



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

# **Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch die Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates**

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates 13.4012,  
Kommission für soziale Sicherheit und  
Gesundheit des Nationalrates, 8. No-  
vember 2013

vom 25. Mai 2016

## Zusammenfassung

Mit der Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) wird eine Konzentration der Leistungen im Bereich der seltenen, komplexen und teuren Interventionen und Therapien angestrebt. Diese Leistungen sollen nicht in zu vielen Zentren angeboten werden, damit ihre Qualität nicht leidet und eine optimale Effizienz erreicht werden kann. Die Pflicht der Kantone, gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung der HSM zu erstellen, wurde mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG<sup>1</sup>) im Bereich der Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 eingeführt (Art. 39 Abs. 2<sup>bis</sup> KVG). Für die Erfüllung dieser Pflicht sahen die Übergangsbestimmungen der KVG-Revision eine Frist bis Ende 2014 vor. Eine Intervention des Bundesrates ist einzig für den Fall vorgesehen, dass die Kantone ihrer Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen.

Mit dem Postulat 13.4012 "Auslegeordnung zur Planung der hochspezialisierten Medizin" wird der Bundesrat beauftragt, einen Erfahrungsbericht und Massnahmenkatalog zur Frage der Koordination der HSM zu erstellen und darin die Tauglichkeit der heutigen Gesetzesbestimmungen, insbesondere in Bezug auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und medizinischen Fortschritt, zu untersuchen. Auch hat der Bundesrat in seiner Stellungnahme zur Interpellation 14.4043 auf die Erstellung eines Berichts hingewiesen sowie in weiteren Stellungnahmen zu Vorstössen erklärt, dass er erst nach Ende 2014 entscheiden wird, ob er von seiner subsidiären Planungskompetenz Gebrauch machen muss oder nicht. Der vorliegende Bericht erfüllt das Postulat 13.4012 und informiert über den Stand der HSM-Planung, die noch zu treffenden Massnahmen und die Frage der subsidiären Kompetenz des Bundesrates.

Grundlagen für die Überprüfung der HSM-Planung durch den Bundesrat bilden sowohl der von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) erstellte Statusbericht<sup>2</sup> als auch Auskünfte des HSM-Projektsekretariates und der GDK sowie publizierte Dokumente.

Die Kantone haben Organisation, Kriterien und Finanzierung der gesamtschweizerischen und gemeinsamen HSM-Planung in der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) verankert. Sie wurde von allen Kantonen ratifiziert und am 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Damit haben die Kantone die Planungskompetenz im HSM-Bereich an das HSM-Beschlussorgan delegiert und ein HSM-Projektsekretariat eingesetzt. Diese Organisation ist für die Erstellung der gemeinsamen interkantonalen HSM-Planung zweckmässig. Als Voraussetzung für die konkreten Planungsarbeiten im Bereich der HSM haben die Kantone Planungsgrundsätze in der IVHSM vereinbart, die eine spezifische und geeignete Ergänzung zu den Planungskriterien des Bundesrates (Art. 58a-58e der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV<sup>3</sup>) bilden.

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) hat in seinem Urteil vom 26. November 2013 geklärt, dass die HSM-Planung in zwei Stufen erfolgen muss. Erstens ist der Teilbereich zu bestimmen, welcher der HSM zuzuordnen ist. Erst anschliessend erfolgt die Zuteilung der Leistungsaufträge an die Leistungserbringer. Damit soll das rechtliche Gehör der Spitäler sichergestellt werden. Zudem hat das BVGer auch auf die Umsetzung der Anforderungen der Planungskriterien des Bundesrates, namentlich betref-

---

<sup>1</sup> SR 832.10

<sup>2</sup> Vgl. GDK: Planung der hochspezialisierten Medizin, Information zum Stand der Umsetzung, Statusbericht zuhanden des EDI, 27. April 2015, unter <http://www.gdk-cds.ch>

<sup>3</sup> SR 832.102

fend Bedarfsanalyse und Wirtschaftlichkeit hingewiesen. Die HSM-Planung ist entsprechend zu adjustieren und zu ergänzen. Die kritischen Äusserungen des BVGer in seinen Urteilen tragen bereits zur Entwicklung der HSM-Planung bei und zeigen auf, dass es Verbesserungspotenzial gibt.

Die HSM-Spitalliste betrifft bereits Zuteilungsentscheide für 39 HSM-Teilbereiche. Sie präzisiert für jeden dieser Entscheide die Situation in Bezug auf ihre Befristung und auf die Frage der Rechtskraft in Folge der Urteile des BVGer. Die HSM-Spitalliste bezieht sich auf 9250 Behandlungsfälle pro Jahr. Von Beschwerden betroffen sind gemäss der GDK nur 441 der 9250 Fälle. Nach den Schätzungen des Fachorgans entsprechen die 39 bisher geregelten Leistungsbereiche rund drei Vierteln des Gesamtgebietes der wichtigen HSM-Bereiche in der Schweiz. Im Vergleich zu den 1'374'454 Fällen, die in Schweizer Spitälern im Jahr 2013 behandelt werden, ist der Anteil der HSM-Fälle gering.

Es gilt zu beachten, dass alle HSM-Entscheide befristet sind<sup>4</sup> – die meisten auf Ende 2014 und Ende 2015 – und vor Ablauf der Befristung einer Neuurteilung (Reevaluation) unterzogen werden müssen. In Anbetracht der vom BVGer erlassenen Anforderungen an das Planungsverfahren war es für die HSM-Organen nicht möglich, die neuen Leistungszuteilungen fristgerecht zu verabschieden. In der dadurch entstehenden HSM-Regulierungslücke kommen die kantonalen Leistungsaufträge zum Tragen. In den meisten Kantonen wurden die betroffenen Leistungen bzw. die übergeordneten Leistungsbereiche unter Vorbehalt von HSM-Entscheidungen auf kantonaler Ebene geregelt. Die Neuurteilung der HSM-Bereiche, deren Leistungszuteilungen bereits abgelaufen sind oder Ende 2016 ablaufen, ist die oberste Arbeitspriorität der HSM-Organen.

In einer ersten Phase wurde ein sehr moderater Konzentrationsprozess angestossen. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar, weil die Kantone mit der HSM-Planung Neuland betreten haben. Die bisher erstellte HSM-Spitalliste erlaubt, die Erweiterung des Angebotes in den betroffenen Bereichen einzuschränken. Die HSM-Planung zielt auch auf die Organisation, Koordination und Optimierung der Versorgung. Im Rahmen des kontinuierlichen Planungsprozesses führen die HSM-Organen ohnehin die HSM-Planung weiter. Sie haben bereits zukünftige HSM-Bereiche priorisiert, welche gemäss Anträgen der Fachgesellschaften, der Spitälern und weiterer Kreise für den Einbezug in die HSM in Frage kommen.

Aus der Sicht des HSM-Beschlussorgans erschweren Dynamiken wie die grundsätzlichen Vorbehalte betreffend einer verstärkten Koordination der Behandlungskette oder einer verstärkten Leistungskonzentration der Initialbehandlung die zielführende HSM-Planung. Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und der INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung hat ergeben, dass Vertreterinnen und Vertreter von Spitälern die bisherigen Leistungszuteilungen kritischer als andere Personengruppen bewertet haben. Für die Autoren der Studie liegt der Grund darin, dass die HSM-Planung nur für wenige Spitälern, Ärzte und Ärztinnen Gewinne und für viele Nachteile mit sich bringt.

Die Kantone haben intensiv an der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags gearbeitet. Ihre weiteren Planungsarbeiten im Bereich der HSM umfassen einerseits die Neuurteilung bereits gefallener Entscheide, wodurch die Regulierungslücke im Bereich der abgelaufenen Leistungszuteilungen geschlossen werden kann. Andererseits betreffen sie die Weiterführung des Konzentrationsprozesses mit der Ergänzung der HSM-Planung in weiteren Teilbereichen. Neue Leistungsbereiche der HSM sind auch darum zu definieren, um der medizinischen und technischen Entwicklung Rechnung zu tragen.

---

<sup>4</sup> Vgl. Anhang 3

Der Bundesrat stellt bei seiner Überprüfung der Umsetzung der HSM-Planung fest, dass die Kantone kompetent gearbeitet haben und weiterhin gewillt sind, die Ausgestaltung der Prozesse nach den Vorgaben des BVGer umzusetzen und die Planungsarbeiten mit genügendem Ressourceneinsatz weiterzuführen. Er hält es nicht für zweckmässig und angebracht, zum heutigen Zeitpunkt von seiner subsidiären Kompetenz in Sachen HSM-Planung gemäss Artikel 39 Absatz 2<sup>bis</sup> KVG Gebrauch zu machen. Der Bundesrat wird auch zukünftig evaluieren, ob die Kantone die weiteren Planungsmassnahmen zeitgerecht vornehmen und ob es nötig ist, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch macht. Er wird seine Überprüfung und den vorliegenden Bericht periodisch aktualisieren, das erste Mal in drei Jahren. Zudem wird der Bundesrat die Entwicklung weiterverfolgen und bei Bedarf – ohne von seiner subsidiären Kompetenz im HSM-Planungsbereich Gebrauch zu machen – Massnahmen treffen können, um zu verhindern, dass der Planungsprozess durch Beschwerdeverfahren unnötig blockiert wird. Er hat namentlich die Möglichkeit, Voraussetzungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV<sup>5</sup>) zu verankern und damit die Qualität von einzelnen oder mehreren HSM-Leistungen zu stärken.

---

<sup>5</sup> SR 832.112.31

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>6</b>
1.1	<i>Gemeinsame Planung der Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates</i>	6
1.2	<i>Parlamentarische Vorstösse</i>	6
1.3	<i>Grundlagen des Berichts des Bundesrates</i>	7
1.4	<i>Aufbau des Berichts</i>	7
<b>2</b>	<b>Grundzüge der Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM)</b>	<b>8</b>
2.1	<i>Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)</i>	8
2.1.1	<i>Inhalt</i>	8
2.1.2	<i>Fazit</i>	8
2.2	<i>Organisation der HSM-Planung</i>	9
2.2.1	<i>HSM-Beschlussorgan</i>	9
2.2.2	<i>HSM-Fachorgan</i>	9
2.2.3	<i>HSM-Projektsekretariat</i>	10
2.2.4	<i>Fazit</i>	10
2.3	<i>Planungsgrundsätze und -grundlagen</i>	10
2.3.1	<i>Planungskriterien des Bundesrates</i>	10
2.3.2	<i>Schweizweiter Charakter sowie Befristung der HSM-Leistungszuteilungen</i>	11
2.3.3	<i>Kriterien der IVHSM für die Zuordnung der Behandlungen</i>	11
2.3.4	<i>Kriterien der IVHSM für die Zuteilung der Leistungsaufträge</i>	12
2.3.5	<i>Planungsgrundsätze</i>	12
2.3.6	<i>Zweistufiger Planungsprozess</i>	13
2.3.7	<i>Fazit</i>	14
2.4	<i>Auswahl der HSM-Teilbereiche</i>	14
2.4.1	<i>Grundlagen</i>	14
2.4.2	<i>Abbildung der HSM-Leistungen</i>	14
2.4.3	<i>Transparenz über den Gegenstand der Konzentration</i>	16
2.4.4	<i>Fazit</i>	17
2.5	<i>Erarbeitung der HSM-Planung</i>	17
2.5.1	<i>Bedarfsanalyse</i>	17
2.5.2	<i>Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</i>	18
2.5.3	<i>Hochqualifiziertes Personal, Teambildung und unterstützende Disziplinen</i>	19
2.5.4	<i>Mindestfallzahlen</i>	19
2.5.5	<i>Wirtschaftlichkeit</i>	24
2.5.6	<i>Versorgungssicherheit und Erfüllung des Leistungsauftrages</i>	26
2.5.7	<i>Forschung und Lehre</i>	26
2.5.8	<i>Internationale Konkurrenzfähigkeit</i>	26
2.5.9	<i>Bewerbungsverfahren</i>	27
2.5.10	<i>Periodische Neubeurteilung der Leistungszuteilungen</i>	27
2.5.11	<i>Fazit</i>	27
<b>3</b>	<b>Umsetzung der HSM-Planung</b>	<b>28</b>
3.1	<i>Die Planung der Jahre 2009-2014</i>	28
3.1.1	<i>Erstellung der HSM-Spittalliste</i>	28
3.1.2	<i>Fallbeispiele</i>	29
3.1.3	<i>Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer)</i>	30
3.1.4	<i>Auswirkungen auf den ambulanten Bereich</i>	33
3.1.5	<i>Fazit</i>	33
3.2	<i>Befristung der HSM-Entscheide</i>	34
3.2.1	<i>Entstand von HSM-Regulierungslücken</i>	34
3.2.2	<i>HSM-Entscheide und kantonalen Spitalplanungen</i>	34
3.2.3	<i>Massnahmen zur Überbrückung der HSM-Regulierungslücken</i>	34
3.2.4	<i>Monitoring der Leistungserbringung</i>	35

3.2.5	Fazit .....	35
3.3	<i>Weitere Arbeiten</i> .....	36
3.3.1	Zukünftige HSM-Bereiche .....	36
3.3.2	Planungsschwerpunkte 2016 und Ausblick 2017 .....	37
3.3.3	Fazit .....	39
3.4	<i>Bewertung des bisherigen HSM-Planungsprozesses</i> .....	39
3.4.1	Bewertung des HSM-Prozesses von den involvierten Parteien .....	39
3.4.2	HSM-Beschlussorgan .....	40
3.4.3	Bilanz der IVHSM-Vereinbarungskantone.....	40
3.4.4	Versorgung der Schweizer Bevölkerung .....	40
3.4.5	Fazit .....	41
<b>4</b>	<b>Fazit der Massnahmen</b> .....	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>42</b>
	<b>Anhang 1: Vorstösse und Stellungnahmen des Bundesrates</b> .....	<b>44</b>
	<b>Anhang 2: Zuordnung zur HSM der komplexen Behandlung von Hirnschlägen</b> .....	<b>55</b>
	<b>Anhang 3: Liste der HSM-Entscheide (Stand April 2015)</b> .....	<b>58</b>
	<b>Anhang 4: Planungsschwerpunkte der Jahre 2009-2014</b> .....	<b>75</b>

## **1 Einführung**

### **1.1 Gemeinsame Planung der Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates**

Die hochspezialisierte Medizin (HSM) betrifft den Bereich von seltenen, komplexen und teuren Interventionen und Therapien. Wenn solche Leistungen in zu vielen Zentren angeboten werden, leidet einerseits die Qualität, weil es den Fachpersonen an Routine und Spezialwissen mangelt; andererseits kann keine optimale Effizienz erreicht werden, was gerade im HSM-Bereich grosse Kostenfolgen hat. Aus diesen Gründen wird eine Konzentration der HSM angestrebt. Damit sollen Effizienz und Qualität gesteigert sowie Doppelspurigkeiten beseitigt werden.

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG<sup>6</sup>) im Bereich der Spitalfinanzierung werden die Kantone verpflichtet, im HSM-Bereich gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Für die Anpassung der Planungen auf kantonaler Ebene und der gesamtschweizerischen HSM-Planung sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung der Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 die Frist von Ende 2014 vor. Kommen die Kantone dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind (Art. 39 Abs. 2<sup>bis</sup> KVG). Der Bundesrat hat in diesem Sinne eine subsidiäre Kompetenz zu intervenieren.

### **1.2 Parlamentarische Vorstösse**

Seit dem Inkrafttreten der Revision der KVG im Bereich der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2009 wurden dem Bundesrat mehrere Vorstösse zum Thema der HSM-Planung eingereicht. Der Bundesrat hat in seinen Stellungnahmen zu den Interpellationen 13.3609, 13.4272, 14.3205 und 14.3432<sup>7</sup> ausgeführt, dass er nach Ablauf der Frist für die Erstellung der HSM-Planung durch die Kantone von Ende 2014 entscheiden wird, ob er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen muss oder nicht. Zudem wird der Bundesrat mit dem Postulat 13.4012 beauftragt, einen Erfahrungsbericht und Massnahmenkatalog zur Frage der Koordination der HSM zu erstellen und darin die Tauglichkeit der heutigen Gesetzesbestimmungen, insbesondere in Bezug auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und medizinischen Fortschritt zu untersuchen. Auch in der Stellungnahme zur Interpellation Feller 14.4043 hat der Bundesrat auf die Erstellung eines Berichts hingewiesen. Mit dem vorliegenden Bericht wird das Postulat 13.4012 erfüllt und damit der Stand der HSM-Planung, die noch zu treffenden Massnahmen und die Frage der Nutzung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates überprüft.

Im Anhang 1 sind die Vorstösse in Sachen HSM-Planung mit der Zusammenfassung der Fragen sowie der Stellungnahmen des Bundesrates aufgelistet. Die Vorstösse betreffen namentlich Fragen der Diskriminierung der Privatspitäler, der Vorwirkung auf die Zusatzleistungen der Halbprivat- und Privatabteilungen, des Einflusses der HSM-Planung auf die ambulante Versorgung, der eventuellen Übernahme der Aufgabe der Kantone durch den Bundesrat, der Zusammenstellung der für die HSM-Planung zuständigen Organe, der Angemessenheit der Kriterien für die Zuordnung der Bereiche zur HSM und der Konsultation der interessierten Kreise.

---

<sup>6</sup> SR 832.10

<sup>7</sup> Vorstösse, vgl. Anhang 1 sowie Curia Vista Geschäftsdatenbank unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/curia-vista>

### 1.3 Grundlagen des Berichts des Bundesrates

In Zusammenhang mit der subsidiären Kompetenz ist es Aufgabe des Bundesrates, festzustellen, ob die Kantone ihren Auftrag in Sachen gesamtschweizerischen HSM-Planung erfüllt haben. Zu diesem Zweck hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) Bundesrat Alain Berset im Dezember 2014 die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) eingeladen, einen Bericht zuhanden des EDI über den Stand und die nächsten Schritte der HSM-Planung zu erstellen. Ihren Statusbericht hat die GDK dem EDI am 27. April 2015 übermittelt.<sup>8</sup>

Im vorliegenden Bericht des Bundesrates ist der Stand der Umsetzung der HSM-Planung dargestellt und kommentiert. Die dazu nötigen Informationen stammen insbesondere aus dem erwähnten Statusbericht der GDK zuhanden des EDI. Weitere Grundlagen bilden sowohl publizierte als auch interne Dokumente des HSM-Beschluss- und HSM-Fachorgans sowie weitere Auskünfte des HSM-Projektsekretariats und der GDK.

### 1.4 Aufbau des Berichts

Im vorliegenden Bericht ist die Umsetzung der HSM-Spitalplanung beschrieben und kommentiert. Der Bericht dient zur Beantwortung der Frage, ob der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen soll oder nicht.

Vorab ist folgendes festzustellen: Die Planung ist ein kontinuierlicher Prozess. Die Erfahrung erlaubt, die Planungsmethode weiterzuentwickeln und zu ergänzen. Zudem können schrittweise weitere HSM-Leistungsbereiche geplant und damit die HSM-Planung vervollständigt werden. Es ist deshalb nicht nur wichtig, dass der Bundesrat die HSM-Planung in Zusammenhang mit den bereits beschlossenen und in der HSM-Spittalliste verankerten Zuteilungsentscheiden überprüft, sondern auch, dass er über den Stand der Entwicklung der Planungsmethode und über die noch zu regelnden Leistungsbereiche berichtet.

Im Kapitel 2 des Berichts werden die Grundzüge der HSM-Planung beschrieben. Dem Hinweis auf die Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) [Kapitel 2.1] folgen die Themen der Organisation der HSM-Planung [Kapitel 2.2], der Planungsgrundsätzen und -grundlagen [Kapitel 2.3], der Auswahl der HSM-Teilbereiche [Kapitel 2.4] und der Erarbeitung der HSM-Planung [Kapitel 2.5]. Dieses Kapitel umfasst auch diejenigen Elemente, die die HSM-Organe in Folge der vom Bundesverwaltungsgericht (BVGer) gesetzten Leitplanken entwickelt haben, die aber im Planungsprozess, der den bis Ende 2014 gefallenen 39 Zuteilungsentscheiden zu Grunde liegt, noch nicht einbezogen wurden. Bei diesen Elementen handelt es sich um das zweistufige Verfahren, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler und die konsequente Anwendung der Planungskriterien des Bundesrates.

Das Kapitel 3 betrifft die Umsetzung der HSM-Planung und bezieht sich auf die in den Jahren 2009-2014 abgeschlossene HSM-Planung [Kapitel 3.1], auf die Anmerkungen zur HSM-Regulierungslücke in Folge des Ablaufs der Gültigkeitsfrist der HSM-Entscheidung [Kapitel 3.2], auf die weiteren Planungsarbeiten [Kapitel 3.3] und auf die Bewertung des bisherigen Planungsprozesses [Kapitel 3.4].

---

<sup>8</sup> Vgl. GDK: Planung der hochspezialisierten Medizin, Information zum Stand der Umsetzung, Statusbericht zuhanden des EDI, 27. April 2015, unter <http://www.gdk-cds.ch>, in der Folge, GDK: Statusbericht, 27. April 2015.

Im Kapitel 4 sind die Massnahmen sowohl zur Anpassung der Planungsmethode als auch zur Ergänzung der Planung für die weiteren Leistungsbereiche zusammengefasst.

Kapitel 5 enthält die Schlussfolgerung.

## **2 Grundzüge der Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM)**

### **2.1 Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)**

#### **2.1.1 Inhalt**

Am 14. März 2008 haben die Kantone die IVHSM der GDK einstimmig verabschiedet und anschliessend ratifiziert. Sie wurde auf den 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt.<sup>9</sup>

Die IVHSM enthält Bestimmungen über:<sup>10</sup>

- Zweck und Vollzug der Vereinbarung;
- Organisation der HSM-Planung: HSM-Beschussorgan, HSM-Fachorgan, HSM-Projektsekretariat, Arbeitsweise;
- Planungsgrundsätze, besondere Anforderungen an die Planung der Kapazitäten und Auswirkungen auf die kantonalen Listen;
- Verteilung der Kosten;
- Streitbeilegung;
- Beschwerde- und Verfahrensrecht
- Beitritt und Austritt, Berichterstattung, Inkrafttreten, Geltungsdauer und Ausserkrafttreten, Änderung der Vereinbarung.

#### **2.1.2 Fazit**

Die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung wurde am 21. Dezember 2007 verabschiedet und am 1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Die Kantone haben die Arbeiten zwecks Festlegung der Grundlagen für eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung der HSM vorzeitig in Angriff genommen und sich bereits zwei Jahre nach der Verabschiedung der Revision über Organisation, Grundsätze und Finanzierung der gesamtschweizerischen HSM-Planung geeinigt. Die IVHSM ist ein zentraler Meilenstein für die Erstellung der ersten gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung.

