Patient:innen in der Altersgruppe 16-18 entsprechen heute grossmehrheitlich jener der Erwachsenen und nicht jener von Kindern. Folglich sollte die Versorgung durch hochqualifizierte Chirurg:innen der Erwachsenen-Traumatologie aber auch Viszeral-/ Thorax- und Gefässchirurgie erfolgen.

2.2.6 Weitere

Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) / Association Médecine Universitaire Suisse

Frage 2: «Haben Sie Anmerkungen zur vorgeschlagenen fachspezifischen Umschreibung des Bereichs «Behandlung von schwerverletzten Erwachsenen»?»

Die vorgeschlagene fachspezifische Umschreibung des HSM-Bereichs führt die bisherige Definition unverändert weiter. Damit werden auch die bisherigen Schwachpunkte des HSM-Bereichs, die unser Verband bereits 2015 angemerkt hatte, weitergeführt. Diese Kritik bezieht sich namentlich auf die Anwendung des ISS-Score zur Identifikation der Schwerverletzten. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Verwendung des ISS-Scores richtig. Damit sind allerdings die Fälle in der Schweiz nach wie vor nicht eindeutig identifizierbar: Wahrscheinlich gibt es nach wie vor Spitäler, die Schwerverletzte behandeln ohne dafür über einen Leistungsauftrag zu verfügen - und die ihre Fälle auch nicht im Schweizerischen Trauma-Register eintragen. Der erläuternde Bericht thematisiert zwar diese Problematik, kommt aber zum Schluss, dass eine andere fachliche Abgrenzung zu aufwändig wäre und nicht den medizinischen Standards entsprechen würde.

Wir können die Argumentation des Berichtes nachvollziehen und möchten auch anmerken, dass sich das Trauma-Register in den letzten Jahren etabliert und bewährt hat. Namentlich ist eine lebhafte Interaktion der beteiligten Kliniken entstanden. Es bleibt allerdings störend, dass die HSM-Fälle von Schwerverletzten und Polytraumata, die von Spitälern ohne Leistungsauftrag behandelt werden, noch immer nicht identifizierbar sind. Die Kantone kontrollieren allfällige Verletzungen der Leistungsaufträge nicht ausreichend. Bei der hohen Anzahl von Unfällen, die an Schweizer Spitälern behandelt werden, kann dies heissen, dass die vorgesehene Qualitätssicherung für einen Teil der Schwerverletzten nicht greift und so die Ziele der IVHSM nicht erreicht werden.

Diese ungenügende Form der Implementierung der HSM-Definition bzw. die Verpflichtung der Teilnahme am Trauma-Register allein für Trauma Zentren führt ausserdem dazu, dass die Traumazentren mit hohem Aufwand ihren Leistungsauftrag und die damit verbundenen Auflagen erfüllen, die anderen Spitäler aber die gleichen Leistungen ohne spezifische Anforderungen ebenfalls durchführen können.

Ausserdem möchten wir uns der Stellungnahme des Inselspitals anschliessen und anmerken, dass als zusätzliches Kriterium eine maximale Zeitdauer zwischen dem Unfall und der Vorstellung am Spital sinnvoll ist. In der akutellen HSM-Umschreibung würde ein 1.5cm grosses, chronisches Subduralhämatom 2 Monate nach Stolpersturz der HSM zugeordnet. Dies ist kaum zielführend. Die Einführung eines derartigen zusätzlichen Kriteriums (maximale Zeitdauer zwischen Unfall und Spitaleintritt) wäre auch für das Swiss Trauma Registry (STR) wünschenswert.

Frage 3: «Haben Sie weitere Anmerkungen oder Kommentare?»

unimedsuisse fordert, dass bei Beibehaltung der bestehenden Definition ein verlässlicher Mechanismus zur Prüfung der Einhaltung der Leistungsaufträge eingeführt wird, damit alle Kantone die Einhaltung der Leistungsaufträge kontrollieren und Spitäler, die ohne Leistungsauftrag HSM-Fälle behandeln, sanktioniert werden. Wenn ein solcher Prüfmechanismus nicht jährlich anhand der Routinedaten der Medizinischen Statistik und von Registerdaten umgesetzt werden kann, so soll er in jedem Zyklus der Reevaluation mindestens für zwei Jahre mittels Sonderprüfungen umgesetzt und dabei überkantonal koordiniert werden.

Hinsichtlich der definierten Altersgrenze (vollendetes 18. Lebensjahr) würde favorisiert, dass analog dem Swiss Trauma Registry und den amerikanischen Trauma- Datenbanken (NTDB, TQIP) eine Altersgrenze von 16 Jahren für die Erwachsenen gilt.

