



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Hochspezialisierte Medizin

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

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

www.gdk-cds.ch

Reevaluation Cochlea-Implantate

Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung

SCHLUSSBERICHT

Bern, 4. März 2021

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Auftrag.....	4
3.	Ausgangslage.....	4
4.	Planungskriterien.....	5
4.1	Planungsgrundsätze gemäss IVHSM	5
4.2	Kriterien zur Versorgungsplanung	5
5.	Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer.....	6
6.	Analyse des Versorgungsbedarfs	7
6.1	Ist-Analyse	7
6.1.1	Fallzahlen pro Leistungserbringer	7
6.1.2	Patientenströme.....	7
6.2	Bedarfsprognose.....	8
6.2.1	Demografie	8
6.2.2	Epidemiologie und Medizintechnik	9
6.2.3	Konsolidierte Prognose.....	9
7.	Auswertung der eingegangenen Bewerbungen.....	9
7.1	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags	9
7.2	Qualität.....	10
7.3	Mindestfallzahlen	10
7.4	Lehre, Weiterbildung und Forschung.....	10
7.5	Wirtschaftlichkeit	10
7.6	Zusammenfassung der Auswertung eingegangener Bewerbungen.....	12
8.	Abdeckung des zukünftigen Versorgungsbedarfs	13
9.	Resultate der Anhörung	14
9.1	Stellungnahmen	14
9.2	Beurteilung des HSM-Fachorgans.....	14
9.3	Fazit aus der Anhörung.....	15
10.	Zuteilung der HSM-Leistungserbringung	16
11.	Ausblick	17
	Anhang	18
A1	Bereichsspezifische Anforderungen an die Leistungserbringer	18
A2	Analyse der Anzahl Fälle nach Leistungserbringer	22
A3	Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	23
A4	Anhörungsadressaten	25
A5	Abkürzungen	28

1. Zusammenfassung

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wurde der Bereich der Cochlea-Implantate (CI) im Jahr 2010 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen vergeben. Der Entscheid vom Jahr 2010 wurde 2013 im Zuge einer ersten Reevaluation einer Neubeurteilung unterzogen, und es wurden Leistungsaufträge an fünf Zentren vergeben. Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spitalliste in diesem HSM-Bereich – waren bis zum 31. Dezember 2019 befristet und werden im Rahmen einer zweiten Reevaluation erneut überprüft. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet.

Der Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 28. November 2019 über das Weiterführen der Zuordnung der CI zur HSM wurde am 17. Dezember 2019 im Bundesblatt publiziert. Die HSM-Leistungsaufträge werden für den Bereich der CI vergeben, wie er im Zuordnungsbeschluss definiert wurde.

Zuordnungsbeschlüsse sind gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (C-2251/2015) vom 9. Juni 2016 nicht anfechtbar und daher rechtskräftig.

Im Bewerbungsverfahren vom 8. Januar 2020 um die Aufnahme auf die HSM-Spitalliste haben sich fünf Leistungserbringer mit bisherigem HSM-Leistungsauftrag beworben; Neubewerbungen sind keine eingegangen.

Bei der Erstellung der HSM-Spitalliste werden sowohl die Planungskriterien der IVHSM als auch die Kriterien der Versorgungsplanung gemäss KVG und KVV berücksichtigt. Basierend auf diesen Kriterien legte das HSM-Fachorgan leistungsspezifische Anforderungen fest, welche bei der Evaluation der Leistungserbringer miteinbezogen wurden.

Nach Analyse der Versorgungslage und der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen bis 2028 kommt das HSM-Fachorgan zum Schluss, dass eine Weiterführung der Zuteilung im Bereich der CI an die bisherigen Leistungserbringer gerechtfertigt ist. Bewerbungen von Leistungserbringern ohne bisherigen HSM-Leistungsauftrag liegen keine vor, gleichzeitig besteht auch kein Bedarf für ein zusätzliches Zentrum. Zudem erfüllen alle fünf sich bewerbenden Leistungserbringer die Anforderungskriterien und es liegen keine Gründe vor, die Zuteilung an eines der bisherigen HSM-Zentren nicht weiterzuführen. In Anbetracht dessen sollen erneut Leistungsaufträge an alle bisherigen HSM-Leistungserbringer für eine Leistungsperiode von sechs Jahren erteilt werden.