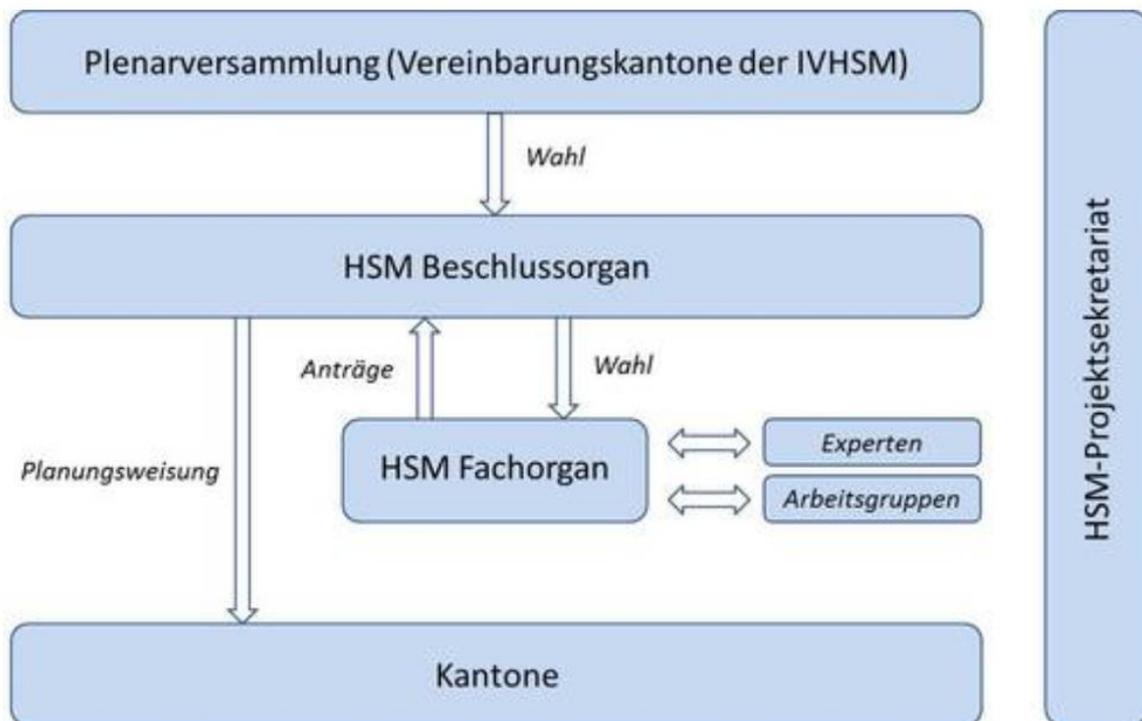
---

<sup>9</sup> Vgl. GDK: Medienmitteilung vom 30. Januar 2009, Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin, Alle Kantone sind beigetreten, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=765>

<sup>10</sup> Vgl. GDK: IVHSM vom 14. März 2008, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>

## 2.2 Organisation der HSM-Planung<sup>11</sup>

Abbildung 1: Organisation der HSM-Planung



### 2.2.1 HSM-Beschlussorgan

Das HSM-Beschlussorgan ist für die HSM-Planung bzw. für den Vollzug der IVHSM zuständig. Es trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide und erstellt die gemeinsame interkantonale Spitalliste im HSM-Bereich. Seine Wahl erfolgt durch die GDK-Mitglieder. Das Organ setzt sich zusammen aus 10 Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, einerseits der fünf Kantone mit Universitätsspital (Bern- Basel-Stadt, Genf, Waadt und Zürich) und andererseits von weiteren fünf Kantonen, wovon mindestens zwei Kantone mit grossem Zentrumsspital mit interkantonalen Leistungsaufgaben. Im HSM-Beschlussorgan sind auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG), Swissuniversities<sup>12</sup> und santésuisse mit beratender Stimme vertreten.

### 2.2.2 HSM-Fachorgan

Das HSM-Beschlussorgan wird vom Fachorgan beraten. Mitglieder des HSM-Fachorgans sind unabhängige Expertinnen und Experten aus dem In- und Ausland, die vom HSM-Beschlussorgan gewählt sind. Das HSM-Fachorgan wurde ab 2009 von Prof. Peter Suter präsiert. Nachfolger von Prof. Suter ist seit dem 1. Juni 2015 Herr Prof. Daniel Scheidegger.<sup>13</sup> Das Fachorgan setzt sich aktuell aus 14 Expertinnen und

<sup>11</sup> Abbildung und Ziffer 2.2.3; vgl. GDK: Organe der IVHSM, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606>, Ziffern 2.2.1 - 2.2.2; vgl. GDK: Statusbericht vom 27. April 2015, S. 5-6.

<sup>12</sup> Infolge der Auflösung der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) Ende 2015, hat die Swissuniversities (<http://www.swissuniversities.ch/>), ihre Stelle eingenommen.

<sup>13</sup> Vgl. Medienmitteilung der GDK vom 29. Mai 2015, Stabsübergabe in der hochspezialisierten Medizin, unter [http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no\\_cache=1](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no_cache=1)

Experten zusammen. Aufgabe des HSM-Fachorgans ist die Erarbeitung der medizinisch-wissenschaftlichen Entscheidungsgrundlagen für das HSM-Beschlussorgan, d. h. das Beobachten der Entwicklungen, die Stellung und Überprüfung der Anträge zur Aufnahme eines Teilbereichs in die HSM, das Festlegen der Voraussetzungen zur Ausführung eines HSM-Leistungsauftrags und die Vorbereitung der Entscheidungen des HSM-Beschlussorgans.

### **2.2.3 HSM-Projektsekretariat**

Für die Ausführung der organisatorischen und administrativen Aufgaben im Rahmen der HSM-Planung und die Koordination der Arbeiten des HSM-Fach- und -Beschlussorgan ist das dem Zentralsekretariat der GDK angegliederte HSM-Projektsekretariat zuständig.

### **2.2.4 Fazit**

Die Kantone haben die Planungskompetenzen im HSM-Bereich dem HSM-Beschlussorgan delegiert. Dieses hat in seiner Sitzung vom 28. Mai 2010 über die ersten Anträge des HSM-Fachorgans zu verschiedenen Leistungsbereichen der HSM beraten und die ersten Planungs- und Zuteilungsentscheide getroffen.<sup>14</sup> Das Beschlussorgan ist ausschliesslich mit Regierungsrätinnen und -räten als stimmberechtigten Mitgliedern besetzt. Dies ist im Sinne der gesetzlichen Vorgaben, weil das Gesetz die Zuständigkeit der Kantone im Planungsbereich vorsieht (Art. 39 KVG). Beim HSM-Fachorgan handelt es sich um ein Expertengremium, welches von unabhängigen und vornehmlich ungebundenen akademischen Fachleuten besetzt sein soll, die sich ausschliesslich von ihrer fachlichen Meinung leiten lassen und keine Partikularinteressen vertreten sollen.

Die Organisation der interkantonalen Planung der HSM ist zweckmässig und kann gewährleisten, dass die Planungs- und Zuteilungsentscheide im Sinne der gesetzlichen Vorgaben – namentlich ohne Benachteiligung der privaten Anbieter – getroffen werden. Es liegt im Interesse der Kantone, die Parteien im Planungsverfahren anzuhören und ihre Stellungnahmen in die Erarbeitung der Planungsentscheide einfließen zu lassen. Das BVGer würde einen nichtgesetzeskonformen Entscheid aufgrund der Beschwerden aufheben, die die betroffenen Spitäler gestützt auf den Artikel 53 KVG einreichen können.<sup>15</sup>

## **2.3 Planungsgrundsätze und -grundlagen**

### **2.3.1 Planungskriterien des Bundesrates**

Der Bundesrat hat am 22. Oktober 2008 die Ausführungsbestimmungen zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung verabschiedet und namentlich die einheitlichen Planungskriterien in den Artikeln 58a - 58e der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV<sup>16</sup>) erlassen. Die bundesrätlichen Planungskriterien sind für die Kantone verbindlich und gelten sowohl für die kantonalen Planungen als auch für die gemeinsame Planung durch verschiedene Kantone bzw. für die HSM-Planung.

---

<sup>14</sup> Vgl. Medienmitteilung der GDK vom 28. Mai 2010, Erste Entscheide in der Planung der hochspezialisierten Medizin, unter [http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no\\_cache=1](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no_cache=1)

<sup>15</sup> Vgl. Antwort des Bundesrates vom 31. August 2011 an der Motion Bortoluzzi 11.1058 «Diskriminierung bei der Vergabe der hochspezialisierten Medizin» vom 16. Juni 2011.

<sup>16</sup> SR 832.102

Die Planungskriterien legen die Anforderungen an die Spitalplanung im Sinne des KVG fest und geben damit einen Rahmen. Weil es sich um abstrakte Vorgaben handelt, haben die Kantone einen grossen Spielraum bei deren Umsetzung. Bei der Planung müssen die Kantone von den Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz Rechnung tragen und die stationäre Behandlung für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone sicherstellen. Die Kantone müssen den Versorgungsbedarf ermitteln und das Angebot für die Gewährleistung der Versorgung auf der Liste sichern. Bei den auf die Liste aufzunehmenden Einrichtungen müssen die Kantone den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung Rechnung tragen, als Voraussetzung für eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungserbringung zu möglichst günstigen Kosten.<sup>17</sup>

Das BVGer hat in seinem Grundsatzentscheid vom 26. November 2013 in Sachen Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern bestätigt, dass die Planungskriterien des Bundesrates (Art. 58a - 58e KVV) auch im Rahmen der HSM-Planung zu beachten sind. Es weist auf die Bedarfsanalyse hin, auf die Ermittlung des Angebotes, auf die Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes aufgrund der Grundlagen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und der Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität seien insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, der Nachweis der notwendigen Qualität, die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten.<sup>18</sup>

### **2.3.2 Schweizweiter Charakter sowie Befristung der HSM-Leistungszuteilungen**

In der IVHSM haben die Kantone festgesetzt, dass die Leistungszuteilungen nach der gemeinsamen HSM-Planung den kantonalen Leistungszuteilungen vorgeht (Art. 9 Abs. 2), dass die HSM-Liste periodisch überprüft wird und dass die HSM-Zuteilungsentscheide befristet sind (Art. 3 Abs. 4).

### **2.3.3 Kriterien der IVHSM für die Zuordnung der Behandlungen**

Für die Abgrenzung der medizinischen Bereiche der HSM von den anderen medizinischen Bereichen bzw. um zu bestimmen, wann ein Leistungsbereich von der kantonalen in die interkantonale Planungskompetenz übergeht (Art. 3 Abs. 3 IVHSM), haben die Kantone in der IVHSM die Regel vereinbart, dass das Kriterium „Seltenheit“ und zwei der weiteren folgenden aufgelisteten Gegebenheiten der betroffenen medizinischen Bereiche und Leistungen erfüllt sein müssen (Art. 1 Abs. 1 IVHSM):

- hohes Innovationspotenzial;
- hoher personeller oder technischer Aufwand;
- komplexe Behandlungsverfahren.

Zudem müssen für die Aufnahme in die HSM-Liste weitere Kriterien gelten (Art. 4 Abs. 4 Ziffern 1 und 3 IVHSM):

- Wirksamkeit;

---

<sup>17</sup> Vgl. auch Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung; Bericht des Bundesrates, 18. Dezember 2013, S. 13-14, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>

<sup>18</sup> Vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. November 2013 (C-6539/2011), Erw. 5.9 und 7.2, unter <http://www.bvger.ch/>

- Nutzen;
- Technologisch-ökonomische Lebensdauer;
- Kosten der Leistung;
- Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre;
- Internationale Konkurrenzfähigkeit.

#### **2.3.4 Kriterien der IVHSM für die Zuteilung der Leistungsaufträge**

Für die Zuteilung der medizinischen Bereiche der HSM zu den mit der Erbringung der definierten Leistungen beauftragten Zentren (Art. 3 Abs. 4 IVHSM) haben die Kantone in der IVHSM die Berücksichtigung folgender Kriterien vorgesehen (Art. 4 Abs. 4 Ziffern 2 und 3 IVHSM):

- Qualität
- Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals und Teambildung;
- Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen;
- Wirtschaftlichkeit;
- Weiterentwicklungspotenzial;
- Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre;
- Internationale Konkurrenzfähigkeit.

#### **2.3.5 Planungsgrundsätze**

Weitere Planungsgrundsätze für die Auswahl der Leistungserbringer und die Erstellung der HSM-Spittalliste (Art. 7 und 8 IVHSM):

- Zur Gewinnung von Synergien ist darauf zu achten, dass die hochspezialisierten Leistungen auf wenige universitäre oder multidisziplinäre Zentren konzentriert werden.
- Die Planung gemäss dieser Vereinbarung soll mit jener im Bereich der Forschung abgestimmt werden. Forschungsanreize sollen gesetzt und koordiniert werden.
- Die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen sind bei der Planung zu berücksichtigen.
- Die Planung umfasst jene Leistungen, die durch schweizerische Sozialversicherungen mitfinanziert werden.
- Die Zugänglichkeit für Notfälle ist bei der Planung zu berücksichtigen.
- Die Planung berücksichtigt die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland.
- Bei der Planung können Kooperationsmöglichkeiten mit dem nahen Ausland genutzt werden.
- Die Planung kann in Stufen erfolgen.
- Bei der Zuordnung der Kapazitäten sind folgende Vorgaben zu beachten:
  - a) Die gesamten in der Schweiz verfügbaren Kapazitäten sind so zu bemessen, dass die Zahl der Behandlungen, die sich unter umfassender kritischer Würdigung erwarten lassen, nicht überschritten werden kann.

- b) Die resultierende Anzahl der Behandlungsfälle der einzelnen Einrichtung pro Zeitperiode darf die kritische Masse unter den Gesichtspunkten der medizinischen Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit nicht unterschreiten.
- c) Den Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Zentren im Ausland kann Rechnung getragen werden.

### 2.3.6 Zweistufiger Planungsprozess

In seinem Grundsatzentscheid vom 26. November 2013 hat das BVGer unter anderem Vorgaben zum Verfahren erlassen. Die HSM-Planung sei durch ein zweistufiges Entscheidungsverfahren durchzuführen. Die erste Stufe betreffe die Bestimmung der Behandlungen, die der HSM zuzuordnen sind (Zuordnung). Erst anschliessend könne die Zuteilung der Leistungsaufträge an die Leistungserbringer erfolgen. Würde die Zuordnung eines HSM-Bereichs und dessen Definition im Zeitpunkt der Anhörung zur Zuteilung nicht bereits feststehen, sei es den interessierten Leistungserbringern nicht hinreichend möglich, das rechtliche Gehör wahrzunehmen.<sup>19</sup>

Abbildung 2: Schematische Darstellung des HSM-Planungsverfahrens<sup>20</sup>



Mit Pressemitteilung vom 27. Januar 2014 hält die GDK fest, dass das HSM-Beschlussorgan zukünftig ein zweistufiges Verfahren durchführen wird, mit einer zeitlichen Staffelung der Entscheide für die Definition des HSM-Bereichs und für die konkrete Leistungszuteilung an ein Spital. Es werde in einem ersten Schritt festgelegt, welche Behandlungen und Eingriffe der HSM zuzurechnen sind. In einem zweiten Schritt werde die eigentliche Leistungszuteilung vorgenommen. Mit dieser formellen Zuteilung der Verfahren sei das rechtliche Gehör der Spitäler sichergestellt. Vorgehen sei eine Wiedererwägung der angefochtenen Verfügungen, während die in formelle Rechtskraft erwachsenen Zuteilungen davon nicht tangiert seien. Die GDK weist darauf hin, dass in den letzten vier Jahren das HSM-Beschlussorgan in 39 Teilbereichen Zuteilungsentscheide gefällt hat und dass ein Grossteil dieser Entscheide unbestritten war. Die Urteile der angefochtenen Entscheide lägen nun vor. Das BVGer habe die offenen Verfahrensfragen geklärt. Künftig werde die HSM-Planung mit einem zweistufigen Vorgehen durchgeführt bzw. das Verfahren den Vorgaben des BVGer angepasst.<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Vgl. Urteil des BVGer vom 26. November 2013 (C-6539-2011), insb. Erw. 6.4.1 und 7.3, sowie Medienmitteilung des BVGer vom 29. November 2013, unter <http://www.bvger.ch/medien/medienmitteilungen/00704/index.html?lang=de>

<sup>20</sup> GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 7.

<sup>21</sup> Vgl. Medienmitteilung der GDK vom 27. Januar 2014, unter [http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no\\_cache=1](http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=745&no_cache=1)

### 2.3.7 Fazit

Als Voraussetzung für die konkreten Planungsarbeiten im Bereich der HSM haben die Kantone, neben der Festsetzung einer geeigneten Organisation, Planungsgrundsätze festgesetzt. Neben den Planungskriterien des Bundesrates (Art. 58a-58e KVV), die insbesondere den Rahmen für die Spitalplanung im Sinne des KVG definieren, bilden die Planungskriterien der IVHSM eine spezifische und geeignete Ergänzung dazu. Das BVGer hat in seinen Urteilen die nötigen Präzisierungen namentlich in Sachen Bedarfsanalyse, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Planungsverfahren gebracht, welche die HSM-Planungsorgane zu beachten haben. Dass die HSM-Planung bisher nicht allen Bedingungen erfüllt, kann insbesondere auf die Neuigkeit der Planung in diesem spezifischen Bereich sowie auf die Tatsache, dass diese Planung gesamtschweizerisch erfolgen muss, zurückgeführt werden. Wichtig ist, dass die Ausführung der HSM-Planung auch dazu beiträgt, die Kriterien, die Grundsätze und damit auch die entsprechenden Instrumente und Methoden zu verfeinern und zu entwickeln. Die kritischen Äusserungen des BVGer in seinen Urteilen tragen bereits zur Entwicklung der HSM-Planung bei und zeigen auf, dass es Verbesserungspotenzial gibt. Danach ist insbesondere der Planungsprozess neu abzustufen und die Wirtschaftlichkeitsprüfung<sup>22</sup> in die Planungsmethodik einzubeziehen.

## 2.4 Auswahl der HSM-Teilbereiche

### 2.4.1 Grundlagen<sup>23</sup>

Die Auswahl der HSM-Teilbereiche orientiert sich sowohl an den Gutachten, die im Jahr 2006 von den Kantonen Zürich, Basel-Stadt und Bern in Auftrag gegeben wurden, als auch auf weiteren Vorarbeiten der GDK, des Kantons Bern und des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die in der IVHSM festgelegten Zuordnungskriterien orientierten sich an der im Rahmen der eingeholten Gutachten von internationalen Experten vorgeschlagenen formalen Definition der Spitzenmedizin.<sup>24</sup>

### 2.4.2 Abbildung der HSM-Leistungen

Die Definition der HSM-Leistungen erfolgt anhand einer medizinischen Umschreibung. Die HSM-Leistungen sind seit 2012 zusätzlich anhand der Diagnose- (ICD<sup>25</sup>)

---

<sup>22</sup> Vgl. Ziffer 2.5.5.

<sup>23</sup> Vgl. GDK: Statusbericht vom 27. April 2015, S. 7-8.

<sup>24</sup> Dazu weist die GDK auf die folgende Literatur hin:

Daniel, H.-D., Gutachten Spitzenmedizin - Zusammenfassung und Dokumentation der Stellungnahmen ausländischer Experten zu den Fragen des Regierungsrates des Kantons Zürich sowie einer Zusatzfrage der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur hochspezialisierten Medizin (Spitzenmedizin), 2006.

Collerette, P.M., Peter; Paumgartner, Gustav, Organisation der Hochspezialisierten Medizin in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Kantone Basel-Stadt und Bern; Empfehlungen an die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Bern, 2006.

BFS, Hochspezialisierte Medizin in der Schweiz, Behandlungsfälle, Leistungserbringer und Behandlungsaufwand 2005, 2007.

Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission, Zur Abgrenzung hochspezialisierter Behandlungsverfahren im Kanton Bern, 2008.

<sup>25</sup> International Classification of Diseases (Deutsch: Internationale Klassifikation von Krankheiten).

und Operationscodes (CHOP<sup>26</sup>) beschrieben, damit die Leistungen noch besser zugeordnet werden können und auch ein gesamtschweizerisches Monitoring der Leistungserbringung möglich ist.<sup>27</sup>

In den Abbildungen des Anhangs 2 ist ein Beispiel der Zuordnung zur HSM (Beschluss über die Zuordnung der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur HSM vom 10. März 2015) dargestellt. Oftmals lassen sich die HSM-Leistungen nicht genau über die Operationsklassifikation CHOP abbilden. Sowohl die Fachgesellschaften wie auch die GDK haben deswegen beim BFS Anträge zur Weiterentwicklung der CHOP-Klassifikation eingereicht. Die Abgrenzung der HSM-Bereiche orientiert sich an der Umschreibung der Leistungsbereiche, die in den kantonalen Spitalplanungen festgehalten sind. Die Zuordnung ist in der folgenden Abbildung dargestellt.<sup>28</sup>

Abbildung 3: HSM-Leistungsbereiche und Fallzahlen pro HSM-Leistungsbereich<sup>29</sup>

HSM-Bereich	Fallzahlen (Durchschnitt)*
Protonentherapie	330
Schwere Verbrennungen beim Erwachsenen	850
Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen	160
Cochlea Implantation	150
Organtransplantationen beim Erwachsenen	455
– Herztransplantationen	35
– Lebertransplantationen	90
– Lungentransplantationen	35
– Nierentransplantationen	270
– Pankreastransplantationen	25
Neurochirurgie	1210
– Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen	55
– Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation) beim Erwachsenen	110
– Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien	720
– Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems	265
– Seltene Rückenmarkstumoren	60
Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen	550
Behandlung von Schwerverletzten	800
Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie	1440
– Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz	20
– Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern	155
– Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern	20

<sup>26</sup> Schweizerische Operationsklassifikation.

<sup>27</sup> Vgl. GDK: Statusbericht vom 27. April 2015, S. 8.

<sup>28</sup> Vgl. GDK: Statusbericht vom 27. April 2015, S. 8.

<sup>29</sup> GDK: Statusbericht vom 27. April 2015, S. 39-40; interne Auswertungen der GDK aufgrund der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser, diverse Jahre.

HSM-Bereich	Fallzahlen (Durchschnitt)*
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern</li> <li>– Organtransplantationen (Lunge, Leber, Niere) bei Kindern</li> <li>– Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern</li> <li>– Neugeborenen-Intensivpflege</li> <li>– Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern</li> <li>– Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern</li> <li>– Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern</li> </ul>	16 20 4 820 300 50 35
Pädiatrische Onkologie <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen</li> <li>– Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)</li> <li>– Behandlung von Neuroblastomen</li> <li>– Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren</li> <li>– Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems</li> </ul>	<b>395</b> 230 40 15 30 80
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oesophagusresektion</li> <li>– Leberresektion</li> <li>– Pankreasresektion</li> <li>– Tiefe Rektumresektion</li> <li>– Komplexe bariatrische Chirurgie</li> </ul>	<b>2910</b> 360 610 690 500 750
<b>Total</b>	<b>9250</b>

\* Die Fallzahlen entsprechen dem Durchschnitt der letzten 2 verfügbaren Jahre.