A1 Liste der Anhörungsadressaten

Kantone / Cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Appenzell Ausserrhodon
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Appenzell Innerrhodon
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé et des affaires sociales de l'état de Fribourg
- Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé de la république et canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden
- Département de l'économie et de la santé de la république et canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département des finances et de la santé de la république et canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Departement des Inneren 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 della Repubblica e del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri
- Département de la santé, des affaires sociales et de la culture 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

Spitäler / Hôpitaux

*An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:
À l'attention des directions des hôpitaux suivants:*

AG

- Asana Spital Leuggern AG
- Asana Spital Menziken AG
- Gesundheitszentrum Fricktal AG
- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Klinik Villa im Park AG

- Spital Zofingen AG
- Stiftung Spital Muri

AI

- Kantonales Spital und Pflegezentrum Appenzell

AR

- Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden

BE

- Hirslanden Bern AG
- Hirslanden Klinik Linde AG
- Hôpital du Jura bernois S.A.
- Hôpital de Moutier SA
- Insel Gruppe AG
- Klinik Hohmad AG
- Klinik Bethesda Tschugg
- Lindenhofgruppe AG
- Regionalspital Emmental AG
- Siloah AG
- Spital STS AG
- Spitalzentrum Biel AG
- Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
- SRO AG
- Stiftung Kinderspital Wildermeth

BL

- Kantonsspital Baselland

BS

- Bethesda Spital AG
- St. Claraspital AG
- Universitätsspital Basel
- Universitäts-Kinderspital beider Basel

FR

- Clinique Générale Ste-Anne
- Fondation Hôpital Jules Daler
- Hôpital fribourgeois

GE

- Clinique des Grangettes SA
- Clinique Générale-Beaulieu SA
- Hirslanden Clinique La Colline SA
- La Tour Hôpital Privé SA
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Nouvelle Clinique Vert-Pré SA
- Hôpital des Enfants à Genève (HUG)

GL

- Kantonsspital Glarus AG

GR

- Flury Stiftung
- Regionalspital Surselva AG
- Stiftung Kantonsspital Graubünden
- Stiftung Spital Oberengadin

JU

- Hôpital du Jura

LU

- Klinik St. Anna AG
- Luzerner Kantonsspital

NE

- Clinique Montbrillant
- Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe)

NW

- Kantonsspital Nidwalden

OW

- Kantonsspital Obwalden

SG

- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG
- Rosenklinik AG
- Spital Linth
- Spitalregion Fürstenland Toggenburg
- Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland
- Stiftung Ostschweizer Kinderspital

SH

- Klinik Belair AG
- Spitäler Schaffhausen

SO

- Privatklinik Obach
- Solothurner Spitäler AG

SZ

- Spital Lachen AG
- Spital Schwyz

TG

- Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG
- Klinik Seeschau AG
- Spital Thurgau AG

TI

- Clinica Luganese Moncucco SA
- Clinica Santa Chiara SA

- Clinica Sant'Anna
- Ente Ospedaliero Cantonale (EOC)

UR

- Kantonsspital Uri

VD

- Centre hospitalier universitaire vaudois
- CIC Riviera SA
- Clinique de Genolier SA
- Clinique de Montchoisi
- Ensemble Hospitalier de la Côte
- Établissements hospitaliers du Nord vaudois (« eHnv »)
- Fondation de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne
- Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL)
- Hirlanden Lausanne SA
- La Source

VS

- Clinique de Valère
- Hôpital du Valais

ZG

- Hirlanden Andreasklinik Cham
- Zuger Kantonsspital AG

ZH

- Adus-Medica AG
- GZO AG
- Hirlanden AG
- Kantonsspital Winterthur
- Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
- Klinik Lengg AG, Zürich
- Privatklinik Bethanien
- Privatklinik Lindberg
- Schweizerischer Verein Balgrist
- See-Spital
- Spital Affoltern AG
- Spital Bülach AG
- Spital Limmattal
- Spital Männedorf AG
- Spital Uster
- Spital Zollikerberg
- Stadtspital Triemli
- Stadtspital Waid

- Universitätsspital Zürich
- Uroviva Klinik AG

Interkantonale Spitäler / Hôpitaux intercantonaux

- Hôpital intercantonal de la Broye
- Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais

Versicherer / Assureurs

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

Dekanate der medizinischen Fakultäten / Décanats des facultés de médecine

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

Fachgesellschaften / Sociétés savantes

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

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

- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) / Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinchirurgie und Traumatologie (SGACT) / Société Suisse de Chirurgie Générale et de Traumatologie (SSCGT)
- Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Perioperative Medizin (SSAPM) / Société suisse d'anesthésiologie et de médecine périopératoire (SSAPM)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) / Société Suisse de Chirurgie (SSC)
- Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie (SGG) / Société Suisse de Chirurgie Vasculaire (SSCV)
- Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) / Société suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique (SSCC)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) / Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)
- Schweizerische Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGMKG) / Société suisse de chirurgie orale et maxillo-faciale (SSCOMF)
- Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie / Société Suisse de Néphrologie
- Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) / Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS)
- Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) / Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale (SSORL)
- Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (swiss orthopaedics) / Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie (swiss orthopaedics)

- Schweizerische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SGPMR) / Société Suisse de Médecine Physique et Réadaptation (SSMPR)
- Schweizerische Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (Swiss Plastic Surgery) / Société Suisse de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique (Swiss Plastic Surgery)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR) / Société Suisse de Radiologie (SSR)
- Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie (SGT) / Société Suisse de Chirurgie Thoracique (SST)
- Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin (SGTV) / Société Suisse de Traumatologie et de Médecine des Assurances (SSTMA)
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SGU) / Société Suisse d'Urologie (SSU)
- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC) / Société Suisse de Chirurgie Viscérale (SSCV)

Andere Institutionen und Organisationen / Autres instances concernées

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