Zuteilungsbeschluss

Auf Grundlage der Analyse der Versorgungslage, der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Leistungserbringer sowie unter Berücksichtigung der Empfehlung des HSM-Fachorgans beschliesst das HSM-Beschlussorgan, folgenden Leistungserbringern erneut einen auf sechs Jahre befristeten HSM-Leistungsauftrag zu erteilen:

- Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Universitätsspital Zürich

2. Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG¹). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² unterzeichnet und sich damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Artikel 9 Absatz 2 IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor.

3. Ausgangslage

Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)³ wurde der Bereich der Cochlea-Implantate (CI) im Jahr 2010 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen vergeben.⁴ Der Entscheid vom Jahr 2010 wurde 2013 im Zuge einer ersten Reevaluation einer Neu Beurteilung unterzogen, und es wurden Leistungsaufträge an fünf Zentren vergeben.⁵ Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spittalliste in diesem HSM-Bereich – waren bis zum 31. Dezember 2019 befristet und werden im Rahmen einer zweiten Reevaluation erneut überprüft. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet.

Der Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 28. November 2019 über das Weiterführen der Zuordnung der CI zur HSM wurde am 17. Dezember 2019 im Bundesblatt publiziert.⁶ Die HSM-Leistungsaufträge werden für den Bereich der CI vergeben, wie er im Zuordnungsbeschluss definiert wurde.

Zuordnungsbeschlüsse sind gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (C-2251/2015) vom 9. Juni 2016 nicht anfechtbar und daher rechtskräftig.

Die medizinischen Leistungen, welche in diesen HSM-Bereich fallen, sind anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) genau definiert. Das Klassifizierungssystem wird periodisch angepasst. Aus diesem Grund muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesem Klassifikationssystem jährlich aktualisiert werden. Die aktuell gültige Definition (zurzeit 2021) ist auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (www.gdk-cds.ch) publiziert.

Im Bewerbungsverfahren vom 8. Januar 2020 bis zum 4. März 2020 hatten die Leistungserbringer die Gelegenheit, sich (erneut) um die Aufnahme auf die HSM-Spittalliste im Bereich der CI zu bewerben. Die Möglichkeit, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben, steht grundsätzlich allen Spitälern offen. Ein Anspruch auf Erteilung von Leistungsaufträgen besteht allerdings nicht (vgl. BGE 133 V 123 E. 3.3 sowie BVGer, Urteil C-401/2012 E. 10.2). Zu den Zielen der Spitalplanung gehören neben der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten (vgl. BVGer, Urteil C-6266/2013 vom 29. September 2015, insb. E. 4.3 ff. sowie 4.5). Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualität ist vorgesehen, nicht alle sich bewerbenden Leistungserbringer, welche die vom HSM-Fachorgan definierten Anforderungen erfüllen, bei der Leistungszuteilung zu berücksichtigen, sondern den Planungsentscheid auf die Leistungserbringer zu konzentrieren, die in ihrer Gesamtheit die Versorgung am besten abdecken (vgl. BVGer, Urteil C-3413/2014 vom 11. Mai 2017). Die Zulassung nicht bedarfsnotwendiger Spitäler bzw. Kapazitäten ist ausgeschlossen.

Der vorliegende Zuteilungsbericht analysiert die Versorgungslage, thematisiert die zu prüfenden Planungskriterien und evaluiert entsprechend die eingegangenen Bewerbungen der interessierten Leistungserbringer. Abschliessend werden die Zuteilungsbeschlüsse des HSM-Beschlussorgans festgehalten.

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

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

³ Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008.

⁴ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Cochlea-Implantate wurden im Bundesblatt publiziert (BBI 2010 4193).

⁵ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Cochlea-Implantate wurden im Bundesblatt publiziert (BBI 2013 8868) und sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spittalliste>).

⁶ Die Zuordnung für den Bereich der Cochlea-Implantate wurde im Bundesblatt publiziert (BBI 2019 8444) und ist auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/bereiche>).

Vor Erlass der Zuteilungsverfügungen wurde ein Bericht mitsamt den Zuteilungsvorschlägen im Rahmen einer Anhörung einem breiten Adressatenkreis (Anhang A4) zur Stellungnahme unterbreitet. Der vorliegende Schlussbericht zur Leistungszuteilung, welcher die während der Anhörung vorgebrachten Einwände berücksichtigt, wird auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren veröffentlicht (www.gdk-cds.ch) und der definitive Zuteilungsbeschluss im Bundesblatt publiziert.