### 2.4.3 Transparenz über den Gegenstand der Konzentration

Das BVGer hat in seinem Urteil vom 26. November 2013 in Sachen Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern festgehalten, dass das HSM-Beschlussorgan bei der konkreten Zuteilung eines Bereichs genügend Transparenz schaffen muss, die den interessierten Institutionen erlaubt, eine ausreichende Kenntnis und Orientierung über den Sachverhalt und damit über den Gegenstand des zu konzentrierenden und zuzuteilenden Leistungsbereichs zu haben. Nur wenn ausreichend bestimmt ist, welcher Bereich zur HSM gehört und wie dieser Bereich definiert ist, könne sich ein betroffenes Spital mit ausreichender Kenntnis zum Zuteilungsentscheid äussern und konkrete Anträge stellen oder Einwände vorbringen.<sup>30</sup> Dies sei nicht gewährleistet, wenn wie im Fall der schweren Verbrennungen bei Kindern durch eine Ausnahmeregelung eine Kompetenz zur Zuordnung der Verbrennungen im Grenzbereich an die Verbrennungszentren delegiert wird, was in der IVHSM nicht vorgesehen ist. Dafür würden die Anhaltspunkte fehlen, die zeigen würden, aufgrund welcher Kriterien und in welchen Fällen Ausnahmen zu bewilligen sind. Eine klare Bestimmung des HSM-Bereichs sei somit nicht erfolgt.<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Vgl. C-6539/2011, Erw. 6.4.1.

<sup>31</sup> Vgl. C-6539/2011, Erw. 6.3.6.2 - 6.3.6.3.

## 2.4.4 Fazit

Weil die gesamtschweizerische einheitliche HSM-Planung das erste Mal erstellt wird, erfolgt bei ihrer Umsetzung ein Lern- und Entwicklungsprozess, der namentlich im Rahmen der spezifischen Überprüfungen von Zuordnungs- und Zuteilungsentscheidungen des HSM-Organs durch das BVGer stattfindet und zu Korrekturen und weiteren Entwicklungen führt. Die HSM-Organe haben die Arbeiten zum Aufbau der Grundlagen für die Auswahl der HSM-Bereiche, die Gegenstand der gesamtschweizerischen HSM-Planung sind, sachlich in Angriff genommen. Alle Voraussetzungen sind erfüllt, damit die HSM-Organe ohne weiteres die HSM-Planung auch in Bezug auf die Auswahl der HSM-Teilbereiche verbessern und vervollständigen, mit Beachtung der vom BVGer gesetzten Leitplanken.

## 2.5 Erarbeitung der HSM-Planung

### 2.5.1 Bedarfsanalyse<sup>32</sup>

Die Planungskriterien des Bundesrates sehen vor, dass die Kantone den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten ermitteln und sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche stützen (Art. 58b Abs. 1 KVV).<sup>33</sup> Die Bedarfsermittlung ist der erste Planungsschritt. Im Rahmen der leistungsorientierten Spitalplanung stehen die Leistungsdaten wie Fall- bzw. diagnosebezogene Falldaten im Vordergrund. Der HSM-Bereich ist grundsätzlich von kleinen Fallzahlen gekennzeichnet.<sup>34</sup> Zudem ist der Bedarf im Rahmen der Organtransplantationen nicht direkt von der Morbidität beziehungsweise von der Anzahl Patientinnen und Patienten, die eine Transplantation benötigen, abhängig, sondern von der Verfügbarkeit der Organe. Es werden mehr Organe benötigt, als zur Verfügung stehen. In den letzten Jahren haben sich die Wartezeiten für eine Organtransplantation verlängert; die längsten Wartezeiten werden in der Nierentransplantation verzeichnet.

Im Gegensatz zu den Organtransplantationen handelt es sich bei der Behandlung der Schwerverletzten um keine elektiven Interventionen, sondern um Notfalleingriffe. Die Erstversorgung von Schwerverletzten erfolgte – bevor dieser Bereich im Rahmen der HSM verbindlich geregelt wurde – in vielen grösseren und kleineren Spitälern, je nachdem, wer für den Transport verantwortlich war. Oftmals wurden die Patientinnen und Patienten erst sekundär in Traumazentren verlegt. Nur die Schweizerische Rettungsflugwacht (REGA) verfügte über eine gewisse Zuweisungspolitik an kompetente Institutionen der Schwerverletztenversorgung. In Sachen Bedarf bestehen im Bereich der schweren Verletzungen zum Teil erhebliche jahreszeitliche Schwankungen. In der Zukunft werden leicht steigende Fallzahlen erwartet, als Ergebnis der steigenden Einwohnerzahl, der Zunahme der Schwerverletzten im Alter, der Zunahme der Verletzungen und deren Schwere bei Risikosportarten und der Abnahme der Verletzungen beim Strassenverkehr.

Das HSM-Beschlussorgan hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich namentlich mit der fachlichen Beratung in Sachen Bedarfsanalyse und Zukunftsprognose mit Berücksichtigung der Einflussfaktoren beauftragt. Die HSM-Leistungen sind auf die in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS verwendeten Klassifikationssysteme ICD-10 und CHOP abzubilden. Gemäss dem von der Gesundheitsdirektion Zürich beschriebenen Prognosemodell hat die Prognose des zukünftigen Leistungsbedarfs einen Zeithorizont von 10 Jahren und soll sich auf die aktuelle Leistungsnach-

---

<sup>32</sup> Gemäss Auskunft des HSM-Projektsekretariates.

<sup>33</sup> Vgl. Ziffer 2.3.1.

<sup>34</sup> Vgl. Abbildung 3, Ziffer 2.4.2.

frage und auf die Einflussfaktoren und deren Entwicklung stützen. Gemäss Prognosemodell soll die Anzahl Fälle prognostiziert werden, nicht die Aufenthaltsdauer, welche im Rahmen der HSM nicht im Vordergrund steht. Als Einflussfaktoren gelten unter anderem die demographische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung, aufgrund welcher gestützt auf die Fallzahlen 2014 pro HSM-Leistungsbereich die Fallzahlen 2025 pro HSM-Leistungsbereich prognostiziert werden. Die Prognose erfolgt mit verschiedenen Szenarien, die von den Expertenschätzungen abhängig sind und sich je nach HSM-Leistungsbereich unterscheiden.

## 2.5.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität<sup>35</sup>

Für die Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung berücksichtigen die HSM-Organen die folgenden Anforderungen:

- Strukturqualität:  
 Infrastruktur (z. B. Notfallstation, technische Ausrüstung, erforderliche Abteilungen im Hause, notwendige Fachärztinnen und –ärzte und Pflegepersonal, inklusive deren Verfügbarkeit).
- Prozessqualität:  
 Dokumentationspflicht, z. B. Teilnahme an einem Register, an den Patientenpfaden, an einem Tumorboard oder Vernetzung mit anderen Leistungserbringern).

Die Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität stützen sich im Rahmen der HSM-Planung auf Richtlinien von Fachgesellschaften oder auf andere national oder international anerkannte Standards. In der Struktur- und Prozessqualität sind auch die Anforderungen an die Verfügbarkeit von hochspezialisiertem Personal und Teambildung und die Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen enthalten (Art. 4 Abs. 3 IVHSM). In verschiedenen Bereichen wurde zur Qualitätssicherung die Auflage zur Zertifizierung oder Anerkennung erlassen.

Die Verpflichtung zur Teilnahme an einem Register wird künftig zur Beurteilung der Ergebnisqualität dienen, anhand von international validierten Qualitätsindikatoren (z.B. die 30-Tage- oder 90-Tage-Mortalität).

Mindestfallzahlen wurden in einzelnen Bereichen zur Sicherstellung der Ergebnisqualität und zur Qualitätssicherung festgelegt.<sup>36</sup>

Abbildung 4: Übersicht Register pro HSM-Leistungsbereich<sup>37</sup>

HSM-Bereich	Name Register	Form	Status
Organ-Transplantationen	Swiss Transplant Cohort Study	Bestehendes Register	In Betrieb
Stammzell-Transplantationen	STABMT Register	Bestehendes Register	In Betrieb
Cochlea Implantate	CICH-Datenbank	Erneuerung eines bestehenden Registers	In Betrieb

<sup>35</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 11-12.

<sup>36</sup> Vgl. Ziffer 2.5.4.

<sup>37</sup> GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 41.

HSM-Bereich	Name Register	Form	Status
Schwere Verbrennungen	HSM minimal dataset for burns patients	Minimaldatensatz zweier bestehender klinikinterner Register	In Betrieb (seit 1.1.2014)
Schwerverletzte	Schweizerisches Traumaregister (STR)	Neues Register	In Betrieb (seit 1.1.2015)
Komplexe Hirn-schlagbehandlung	Swiss Stroke Registry	Neues Register	In Betrieb (seit 1.1.2014)
Neurochirurgie	Swiss HSM Registry Neuro	Neues Register	Im Aufbau
Kinderonkologie	Kinderkrebsregister	Bestehendes Register	In Betrieb
Viszeralchirurgie	HSM-Register zur Viszeralchirurgie	Anbindung an bestehendes AQC- Register	In Betrieb (seit 1.7.2014)

### 2.5.3 Hochqualifiziertes Personal, Teambildung und unterstützende Disziplinen<sup>38</sup>

Zur Prozessqualität gehören die zeitliche Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Fach- und Pflegepersonal sowie die Festlegung der für eine bestimmte HSM-Leistung notwendigen unterstützenden Fachdisziplinen.

Für jeden HSM-Bereich nimmt das HSM-Fachorgan eine Auflistung der notwendigen Fachdisziplinen sowie die Festlegung der erforderlichen Anzahl dieser Fachpersonen vor, damit die notwendige zeitliche Verfügbarkeit garantiert wird. Dies erlaubt, postoperative Komplikationen selbständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln und das Komplikationsrisiko zu senken. Die Operationalisierung dieses Kriteriums der IVHSM beinhaltet auch je nach Fachbereich spezielle Anforderungen an die Ausbildung einer Fachperson. Diese betreffen beispielsweise einen Facharzt- oder Schwerpunktittel<sup>39</sup> oder eine spezifische Weiter- oder Fortbildung.

In vielen HSM-Bereichen ist ein multidisziplinäres Team in die Behandlung involviert. Die enge Zusammenarbeit erlaubt eine maximale Qualität in der Betreuung- und Behandlungskette. Die Operationalisierung dieses IVHSM-Kriteriums beinhaltet die Auflistung der notwendigen Fachdisziplinen, die erforderliche Verfügbarkeit und je nach Fachbereich auch spezielle Anforderungen an die Vernetzung der Fachdisziplinen über verschiedene Versorgungsstufen.

### 2.5.4 Mindestfallzahlen

Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Eingriffe dienen der Sicherstellung und Erhöhung der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität. Dieses Qualitätskriterium ist international anerkannt.<sup>40</sup> Mindestfallzahlen pro Betrieb können zu-

<sup>38</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 13.

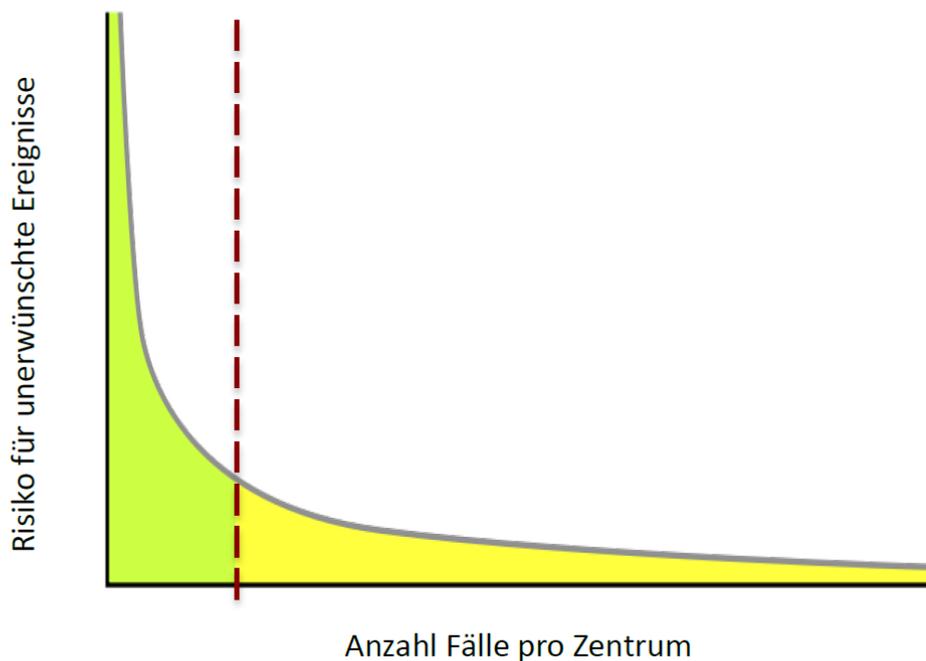
<sup>39</sup> Fachärztinnen und Fachärzte können sich in 34 Schwerpunkten spezialisieren und damit ihre Kenntnisse in einem Teilfachgebiet vertiefen, vgl. <http://www.fmh.ch/bildung-siwf.html> (Fachgebiete). Im Fachbereich Chirurgie gibt es bspw. die Schwerpunktittel für Allgemeinchirurgie und Traumatologie oder für Viszeralchirurgie.

<sup>40</sup> Dazu weist die GDK auf die folgende Literatur hin:

Parks, R.W., et al., *Benefits of specialisation in the management of pancreatic cancer: results of a Scottish population-based study*. Br J Cancer, 2004. 91(3): p. 459-65.

dem die Verteilung der Infrastrukturkosten auf eine genügend hohe Zahl an Behandlungsfällen sicherstellen und damit die Produktivität erhöhen. In Deutschland werden für ausgewählte Eingriffe Mindestfallzahlen zwischen 10 und 25 Behandlungsfällen pro Betrieb vorgeschlagen. Gemäss einer Studie des BFS aus dem Jahr 2007<sup>41</sup> würden bei der Anwendung des Kriteriums von 20 Behandlungsfällen pro Eingriff für alle HSM-Bereiche hinweg in der Schweiz rund 70% der Spitäler diese Mindestzahl im Jahr 2005 nicht erreichen, was zeigt, dass die Leistungserbringung in einigen Bereichen der HSM noch stark fragmentiert ist.<sup>42</sup>

Abbildung 5: Schematische Darstellung des typischerweise erwarteten Zusammenhangs zwischen der Anzahl Fälle pro Zentrum und dem Risiko für unerwünschte Ereignisse.<sup>43</sup>



Van Heek, N.T., et al., *Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands*. *Ann Surg*, 2005. 242(6): p. 781-8, discussion 788-90.

Borowski, D.W., et al., *Volume-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes*. *Br J Surg*, 2010. 97(9): p. 1416-30.

Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. *N Engl J Med*, 2002. 346(15): p. 1128-37.

Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States*. *The New England Journal of Medicine*, 2003. 349(22): p. 2117-27.

<sup>41</sup> Vgl. BFS, *Hochspezialisierte Medizin in der Schweiz Behandlungsfälle, Leistungserbringer und Behandlungsaufwand 2005, 2007*, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/dos/01.html>

<sup>42</sup> Vgl. GDK: *Statusbericht*, 27. April 2015, S. 12.

<sup>43</sup> Peter Jüni, Stefanie Hossmann, Julie Rat, Andreas Limacher, Anne W. S. Rutjes, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, *Seltenheit als Kriterium für die Konzentration der hochspezialisierten Medizin*, Executive Summary, 30. April 2014, S. 5, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606> (Zusammenfassung). Unter derselben Internetseite ist auch die vollständige Studie auf Englisch publiziert.

Eine im Auftrag der HSM-Organen vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern realisierten Studie hat die Definitionen der Mindestfallzahlen von verschiedenen europäischen Ländern im Bereich der Viszeralchirurgie untersucht. Nur die Schweiz hat einen nationalen Schwellenwert für die jährliche Anzahl Interventionen definiert, während sich die Schwellenwerte der anderen untersuchten Länder auf die Zentren beziehen. Die Beziehung zwischen der Anzahl durchgeführter Interventionen in einem Zentrum und postoperativen Ergebnissen ist allgemein akzeptiert. Es ist auch allgemein akzeptiert, dass die verfügbare Evidenz keine präzise Definition von Mindestfallzahlen pro Zentrum zulässt, welche mit einer Minimierung von Sterblichkeit und schweren unerwünschten Ereignissen sowie optimalen Langzeitergebnissen einhergehen. Die Studie der Universität Bern hat am Beispiel der Pankreasresektion beziehungsweise der komplexen Eingriffe am Ösophagus eine um 27 beziehungsweise 30 Prozent geringere Mortalität in Zentren mit grossen Fallzahlen als in Zentren mit kleinen Fallzahlen geschätzt.<sup>44</sup>

Für mehrere HSM-Leistungsbereiche enthalten die HSM-Entscheide Vorgaben zu Mindestfallzahlen, zum Teil in Form von provisorischen Mindestfallzahlen für eine Übergangsphase, zum Teil in Form von Empfehlungen für die Vergabe von zeitlich länger befristeten Leistungsaufträgen.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Vgl. Peter Jüni und al., Universität Bern, Executive Summary vom 30. April 2014, S. 5.

<sup>45</sup> Zur Befristung der HSM-Entscheide und der HSM-Regulierungslücken vgl. Ziffer 3.2.

Abbildung 6: Mindestfallzahlen (1)<sup>46</sup>

Bereich	Mindestfallzahlen						
	NL	AU	DE	FR	EN	DK	CH
Ösophagusresektion pro Zentrum pro Chirurg	20	10	10	30	60 15.20	80-100 20-30	15 <sup>1</sup>
Pankreasresektion pro Zentrum pro Chirurg	20 <sup>2</sup>	10	10	30	80 12	80-100 30	20 <sup>1</sup>
Leberresektion pro Zentrum pro Chirurg	20	10 <sup>5</sup>	20 <sup>7</sup>	30	150 <sup>8</sup> 15 <sup>9</sup>	80-100 30	20 <sup>1</sup>
Tiefe Rektumresektion pro Zentrum pro Chirurg	20 <sup>3</sup>	15 <sup>3,5</sup>		30 <sup>3</sup>		80-100 <sup>3</sup> 30 <sup>3</sup>	25 <sup>1</sup>
Komplexe bariatrische Chirurgie pro Zentrum pro Chirurg	100 <sup>4</sup>	25 <sup>6</sup>			100 50	80-100 <sup>10</sup> 30 <sup>10</sup>	25 <sup>1</sup>
Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen							25
Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation) beim Erwachsenen							20
Neurochirurgische Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne die komplexen vaskulären Anomalien							20
Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (ZNS)							20
Seltene Rückenmarkstumoren							10
Allogene hämatopoietischen Stammzelltransplantationen (HSZT) bei Erwachsenen							10

<sup>1</sup> Mindestfallzahl für die Übergangsphase: 10 Fälle pro Zentrum.

<sup>2</sup> alle Resektionen am Pankreas aufgrund von Krebserkrankungen oder Resektionen der Gallenwege;

<sup>3</sup> alle Rektumresektionen;

<sup>4</sup> schliesst auch nicht-komplexe Eingriffe ein;

<sup>5</sup> empfohlener Schwellenwert, nicht verbindlich;

<sup>6</sup> ab 2015;

<sup>7</sup> schliesst auch Lebertransplantationen mit ein;

<sup>8</sup> mindestens 75 grosse Interventionen (Entfernung dreier oder mehr Segmente);

<sup>9</sup> mindestens 10 grosse Interventionen;

<sup>10</sup> betrifft nur Re-Operationen.

<sup>46</sup> BAG, aufgrund der Angaben der HSM-Entscheide (unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>) sowie der Studie Peter Jüni und al., Universität Bern, Executive Summary vom 30. April 2014, S. 5, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606> (Zusammenfassung).

Für die hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen sind im HSM-Spitallistenentscheid spezifische Minimalanforderungen festgesetzt.

Abbildung 7: Mindestfallzahlen (2)<sup>47</sup>

Bereich	Mindestfallzahlen CH
Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen	Jedes Zentrum erreicht die je nach Status vorgeschlagenen Mindestfallzahlen pro spezialisierter Leistung, das heisst, dass <ol style="list-style-type: none"> <li>i. in einem Primary Stroke Center (PSC) jährlich mindestens 30 Thrombolyse ausgeführt und 150 ischämische Hirnschlag-Patienten aufgenommen und behandelt werden</li> <li>ii. in einem Comprehensive Stroke Center (CSC) jährlich mindestens 50 Thrombolyse und 250 ischämische Hirnschlag-Patienten aufgenommen und behandelt werden.</li> </ol>

Für andere Bereiche sind die Mindestfallzahlen nicht direkt in den Entscheiden des HSM-Beschlussorgans enthalten:

Abbildung 8: Mindestfallzahlen (3)<sup>48</sup>

Bereich	Mindestfallzahlen CH
Pädiatrische Onkologie: Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)	Einhaltung der JACIE <sup>49</sup> -Normen
Cochlea Implantation	Richtlinien der Konferenz der Cochlea Implantation (CI)- Kliniken der Schweiz (CICH)

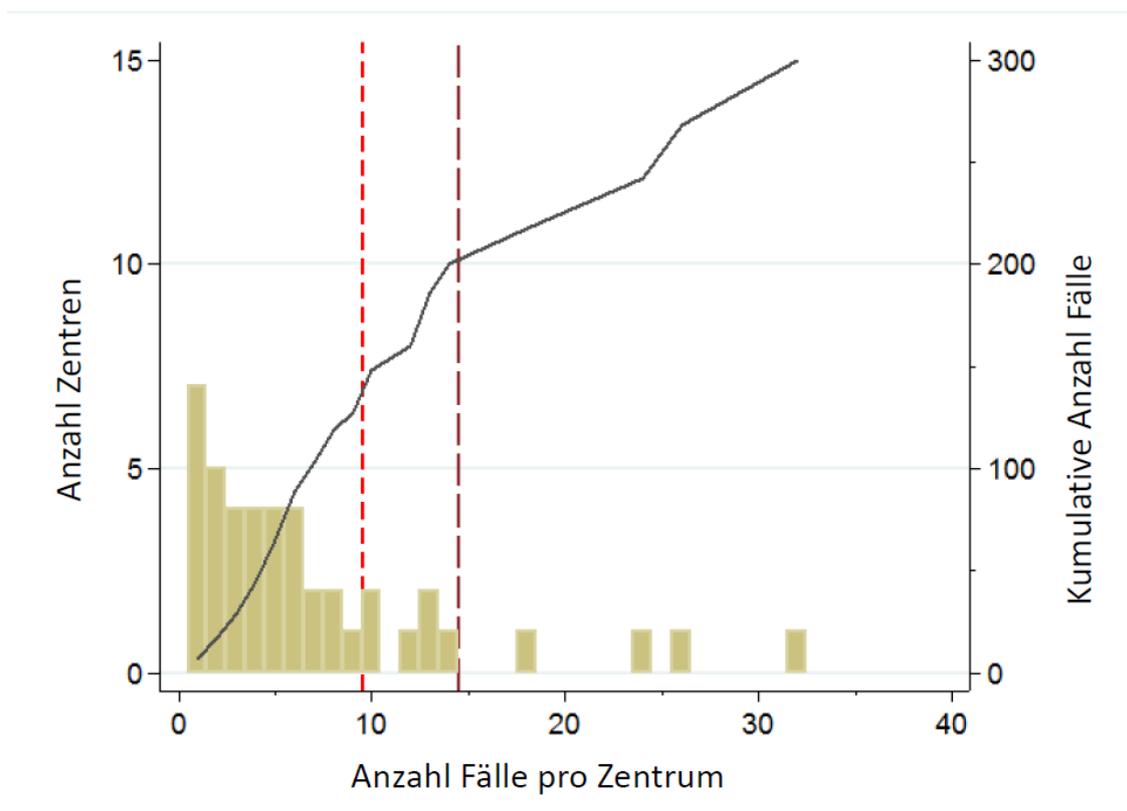
Für die Eingriffe am Ösophagus pro Zentrum im Jahr 2011 in der Schweiz führten gemäss der Studie der Universität Bern 33 Zentren weniger als 10 Eingriffe pro Jahr durch (hellrote, gestrichelte Linie in der Abbildung 9). 128 der 300 Patientinnen und Patienten mit komplexen Eingriffen am Ösophagus (42.7%) wurden in Zentren mit weniger als 10 Interventionen behandelt.

<sup>47</sup> BAG, aufgrund der Angaben der HSM-Entscheide.

<sup>48</sup> BAG, aufgrund der Angaben der HSM-Entscheide.

<sup>49</sup> Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (haematopoietic stem cell transplant assessor), vgl. <http://www.jacie.org/>

Abbildung 9: Histogramm der Anzahl Zentren mit einer bestimmten jährlichen Zahl an komplexen Eingriffen am Ösophagus in der Schweiz im Jahr 2011.<sup>50</sup>



Die hellrote gestrichelte Linie zeigt die provisorisch für eine Übergangsphase definierte Mindestfallzahl pro Jahr; die dunkelrote gestrichelte Linie die empfohlene Mindestfallzahl für zeitlich länger befristete Leistungsaufträge ; die schwarze, diagonale Linie zeigt die kumulative Anzahl der Fälle insgesamt.

### 2.5.5 Wirtschaftlichkeit

Zu Beginn der HSM-Planung haben die HSM-Organe auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler verzichtet, dies in der Annahme, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung bereits im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erfolgt und dass ein auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführtes Spital bereits die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit erfüllt.<sup>51</sup> In seinem Grundsatzentscheid vom 26. November 2013 in Sachen Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern<sup>52</sup> hat das BVGer aber angeführt, dass die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auch im Rahmen der HSM-Planung erfolgen soll. Demzufolge haben die HSM-Organe entschieden, dass die Spitäler im Bewerbungsverfahren die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung – sie stützt sich auf Betriebsvergleiche – notwendigen Kostendaten einreichen müssen, namentlich den Kostenausweis nach dem Integrierten Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung (ITAR\_K)<sup>53</sup> und die Kosten- und Leistungsdaten der SwissDRG<sup>54</sup> AG. Bei ITAR-K

<sup>50</sup> Peter Jüni und al., Universität Bern, Executive Summary vom 30. April 2014, S. 6, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606> (Zusammenfassung).

<sup>51</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 12.

<sup>52</sup> Vgl. C-6539/2011, Erw. 7.2 und C-5647-2011, Erw. 5.3.4.

<sup>53</sup> Vgl. H+: ITAR-K, Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung, unter [http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/itar\\_k/](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/itar_k/)

<sup>54</sup> DRG steht für Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen).

handelt es sich um eine von H+ Die Spitäler der Schweiz entwickelte Ermittlungsmethode der tarifrelevanten Betriebskosten.

Das HSM-Beschlussorgan hat im Jahr 2014 eine Expertengruppe mit Vertretern verschiedener kantonaler Gesundheitsdirektionen mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der IVHSM beauftragt. Die Expertengruppe hat zwei Herangehensweisen überprüft. Mit dem Vergleich auf Basis der schweregradbereinigten Fallkosten gemäss dem Modell ITAR-K können gemäss Expertengruppe Informationen über die Wirtschaftlichkeit über alle Leistungsbereiche gewonnen werden. Damit wurde gezeigt, ob ein Spital insgesamt effizient produziert und nicht ausschliesslich in einzelnen Leistungsbereichen. Mit der zweiten Herangehensweise, dem Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten im eingegrenzten HSM-Bereich auf Basis der SwissDRG Datensätze, könne die Wirtschaftlichkeit eines Spitals innerhalb des spezifischen HSM-Bereichs beurteilt werden. Dieses Verfahren kann jedoch nur angewendet werden, wenn die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind (u.a. Abbildung der Leistungen in CHOP/ICD, genügend grosse Fallzahlen). Die Informationen aus den zwei Herangehensweisen würden sich gegenseitig ergänzen. In einem konkreten Zuteilungsverfahren ist gemäss Expertengruppe einzubeziehen, wie exakt der HSM-Leistungsbereich im System DRG identifiziert werden konnte, wie viele Fälle in einen Kostenvergleich einbezogen werden können und wie gut die Qualität der zur Verfügung stehenden Kostendaten insgesamt eingeschätzt wird.<sup>55</sup>

Anlässlich seiner Sitzung vom 25. Juni 2015 hat das HSM- Beschlussorgan entschieden, dass für die Beurteilung und die Auswahl des auf der HSM-Liste zu sichernden Angebotes in jedem HSM-Bereich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen ist. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei grundsätzlich primär auf die ITAR-K und, sofern möglich, auch auf die Swiss-DRG basierte Herangehensweise abzustützen. Die komplementäre, auf SwissDRG-Daten basierte Wirtschaftlichkeitsprüfung könne durchgeführt werden, wenn der HSM-Bereich im Klassifikationssystem ICD/CHOP codierbar ist und anteilmässig wenige Spitäler sehr kleine Fallzahlen aufweisen. Wenn diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, könne die Wirtschaftlichkeitsprüfung nur auf Basis von ITAR-K-Daten durchgeführt werden. Aufgrund ungenügender oder fehlender Kostendaten oder für eine statistische Auswertung zu geringer Fallzahlen dürfe einem Leistungserbringer im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung kein Bewertungsvorteil erwachsen.<sup>56</sup>

Das BVGer hat die Anwendbarkeit der ITAR-K wie auch von REKOLE<sup>®</sup><sup>57</sup> grundsätzlich nicht in Frage gestellt, aber die Gesetzeskonformität der in diesen Modellen enthaltenen Berechnungsvorgaben geprüft und dazu Stellung genommen.<sup>58</sup> Zudem macht das BVGer auf die Bedeutung des transparenten Ausweises der Kosten der Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) aufmerksam. Für die Führung von Betriebsvergleichen ist namentlich erforderlich, dass die Datenqualität der Vergleichsspitäler den Transparenzanforderungen entspricht. Darum müssen die Spitäler die Kosten sorgfältig und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Anforderungen ermitteln und die Kantone eine sorgfältige Prüfung durchführen.<sup>59</sup> Die Korrektheit der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist damit von der Transparenz der Daten abhängig, die in ITAR-K ausgewiesen sind.

Grundsätzlich steht für die Patientensicherheit die Qualität der Leistungserbringung bei der Zuteilung von HSM-Leistungen im Vordergrund. Es ist bei der Auswahl der

---

<sup>55</sup> Gemäss Auskunft des HSM-Projektsekretariates.

<sup>56</sup> Gemäss Auskunft des HSM-Projektsekretariates.

<sup>57</sup> Vgl. H+: REKOLE<sup>®</sup>- Betriebliches Rechnungswesen im Spital, unter [http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/rechnungswesen\\_spital/](http://www.hplus.ch/de/dienstleistungen/betriebswirtschaft/rechnungswesen_spital/)

<sup>58</sup> Vgl. namentlich Urteil des BVGer vom 7. April 2014 (C-1698/2013), Erw. 3.4.3 ff.

<sup>59</sup> Vgl. zum Beispiel Urteil des BVGer vom 24. April 2015 (C-2255/2013), Erw. 8.1. und 12.2.

Leistungserbringer demzufolge in jedem einzelnen Leistungsbereich zu beurteilen, welches Gewicht dem zusätzlich erforderlichen Kriterium der Wirtschaftlichkeit zukommt.<sup>60</sup>

### **2.5.6 Versorgungssicherheit und Erfüllung des Leistungsauftrages<sup>61</sup>**

Mit der HSM-Planung werden hochspezialisierte Leistungen an einigen wenigen Kompetenzzentren konzentriert. Es stellt sich daher die Frage der Gewährleistung von genügenden Kapazitäten und der Wegdistanzen. In der bisherigen Planung haben auch periphere Spitäler zur Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung Leistungsaufträge erhalten. Dies betrifft namentlich die Behandlung von Schwerverletzten und Hirnschlägen sowie die neurochirurgische Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems.<sup>62</sup> Für die HSM-Bereiche der Pädiatrie und Kinderchirurgie ist die wohnortsnahe Versorgung bzw. die Sicherstellung eines Versorgungsangebotes in den Sprachregionen von Bedeutung. Zudem wird beim Bewerbungsverfahren bei allen Spitälern die Bereitschaft zur Erfüllung des Leistungsauftrags erfragt. Für die Abklärung der Fähigkeit eines Spitals zur Erfüllung des Leistungsauftrages dienen im Speziellen die Vorgaben an die Prozess- und Strukturqualität.

### **2.5.7 Forschung und Lehre<sup>63</sup>**

Die Konzentration der hochspezialisierten klinischen Medizin hat auch die Förderung der Forschung zum Ziel. Zur Dokumentation der Forschungstätigkeit gehören u.a. die Teilnahme an Förderungsmassnahmen des Nationalfonds und anderer Institutionen, die Teilnahme an Forschungsprojekten – insbesondere die aktive Beteiligung an klinischen und multizentrischen Studien –, die Forschung zur Entwicklung von neuen Ansätzen in der Diagnose und Therapie sowie die entsprechende Publikationstätigkeit. Relevant sind ausserdem die Höhe der angeworbenen Drittmittel für die Durchführung von Forschungsprojekten sowie die Förderung von Nachwuchsforschenden inkl. Leitung und Begleitung von Dissertationen und Masterarbeiten. Für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen in der Schweiz sind die aktive Beteiligung in der Lehre und damit die Nachwuchsförderung im entsprechenden HSM-Bereich sehr wichtig. Die Lehrtätigkeit wird z.B. durch die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für einen bestimmten Facharzt- oder Schwerpunkttitle, die Aktivitäten in der spezifischen Fortbildung sowie die Lehrtätigkeit an der medizinischen Fakultät dokumentiert.

### **2.5.8 Internationale Konkurrenzfähigkeit**

Die internationale Konkurrenzfähigkeit ist ein sehr wichtiger Faktor der Attraktivität des Forschungsplatzes, der klinischen Versorgung und der wirtschaftlichen Entwicklung des Standorts Schweiz. Mit der Konzentration der hochspezialisierten Leistungen auf einige wenige nationale Zentren werden auf nationaler und internationaler Ebene konkurrenzfähige Kompetenzzentren gebildet. Zudem führt eine Erhöhung der Fallzahlen pro Zentrum aufgrund des Konzentrationseffektes zu einer Verbesserung der Qualität und der Kompetenzbildung.

---

<sup>60</sup> Gemäss Auskunft des HSM-Projektsekretariates.

<sup>61</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 12-13.

<sup>62</sup> Vgl. Bundesblatt Nr. 25 vom 21. Juni 2011.

<sup>63</sup> Ziffern 2.5.7 - 2.5.10: vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 13-14.

### 2.5.9 Bewerbungsverfahren

Alle interessierten Leistungserbringer erhalten die Gelegenheit, sich in jedem HSM-Bereich um die Zuteilung eines Leistungsauftrags zu bewerben. Damit sind das rechtliche Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft BV<sup>64</sup>), das Willkürverbot (Art. 9 BV) und die Gleichbehandlung von Konkurrenten bzw. die staatliche Wettbewerbsneutralität (Art. 27 und 94 BV) gewährleistet. Das HSM-Fachorgan erstellt die detaillierten Grundlagen für das Bewerbungsverfahren. Aus diesen Grundlagen gehen die Eignungs- und massgeblichen Zuschlagskriterien hervor. Die Anforderungen stützen sich auf die massgeblichen Bestimmungen von KVG, KVV und IVHSM. Die Spitäler müssen im Rahmen des Bewerbungsverfahrens den Erfüllungsgrad der gestellten Anforderungen dokumentieren und die zur Beurteilung notwendigen Unterlagen einreichen.

### 2.5.10 Periodische Neubeurteilung der Leistungszuteilungen

Im Beschlussdispositiv der Zuteilungsentscheide sind Auflagen aufgeführt, welche im Bundesblatt veröffentlicht sind. Diese Auflagen an die Leistungserbringer sind beispielsweise zur Qualitätssicherung gedacht und mit der Vernetzung und der Teilnahme an Registern verbunden. Die Leistungszuteilungen der HSM sind nach Artikel 3 Absatz 4 IVHSM zeitlich befristet. Periodisch werden sie einer Neubeurteilung unterzogen, die dazu dient, den Umsetzungsstand der gestellten Auflagen zu prüfen und die erbrachte Versorgung der einzelnen HSM-Leistungserbringer zu beurteilen. Bei der Neubeurteilung wird auch die Versorgungslage neu analysiert. Dies ist nötig, weil Bereiche der HSM einem medizinisch-technologischen Wandel unterworfen sind oder wie z.B. die Protonentherapie oder die tiefe Hirnstimulation von einer möglichen Indikationsausweitung betroffen sein können, welche Auswirkungen auf den Bedarf haben könnten.

### 2.5.11 Fazit

Zu den Vorgaben an die Spitalplanung im Rahmen des KVG gehört eine Bedarfsanalyse und die Auswahl der Leistungserbringer insbesondere auf der Grundlage von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, des Zugangs des Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist und der Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages.<sup>65</sup> In Folge der Erwägungen des Grundsatzentscheides des BVGer vom 26. November 2013 ist das HSM-Beschlussorgan namentlich auf die Umsetzung der Anforderungen der Planungskriterien des Bundesrates betreffend Bedarfsanalyse und Wirtschaftlichkeit eingegangen.

Die bisher gefällte Zuteilungsentscheide tragen nicht allen Planungsaspekten im Sinne dieser Rechtsprechung Rechnung. Dies ist namentlich für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Fall. Die Entwicklung der Planungsmethode im neu definierten Leistungsbereich der HSM ist zeitintensiv und erfolgt nicht zuletzt mittels auf Erfahrung basierten Ergänzungen und Korrekturen. Die Überprüfung der Zuteilungsentscheide des HSM-Beschlussorgans durch das BVGer im Rahmen der Beschwerdeverfahren hat bereits zu dieser Entwicklung beigetragen. Die bei der Erstellung des vorliegenden Berichts erfolgte Überprüfung der Erarbeitungsmethode der HSM-Planung hat gezeigt, dass diese Entwicklung weit fortgeschritten ist und durch die intensive Arbeit der HSM-Organe weiterhin präzisiert wird. Dass nicht alle bisherigen Zuteilungsentscheide des HSM-Beschlussorgans mit Berücksichtigung aller Planungselemente ge-

---

<sup>64</sup> SR 101

<sup>65</sup> Vgl. Ziffer 2.3.1.

fällt worden sind, ist in diesem Sinne nicht als Anomalie zu sehen. Auch diese Entscheide werden bei den vorgesehenen Neubeurteilungen der Leistungszuteilungen überprüft und nach Bedarf angepasst.

Die Schaffung von Qualitätsregistern dient der Umsetzung der gesetzlichen Anforderung zur Beurteilung der Qualität der Leistungen. Um die Qualität und die Vollständigkeit der gelieferten Daten zu sichern ist eine Auditierung der Register unumgänglich. Eine solche Auditierung erfolgt bisher noch nicht. Zwecks Verbesserung der Aussagekraft der Register ist es zentral, dass eine solche Auditierung implementiert wird.

Bei Problemen mit der Umsetzung der gemeinsamen gesamtschweizerischen HSM-Planung in Bezug auf die Qualität hat der Bund die Möglichkeit, Voraussetzungen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV<sup>66</sup>) zu verankern. Der Bund kann auf diese Weise die Qualität von einzelnen oder mehreren HSM-Leistungen stärken, ohne von seiner subsidiären Kompetenz im HSM-Planungsbereich Gebrauch zu machen.

### **3 Umsetzung der HSM-Planung**

#### **3.1 Die Planung der Jahre 2009-2014**

##### **3.1.1 Erstellung der HSM-Spitalliste**

In Anhang 3 des vorliegenden Berichts ist die im Statusbericht der GDK vom 27. April 2015 abgebildete HSM-Spitalliste aufgeführt. Die HSM-Spitalliste betrifft Zuteilungsentscheide für 39 HSM-Teilbereiche, was nach den Schätzungen des HSM-Fachorgans rund drei Viertel des Gesamtgebietes der wichtigen HSM-Bereiche in der Schweiz entspricht.<sup>67</sup> Die Spitalliste präzisiert für jeden dieser Entscheide die Situation in Zusammenhang mit ihrer Befristung und mit der Frage der Rechtskraft. Die HSM-Spitalliste sowie die einzelnen Entscheide sind auf der Internetseite der GDK aufgeschaltet.<sup>68</sup> Sie betrifft rund 9250 Behandlungsfälle pro Jahr. Im Jahr 2013 wurden in der Schweiz in den Spitälern 1'374'454 Fälle behandelt.<sup>69</sup> In der Abbildung 3 ist das Detail der durchschnittlichen Fallzahlen pro HSM-Leistungsbereich, im Anhang 4 der Planungsschwerpunkt der Jahre 2009-2014 aufgeführt.

Die rechtsgültigen Leistungszuteilungen der interkantonalen HSM-Spitalliste gehen den kantonalen Spitallisten vor, so dass allfällige abweichende Spitallistenzulassungen der Kantone für die HSM-Bereiche als aufgehoben gelten. Weil aber die meisten HSM-Entscheide zeitlich bis Ende 2014 bzw. 2015 befristet waren und das HSM-Beschlussorgan die entsprechenden Neubeurteilungen noch nicht verabschieden konnte, ist eine HSM-Regulierungslücke entstanden. Zu dieser Frage verweisen wir auf die Ausführungen unter Ziffer 3.2 des vorliegenden Berichts. Die HSM-Regulierungslücke betrifft auch die folgenden Fallbeispiele der Versorgung von Schlaganfällen und Schwerverletzten.

---

<sup>66</sup> SR 832.112.31

<sup>67</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 32.

<sup>68</sup> Vgl. Internetseite der GDK unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=1%20AND%201%3D1%97>

<sup>69</sup> Vgl. BFS: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Tabelle B2 und C1, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/data/01/05.html>

### 3.1.2 Fallbeispiele

#### a) Protonentherapie<sup>70</sup>

Die Behandlung einzelner ausgewählter seltener Krebsarten ist durch die OKP vergütet. Die Zweckmässigkeit und wirtschaftliche Vertretbarkeit der Protonentherapie ist erst bei wenigen Tumorbefunden wissenschaftlich gesichert. Für das HSM-Beschlussorgan sind die aktuellen und die neugeschaffenen Behandlungseinheiten am Paul Scherrer Institut (PSI) (insgesamt 5 Behandlungsplätze beziehungsweise 500-600 Patienten pro Jahr) ausreichend, sowohl für den Bedarf der OKP als auch für die notwendigen Kapazitäten für klinische Studien. Der Bedarf für Schweizer Patienten liegt bei rund 200-250 Patienten pro Jahr. Die Schweiz verfügt über 1 Behandlungsplatz pro 1.6 Millionen Einwohner, weltweit die höchste Versorgungsdichte. Der Bau eines neuen Protonentherapiezentrum hätte rund 350 Millionen Franken (Projekt Proton Therapy Center Zürichersee) bzw. 200 Millionen Franken (Projekt des Insospitals Bern) gekostet.

#### b) Schlaganfallversorgung<sup>71</sup>

Die komplexe Behandlung von Hirnschlägen wurde erstmals 2011 als medizinischer Bereich der HSM zugeordnet. Im Rahmen der Reevaluation wurde die Erfüllung der Kriterien mit den folgenden in der Abbildung dargestellten Ergebnissen überprüft.

Abbildung 10: IVHSM-Kriterien in Bezug auf die komplexe Behandlung von Hirnschlägen<sup>72</sup>

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

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

<sup>70</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 16 und 27-28.

<sup>71</sup> Vgl. GDK: Reevaluation, Komplexe Behandlung von Hirnschlägen, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 19. Februar 2015, S. i und 8, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1114> sowie GDK: Statusbericht vom 27. April 2015, S. 17 und 26.

<sup>72</sup> GDK: Reevaluation, Komplexe Behandlung von Hirnschlägen, 19. Februar 2015, S. 13.

Rund 800 Patienten der 20'000 Personen, die in der Schweiz pro Jahr einen Schlaganfall erleiden, sind auf eine komplexe, hochspezialisierte Behandlung an Zentren der Maximalversorgung angewiesen. Durch eine initiale optimale Behandlung werden ihre Überlebenschancen erhöht und das Ausmass an bleibenden Behinderungen vermindert. Dank dem Zusammenspiel von Neurologen, Internisten, Neurochirurgen, Radiologen, u.a. können die Behandlungsschritte umgehend eingeleitet werden. Auch erfahrenes Personal und hohe Vorhalteleistungen sind gefordert. Es ist daher sinnvoll, Schlaganfallpatienten, die eine hochspezialisierte Behandlung benötigen, auf wenige Zentren zu konzentrieren.

Im Jahr 2009 wurde die komplexe Hirnschlagversorgung 8 Spitälern zugewiesen. Sie erhielten die Auflage, sich als Versorgungseinrichtung auf Stufe „Stroke Center“ zertifizieren zu lassen und sich zu regionalen Versorgungsnetzwerken zusammenschliessen, welche Spitäler der Versorgungsstufe „Stroke Unit“ miteinschliessen. Damit soll eine optimierte und stufengerechte Versorgung gewährleistet werden. Mit dem Zertifizierungsprozess wurden Fachgesellschaften für Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie beauftragt. Qualitätsstandards in der Versorgung wurden damit umgesetzt, Behandlungspfade definiert und die Bildung von regional abgestimmten Versorgungsnetzwerken angestossen. Zudem können auch erhebliche finanzielle Kosteneinsparungen erzielt werden.