4. Planungskriterien

4.1 Planungsgrundsätze gemäss IVHSM

Die IVHSM legt die Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung der HSM zu beachten sind (Art. 7 Abs. 1–3 IVHSM). Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen universitären oder anderen multidisziplinären Zentren zuzuteilen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Für die Planung soll die Lehre und Forschung miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM). Schliesslich berücksichtigt die Planung ebenfalls die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland (Art. 7 Abs. 6 IVHSM).

4.2 Kriterien zur Versorgungsplanung

Zusätzlich zu den Planungsgrundsätzen sind bei der Erstellung der interkantonalen HSM-Spittalliste grundsätzlich dieselben Anforderungen des KVG und seiner Ausführungsverordnungen zu beachten wie bei der Erstellung einer kantonalen Spittalliste (Art. 39 Abs. 1 KVG, Art. 58a ff. KVV⁷). Auch sind die besonderen Anforderungen an die Planung der Kapazitäten nach Artikel 8 IVHSM miteinzubeziehen. Nachstehend wird die Vorgehensweise der Anwendung dieser Planungskriterien erläutert.

Das zu *sichernde Angebot* wird anhand der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) eruiert. Die Abgrenzung der relevanten Fälle gemäss Definition des entsprechenden HSM-Bereichs (=Zuordnung) erfolgt dabei anhand der Gruppierung nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) mithilfe des Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Zudem wurden die Daten der MS anhand der im CI-Register eingetragenen Fälle verifiziert.

Der *Bedarf der Bevölkerung* an Leistungen im entsprechenden HSM-Bereich ist mit der aktuellen und künftigen demographischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung in der Schweiz verbunden. Bei der Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs, welche ausgehend von der Analyse der aktuellen Versorgungslage erfolgt, werden die demographischen Entwicklungen gemäss Bevölkerungsszenarien des BFS sowie Resultate von Expertenbefragungen zu den Auswirkungen epidemiologischer und medizintechnischer Entwicklungen miteinbezogen.

Bei der Abschätzung der notwendigen *Kapazitäten* wird darauf geachtet, dass die künftig erwarteten Behandlungen von den vorgeschlagenen Leistungserbringern erbracht werden können, die resultierende Anzahl jährlicher Eingriffe in den einzelnen Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Sicherheit und der Behandlungsqualität ein kritisches Volumen (Mindestfallzahlen) allerdings nicht unterschreitet.

Zudem wird bei der Leistungszuteilung darauf geachtet, dass der *Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist* sichergestellt wird. Um die *Patientenströme* in Hinblick auf ein ausreichendes Angebot zu analysieren, sind gemäss BFS die folgenden Grossregionen definiert: Genferseeregion (GE, VD, VS); Espace Mittelland (BE, JU, NE, FR, SO); Nordwestschweiz (BS, BL, AG); Zürich (ZH); Ostschweiz (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR); Zentralschweiz (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ); Tessin (TI). Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es im Bereich der HSM keine vordefinierten Regionen oder Kantone mit obligatorischen Zuweisungen gibt. Die freie Spitalwahl gilt, und das behandelnde Spital resp. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sind frei bei der Zuweisung der Patientinnen und Patienten

⁷ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV); SR 832.102.

an ein HSM-Zentrum. Dementsprechend wird mit einer jährlichen Variation der Herkunftskantone der Patientinnen und Patienten gerechnet.

Die Verpflichtungserklärung zur *Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags* gilt als Voraussetzung für die Leistungszuteilung und wird direkt bei den sich bewerbenden Spitälern nachgefragt (Selbstdeklaration).

Ferner werden bei der Zuteilung die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer berücksichtigt, wie dies im nachstehenden Kapitel erläutert wird.

5. Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer

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

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

Tabelle 1: Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss IVHSM und KVV

Anforderung	Operationalisierung der Anforderung
Qualität der Leistungserbringung, inklusive: Hochqualifiziertes Personal und Teambildung Unterstützende Disziplinen Nutzung von Synergien	Die Leistungserbringer deklarieren den Erfüllungsgrad der Struktur- und Prozessqualität und Effizienz der Leistungserbringung anhand der bereichsspezifischen Anforderungen (vgl. Anhang A1). Für die Prüfung der Erfüllung der Kriterien werden neben einer Selbstdeklaration der bewerbenden Spitäler schriftliche Nachweise für die Zusammenarbeit mit vertraglich verpflichteten externen Fachpersonen sowie für die Bewilligung der kantonalen Ethikkommission für die Durchführung klinischer Forschungsprojekte und/oder Multi-zenterstudien beigezogen.
Mindestfallzahlen	Durchführung von 10 Behandlungen im HSM-Bereich pro Jahr gemäss publiziertem CHOP-Code-Liste (vgl. Anhang A1 im Schlussbericht zur Zuordnung vom 28. November 2019). Die Erhebung der Fallzahlen erfolgt anhand der Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und wurde anhand der Registerdaten verifiziert. Massgeblich ist der Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis zum 31. Dezember 2018. Die Fallzahl errechnet sich über den Durchschnitt dieser drei Jahre.
Lehre, Weiterbildung und Forschung	Die Aktivitäten in Lehre, Weiterbildung und Forschung werden mit dem Bewerbungsfragebogen erhoben und anhand des standardisierten Evaluationsschemas des HSM-Fachorgans (vgl. Anhang A2 des Kriterienkatalogs für die Bewerbung vom 25. November 2019) evaluiert.

Die *Wirtschaftlichkeitsprüfung* erfolgt durch Betriebsvergleiche. Dafür wurden zwei verschiedene Herangehensweisen gewählt – ein Vergleich auf Basis der schweregradbereinigten Fallkosten und die Analyse der durchschnittlichen Fallkosten der Spitäler im definierten HSM-Bereich.

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

6. Analyse des Versorgungsbedarfs

Artikel 39 KVG und Artikel 58a–e KVV verpflichten die Kantone, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Im Rahmen der HSM-Planung ist bei der Analyse des Versorgungsbedarfs zu beachten, dass sich die Fälle der nicht auf der HSM-Spitalliste aufgeführten Einrichtungen in Zukunft auf die Leistungserbringer mit einem HSM-Leistungsauftrag verlagern.

Der zu deckende Versorgungsbedarf entspricht dem Total der erfassten bisherigen Fallzahlen zuzüglich des prognostizierten Wachstums der Fallzahlen. Die Nachfrage nach bestimmten medizinischen Leistungen kann sich beispielsweise aufgrund einer prägnanten technischen Erneuerung ändern. Die Änderung der Nachfrage spiegelt sich direkt in den erbrachten Fallzahlen und ist bei der Planung zu berücksichtigen.

Diesen Überlegungen folgend, wurde die Analyse des Versorgungsbedarfs im Bereich der CI durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt. Im ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungslage einschliesslich der aktuellen Fallzahlen (Leistungsnachfrage) untersucht. Bei der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen wurden der Einfluss der aktuellen und künftigen demographischen, epidemiologischen und medizinischen Entwicklung berücksichtigt.

6.1 Ist-Analyse

Die zentrale Grundlage für die Bedarfsanalyse bilden die Daten der MS. Die MS erfasst alle Hospitalisierungen in den Schweizerischen Krankenhäusern. Mithilfe des SPLG-Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich werden alle Fälle der MS einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG) zugeordnet. Die HSM-Bereiche sind in der SPLG-Systematik abgebildet, indem diese jeweils einer oder mehrerer SPLG entsprechen. Die nachfolgenden Auswertungen stützen sich auf die gemäss SPLG-Systematik gruppierten Daten der MS. Ferner wird von den fünf Schweizerischen CI-Zentren seit dem Jahr 1992 ein nationales Register geführt. Die Daten des CI-Registers wurden genutzt, um die Daten gemäss MS zu validieren. Für den Analysezeitraum ergab der Abgleich nur geringfügige Abweichungen. Die Validierung bestätigte demnach die Datenqualität sowie die Zweckmässigkeit der MS als Datengrundlage für die Bedarfsanalyse im HSM-Bereich der CI.

Für die Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation wurden die aktuellsten Datenjahre verwendet, die aufgrund der zugrundeliegenden Definitionen vergleichbar sind. Für den HSM-Bereich der CI sind dies die Jahre 2012 bis 2018. Für alle nachfolgenden Analysen wurden also die Daten aus der MS aller Hospitalisierungen von 2012 bis 2018 verwendet, die gemäss SPLG-Groupers dem HSM-Bereich der CI zugeordnet wurden.