### *c) Schwerverletzte<sup>73</sup>*

Die OKP deckt neben den Krankheitskosten auch die Unfallkosten derjenigen Versicherten, die nicht über eine Unfallversicherung gedeckt sind (Art. 1 a Abs. 2 Bst. b und Art. 8 bis 10 KVG). Im Jahr 2013 hatten 4'260'615 Personen eine Unfalldeckung KVG.<sup>74</sup>

Das HSM-Beschlussorgan hat entschieden, dass schwerverletzte Patienten direkt in einem Spital der Maximalversorgungsstufe (Traumazentrum) behandelt werden. Aus Gründen der fehlenden Planbarkeit stellt die Versorgung von lebensbedrohlich verletzten Patienten höchste Anforderungen an die notfallmässige Organisation und das Prozessmanagement und erfordert eine umgehende, spezialisierte interdisziplinäre Behandlung. Die Behandlung in einem Traumazentrum im Vergleich zur Therapie in einem peripheren Spital führt zu einer Reduktion der vermeidbaren Todesfälle sowie zu einer Verbesserung des funktionalen Outcomes.

Mit dem HSM-Prozess wurde ein Schweizerisches Traumaregister eingeführt, was in die Zukunft erlauben wird, die Versorgungskosten zu erfassen.

### **3.1.3 Urteile des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer)**

Gegen 17 der 39 Leistungszuteilungen der HSM-Bereiche reichten mehrere Spitäler vor BVGer Beschwerde ein.<sup>75</sup> Das BVGer hat in seinen Urteilen die vom HSM-Beschlussorgan getroffenen Entscheide aus prozeduralen Gründen aufgehoben und ein zweistufiges Planungsverfahren angeordnet, wo die Zuordnung eines Bereichs zur HSM und deren Zuteilung an die Spitäler gestaffelt erfolgt. Das HSM-Beschlussorgan hatte in den HSM-Entscheiden Zuordnung und Zuteilung der Leistungsbereiche

---

<sup>73</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 17-18 und 27.

<sup>74</sup> BAG: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2013, Tabelle T. 11.16, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/index.html?lang=de>

<sup>75</sup> Vgl. dazu die BVGer-Urteile C-6539/2011, C-4155/2011, C-4153/2011, C-4154/2011, C-6504/2011.

gleichzeitig durchgeführt, so dass das rechtliche Gehör der Betroffenen nicht gewährleistet werden konnte. Die GDK geht davon aus, dass vom Start der Vernehmlassung zum Zuordnungsverfahren bis zur Verabschiedung der Leistungszuteilungen mit einhalb Jahren Zeit zu rechnen ist.<sup>76</sup> Das BVGer hat in seinen Urteilen zudem darauf hingewiesen, dass die Planungskriterien des Bundesrates auch im Rahmen der HSM-Planung zu beachten sind, was namentlich eine Bedarfsanalyse und eine Auswahl der Spitäler aufgrund des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit voraussetzt.<sup>77</sup>

Gegen die Planungsentscheide der Kantone sind die Versicherer zur Beschwerde nicht legitimiert.<sup>78</sup> Beschwerden können einzig die Leistungserbringer einreichen. Die Aufhebung einer angefochtenen HSM-Leistungszuteilung durch das BVGer entfaltet ausschliesslich gegenüber den beschwerdeführenden Spitälern Rechtswirkung.<sup>79</sup> Es handelt sich um diejenigen Spitäler, die eine Nicht-Leistungszuteilung in einem HSM-Teilbereich gerügt haben. Mit der Aufhebung eines HSM-Zuteilungsentscheids in einem HSM-Teilbereich dürfen diese Spitäler bis zum Neuentscheid des HSM-Beschlussorgans weiterhin im betreffenden HSM-Teilbereich Leistungen erbringen, wenn sie aufgrund einer kantonalen Planung für diese Leistungserbringung zugelassen sind. Ein HSM-Zuteilungsentscheid ist hingegen weiterhin für diejenigen Spitäler gültig, die einen Leistungsauftrag erhalten haben – sie dürfen die Leistungen im betreffenden HSM-Teilbereich erbringen – sowie für die Spitäler, die keine Beschwerde gegen einen Nichtzuteilungsentscheid eingereicht haben – sie dürfen die entsprechenden Leistungen nicht erbringen. Zudem erwachsen nicht angefochtene HSM-Urteile in Rechtskraft. Zusammenfassend waren gemäss Statusbericht der GDK vom 27. April 2015 lediglich 441 der 9250 in die HSM-Planung eingeschlossenen Fälle von Beschwerden betroffen.<sup>80</sup>

---

<sup>76</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 24.

<sup>77</sup> Vgl. Ziffer 2.3.1.

<sup>78</sup> Vgl. Urteil des BVGer vom 8. September 2010 (C-623/2009).

<sup>79</sup> Vgl. Urteil des BVGer vom 17. Dezember 2013 (C-6994/2013), Erw. 3.1.

<sup>80</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 22.

Abbildung 11: Übersicht der Fallzahlen der Beschwerden<sup>81</sup>

HSM-Bereich	Anzahl von Beschwerden tangierte Behandlungsfälle	Total Behandlungsfälle	Prozentsatz aller betroffenen Fälle
Viszeralchirurgie (5 Teilbereiche)	256	2910	8.8%
Päd. Onkologie (5 Teilbereiche)	53	395	13.4%
Komplexe Hirnschlagbehandlung	12	550	2.2%
Neurochirurgie (5 Teilbereiche)	45	1210	3.7%
Schwere Verbrennungen bei Kindern	35	155	22.6%
Neonatologie*	40	820	4.9%
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>9250</b>	<b>4.7%</b>

\*:Schätzung: 5% der Gesamtfälle

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, diverse Jahre, interne Auswertungen.

<sup>81</sup> GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 22.

### 3.1.4 Auswirkungen auf den ambulanten Bereich

Für die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP sieht das KVG ausschliesslich für den stationären Bereich der Spitäler die Erstellung einer Planung und einer Liste vor (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Ambulante Leistungen können alle jene Leistungserbringer erbringen, die die personellen und technischen Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistungen und die entsprechenden Zulassungsbedingungen erfüllen. Dies gilt sowohl für Spitalambulatorien als auch für alle anderen ambulanten Leistungserbringer. Das HSM-Beschlussorgan hat festgestellt, dass für die Gewährleistung einer optimalen patientenzentrierten Betreuung in vielen HSM-Bereichen eine verbesserte Koordination der ganzen Behandlungskette wünschenswert ist, insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Betreuung; im Idealfall soll die ambulante Behandlung in enger Kooperation mit einem HSM-Zentrum erfolgen.<sup>82</sup>

Im Entscheid betreffend die Zuteilung des Leistungsauftrages für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen hat das HSM-Beschlussorgan Folgendes aufgeführt:

*"Aufgrund der Seltenheit der Diagnose sowie der oftmals anzutreffenden Komplexität der Behandlung von kindlichen Neoplasien drängen sich eine verstärkte Koordination der Behandlungskette und die systematische Vernetzung der beteiligten Institutionen und Fachpersonen auf. Die 9 vorgenannten Spitäler werden unter Beizug der SPOG<sup>83</sup> daher mit der Erarbeitung eines Versorgungskonzepts in 3 Netzwerkregionen beauftragt."<sup>84</sup>*

Für das HSM-Beschlussorgan war der Ausgangspunkt für die obenerwähnten Empfehlungen des HSM-Fachorgans eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlungskette, d.h. der stationären und ambulanten Versorgung. Die Koordinationsvorschläge in Bezug auf eine systematische Vernetzung haben Empfehlungscharakter. Mit den Empfehlungen ginge es insbesondere darum, dass onkologische Kompetenzzentren die Behandlung seltener Krebsarten besser koordinieren und nicht darum, die gesamte Behandlungskette von stationärer und ambulanter Versorgung an einem HSM-Zentrum zu zentralisieren.<sup>85</sup>

### 3.1.5 Fazit

Die GDK ist sich bewusst, dass im Sinne einer stufenweisen Konzentration in einer ersten Phase der HSM-Planung ein sehr moderater Konzentrationsprozess angesprochen wurde.<sup>86</sup> Dieser Prozedere kann damit erklärt werden, dass die Kantone Neuland betreten haben. Die HSM-Organe haben intensiv gearbeitet und bereits eine konsistente HSM-Spittalliste erlassen, die 39 HSM-Teilbereiche und 9250 Behandlungsfälle pro Jahr betrifft. Die Schlaganfallversorgung und die Behandlung von Schwerverletzten sind Beispiele der Organisation, Koordination und Optimierung der Versorgung, die im Rahmen der HSM-Planung erzielt werden.

---

<sup>82</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 29.

<sup>83</sup> Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe.

<sup>84</sup> Entscheid des HSM-Beschlussorgan vom 10. September 2013 über die Pädiatrische Onkologie, stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen, Begründung, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1021&L=1%23c3793> (publiziert im Bundesblatt vom 10. September 2013).

<sup>85</sup> Gemäss Auskunft des HSM-Projektsekretariat.

<sup>86</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 28.

## 3.2 Befristung der HSM-Entscheide

### 3.2.1 Entstand von HSM-Regulierungslücken<sup>87</sup>

Alle HSM-Leistungszuteilungen sind zeitlich befristet und müssen vor Ablauf der Frist einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen werden.<sup>88</sup> Die meisten Fristen waren auf Ende 2014 und Ende 2015 festgesetzt. Aufgrund der prozeduralen Anforderungen an das neue zweistufige Planungsverfahren gemäss den Vorgaben des BVGer war es für die HSM-Organe nicht möglich, die neuen Leistungszuteilungen fristgerecht zu verabschieden. Während der entstandenen HSM-Regulierungslücke gelten somit bis zum Zeitpunkt einer Neuzuteilung durch die HSM-Organe und der Verabschiedung der neuen HSM-Leistungsaufträge die kantonalen Leistungsaufträge.

### 3.2.2 HSM-Entscheide und kantonalen Spitalplanungen<sup>89</sup>

Die betroffenen Leistungen bzw. die übergeordneten Leistungsbereiche wurden in den meisten Kantonen bereits unter Vorbehalt von HSM-Entscheiden geregelt. Wo dies allenfalls noch nicht der Fall war, galt es für die betroffenen Spitäler mit den Gesundheitsdirektionen entsprechende (provisorische) Überbrückungsvereinbarungen zu treffen. Die Abbildung in den Kodierkatalogen (CHOP und ICD)<sup>90</sup> ist die Grundvoraussetzung für die Integration der HSM-Entscheide in das Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)-Konzept<sup>91</sup>. Vierundzwanzig Kantone wenden das vom Kanton Zürich entwickelte und von der GDK empfohlene SPLG-Konzept an. Der Kanton Zürich stellt den anderen Kantonen jeweils das aktualisierte SPLG-Konzept, inklusive der Zuteilungen der HSM-Leistungen zu den jeweiligen Leistungsgruppen, zur Verfügung.

Die HSM-Organe erarbeiten eine erste Abbildung in Klassifikationssystemen CHOP und ICD für HSM-Leistungszuteilungen, die vor dem Jahr 2013 verabschiedet worden sind und HSM-Bereiche betreffen, die noch nicht in das SPLG-Konzept integriert wurden.

### 3.2.3 Massnahmen zur Überbrückung der HSM-Regulierungslücken<sup>92</sup>

In den Jahren 2014 und 2015 hat sich das HSM-Beschlussorgan intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, wie die Versorgungssicherheit trotz bevorstehender HSM-Regulierungslücken zu gewährleisten ist. Weil die meisten Kantone die betroffenen Leistungen bzw. Leistungsbereiche unter Vorbehalt von HSM-Entscheiden bereits geregelt hatten, war es möglich, subsidiär auf kantonale Planungen zurückzugreifen. An seiner Sitzung vom 18. September 2014 verabschiedete das HSM-Beschlussorgan den folgenden Text, der in die kantonalen Spitallisten zu integrieren empfohlen wurde:

*"Die kantonale Spitalliste steht im Bereich der hochspezialisierten Medizin unter dem Vorbehalt abweichender vollstreckbarer Zuteilungsentscheide durch die IVHSM. Für die IVHSM-Leistungsaufträge gelten spezifische Qualitätsauflagen. Die IVHSM-Entscheide sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) aufgeschaltet: (...)."*

---

<sup>87</sup> Gemäss Auskunft der GDK.

<sup>88</sup> Vgl. Ziffer 2.5.10.

<sup>89</sup> Gemäss Auskunft der GDK.

<sup>90</sup> Vgl. Ziffer 2.4.2.

<sup>91</sup> Vgl. Spitalplanungs-Leistungsgruppen Akutsomatik, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=624>

<sup>92</sup> Gemäss Auskunft der GDK.

Damit soll sichergestellt werden, dass beim Wegfall einer Regelung durch die HSM-Spitalliste die kantonalen Spitalisten subsidiär zur Anwendung kommen und die spezifischen Auflagen zur Qualitätssicherung gelten. Die GDK verfügt über keine Hinweise, dass Spitäler wieder HSM-Leistungen erbringen, welche nicht in den abgelaufenen HSM-Zuteilungsentscheiden vorgesehen waren. Für die Teilbereiche der Ösophagus-, Pankreas- und Leberresektion hat das HSM-Beschlussorgan am 19. November 2015 entschieden, die provisorischen Leistungsaufträge vorerst nicht aufzuheben, so dass die Zulassung weiterhin bis zur Verabschiedung der neuen HSM-Leistungsaufträge aber längstens bis 31. Dezember 2017 gilt.

### **3.2.4 Monitoring der Leistungserbringung<sup>93</sup>**

Die HSM-Leistungszuteilungen sind zeitlich befristet und enthalten Auflagen an die Leistungserbringer, verbunden beispielsweise zur Qualitätssicherung, der Vernetzung und der Teilnahme an Registern. Das Monitoring der Auflagen zur Qualitätssicherung erfolgt im Rahmen der periodischen Neubeurteilung. Sie dient dazu, den Umsetzungsstand der gestellten Auflagen zu prüfen und die erbrachte Versorgung der einzelnen HSM-Leistungserbringer zu beurteilen. Im Rahmen der periodischen Neubeurteilung wird auch die Versorgungslage neu analysiert, weil viele Bereiche vom medizinisch-technischen Wandel oder von einer Indikationsausweitung mit Auswirkungen auf den Bedarf betroffen sind. Die Leistungserbringer müssen auch während der HSM-Regulierungslücken die im Rahmen der HSM-Spitalplanung gestellten Anforderungen und Auflagen erfüllen. Bei Nichterfüllung riskieren sie, für die nächste Periode nicht auf die HSM-Liste aufgenommen zu werden.

Das HSM-Beschlussorgan hat entschieden, in der ganzen Schweiz nach einem einheitlichen Monitoring- und Vollzugskonzept, welches die Rollen und Verantwortlichkeiten der HSM-Organen und Standortkantone in Bezug auf die Aufsichtspflicht regelt, vorzugehen. Um sicherzustellen, dass die HSM-Leistungen ausschliesslich an den designierten Zentren erfolgen und vergütet werden, ist vorgesehen, im Zuge der Weiterentwicklung des HSM-Verfahrens zukünftig das Monitoring der Leistungserbringung zu stärken.

### **3.2.5 Fazit**

Die HSM-Organen sind auf Grund der abgelaufenen Fristen bei bereits gefällten Leistungsentscheiden zur Behebung der HSM-Regulierungslücken besonders gefordert. Zudem werden die HSM-Organen durch den Einbezug der weiteren zur HSM zuzuordnenden Leistungsbereiche und mittels Reevaluationen den Konzentrationsprozess weiterführen sowie der medizinischen und technischen Entwicklung, wonach mit der Zeit neue Leistungsbereiche als HSM zu definieren sein werden, Rechnung tragen müssen. Der Bundesrat wird die HSM-Planung in Bezug auf die weiteren Planungsmassnahmen weiter verfolgen und auch zukünftig regelmässig evaluieren, ob die Kantone ihren Aufgaben zeitgerecht nachkommen und ob es nötig ist, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Entsprechend soll der vorliegende Bericht periodisch aktualisiert werden, das erste Mal in drei Jahren. Der Bundesrat wird auch die Entwicklung weiterverfolgen und bei Bedarf – ohne von seiner subsidiären Kompetenz im HSM-Planungsbereich Gebrauch zu machen – Massnahmen treffen können, um zu verhindern, dass der Planungsprozess durch Beschwerdeverfahren unnötig blockiert wird.

---

<sup>93</sup> Gemäss Auskunft der GDK sowie Statusbericht der GDK, 27. April 2015, S. 14 und 33.

### 3.3 Weitere Arbeiten

#### 3.3.1 Zukünftige HSM-Bereiche<sup>94</sup>

Fachgesellschaften, Spitäler und weitere Kreise haben Anträge zum Einschluss von Leistungsbereichen in die HSM eingereicht. Für die zukünftigen HSM-Bereiche hat das HSM-Fachorgan die folgende erste Priorisierung vorgenommen:

Abbildung 12: Liste der eingereichten Anträge für zukünftige HSM-Bereiche<sup>95</sup>

Bereich	Bemerkung	Priorität
HSM-Bereiche der Gefässchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag eingereicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Gefässchirurgie im Jahr 2011.</li> <li>– Entscheid Beschlussorgan vom 18.9.2014: die Carotiseingriffe sind nicht in die komplexe Schlaganfallbehandlung einzuschliessen, sondern stattdessen im Rahmen der Gefässchirurgie zu regeln.</li> </ul>	Hoch
HSM- Bereiche der Herzmedizin und Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag eingereicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Herzchirurgie, zur Analyse der komplexen Interventionen in diesem Bereich, 2011</li> <li>– Entscheid des Beschlussorgans vom 9.9.2013: die Herztransplantationen sind zukünftig im Rahmen einer Gesamtbetrachtung der terminalen Herzinsuffizienz (Comprehensive Heart Failure Centres) zu betrachten.</li> </ul>	Hoch
HSM-Bereiche der Thoraxchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag eingereicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Gefässchirurgie im Jahr 2011.</li> <li>– Die hochspezialisierten Eingriffe innerhalb der Thoraxchirurgie werden an zu vielen Standorten erbracht, so dass die erforderlichen Qualitätsanforderungen (z.B. Mindestfallzahl) nicht überall erfüllt werden können. Zudem ist eine gute Weiterbildung durch die kleinen Fallzahlen an vielen Spitälern gefährdet.</li> </ul>	Hoch
Hirnschlag bei Kindern	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie und der FMH.</li> </ul>	Mittel
Hyperbare Medizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag des Kantons Genf, 2014.</li> <li>– Die spezielle Situation und klinische Bedeutung des Bereiches erfordert eine umgehende und spezifische Beurteilung.</li> </ul>	Mittel
Augentumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag des Jules-Gonin Hôpital (CHUV), 2015.</li> <li>– Eine Mitberücksichtigung dieses Bereichs im Rahmen der „Behandlung seltener Krebserkrankungen“ wird geprüft</li> </ul>	Niedrig
Komplexe chirurgische Eingriffe in der Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Komplexe chirurgische Eingriffe in der Gynäkologie weisen ein hohes Komplikationsrisiko auf und können, wenn nicht fachgerecht durchgeführt, die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen erheblich beeinträchtigen.</li> <li>– Eine Mitberücksichtigung einzelner Teilbereiche im Rahmen der „Behandlung seltener Krebserkrankungen“ wird geprüft.</li> </ul>	Niedrig

<sup>94</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 32-33.

<sup>95</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 32-33.

### 3.3.2 Planungsschwerpunkte 2016 und Ausblick 2017<sup>96</sup>

Aufgrund der Befristung der HSM-Zuteilungsentscheide hat das HSM-Beschlussorgan bereits die Durchführung von Reevaluationen vorgesehen. Die Vorgaben des BVGer implizieren aber neu die Reevaluation nach einem zweistufigen Verfahren und die Planung mit einer höheren Bearbeitungstiefe.<sup>97</sup>

Im Jahr 2016 wird in Folge der zahlreichen Reevaluationen bestehender HSM-Bereiche weniger Spielraum für die Auseinandersetzung mit neuen HSM-Bereichen wie insbesondere für die Arbeiten für die Zuordnung des neuen HSM-Bereichs der kongenitalen Herzmedizin betreffen, deren Zuordnungsverfahren im 3. Quartal 2016 starten soll, bestehen. In der Abbildung 13 wird der Zeitplan 2016 detailliert dargestellt. Dieser basiert auf der Annahme, dass die Arbeiten der Drittpartner ohne nennenswerte Verzögerungen eintreffen werden. Sie zeigt, dass das HSM-Beschlussorgan bis Ende Februar 2016 bereits vier Zuordnungsentscheide gefällt hat und dass gegen zwei davon Beschwerde erhoben worden ist (Stand 14. März 2016). In diesen Bereichen können somit bis zum Urteil des BVGer keine weiteren Verfahrensschritte eingeleitet werden. Das BVGer muss namentlich die Frage beantworten, ob die Zuordnungsentscheide anfechtbar sind.

Im Jahr 2017 wird die Reevaluation der bereits verabschiedeten Leistungszuteilungen weiterhin einen hohen Stellenwert bei der Priorisierung haben. Der Fokus der Arbeiten wird beim Bewerbungs- und Zuteilungsverfahren in den HSM-Bereichen, für welche ein rechtskräftiger Zuordnungsentscheid vorliegt, liegen. Hinsichtlich der künftigen Zuordnung von HSM-Bereichen und der anschliessenden Leistungszuteilung müssen das HSM-Fachorgan und das HSM-Projektsekretariat frühzeitig die neuen Themenbereiche fachlich-wissenschaftlich aufarbeiten. Im laufenden Jahr wird sich das Fachorgan diesbezüglich mit HSM-Definitionen der Thoraxchirurgie, Gefässchirurgie und Krebserkrankungen bei Erwachsenen beschäftigen. Geplant sind zudem die konzeptuelle Erarbeitung des medizinischen Bereichs der Kardiologie und Herzchirurgie zur Regelung der Behandlung von terminaler Herzinsuffizienz.

---

<sup>96</sup> Gemäss Auskunft der GDK.

<sup>97</sup> Vgl. Ziffern 2.3.1 und 2.3.6.

Abbildung 13: Zeitplan der Arbeiten 2016, Stand 14. März 2016<sup>98</sup>

	HSM-Bereich	Nächster Schritt	Start
Zuordnung stattgefunden	Komplexe Hirnschlagbehandlung (befristet bis 31.12.2014)	Anhörung zur Leistungszuteilung	Abhängig vom BVGer-Urteil
	Komplexe Neurochirurgie und – radiologie (5 Teilbereiche) (befristet bis 31.12.2014)	Bewerbungsverfahren	Abhängig vom BVGer-Urteil
	Hochspezialisierte Viszeralchirurgie (5 Teilbereiche) (befristet bis 31.12.2015/2017)	Bewerbungsverfahren	Rechtsmittelfrist für den Zuordnungsentcheid läuft bis 9. März 2016
	Behandlung von Schwerverletzten (befristet bis 31.12.2014)	Bewerbungsverfahren  Anhörung zur Leistungszuteilung	1. Quartal 2016 (bereits gestartet) 3. Quartal 2016
Bevorstehender Start der Vernehmlassung zur Zuordnung	Pädiatrie und Kinderchirurgie (10 Teilbereiche) (befristet bis 31.12.2015)	Vernehmlassung zur Zuordnung	2.-3. Quartal 2016
	Pädiatrische Onkologie (5 Teilbereiche) (befristet bis 31.12.2015/2016)	Vernehmlassung zur Zuordnung	2.-3. Quartal 2016
	Schwere Verbrennungen (befristet bis 31.12.2016)	Vernehmlassung zur Zuordnung	2. Quartal 2016
	Hämatopoietische Stammzelltransplantationen (befristet bis 31.12.2016)	Vernehmlassung zur Zuordnung	2. Quartal 2016
	Organtransplantationen (5 Teilbereiche) (befristet bis 31.12.2016/2019)	Vernehmlassung zur Zuordnung	2. Quartal 2016
	Protonentherapie (befristet bis 31.12.2016)	Vernehmlassung zur Zuordnung	3.-4. Quartal 2016
	Kongenitale Herzmedizin (neuer HSM-Bereich)	Vernehmlassung zur Zuordnung	2.-3. Quartal 2016

<sup>98</sup> Gemäss Angaben der GDK.

### 3.3.3 Fazit

Die Jahre 2015 und 2016 stehen im Zeichen der Konsolidierung der HSM-Planung, mit den Reevaluationen und der Umsetzung der Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts. Gemäss dem HSM-Fachorgan entsprechen die 39 bisher geregelten Leistungsbereiche rund drei Vierteln des Gesamtgebietes der wichtigen HSM-Bereiche.<sup>99</sup> Das HSM-Fachorgan hat bereits die zukünftigen HSM-Bereiche priorisiert. Dass die gänzlich neue HSM-Planung noch zu vervollständigen ist, gehört zur Natur der Sache. Die Planung beansprucht Zeit und Ressourcen und kann insbesondere dank der gewonnenen Erfahrung und der konkreten Umsetzung der Zuteilungsentscheide verfeinert und korrigiert werden. Dass zum heutigen Zeitpunkt nicht der ganze HSM-Bereich bereits geplant ist, ist verständlich. Die HSM-Organen gehen nach einzelnen HSM-Teilbereichen vor, was für die Qualität des Planungsprozesses spricht. Wichtig ist, dass die HSM-Organen in der bestmöglichen Frist die Planung vervollständigen und die HSM-Liste zu einem Stand bringen, womit das ganze Angebot im HSM-Bereich wirtschaftlich und mit der notwendigen Qualität erbracht werden kann. Unter den neu als HSM zu definierenden Leistungsbereichen könnten zudem Leistungen für seltene Krankheiten figurieren. Zu beobachten ist hier insbesondere wie sich die Konzentration der Infrastruktur bei den seltenen Krankheiten entwickelt und die geeigneten Massnahmen treffen. Der Bundesrat hat in seinem Konzept Seltene Krankheiten die Verbesserung der Versorgung bzw. der rechtzeitigen Diagnose und qualitativ gute Versorgung über den gesamten Krankheitsverlauf als ein massgebliches Ziel gesetzt.<sup>100</sup>

## 3.4 Bewertung des bisherigen HSM-Planungsprozesses

### 3.4.1 Bewertung des HSM-Prozesses von den involvierten Parteien<sup>101</sup>

Das HSM-Fachorgan und die GDK haben eine Studie in Auftrag gegeben, um eine erste Zwischenbilanz der HSM-Planung zu ziehen. Im Rahmen der Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und der INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung wurden Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Spitälern, Verbänden und Fachgesellschaften sowie der nationalen Politik interviewt.

Die Vertreterinnen und Vertreter von Spitälern haben die bisherigen Leistungszuteilungen kritischer als andere Personengruppen bewertet. Dies soll gemäss Studienautoren nicht verwundern, weil die HSM-Planung nur für wenige Spitäler, Ärzte und Ärztinnen Gewinne, für viele aber Nachteile mit sich bringt. Zudem zeigt die Studie die Forderung nach einem frühen Einbezug der Fachkreise, die Erhöhung der Transparenz und einer besseren Kommunikation während der Entscheidungsprozesse.

Damit eine effektive HSM-Planung und eine breite Akzeptanz der Entscheide möglich sind, machen die Autoren der Studie auf die Wichtigkeit einer hohen Transparenz in allen Phasen des Prozesses, einer fundierten Begründung der Zuteilungskriterien und

---

<sup>99</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 32.

<sup>100</sup> Vgl. Konzept seltene Krankheiten vom 15. Oktober 2014 und Umsetzungsplanung vom 13. Mai 2015, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13248/index.html?lang=de>

<sup>101</sup> Vgl. Diebold, Monika; Schmid, Tina; Niederhauser, Andrea; Oetterli, Manuela; Balthasar, Andreas (Interface / Schweizerisches Gesundheitsobservatorium): Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM), Standortbestimmung und Potenzialanalyse, Executive Summary, 21. Januar 2014, S. 1, 4 und 11-14, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=606>

der getroffenen Entscheide, eines regelmässigen und konstruktiven Kontakts mit allen Stakeholdern zwecks Verbesserung der Nachvollziehbarkeit der Entscheide und einer konsequenten Umsetzung des Monitorings der bereits verabschiedeten Leistungszuteilungen aufmerksam.

### **3.4.2 HSM-Beschlussorgan<sup>102</sup>**

Für das HSM-Beschlussorgan hat die initiierte Leistungskonzentration in vielen HSM-Bereichen zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität geführt. Zudem würden die mit der Leistungserbringung verbundenen Auflagen zur Qualitätssicherung sicherstellen, dass die Leistungserbringer über die erforderlichen Anforderungen an das Fachpersonal, Infrastruktur und Prozesse verfügen. Mit der Einführung von Registern in vielen Bereichen sei erstmals die Dokumentation der Ergebnisqualität möglich geworden. Die zielführende HSM-Planung sei durch Dynamiken wie die grundsätzlichen Vorbehalte betreffend einer verstärkten Koordination der Behandlungskette oder einer verstärkten Leistungskonzentration der Initialbehandlung erschwert. Befürchtet würde insbesondere von der Seite der peripheren Spitäler und Kantone, dass abgestufte Versorgungsmodelle zu einer Verschlechterung der wohnortnahen Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie zum Verlust der Behandlungsautonomie und Eigenständigkeit von Spitälern und Spezialisten führe und dass somit ein Qualitäts- und Reputationsverlust die Attraktivität des Standortes schwäche und eine negative Auswirkung auf die Personalrekrutierung habe.

### **3.4.3 Bilanz der IVHSM-Vereinbarungskantone<sup>103</sup>**

Anlässlich der Plenarversammlung vom 21. November 2014 haben die Vereinbarungskantone der IVHSM die HSM-Planung, die Auslegung der IVHSM und die Weiterführung der Planung diskutiert.

Die Vereinbarungskantone haben die bisherige HSM-Planung gestützt und die verbindliche Regelung der 39 HSM-Leistungsbereiche gewürdigt. Es ist ihnen ein wichtiges Anliegen, die Vorgaben des BVGer konsequent umzusetzen und die Verfahrensrechte der IVHSM-Vereinbarungskantone sowie das Vertrauen in den Planungsprozess weiter zu stärken. Die Kantone wollen ihren Gesetzesauftrag weiterhin wahrnehmen und sehen zurzeit keinen Handlungsbedarf, die HSM-Planung an den Bund zu übertragen.

### **3.4.4 Versorgung der Schweizer Bevölkerung<sup>104</sup>**

Die HSM-Planung ist stufenweise (Art. 7 IVHSM) und mit Berücksichtigung der Sprachregionen und der Topographie erfolgt. Bei Notfallbehandlungen, wie im Fall von Schlaganfällen oder Schwerverletzten, hat ein guter Zugang aller Einwohner zu einer adäquaten Versorgung einen hohen Stellenwert.

Die Anwendung von Mindestfallzahlen pro Spital, wie sie in der internationale Fachliteratur vorgeschlagen ist, würde dazu führen, dass gewisse hochspezialisierte Behandlungen nur auf ein Zentrum oder nur auf einige wenige Zentren konzentriert werden müssten. Im Sinne einer stufenweisen Konzentration wurde in der Schweiz ein in einer ersten Phase sehr moderater Konzentrationsprozess angestossen. Dabei

---

<sup>102</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 30.

<sup>103</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 31.

<sup>104</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 28-29.

ging es insbesondere um die Erhöhung der Versorgungsqualität durch eine verbesserte Koordination der Behandlungskette, die Schaffung von Synergien und die konsequente Zuweisung an die HSM-Zentren. Die wohnortsnahe Versorgung wird oftmals durch eine Konzentration der Initialbehandlung in einem HSM-Zentrum, welcher eine wichtige Koordinationsfunktion übernimmt, und die Durchführung einzelner Therapien in der Nähe des Wohnortes der Patientin oder des Patienten ermöglicht.

Im internationalen Vergleich gibt es in der Schweiz relativ viele Leistungserbringer der HSM. So gibt es zum Beispiel für die Behandlung der Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz 1 Zentrum pro 0.9 Mio. Einwohner. In Deutschland gibt es 1 Zentrum pro 1.6 Millionen Einwohner, in Grossbritannien 1 Zentrum pro 3.4 Millionen Einwohner und in den Niederlanden 1 Zentrum pro 16.4 Millionen Einwohner.

Mit den bisher getroffenen Entscheiden ist die Zugänglichkeit zu den HSM-Leistungen gewährleistet und es besteht in keinem Gebiet eine Unterversorgung. Im Vergleich zur Versorgungslage im Ausland besteht in einzelnen Bereichen tendenziell eine Überversorgung.

### 3.4.5 Fazit

Die HSM-Planung und die angestrebte Leistungskonzentration und Leistungskoordination bringen eine wichtige Dynamik in die Angebotsstruktur des HSM-Bereichs. Sie erwecken auch Befürchtungen namentlich in Bezug auf die Attraktivität der Spitäler, die durch eine Nicht-Zuteilung von HSM-Leistungen betroffen sind.<sup>105</sup> Dies erschwert eine zielführende HSM-Planung. Umso wichtiger in dieser Situation sind der frühe Einbezug der Fachkreise und die Transparenz und die gute Kommunikation im Entscheidungsprozess zwecks Stärkung des Vertrauens in den Planungsprozess. Der Wille der Kantone zur weiteren Wahrnehmung des Gesetzesauftrages zur HSM-Planung ist vorhanden und die Arbeit wird weiterhin intensiv durch die HSM-Organe im Sinne einer stufenweisen Konzentration weitergeführt.

## 4 Fazit der Massnahmen

Die HSM-Organe müssen die Massnahmen zur Korrektur der Planungsmethode für die nächsten Zuteilungsentscheide implementieren sowie die Planung mit der Zuordnung weiterer Bereiche zur HSM ergänzen und mit der Zeit im Sinne einer kontinuierlichen Planung anpassen. Das BVGer hat mit seinen Entscheiden die wesentlichen Elemente sowohl zur Anpassung des Planungsprozesses als auch zur Ergänzung der Planungsmethode geliefert. Forderungen resultieren auch aus der Standortbestimmung und Potenzialanalyse des Jahres 2013. Die wesentlichen Massnahmen können wie folgt zusammengefasst werden:

- Zweistufiger Planungsprozess, mit Leistungszuordnung und Leistungszuteilung. Damit wird das rechtliche Gehör der Spitäler sichergestellt.<sup>106</sup>
- Beachtung der Planungskriterien des Bundesrates (Art. 58a ff. KVV), unter anderem Führung einer Bedarfsanalyse und einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Planungskriterien legen die Anforderungen an die Spitalplanung im Sinne des KVG fest.<sup>107</sup>

---

<sup>105</sup> Vgl. GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 30.

<sup>106</sup> Vgl. Ziffer 2.3.6.

<sup>107</sup> Vgl. Ziffer 2.3.1.

- Neubeurteilung und Erlass von Neuzuteilungen für die HSM-Leistungsbereiche, die von einer HSM-Regulierungslücke – wegen des Ablaufs der Gültigkeitsfrist der HSM-Entscheide – betroffen sind;<sup>108</sup>Neubeurteilung (Reevaluation) von Leistungszuteilungen im Sinne eines kontinuierlichen Planungsprozesses.<sup>109</sup>
- Ergänzung der HSM-Planung mit den übrigen zu definierenden Teilbereichen. Das HSM-Fachorgan hat eine Priorisierung von Leistungsbereichen vorgenommen.<sup>110</sup>
- Zuordnung neuer Leistungsbereiche der HSM in Folge der medizinischen und technischen Entwicklung.<sup>111</sup>
- Konsequente Umsetzung des Monitorings für die Beaufsichtigung der Auflagen und um sicherzustellen, dass die HSM-Leistungen ausschliesslich an den designierten Zentren erfolgen.<sup>112</sup>
- Stärkung der Kommunikation in den Entscheidungsprozessen mit einem regelmässigen und konstruktiven Kontakt mit allen Stakeholders zwecks Nachvollziehbarkeit der Entscheide.<sup>113</sup>
- Ressourceneinsatz für die Vervollständigung, Verfeinerung und Korrektur der HSM-Planung sichern.<sup>114</sup>

## 5 Schlussfolgerung

In der IVHSM haben die Kantone die Organisation sowie die Kriterien für die Zuordnung der HSM-Bereiche vereinbart. Aufgabe der für die Umsetzung der HSM-Planung zuständigen Organe ist sowohl die Abgrenzung der HSM-Bereiche, die gesamtschweizerisch zu planen sind, als auch die Umsetzung der Planung aufgrund der dazu nötigen Instrumente und Kriterien.

Das HSM-Beschlussorgan hat Zuteilungsentscheide in 39 Teilbereichen gefällt. Die HSM-Planung wird in den übrigen noch zu definierenden Teilbereichen ergänzt. Sie schliesst auch eine Neubearbeitung von bereits erfolgten Leistungszuteilungen ein. Diesbezüglich waren für die HSM-Organe aufgrund der prozeduralen Anforderungen an das neue zweistufige Planungsverfahren gemäss Vorgaben des BVGer nicht möglich, die neuen Leistungszuteilungen fristgerecht zu verabschieden. Für HSM-Leistungszuteilungen, deren Frist abgelaufen ist, kommen die kantonalen Leistungsaufträge zum Tragen. In den meisten Kantonen wurden die betroffenen Leistungen bzw. die übergeordneten Leistungsbereiche unter Vorbehalt von HSM-Entscheiden auf kantonaler Ebene geregelt. Die Arbeitspriorität der HSM-Organe liegt auf die Reevaluation der HSM-Bereiche, deren Leistungszuteilungen bereits abgelaufen sind oder per Ende 2016 ablaufen.

Die Planung ist ein kontinuierlicher Prozess und wird durch die gewonnene Erfahrung weiterentwickelt und präzisiert. Es ist in diesem Sinne im Rahmen der vorliegenden Überprüfung nicht nur wichtig abzuschätzen, wie fortgeschritten die Umsetzung der HSM-Planung ist und welche Zuteilungsentscheide gefallen wurden, sondern auch darzulegen, welche Arbeiten die HSM-Organe noch ausführen müssen.

---

<sup>108</sup> Vgl. Ziffer 3.2.

<sup>109</sup> Vgl. Ziffern 2.5.10 und 3.2.1.

<sup>110</sup> Vgl. Ziffer 3.3.

<sup>111</sup> Vgl. Ziffer 3.2.5.

<sup>112</sup> Vgl. Ziffer 3.2.4.

<sup>113</sup> Vgl. Ziffer 3.4.1.

<sup>114</sup> Vgl. Ziffer 3.3.3.

Bei der Überprüfung der HSM-Planung ist insbesondere dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei der gemeinsamen gesamtschweizerischen HSM-Planung Neuland betreten wurde. Der Gesetzgeber hat die Planungskompetenz den Kantonen erteilt, was angesichts ihrer Versorgungszuständigkeit und insbesondere in Bezug auf ihre Erfahrung zweckmässig ist. Die Kantone haben gezeigt, dass sie kompetent und gewillt sind, die HSM-Planung im Sinne des KVG zu erstellen. Die Entscheide des BVGer haben zur Klärung der rechtlichen Ausgestaltung der Prozesse geführt sowie auf die konsequente Anwendung der Planungskriterien des Bundesrates hingewiesen; die HSM-Organe arbeiten bereits in diese Richtung, namentlich in Sachen Bedarfsabklärung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Das BVGer hat in seinen Urteilen u.a. aufgezeigt, dass es Verbesserungspotenzial bei der HSM-Planung gibt und die HSM-Organe auf eine sorgfältige und konsequente Erstellung der HSM-Planung zu achten haben.

Zur Erfüllung des Gesetzesauftrages müssen die HSM-Organe den Konzentrationsprozess intensiv weiterführen, damit die Leistungen nicht in zu vielen Zentren angeboten werden, die Qualität nicht leidet und eine optimale Effizienz erreicht werden kann. Sie sind aufgerufen, innerhalb der bestmöglichen Frist die HSM-Regulierungslücken zu schliessen sowie die HSM-Liste zu ergänzen und anschliessend weiterhin zu pflegen, damit die Wirtschaftlichkeit und die Qualität des HSM-Angebots gewährleistet ist. Dafür müssen die HSM-Organe mit dem nötigen Einsatz und den nötigen Ressourceninvestitionen weiterarbeiten.

Unter den neu als HSM zu definierenden Leistungsbereichen könnten Leistungen für seltene Krankheiten figurieren. In diesem Zusammenhang gilt es die Konzentration der Infrastruktur zu beobachten und geeignete Massnahmen zu treffen.

Aus der Überprüfung der HSM-Planung kann geschlossen werden, dass die Anwendung der in Artikel 39 Absatz 2<sup>bis</sup> KVG vorgesehenen subsidiären Kompetenz durch den Bundesrat zum heutigen Zeitpunkt nicht angebracht ist. Der Bundesrat wird die Überprüfung der HSM-Planung und den vorliegenden Bericht periodisch aktualisieren – das erste Mal in drei Jahren – und überprüfen, ob er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen muss. Zudem wird er bei Bedarf – ohne von seiner subsidiären Kompetenz im HSM-Planungsbereich Gebrauch zu machen – Massnahmen treffen können, um zu verhindern, dass der Planungsprozess unnötig blockiert wird. Er hat namentlich die Möglichkeit, Voraussetzungen in der KLV zu verankern und damit die Qualität von einzelnen oder mehreren HSM-Leistungen zu stärken.

## Anhang 1: Vorstösse und Stellungnahmen des Bundesrates

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
<p>07.3200 Motion Kie- ner Nellen Margret</p> <p>07.3237 – Motion Weyeneth Hermann</p> <p><i>Nationales Register hochspezialisierter medizinischer Leis- tungen</i></p>	<p>Der Bundesrat wird aufgefordert, die Rechts- grundlage für ein einheitliches nationales Register zu schaffen, in dem sämtliche HSM-Leistungen mit den anonymisierten Angaben über die für die Qualitätssicherung relevanten Daten der behandelten Patientin- nen und Patienten sowie die Ergebnisquali- tät erfasst werden, unabhängig davon, ob diese Leistungen an einem öffentlichen oder privaten Spital bzw. Institut erbracht werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das BAG prüft zusammen mit dem BFS die Möglichkeit, die Daten der medizinischen Statistik zur Ermittlung und Publikation von Qualitätsdaten im Bereich der Spitäler zu verwenden.</li> <li>• Mit dem neuen Transplantationsgesetz sollen in zwei Jahren für diesen Bereich der HSM Qualitätsdaten erhoben werden.</li> <li>• Im Rahmen der laufenden KVG-Revision zur Spitalfinanzierung soll die Rechtsgrundlage für die Erhebung und Publikation von Qualitätsdaten verbessert werden.</li> <li>• Der Bundesrat erachtet diese Revision sowie die bestehenden rechtlichen Grundlagen als genügend, um die Schaffung von nationalen Qualitätsre- gistern in Ergänzung der bestehenden Datenquellen initiieren zu können.</li> </ul> <p><i>Ablehnung der Motion</i></p>	08.06.2007
<p>07.3209 – Motion Humbel Ruth</p> <p><i>Schaffung eines Pro- tonentherapie-Ambu- latoriums am PSI Villigen</i></p>	<p>Der Bundesrat wird aufgefordert, die Grund- lagen zu schaffen und Massnahmen einzu- leiten, damit der heutige Betrieb der Proto- nentherapiebehandlung am Paul-Scherrer- Institut (PSI), Villigen, zu einem einzigen Protonentherapie-Ambulatorium für die Ver- sorgung der Schweizer Bevölkerung ausge- baut werden kann.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bereitstellung der medizinischen Infrastruktur und damit die Steue- rung der Versorgung liegen grundsätzlich in der Kompetenz der Kantone.</li> <li>• In Bezug auf die Koordination der HSM besteht im Rahmen der Neuge- staltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen nach Artikel 48a der Bundesverfassung die Möglichkeit, alle Kantone namentlich in den Bereichen der Spitzenmedizin und der Spezialkliniken, zur Zusammenarbeit zu verpflichten.</li> <li>• Es liegt derzeit nicht in der Kompetenz des Bundesrates, das PSI zu ei- nem einzigen Protonentherapie-Ambulatorium für die Versorgung der Schweizer Bevölkerung auszubauen.</li> </ul> <p><i>Ablehnung der Motion</i></p>	08.06.2007

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
09.3473 – Dringliche Interpellation Fraktion CVP/EVP/glp <i>Krankenversicherung. Sofortige Massnahmen zur Bekämpfung der Prämienexplosion</i> (Frage 7)	7. Wie beurteilt der Bundesrat die Entwicklung der Planung der Spitzenmedizin in den Kantonen? Ist eine Planung auf Bundesebene erforderlich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verpflichtung für die Kantone, eine gesamtschweizerische HSM-Planung zu beschliessen, ist im Rahmen der am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Revision der Spitalfinanzierung im KVG verankert worden.</li> <li>• Am 1. Januar 2009 sind auch die einheitlichen Planungskriterien des Bundesrates erlassen worden.</li> <li>• Die von der GDK am 14. März 2008 verabschiedete IVHSM wurde von allen Kantonen ratifiziert und bildet den Rahmen für eine gesamtschweizerische Planung. Der jetzige Zeitpunkt ist verfrüht, um zu entscheiden, ob eine Planung der Spitzenmedizin auf Bundesebene erforderlich ist.</li> </ul>	05.06.2009
09.3684 – Motion Vischer Daniel <i>Zentrale Steuerung des Gesundheitswesens</i>	Es werden die nötigen Grundlagen geschaffen, dass der Bund die Spitalplanung steuern kann. Ebenso muss er die Kompetenz erhalten, die hochtechnologisierte Apparatemedizin durch Begrenzungen zu steuern.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bund hat ausschliesslich subsidiäre und indirekte Planungskompetenz (Art. 39 Abs. 2bis und 2ter KVG).</li> <li>• Mit dem Erlass der Planungskriterien nimmt der Bundesrat eine gewisse Steuerung vor, setzt sich indessen entsprechend der eingangs angeführten Kompetenzregelung nicht an die Stelle der Kantone als Planer.</li> <li>• Die Kantone sind im Rahmen der HSM zu einer gemeinsamen, gesamtschweizerischen Planung verpflichtet. Die GDK hat die IVHSM verabschiedet, die durch alle Kantone ratifiziert worden ist. Sie bildet den Rahmen für eine gesamtschweizerische Planung.</li> <li>• Mit der Neuregelung der Spitalplanung und der daraus resultierenden einheitlichen Steuerung ist dem Anliegen der Motion Rechnung getragen. Der Bundesrat sieht keinen weiteren Handlungsbedarf.</li> </ul> <p><i>Ablehnung der Motion</i></p>	26.08.2009