6.1.1 Fallzahlen pro Leistungserbringer

Die MS des BFS führt für die Jahre 2012 – 2018 im Durchschnitt 193 Fälle auf, welche der hochspezialisierten Medizin im Bereich CI zugerechnet werden können (siehe Anhang A2). Diese verteilten sich auf neun Leistungserbringer, wovon vier im Durchschnitt jährlich weniger als zehn Fälle behandelten. Drei der Leistungserbringer behandelten weniger als durchschnittlich drei Fälle pro Jahr. 94 % aller Fälle, wurden in denjenigen fünf Spitälern behandelt, die im genannten Zeitraum mehr als zehn Fälle jährlich im Durchschnitt behandelten. Diese fünf Spitäler verfügten über einen HSM-Leistungsauftrag im Bereich der CI. Die vier Leistungserbringer, welche weniger als zehn Fälle jährlich behandelten, verfügten hingegen über keinen entsprechenden HSM-Leistungsauftrag. Die IVHSM-Organen werden Nachforschungen treffen, weshalb Leistungen im Bereich der CI durch Spitäler ohne HSM-Leistungsauftrag erbracht wurden.

6.1.2 Patientenströme

Die Tabelle 2 zeigt die Patientenströme der Jahre 2012 – 2018 nach Grossregion des Spitalstandorts und Herkunftsgrossregion der Patientinnen und Patienten. Mit Ausnahme der Ostschweiz und dem Tessin existiert in jeder Grossregion ein CI-Zentrum. Patientinnen und Patienten aus Regionen mit eigenem CI-Zentrum werden mehrheitlich in der eigenen Region bzw. im betreffendem CI-Zentrum behandelt. Eine Ausnahme bildet die Nordwestschweiz, in welcher Rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten in CI-Zentren anderer Regionen behandelt werden. Patientinnen und Patienten aus der Ostschweiz, welche über kein CI-Zentrum verfügt, lassen sich vor allem in Zürich behandeln. Patientinnen und Patienten aus dem Tessin gehen für einen stationären Eingriff HSM-Bereich der CI in der Regel in die Zentralschweiz. Dementsprechend weisen die Regionen Zürich und Zentralschweiz die höchste Importquote auf. Rund die

Hälfte der Patientinnen und Patienten, die sich in Zürich oder der Zentralschweiz behandeln lassen, stammen aus einer anderen Region.

Tabelle 2: Patientenströme nach Grossregion 2012-2018 (gepoolt)

Grossregion Spitalstandort	Grossregion Patientinnen und Patienten								
	Genfersee- region	Espace Mittelland	Nordwest- schweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentral- schweiz	Tessin	Übrige	Total
Genferseeregion: GE, VD, VS	156	24				1			189
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	45	302	5	3	1	2	3	1	362
Nordwestschweiz: BS, BL, AG	1	11	85	3	7	3		3	113
Zürich: ZH	1	4	57	226	161	18	4	3	474
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR									
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	1	7	28	8	15	119	37	1	216
Tessin: TI							1		1
Total	204	348	175	240	184	143	45	16	1'355

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS).

6.2 Bedarfsprognose

Ausgehend von der Analyse der aktuellen Versorgungssituation (vgl. Kapitel 7.1 «Ist-Analyse») wurde der zukünftige Versorgungsbedarf anhand der zu erwartenden demographischen, epidemiologischen und medizin-technischen Entwicklungen prognostiziert. Als Referenzjahr für die Bedarfsprognose diente das Jahr 2018 und als Prognosehorizont das Jahr 2028. Die Prognose wurde ausschliesslich für die Bevölkerung mit Wohnsitz in der Schweiz vorgenommen. Nachfolgend werden in einem ersten Schritt die Auswirkungen der Einflussfaktoren (Demografie, epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen) auf die Bedarfsprognose einzeln analysiert. In einem zweiten Schritt erfolgt eine konsolidierte Prognose des Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren.

6.2.1 Demografie

Unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Entwicklung kann für den HSM-Bereich der CI mit einer Zunahme der Fallzahlen bis 2028 um 12 % auf 251 Fälle gerechnet werden. Die prognostizierte Fallzunahme liegt über dem erwarteten Wachstum der Gesamtbevölkerung, weil die Gruppen der 0 bis 17-Jährigen und der 60 bis 79-Jährigen, bei denen entsprechende Eingriffe überproportional häufig vorgenommen werden, bis 2028 ein überdurchschnittliches Wachstum verzeichnen.