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
10.3313 – Interpellation Kiener Nellen Margret  <i>Gelten Kostentransparenz und Kosteneffizienz auch für die Protonentherapie am Paul-Scherrer-Institut?</i>  (Fragen 1 und 5)	1. Grösstmögliche Beachtung der Beurteilungs- und Auswahlkriterien nach Artikel 58b insb. Absatz 4 KVV?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 58b Absatz 4 KVV ist sowohl für das HSM-Beschlussorgan als auch für die Kantone anwendbar.</li> <li>• Die Entscheide der HSM-Organen werden die Gestaltung der Spitalisten und nur in zweiter Linie die Leistungserbringung im ambulanten Bereich beeinflussen.</li> </ul>	04.06.2010
	5. Anforderungen an das HSM-Beschlussorgan bezüglich des umfassenden Vergleichs der Angebote zwecks Erfüllung des Gebots der Gleichbehandlung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die HSM-Organen erfüllen ihre Aufgaben gemäss den Vorgaben der IVHSM.</li> </ul>	
10.3843 – Interpellation Flückiger-Bäni Sylvia  <i>Stärkung des Forschungsplatzes Schweiz im Bereich der Protonentherapie</i>	1. Fallaufkommen für die Protonentherapie: über 2000 Fälle pro Jahr zu erwarten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Leistung als HSM zu definieren liegt in der Zuständigkeit der GDK</li> <li>• Die Vorgaben der GDK für das Kriterium der Seltenheit enthalten keinen Schwellenwert. Neben dem obligatorischen Kriterium der Seltenheit muss die Leistung zwei der drei folgenden Kriterien erfüllen: hohes Innovationspotenzial, einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren.</li> <li>• Die HSM-Organen müssen die Wirksamkeit, den Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer, die Kosten der Leistung, die Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre sowie die internationale Konkurrenzfähigkeit berücksichtigen.</li> </ul>	17.12.2010
	3. Ist der Bundesrat bereit, im Gesundheitsbereich auch private Initiativen zuzulassen? Kennt er das (Proton Therapy Center Switzerland AG (PTCS))?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ob die Leistungen vom öffentlichen oder privaten Sektor erbracht werden, spielt keine Rolle.</li> <li>• Die Planung der Spitalstrukturen, einschliesslich jener für die HSM, fällt in den Zuständigkeitsbereich der Kantone. Der Bund kann jedoch intervenieren, wenn die Kantone diese Aufgabe nicht rechtzeitig wahrnehmen.</li> </ul>	

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	4. Teilt der Bundesrat die Auffassung, dass der Ausbau der klinischen Infrastrukturen - in Partnerschaft mit dem PSI - dringend notwendig ist, um den Forschungsplatz Schweiz zu stärken?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist nicht Sache des Bundes zu entscheiden, ob der Bau eines neuen Zentrums für Protonentherapie notwendig ist oder ob ein solcher Bau dringend ist. Dies ist die Aufgabe der Kantone.</li> </ul>	
11.3007 Motion Weibel Thomas <i>Protonenstrahlentherapie am Paul-Scherrer-Institut</i>	Bis zum Zeitpunkt, in dem weitere Indikationen der Protonenstrahlentherapie als für die Krankenversicherung leistungspflichtig bezeichnet werden, hat der Bundesrat nach Artikel 58 Absatz 3 Buchstabe b KVG für die Versorgung das Paul-Scherrer-Institut als einziges Zentrum zu bezeichnen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Therapien zulasten der OKP können heute am Paul-Scherrer-Institut ohne Engpass durchgeführt werden. Für die Bezeichnung eines weiteren Zentrums besteht daher aus heutiger Sicht kein Anlass.</li> </ul> <p><i>Annahme der Motion</i></p>	25.05.2011
11.1058 Anfrage Bortoluzzi Toni <i>Diskriminierung bei der Vergabe der hochspezialisierten Medizin</i>	<p>1. Keine Vertreter der Schweizer Privatspitäler im HSM-Fachorgan und HSM-Beschlussorgan</p> <p>2. Angemessener Einbezug von privaten Trägerschaften</p> <p>3. Keine Leistungsaufträge an private Leistungserbringer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kantone sind für die Planung zuständig (Art. 39 KVG). Das ausschliesslich mit Regierungsrätinnen und -räten als stimmberechtigten Mitgliedern zusammengesetzte Beschlussorgan ist im Sinne des Gesetzes.</li> <li>• Das Fachorgan ist ein Expertengremium, welches mit unabhängigen und vornehmlich ungebundenen akademischen Fachleuten besetzt sein soll (sie vertreten keine Partikularinteressen).</li> <li>• Die Organisation der interkantonalen Planung der HSM ist zweckmässig.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Koordination und die Konzentration zwecks effizienterer und wirksamerer Aufgabenerfüllung auf interkantonaler Ebene stehen im Vordergrund.</li> <li>• Der Planungsprozess soll aufgrund objektiver Evaluationskriterien wie der Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen und von hochqualifiziertem Personal sowie der Bildung effizienter Teams erfolgen.</li> </ul>	31.08.2011

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	4. Vorwirkung für den Versicherungsvertragsgesetz (VVG)-Bereich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die OKP erbringt ihre Leistungen unabhängig davon, ob eine Patientin oder ein Patient nach dem Versicherungsvertragsgesetz zusätzlich versichert ist oder nicht.</li> <li>• Die gleichen Zulassungsbedingungen müssen für alle Spitalabteilungen gelten.</li> </ul>	
	5. Diskriminierung der privaten Leistungserbringer (keine Anhörung, Bestimmung des Umfangs der HSM durch die Kantone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kantone sind mit der Planung des stationären Bereichs beauftragt.</li> <li>• Für die von den Planungsentscheiden betroffenen Parteien ist eine Beschwerdemöglichkeit vorgesehen (Art. 53 KVG). Das BVGer würde einen nicht gesetzeskonformen Entscheid aufheben.</li> <li>• Die Anhörung der Parteien im Planungsverfahren liegt daher im Interesse der Kantone.</li> <li>• Mit den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen kann die Gestaltung der HSM-Planung ohne Diskriminierung der privaten Spitäler gewährleistet werden.</li> </ul>	
12.3625 – Interpellation Joder Rudolf <i>Mehr Transparenz bei den Herztransplantationen</i>	1. Entscheide betreffend Zuteilung der Herztransplantationen: müssen sie öffentlich, transparent und nachvollziehbar dargestellt werden und müssen die Anträge und Empfehlungen des Fachorgans HSM publik gemacht werden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die HSM-Planung ist in der Kompetenz der Kantone.</li> <li>• Die Kantone haben die Planungskriterien des Bundesrates einzuhalten (Art. 58a bis 58e KVV)</li> <li>• Die Trennung der fachlichen (HSM-Fachorgan) von der politischen (HSM-Beschlussorgan) Entscheidungsebene hat insbesondere das Ziel, die Transparenz der Entscheide sowie der Entscheidungsfindung im Bereich der HSM zu gewährleisten.</li> <li>• Es sind ausreichende Massnahmen ergriffen, die Entscheide nachvollziehbar zu machen. Eine Veröffentlichung der Fachberichte kann der Bundesrat aufgrund der angeführten Kompetenzregelung nicht anordnen.</li> </ul>	29.08.2012

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	2. Untersteht der dargestellte Sachverhalt nicht dem Öffentlichkeitsprinzip?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beim HSM-Fachorgan handelt es nicht um eine Behörde im Sinne von Artikel 2 Absatz 1 des Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ; SR 152.3). Seine Empfehlungen sind keine Erlasse oder Verfügungen im Sinne von Artikel 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021). Es kann keine Einsichtnahme gestützt auf das BGÖ gefordert werden.</li> </ul>	
	3. Ist der Bundesrat bereit zu veranlassen, dass der Bericht des Fachorgans HSM betreffend Zuteilung der Herztransplantationen auf die Zentren veröffentlicht wird?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der Ausführungen unter Ziffer 1 und 2 sieht sich der Bundesrat gestützt auf die Vorgaben des Bundesrechtes nicht in der Lage, die Veröffentlichung der Berichte durch das HSM-Fachorgan zu veranlassen.</li> </ul>	
13.3098 Interpellation Feller Oliver <i>Wohin geht die Planung der hochspezialisierten Medizin?</i>	Gemäss dem Vorschlag des HSM-Fachorgans müssten Patientinnen und Patienten, die an einer seltenen Krebserkrankung leiden, obligatorisch in den Comprehensive Cancer Centers (CCC) behandelt werden.  Auf welcher rechtlichen Grundlage konnte das HSM-Fachorgan Vorschläge über die ambulante medizinische Versorgung machen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreffend die Behandlung seltener Krebserkrankungen bei Erwachsenen hat das HSM-Fachorgan im Dezember 2012 eine Anhörung eröffnet.</li> <li>• Es ist folglich noch offen, welcher definitive Entscheid zur Behandlung der seltenen Krebserkrankungen bei Erwachsenen gefällt wird.</li> <li>• Eine Intervention des Bundes ist einzig bei einer nicht rechtzeitigen Wahrnehmung der HSM-Planung durch die Kantone und nicht im Rahmen eines laufenden Verfahrens vorgesehen.</li> <li>• Die betroffenen Parteien haben ihrerseits die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten (Art. 53 KVG, Beschwerde vor dem BVGer).</li> </ul>	22.05.2013
13.3609 Interpellation Rutz Gregor A. <i>Schwierigkeiten bei der Planung für die hochspezialisierte Medizin</i>	1. Nach welchen Kriterien legt der Bundesrat fest, ob die Kantone ihrer Aufgabe zeitgerecht nachkommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch für die HSM gelten die Planungskriterien des Bundesrates (Art. 58a-58e KVV).</li> <li>• Für die Anpassung der Planungen gilt eine Übergangsfrist bis Ende 2014.</li> <li>• Die Kantone haben die Organisation und die Ziele der gesamtschweizerischen Planung der HSM beschlossen und die Arbeiten des jeweils zuständigen Beschluss- und Fachorgans sind in vollem Gange.</li> </ul>	21.08.2013

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	2. Wie nimmt er seine Verantwortung betreffend die gesetzliche Umsetzung wahr?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziele der Strategie Gesundheit 2020 des Bundesrates: Konzentration der HSM, um Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten in den Infrastrukturen zu beseitigen und die Versorgungsqualität zu erhöhen.</li> <li>• Intervention des Bundes bei nichtrechtzeitiger Wahrnehmung der HSM-Planung durch die Kantone.</li> <li>• Der Bundesrat wird nach Ablauf der Übergangsfrist Ende 2014 darüber beschliessen, ob und wenn ja, in welcher Form er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch macht.</li> </ul>	
	3. Ist er notfalls in der Lage, die Aufgabe der Kantone zu übernehmen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bundesrat hat mit dem Erlass der Planungskriterien den Kantonen einen Rahmen vorgegeben.</li> <li>• Sollte die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates im Rahmen der HSM genutzt werden, wäre der Bund auf kantonale Grundlagen sowie auf Expertenwissen (HSM-Fachorgan) angewiesen.</li> </ul>	
	4. Wie beurteilt der Bundesrat die derzeitigen Missstände bei der Umsetzung und die Kritik der Fachkreise?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Rahmen der Planung erhalten die involvierten Parteien die Gelegenheit, sich namentlich zu den Zuteilungsoptionen und zum Verfahren zu äussern.</li> <li>• Die betroffenen Parteien können gegen Entscheide des HSM-Beschlussorgans vor dem BVGer Beschwerde erheben, welches nicht gesetzeskonforme Entscheide aufheben würde.</li> </ul>	
13.4012 Postulat des Nationalrats <i>Auslegeordnung zur Planung der HSM</i>	Der Bundesrat erstellt einen Erfahrungsbericht und Massnahmenkatalog zur Frage der Koordination der HSM. Darin untersucht er die Tauglichkeit der heutigen Gesetzesbestimmungen, insbesondere in Bezug auf Qualität, Wirtschaftlichkeit und medizinischen Fortschritt.	<i>Annahme des Postulates</i>	13.12.2013

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
13.4272 Interpellation Humbel Ruth  <i>Vergabeprozess bei der HSM. Droht ein Grounding?</i>	1. Führt das HSM-Beschlussorgan die HSM im Sinne des KVG auf?  2. Teilt der Bundesrat die Einschätzung, dass der HSM-Vergabeprozess nicht dazu geeignet ist, das Vertrauen der Leistungserbringer zu gewinnen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kantone sind kompetent, das Verfahren zur Erstellung dieser Planung zu bestimmen.</li> <li>• Kritik des BVGer im Urteil C-6539/2011 (26 November 2013):               <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Unterscheidung zwischen Definition eines Bereiches als HSM und dessen Zuteilung an einzelne Leistungserbringer, Verletzung des Anspruchs auf das rechtliche Gehör.</li> <li>- weder die Begründung des Entscheids noch die Vorakten lassen darauf schliessen, dass das Planungsverfahren den Planungskriterien des Bundesrates Rechnung trägt.</li> </ul> </li> <li>• Es ist nicht am Bundesrat, zum jetzigen Zeitpunkt Einschätzungen zum Vorgehen der Kantone oder zum Urteil des BVGer abzugeben.</li> </ul>	12.02.2014
	3. Dreiklassengesellschaft innerhalb der GDK: Universitätskantone, Beschlussorgansmitglieder, Nicht-Beschlussorgansmitglieder.  4. Was wären die Konsequenzen, wenn zahlreiche Beschwerden zur Ungültigkeit der Vergaben führen würden?  5. Wären personelle Konsequenzen bei den HSM-Organen zweckmässig, damit die Vergabe streng im Sinne des Gesetzes und aufgrund wissenschaftlicher Evidenz statt standes- und regionalpolitischer Willkür erfolgt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kantonsregierungen haben den Weg der IVHSM gemeinsam gewählt und die Organisation der gesamtschweizerischen Planung beschlossen.</li> <li>• Bei Beschwerden können sowohl Fragen zum Verfahren als auch zum Inhalt der Planung überprüft werden.</li> <li>• Das HSM-Beschlussorgan und die Kantonsregierungen sind nun gefordert, das erwähnte Urteil des BVGer zu analysieren und die notwendigen Konsequenzen in Bezug auf den Ablauf und die Gestaltung der Verfahren zu ziehen.</li> </ul>	

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	6. Welche Massnahmen ergreift der Bundesrat in Absprache mit den Kantonen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Bundesrat hat sich mit dem Stand der Spitalplanung befasst (Bericht "Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung" vom 18. Dezember 2013).</li> <li>• Für die Anpassung der Planung haben die Kantone bis Ende 2014 Zeit.</li> <li>• Eine Intervention des Bundesrates im HSM-Bereich ist einzig für den Fall vorgesehen, dass die Kantone ihrer Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen (Art. 39 Abs. 2bis KVG).</li> <li>• Der Bundesrat wird entsprechend erst nach Ablauf der Übergangsfrist aufgrund der Planungsbeschlüsse der Kantone entscheiden, ob und wenn ja, in welcher Form, er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen will.</li> </ul>	
14.3205 Interpellation Gutzwiller Felix <i>Vergabeprozess in der HSM. Aufgabenerfüllung durch die Kantone</i>	<p>1. Teilt der Bundesrat die Auffassung, dass die Kantone ihre Aufgaben gemäss Artikel 39 Absatz 2bis KVG bereits erfüllt haben?</p> <p>2. Wenn nein, welche zusätzlichen Bereiche wären nach seiner Ansicht durch die HSM-Gremien zu planen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Planung der HSM erfolgt schrittweise nach den ausgewählten HSM-Teilbereichen.</li> <li>• Gegen mehrere Zuteilungsentscheide sind beim BVGer Beschwerden erhoben worden (Art. 53 KVG).</li> <li>• Das BVGer hat im Urteil C-6539/2011 (26 November 2013) kritisiert, dass keine Trennung zwischen der Definition eines Bereiches als HSM und dessen Zuteilung an einzelne Leistungserbringer erfolgt und das rechtliche Gehör verletzt worden sei. Erforderlich sei ein zweistufiges Verfahren.</li> <li>• Das HSM-Beschlussorgan muss die aufgehobenen Zuteilungsentscheide einer Wiedererwägung unterziehen sowie für weitere HSM-Teilbereiche die Planung fortsetzen.</li> <li>• Die Fach- und Beschlussorgane verfolgen ihre Arbeiten intensiv.</li> <li>• Der Bundesrat wird erst Ende 2014 entscheiden ob, und wenn ja, in welcher Form er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen will.</li> </ul>	14.05.2014

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	3. Fasst er eine Planung durch ein eidgenössisches Qualitätsinstitut ins Auge? Mit welcher Rolle?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das geplante Zentrum für Qualität in der OKP soll u. a. die Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit verstärken und koordinieren und so die Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundes unterstützen.</li> <li>• Im Bereich der Spitalplanung soll das Zentrum nicht operativ tätig sein.</li> <li>• Es soll bei der Erarbeitung von Grundlagen zur Festlegung von Qualitätsvorgaben durch den Bund eine aktive Rolle wahrnehmen und damit auch entsprechende Vorarbeiten für die Kantone liefern.</li> </ul>	
14.3432 Interpellation Feller Oliver <i>Regulierung der HSM</i>	1. Sind die Kriterien von Artikel 1 der IVHSM (Seltenheit, hohes Innovationspotenzial, hoher personeller oder technischer Aufwand und komplexe Behandlungsverfahren) für die Zuordnung der Bereiche zur HSM genügend präzise?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Übergangsfrist für die Erstellung der HSM-Planung durch die Kantone läuft Ende 2014 ab.</li> <li>• Der Bundesrat wird erst nach Ablauf der Übergangsfrist entscheiden, in welcher Form er gegebenenfalls von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen will.</li> <li>• Eine Überprüfung der HSM-Planung und der angewendeten Kriterien erfolgt im Beschwerdefall durch das BVGer (Art. 53 KVG).</li> </ul>	27.08.2014
	2. Hat das Kriterium des Artikels 4 Absatz 4 Ziffer 3 der IVHSM (Aktivitäten im Bereich der Forschung und Lehre) nicht als einziges Ziel, die Universitätsspitäler auf Kosten der privaten Einrichtungen zu bevorzugen (Diskriminierung)?		
	3. Konsultiert das Beschlussorgan die interessierten Kreise, bevor es seinen Entscheid fällt? Wenn ja, nach welchen Modalitäten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das BVGer hat die Trennung zwischen Definition eines Bereiches als HSM und dessen Zuteilung an einzelne Leistungserbringer gefordert, damit das rechtliche Gehör gewährleistet ist (Urteil vom 26. November 2013, C-6539/2011).</li> </ul>	
	4. Das Fachorgan setzt sich ausschliesslich aus Professorinnen und Professoren zusammen. Wäre es im Interesse der Vielfalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es liegt in der Zuständigkeit und Kompetenz der Kantone zu entscheiden, nach welchen Regeln und durch welche Organe, inkl. deren Zusammensetzung, die Planung der HSM erfolgen soll.</li> </ul>	

Parlament		Bundesrat	
Vorstoss	Fragen (Auszug)	Stellungnahme (Auszug)	vom
	<p>nicht klug, auch einige Vertreterinnen und Vertreter von Ärztegesellschaften darin aufzunehmen?</p> <p>5. Wer übt die Oberaufsicht über das Beschlussorgan und über das Fachorgan aus? Die Bundesversammlung? Oder die Kantonsparlamente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das BVGer beurteilt im Beschwerdefall die erhobenen Rügen und gewährleistet damit eine gesetzeskonforme Planung.</li> </ul>	
<p>14.4043 Interpellation Feller Oliver</p> <p><i>Parlamentarische Aufsicht über die HSM</i></p>	<p>1. Wer hat die parlamentarische Oberaufsicht über das Beschlussorgan? Das Bundesparlament? Oder die Kantonsparlamente?</p> <p>2. Sollte der Bundesrat nicht seine subsidiäre Kompetenz dazu nutzen, die Frage der parlamentarischen Oberaufsicht zu klären?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insofern als die Planungskompetenz bei den Kantonen liegt, hat die Oberaufsicht über das Beschlussorgan grundsätzlich durch die zuständigen Aufsichtsbehörden der Kantone zu erfolgen.</li> <li>• Aus der Zuständigkeit des Bundesrates für den Vollzug der Gesetzgebung des Bundes ergibt sich allerdings eine indirekte Oberaufsicht der Bundesversammlung über die durch die Kantone an das Beschlussorgan der IVHSM delegierte Umsetzung von Bundesrecht im Bereich der HSM.</li> <li>• Für den Fall, dass die Kantone ihrer Aufgabe im Rahmen der HSM-Planung nicht zeitgerecht nachkommen, wird der Bundesrat beauftragt, subsidiär im HSM-Bereich festzulegen, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind (Art. 39 Abs. 2bis KVG)</li> <li>• Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates gemäss Artikel 39 Absatz 2bis KVG führt allerdings nicht zu einer Überantwortung der Oberaufsicht über das HSM-Beschlussorgan an das Bundesparlament, da der Bundesrat nicht durch, sondern anstelle des HSM-Beschlussorgans des Konkordates tätig wird.</li> <li>• Ein Bericht über den Stand der HSM-Planung und über die allfällige Notwendigkeit einer subsidiären Intervention des Bundesrates wird erstellt.</li> </ul>	25.02.2015

## Anhang 2: Zuordnung zur HSM der komplexen Behandlung von Hirnschlägen<sup>115</sup>

### Komplexe Behandlung von Hirnschlägen

#### Klassifikation SPLG 2015.0.X (für das Jahr 2015) vom 14.10.2014

Die Zuteilungen der medizinischen Leistungen zu den Leistungsgruppen erfolgen anhand dem Schweizerischen Operationskatalog (**CHOP 2014**) und dem internationalen Diagnoseverzeichnis (**ICD-10 GM 2012**).

#### Hinweise

In dieser Tabelle werden nur die den Leistungsgruppen zugeteilten CHOP- und ICD-Codes inkl. grau markierter Titel aufgeführt.

Einzelne Leistungen werden nur in Kombination, also erst bei Kodierung von zwei bestimmten Codes, einer Leistungsgruppe zugeordnet. Mehrheitlich handelt es sich um CHOP- und ICD-Code Kombinationen. Die Kombinationen sind in der Spalte IndOP aufgeführt. Es ist vermerkt ob eine Kombination mit einem CHOP-Code (AND\_CHOP), bzw. einem ICD-Code (AND\_ICD) notwendig ist.

#### CHOP

Enthält Codes aus dem CHOP 2015.

Grau markierte CHOP-Codes sind Titel und mit dem CHOP 2014 nicht kodierbar.

#### ICD

Enthält Codes der Klassifikation ICD-10 GM 2012.

#### Grundlagen

Die Definition dieses HSM-Bereichs stützt sich auf die folgenden Dokumente:

Beschluss über die Zuordnung der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur hochspezialisierten Medizin (HSM), publiziert im Bundesblatt vom 10. März 2015.

Komplexe Behandlung von Hirnschlägen, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 19. Februar 2015

<sup>115</sup> GDK: Beschluss über die Zuordnung der komplexen Behandlung von Hirnschlägen zur HSM, publiziert im Bundesblatt vom 10. März 2015, CHOP/ICD-Set, unter <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1114>, Darstellung der Tabellen angepasst durch das BAG.

## Zuteilung zu NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)

### Definition HSM-Hirnschlagbehandlung

Bedingung 1: Akuter Schlaganfall

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

und

Bedingung 2: Komplexe Behandlung gemäss IVHSM

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

oder

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

### **Bemerkungen zur HSM-Definition**

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

## **NEU3.1 Zerebrovaskuläre Störungen (Stroke Center) V2015.0.8**

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

**und**

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

oder

Spezifische neurochirurgische Eingriffe (Teilmenge aus *NCH1 Kraniale Neurochirurgie*)

<b>ANG4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen V2015.0.8 (Auszug)</b>			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
...	...	...	...
CHOP	Z39.79.89	Kathetertechnischer Verschluss mittels Radiofrequenz an sonstigen Gefäßen, sonstige	AND_ICD
CHOP	C16	Verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87–99)	
CHOP	Z88	Sonstige diagnostische Radiologie und verwandte Verfahren	
CHOP	Z88.6	Phlebographie	
CHOP	Z88.61	Phlebographie der Kopf- und Halsvenen mit Kontrastmittel	
CHOP	Z88.61.0	Detail der Subkategorie 88.61	
ICD	I60	Subarachnoidalblutung	
ICD	I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend	AND_CHOP
ICD	I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend	AND_CHOP
...	...	...	...

<b>GEF4 Interventionen an den intrakraniellen Gefäßen V2015.0.8 (Auszug)</b>			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
...	...	...	...
CHOP	C7	Operationen am Kardiovaskulären System (35–39)	
CHOP	Z38	Inzision, Exzision und Verschluss von Gefäßen	
CHOP	Z38.0	Gefässinzision	
CHOP	Z38.01	Inzision von intrakraniellen Gefäßen	
...	...	...	...

<b>NCH1 Kraniale Neurochirurgie (Teilmenge) V2015.0.8 (Auszug)</b>			
Katalog	Code	Bezeichnung	IndOP
CHOP	C1	Operationen am Nervensystem (01–05)	
CHOP	Z01	Inzision und Exzision an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	
CHOP	Z01.1	Diagnostische Massnahmen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	
CHOP	Z01.10	Monitoring des intrakraniellen Drucks	
...	...	...	...

### Anhang 3: Liste der HSM-Entscheide (Stand April 2015)<sup>116</sup>

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Neurochirurgie Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen	21.06.2011	BBI 2011 4671	- Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Hôpitaux universitaires de Genève	31.12.2014
Neurochirurgie Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation) beim Erwachsenen	21.06.2011	BBI 2011 4675	- Centre hospitalier universitaire Vaudois CHUV, Lausanne - Inselspital Bern - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Zürich	31.12.2014
Neurochirurgie Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne die komplexen vaskulären Anomalien	21.06.2011	BBI 2011 4679	- Universitätsspital Zürich - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano - Hirslanden Klinik Zürich*	31.12.2014

<sup>116</sup> GDK: Statusbericht, 27. April 2015, S. 42-58.

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Neurochirurgie Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (ZNS)	21.06.2011	BBI 2011 4684	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> <li>- Hirslanden Klinik Zürich*</li> </ul>	31.12.2014
Neurochirurgie Seltene Rückenmarkstumoren	21.06.2011	BBI 2011 4688	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kantonsspital Luzern</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> <li>- Hirslanden Klinik Zürich*</li> </ul>	31.12.2014
Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen	21.06.2011	BBI 2011 4692	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> <li>- Hirslanden Klinik Zürich*</li> </ul>	31.12.2014

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Behandlung von Schwerverletzten	21.06.2011	BBI 2011 4699	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St.Gallen</li> <li>- Luzerner Kantonsspital</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Kantonsspital Graubünden</li> <li>- Kantonsspital Winterthur</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> <li>- Gesundheitsnetz Wallis, Standort Sion</li> </ul>	31.12.2014
Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz	01.11.2011	BBI 2011 8075	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern	01.11.2011	BBI 2011 8078	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB) im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne</li> <li>- Verbrennungszentrum des Kinderspitals Zürich</li> <li>- Kantonsspital Aarau*</li> <li>- Inselspital Bern*</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel*</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale*</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern	01.11.2011	BBI 2011 8084	- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne	31.12.2015
Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern	01.11.2011	BBI 2011 8087	- Hôpitaux universitaires de Genève	31.12.2015
Organtransplantationen (Lunge, Leber, Niere) bei Kindern  <i>Kombinierte Transplantationen mehrerer Organe (bspw. Herz-Lunge, Leber-Niere) sind von diesem Zuteilungsentscheid ausgenommen.</i>	01.11.2011	BBI 2011 8090	<i>Lungentransplantationen:</i> - Universitätsspital Zürich <i>Lebertransplantationen</i> - Universitätsspital Genf  <i>Nieren-Transplantationen</i> - Universitätsspital Zürich (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich) - Inselspital Bern - Centre hospitalier universitaire vaudois  <i>Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern: kann im Universitätsspital Basel durchgeführt werden, wenn das Inselspital Bern seine Zustimmung gibt.</i>	31.12.2015
Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern	01.11.2011	BBI 2011 8095	- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin)	31.12.2015
Neugeborenen-Intensivpflege	01.11.2011	BBI 2011 8099	- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - Inselspital Bern - Universitäts-Kinderspital beider Basel - Universitätsspital Zürich (USZ) (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)	31.12.2015

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (LUKS)</li> <li>- Kantonsspital Aarau (KSA)</li> <li>- Kantonsspital Graubünden (KSGR)</li> <li>- Kantonsspital Winterthur*</li> </ul>	
Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern	20.12.2011	BBI 2011 9276	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (LUKS)</li> <li>- Kantonsspital Graubünden (KSGR) mit Einschränkungen</li> </ul>	31.12.2015
Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern	20.12.2011	BBI 2011 9282	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern	20.12.2011	BBI 2011 9285	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Schweizerisches Epilepsiezentrum (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)</li> </ul>	31.12.2015
Pädiatrische Onkologie Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen	10.09.2013	BBI 2013 6773	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kantonsspital Aarau (Kinderklinik)</li> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (Kinderklinik)</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital</li> <li>- Ospedale Regionale di Bellinzona (Kinderklinik)</li> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital Graubünden*</li> </ul>	
Pädiatrische Onkologie Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)	10.09.2013	BBI 2013 6781	<i>Autologe Stammzelltransplantation:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul> <i>Allogene Stammzelltransplantation:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Pädiatrische Onkologie Behandlung von Neuroblastomen	10.09.2013	BBI 2013 6783	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital*</li> </ul>	31.12.2015
Pädiatrische Onkologie Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren	10.09.2013	BBI 2013 6786	<i>Extremitäten (Beine, Arme):</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)</li> </ul> <p><i>Stamm (Becken, Bauch und Thorax)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital (Kinderspital)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital*</li> </ul>	
Pädiatrische Onkologie Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems	10.09.2013	BBI 2013 6789	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- HUG Genève (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital*</li> </ul>	31.12.2015
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Oesophagusresektion	10.09.2013	BBI 2013 6792	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort ST. Gallen)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZH: Stadtpital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG</li> <li>- AG: Kantonsspital Aarau*</li> <li>- BE: Privatklinik Linde*</li> <li>- BE: Lindenhof AG*</li> <li>- GE: La Tour Réseau de Soins SA*</li> <li>- GL : Kantonsspital Glarus*</li> <li>- GR : Kantonsspital Graubünden*</li> <li>- LU : Klinik St. Anna*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> </ul>	

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Leberresektion	10.09.2013	BBI 2013 6801	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau</li> <li>- BE: Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Lugano)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZH: Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich AG</li> <li>- AG: Hirslanden Klinik Aarau*</li> <li>- BE: Privatklinik Linde*</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- GE: Clinique La Colline*</li> <li>- GE: La Tour Réseau de Soins SA*</li> <li>- GL : Kantonsspital Glarus*</li> <li>- GR : Kantonsspital Graubünden*</li> <li>- LU : Klinik St. Anna*</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> <li>- ZH: Klinik Im Park AG*</li> </ul>	
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Pankreasresektion	10.09.2013	BBI 2013 6809	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münstertlingen)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur, Stadtsipital Triemli</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Spitalzentrum Biel-Bienne, Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Lindenhofspital</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standort Bürgerspital Solothurn)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Lugano)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZH: Klinik Hirslanden Zürich AG</li> <li>- AG: Hirslanden Klinik Aarau*</li> <li>- BE: Privatklinik Linde*</li> <li>- FR: Hôpital Fribourgeois*</li> <li>- GE: Clinique Générale-Beaulieu*</li> <li>- GE: Clinique La Colline*</li> <li>- GE: La Tour Réseau de Soins SA*</li> <li>- GL : Kantonsspital Glarus*</li> <li>- GR : Kantonsspital Graubünden*</li> <li>- LU : Klinik St. Anna*</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- UR: Kantonsspital Uri*</li> </ul>	

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> <li>- ZH: Klinik Im Park AG*</li> </ul>	
<p>Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Tiefe Rektumresektion</p>	10.09.2013	BBI 2013 6817	<p>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Ob- und Nid- aargau SRO (Standort Spital Langenthal), Spital STS AG (Standort Spital Thun)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standorte Luzern/Sursee), Hirslanden Klinik St. Anna AG</li> <li>- NE: Hôpital Neuchâtelois (Standort Neuchâtel)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- SH: Spitäler Schaffhausen (Standort Schaffhausen)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standorte Bürgerspital Solothurn / Kantonsspital Olten)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münstertlingen)</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Lugano)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (Standort Yverdon-les-Bains), Ensemble Hospitalier de La Côte (Standort Morges), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (Standort Hôpital de Nyon)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital Baar</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Stadtspital Waid, Klinik Hirslanden Zürich AG, Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Spital Uster,</li> <li>- AG: Hirslanden Klinik Aarau*</li> <li>- BE: Privatklinik Linde*</li> <li>- BE: Regionalspital Emmental*</li> <li>- BE: Spitalzentrum Biel*</li> <li>- FR: Hôpital Daler*</li> <li>- GE: Clinique Générale-Beaulieu*</li> <li>- GE: La Tour Réseau de Soins SA*</li> <li>- GL : Kantonsspital Glarus*</li> <li>- GR : Kantonsspital Graubünden*</li> </ul>	

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- SZ : Klinik Stephanshorn (Hirslanden)*</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- TI: Clinica Luganese SA*</li> <li>- UR: Kantonsspital Uri*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- VD/VS: Hôpital du Chablais, Hôpital Riviera-Chablais*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> <li>- ZH: Spitalverband Bülach*</li> <li>- ZH: Spital Männedorf*</li> </ul>	
<p>Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Komplexe bariatrische Chirurgie</p>	10.09.2013	BBI 2013 6826	<p>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- SH: Spitäler Schaffhausen (Standort Schaffhausen)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standort Kantonsspital</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<p>Olten)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SZ: Spital Lachen</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Frauenfeld)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Bellinzona)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique (Standort Hôpital de Nyon)</li> <li>- VD/VS: Hôpital du Chablais</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Limmattal, GZO Spital Wetzikon</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Bruderholz)*</li> <li>- BE: Privatklinik Linde*</li> <li>- FR: Hôpital Daler*</li> <li>- GE: La Tour Réseau de Soins SA*</li> <li>- GR : Kantonsspital Graubünden*</li> <li>- LU : Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- LU : Klinik St. Anna*</li> <li>- SZ : Klinik Stephanshorn (Hirslanden)*</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> </ul>	

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- VD: Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois*</li> </ul>	
Schwere Verbrennungen beim Erwachsenen	27.11.2013	BBI 2013 8843	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB))</li> <li>- Universitätsspital Zürich (Verbrennungszentrum)</li> </ul>	31.12.2016
Protonentherapie	27.11.2013	BBI 2013 8847	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paul Scherrer Institut (PSI) in Villigen</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Herztransplantationen	27.11.2013	BBI 2013 8850	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Lebertransplantationen	27.11.2013	BBI 2013 8853	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Lungentransplantationen	27.11.2013	BBI 2013 8856	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Nierentransplantationen	27.11.2013	BBI 2013 8859	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2019
Organtransplantationen beim Erwachsenen Pankreastransplantationen	27.11.2013	BBI 2013 8862	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016

Entscheid	Datum	Bundesblatt	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen (HSZT) bei Erwachsenen	27.11.2013	BBl 2013 8865	- Universitätsspital Basel - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Universitätsspital Zürich	31.12.2016
Cochlea Implantation	27.11.2013	BBl 2013 8868	- Universitätsspital Basel - Inselspital Universitätsspital Bern - Centre Romand d'Implants Cochléaires (CRIC) (HUG/CHUV) - Luzerner Kantonsspital - Universitätsspital Zürich	31.12.2019

Legende:

\* : Keine rechtskräftige Zuteilung eines Leistungsauftrags durch das HSM-Beschlussorgan. Ein allfälliger Leistungsauftrag, der zur Abrechnung über die OKP in diesem Bereich berechtigt, bestimmt sich nach Massgabe eines allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrags bis zum Vorliegen eines anderslautenden Beschlusses des HSM-Beschlussorgans.

#### Anhang 4: Planungsschwerpunkte der Jahre 2009-2014<sup>117</sup>

A) <u>Erwachsenenmedizin</u>	Fälle
<p>a) <i>Organtransplantationen</i></p> <p>Zuteilungsentscheide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Herztransplantationen: 3 Zentren (Universitätsspitäler Lausanne, Bern, Zürich)</li> <li>– Lungentransplantationen: 2 Zentren (Universitätsspitäler Lausanne, Zürich)</li> <li>– Lebertransplantationen: 3 Zentren (Universitätsspitäler Genf, Bern, Zürich)</li> <li>– Pankreastransplantationen: 2 Zentren (Universitätsspitäler Genf, Zürich)</li> <li>– Nierentransplantation: 6 Zentren (5 Universitätsspitäler, Kantonsspital St. Gallen)</li> </ul> <p>Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gute Resultate der Zentren</li> </ul>	455
<p>b) <i>Protonentherapie</i><sup>118</sup></p> <p>Zuteilungsentscheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Paul Scherrer Institut (PSI) in Villigen (AG)</li> </ul> <p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Heutige Kapazitäten ausreichend</li> <li>– Keine neuen Erkenntnisse für die Rechtfertigung eines Aufbaus weiterer Behandlungsorte Das PSI ist weltweit führend in dieser Technologie</li> <li>– Mit der Leistungszuteilung an das PSI konnten in der Schweiz erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden</li> </ul>	330
<p>c) <i>Cochlea Implantate, schwere Verbrennungen und Stammzelltransplantationen</i></p> <p>Zuteilungsentscheide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stammzelltransplantationen: 3 Zentren (Universitätsspitäler Basel, Genf, Zürich)</li> <li>– Schwere Verbrennungen: 2 Zentren (Universitätsspitäler Lausanne, Zürich)</li> <li>– Cochlea Implantate: 6 Zentren (5 Universitätsspitäler, Kantonsspital St. Gallen, Luzerner Kantonsspital)</li> </ul> <p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gute Resultate der Zentren</li> </ul>	1160

<sup>117</sup> Zusammenstellung aufgrund der Informationen des Statusberichts der GDK, 27. April, S. 16-21, 39-40 und 42 ff.

<sup>118</sup> Vgl. Fallbeispiel unter Ziffer 3.1.2.

d) <i>Hirnschlag - häufigste Behinderung im Erwachsenenalter</i> <sup>119</sup>	550
Zuteilungsentscheide an 12 "Stroke Center" (hochspezialisierte Hirnschlagabteilung):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 Universitätsspitäler</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Regionalspital Lugano</li> </ul>	
Zusätzliche flächendeckende Netzverbindung, mit Einbindung der Spitäler mit einer abgestuften Hirnschlagversorgung	
Kriterien:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasche Versorgung der Patientinnen und Patienten</li> <li>- Qualitätsverbesserung</li> <li>- Sicherstellung einer Wohnortsnahe Versorgung</li> </ul>	
e) <i>Behandlung von Schwerverletzten</i> <sup>120</sup>	800
Zuteilungsentscheide an 12 Traumazentren:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 Universitätsspitäler</li> <li>- Kantonsspital St.Gallen</li> <li>- Luzerner Kantonsspital</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Kantonsspital Graubünden</li> <li>- Kantonsspital Winterthur</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Regionalspital Lugano)</li> <li>- Gesundheitsnetz Wallis, Standort Sion</li> </ul>	
Kriterien:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelung der Erstversorgung von Schwerverletzten mit Limitation auf 12 Zentren</li> <li>- Förderung der Netzverbindung</li> <li>- Vermeidung von unnötigen Verlegungen</li> <li>- Zeitgewinn für die optimale Behandlung</li> <li>- Optimale Erstversorgung</li> </ul>	
f) <i>Hochspezialisierte Neurochirurgie</i>	1210
Zuteilungsentscheide:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie: 3 Zentren: Universitätsspitäler Basel, Zürich und Genf.</li> <li>- Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation: 4 Zentren: Universitätsspitäler Lausanne, Bern und Zürich sowie Kantonsspital St.Gallen.</li> <li>- Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien: 8 Zentren: 5 Universitätsspitäler sowie die Kantonsspitäler St.Gallen, Aarau und Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Regionalspital Lugano).</li> <li>- Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems: 3 Zentren: Universitätsspitäler Genf, Bern und Zürich.</li> <li>- Seltene Rückenmarkstumoren: 7 Zentren: 5 Universitätsspitäler sowie die Kantonsspitäler Luzern und St.Gallen.</li> </ul>	

<sup>119</sup> Vgl. Fallbeispiel unter Ziffer 3.1.2.

<sup>120</sup> Vgl. Fallbeispiel unter Ziffer 3.1.2.

<p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konzentration auf wenige Standorte</li> </ul>	
<p><i>g) Hochspezialisierte Viszeralchirurgie</i></p> <p>Zuteilungsentscheide<sup>121</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oesophagusresektion: Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre): 7 Spitäler; provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 7 Spitäler</li> <li>– Resezierende Pankreaschirurgie: Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre): 8 Spitäler; provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 13 Spitäler</li> <li>– Resezierende Leberchirurgie: Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre): 8 Spitäler; provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 11 Spitäler</li> <li>– Tiefe Rektumresektionen: Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 37 Spitäler.</li> <li>– Komplexe bariatrische Eingriffe: Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 27 Spitäler</li> </ul> <p>Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zentren mit erforderlicher Infrastruktur und notwendigem Fachpersonal und mit genügender Erfahrung</li> <li>– Schrittweise Konsolidierung der Aktivitäten, was die Übergangsfristen erklärt</li> <li>– Leistungskonzentration zwecks Qualitätssicherung, Senkung des Komplikationsrisikos (nur die Hälfte der bisherigen Leistungserbringer)</li> <li>– Kosteneinsparungen</li> </ul>	2910
<b>Total Fälle Erwachsenenmedizin</b>	<b>7415</b>

<b>B) Kindermedizin</b>	<b>Fälle</b>
<p><i>a) Optimale Versorgung von extremen Frühgeborenen</i></p> <p>Zuteilungsentscheide<sup>122</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 9 Perinatalzentren</li> </ul> <p>Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Notwendige Erfahrung und Infrastruktur</li> </ul>	820
<p><i>b) Behandlung von Kindern mit schweren Verbrennungen</i></p> <p>Zuteilungsentscheide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Brandverletzententren des Kinderspitals Zürich und des Universitätsspitals Lausanne</li> </ul> <p>Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hochmoderne Infrastruktur und langjährige Expertise</li> </ul>	155
<p><i>c) Organtransplantationen</i></p> <p>Zuteilungsentscheide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lungentransplantation: Universitätsspital Zürich.</li> </ul>	20

<sup>121</sup> Vgl. Anhang 3.

<sup>122</sup> Vgl. Anhang 3.

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lebertransplantation: Universitätsspital Genf</li> <li>– Nierentransplantation: Universitätsspitäler Bern, Lausanne und Zürich</li> </ul>	
Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Seltenheit (Nierentransplantation etwas weniger selten)</li> </ul>	
<i>d) Behandlung von Augentumoren</i>	4
Zuteilungsentscheide:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Universitätsspital Lausanne</li> </ul>	
Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Universitätsspital Lausanne verfügt über eine ausgezeichnete Expertise</li> </ul>	
<i>e) Hochkomplexe Eingriffen in der Kinderchirurgie</i>	36
Zuteilungsentscheide:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Universitätsspital Genf (Leber- und Gallengangschirurgie / Lebertransplantation)</li> <li>– Universitätsspital Lausanne (komplexe Eingriffe an der Luftröhre)</li> </ul>	
Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grosse Erfahrung der zwei Zentren</li> </ul>	
<i>f) Spezielle Abklärungen bei Störungen des körpereigenen Immunsystems</i>	20
Zuteilungsentscheid:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kinderspital Zürich</li> </ul>	
Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hochspezialisierte Expertise</li> </ul>	
<i>f) Diagnostik und Betreuung von angeborenen Stoffwechselstörungen</i>	50
Zuteilungsentscheide:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Universitätsspitäler Lausanne, Bern und Kinderspital Zürich</li> </ul>	
Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Expertise und spezialisierte Fachkräfte</li> </ul>	
<i>g) Spezielle Abklärungen bei schwerer Epilepsie</i>	35
Zuteilungsentscheide:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schweizerische Epilepsiezentrum (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich) und Universitätsspital Genf</li> </ul>	
Kriterien	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hochspezialisierte Expertise, notwendige Spezialisten und spezifische Infrastruktur</li> <li>– Qualitätssicherung</li> </ul>	

<p><i>h) Behandlung von schwerverletzten Kindern</i></p> <p>Zuteilungsentscheide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspitäler Genf, Lausanne und Bern</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital</li> <li>- Kantonsspital Graubünden, mit Einschränkungen</li> </ul> <p>Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätsverbesserung</li> <li>- Notwendige Infrastruktur und entsprechendes Personal</li> <li>- Sicherstellung der adäquaten und prioritätengerechten Versorgung während 24 Stunden</li> </ul>	300
<p><i>i) Pädiatrische Onkologie</i></p> <p>Zuteilungsentscheide:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspitäler Bern und Lausanne und Genf</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel</li> <li>- Kantonsspital Aarau (Kinderklinik)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (Kinderklinik)</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital</li> <li>- Regionalspital Bellinzona (Kinderklinik)</li> </ul> <p>Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitätssicherung</li> </ul>	395
Total Fälle Kindermedizin	1835
Gesamttotal Erwachsenen- und Kindermedizin	9250