6.2.2 Epidemiologie und Medizintechnik

Zusätzlich zur Demographie wird im Bereich der CI aufgrund der epidemiologischen Entwicklungen ein Anstieg der Fallzahlen bis 2028 um 28 % erwartet. Im Rahmen der Expertenbefragung wurden vor allem die höhere Lebenserwartung bzw. die gestiegenen Ansprüche an die Lebensqualität im Alter, die Zunahme von Implantationen bei einseitiger Taubheit, die steigende Zahl zweiseitiger Implantationen, die zunehmende Akzeptanz gegenüber Hörhilfen sowie die Zuwanderung von Personen mit genetisch bedingten Schwerhörigkeiten (Konsanguinität) als Gründe für die erwartete Zunahme des Leistungsbedarfs im HSM-Bereich der CI genannt. Aufgrund medizintechnischer Entwicklungen ist im Bereich der CI hingegen lediglich eine vernachlässigbare Zunahme der Fallzahlen zu erwarten.

6.2.3 Konsolidierte Prognose

Gestützt auf die Bevölkerungsprognosen des BFS sowie unter Einbezug der Experteneinschätzungen hinsichtlich der epidemiologischen und medizin-technischen Entwicklungen ist mit einem Anstieg der Fallzahlen im HSM-Teilbereich der CI um 40 % auf 314 Fälle im Jahr 2028 (+90 Fälle) zu rechnen. Massgeblich verantwortlich für die prognostizierte Entwicklung sind die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die lebenslange Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten eine Besonderheit im HSM-Bereich der CI darstellt. In diesem Zusammenhang wurde von mehreren der befragten Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass die jährlichen Fallzahlen nicht abschliessend über die notwendigen Ressourcen informieren, welche durch die CI-Zentren sichergestellt werden müssen. Der kumulierende Effekt der lebenslangen Nachbetreuung auf die benötigten Kapazitäten wurde in der vorliegenden Bedarfsprognose nicht abgebildet, da ausschliesslich die Implantation als medizinische Leistung der HSM zugeordnet ist.

7. Auswertung der eingegangenen Bewerbungen

Im Verlaufe des Bewerbungsverfahrens vom 8. Januar 2020 bis zum 4. März 2020 sind beim HSM-Projektsekretariat fünf Bewerbungen für den Erhalt eines HSM-Leistungsauftrages bzw. die Weiterführung des bisherigen HSM-Leistungsauftrags eingegangen. Folgende Spitäler haben sich für einen Leistungsauftrag im HSM-Bereich «Cochlea-Implantate» beworben:

- Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Universitätsspital Zürich

Nachfolgend werden die Resultate der Evaluation der eingegangenen Bewerbungen dargelegt.

7.1 Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags

Alle Bewerbenden verpflichten sich, die im Zuordnungsbericht⁸ definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen (siehe Anhang A1) zu erfüllen (vgl. Tabelle 4).

⁸Cochlea-Implantate. Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 28. November 2019.

7.2 Qualität

Berichterstattung an die IVHSM-Organe und Registerteilnahme

Alle Bewerbenden erklären sich einverstanden, die Berichterstattungspflichten an die IVHSM-Organe zu erfüllen sowie die erforderlichen Registerführungspflichten einschliesslich Finanzierung weiterhin wahrzunehmen.

Strukturqualität und Prozessqualität

Alle Bewerbenden erfüllen die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität nach Anhang A1. Sie verfügen sowohl über die zur Durchführung von Cochlea-Implantationen erforderlichen Fachärztinnen und Fachärzte sowie die weiteren Fachpersonen, welche im Haus oder vertraglich verpflichtet zur Verfügung stehen müssen als auch über die notwendige Infrastruktur. Ferner sind alle Bewerbenden an das Schweizerische Cochlea-Implantat Register angeschlossen, welches regelmässig auditiert wird. Im Rahmen der Registerpflicht haben sich die Bewerbenden zudem dazu verpflichtet, die Daten des erweiterten Minimal-Datensatzes an die IVHSM-Organe zu übermitteln, welcher im Vergleich zur bisherigen Berichterstattung zusätzlich die Muttersprache der Patientinnen und Patienten sowie die Anzahl Komplikationen im Verhältnis zum internationalen Standard umfasst.

7.3 Mindestfallzahlen

Selbstdeklaration

Nach eigenen Angaben erfüllen alle Bewerbenden die Mindestfallzahl von 10 Eingriffen pro Jahr (Dreijahresdurchschnitt vom 1. 1. 2016 bis zum 31.12. 2018).

Medizinische Statistik der Krankenhäuser und Register

Die Einhaltung der Mindestfallzahl wurde anhand der in der MS erhobenen und der im Register eingetragenen Fälle überprüft. Dabei war der Jahresdurchschnitt im Zeitraum vom 1. 1. 2016 bis zum 31.12. 2018 massgeblich. Gemäss Überprüfung erreichen alle Bewerbenden die Mindestfallzahl. Es besteht zwar eine Diskrepanz zwischen den Fallzahlen der MS und den Fallzahlen gemäss Registerdaten und Selbstdeklarationen. Im Register wird die Anzahl Implantate festgehalten, während die Fallzahlen der MS Fälle umfasst, bei welchen zwei Implantate gleichzeitig eingesetzt wurden (bilaterale Implantation). Analog zu den Registerdaten haben die Zentren im Rahmen des Bewerbungsverfahrens die Anzahl Implantate angegeben, wodurch sich die Divergenz zu den Fallzahlen der MS erklären lässt. Alle Bewerbenden erfüllen die Mindestfallzahlen jedoch sowohl in Anbetracht der Registerdaten als auch in Hinblick auf die Fallzahlen der MS.

7.4 Lehre, Weiterbildung und Forschung

Die Erfüllung der Anforderungen an die Lehre, Weiterbildung und Forschung wurden anhand eines standardisierten Evaluationsschemas beurteilt, welches die Aktivitäten der Leistungserbringer in der Ausbildung, der Weiterbildung, der klinischen Forschung sowie die Publikationen im HSM-Bereich berücksichtigt. Gemäss Auswertung des standardisierten Evaluationsschemas erfüllen alle Bewerbenden die gestellten Anforderungen.

7.5 Wirtschaftlichkeit

Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Eine Expertengruppe begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Hauptkenntnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in Tabelle 3 und das methodische Vorgehen im Anhang A3 summarisch dargestellt.

Die Analysen beruhen auf Vergleichen der Casemix-bereinigten, spitalindividuellen mittleren Fallkosten (Basiswerte) des Jahres 2018. Neben der Beurteilung auf Stufe Gesamtspital wird auch die Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung betrachtet. Es werden also zwei unterschiedliche Herangehensweisen angewendet:

1. Methodik ITAR K[®]: Bei der Auswertung von Kostendaten ITAR_K[®] werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Casemix-bereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der

GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung»⁹ ermittelt. Als Referenzwerte dienen die Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Alle Spitäler: CHF 10'908) (vgl. Tabelle 3, linke Spalte).

2. **Methodik SwissDRG:** Bei der Auswertung nach SwissDRG werden die kalkulatorischen Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dienen einerseits die Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Alle Spitäler: CHF 9'646) (vgl. Tabelle 3, mittlere Spalte) und andererseits die Fallzahl-gewichteten Mittel der sich bewerbenden Spitäler (Alle Spitäler: CHF 12'701) (vgl. Tabelle 3, rechte Spalte).

Weder bei Verwendung der Kostenausweise nach ITAR_K[®] noch bei den Daten SwissDRG werden für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Kostenunterschiede berücksichtigt, welche regionaler Natur sind. Zum Beispiel örtlich unterschiedliche Lohnkosten werden mangels breit akzeptierter Methodik nicht neutralisiert. Zudem ist bei niedrigen Fallzahlen mit der Auswertung nach SwissDRG keine statistisch gesicherte Aussage möglich. Die Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind daher zu relativieren.

Tabelle 3. Einteilung Spitäler in «wirtschaftlich»^a, «eher wirtschaftlich»^b, «neutral»^c, «eher nicht wirtschaftlich»^d und «unwirtschaftlich»^e nach verschiedenen Methoden

Spital	Referenzwert	Methode		
		ITAR_K [®]	SwissDRG	
		Median	Median	Fallzahl-gewichtetes Mittel
Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern		+	[+]	[++]
Universitätsspital Basel		-	[-]	[++]
Les hôpitaux universitaires de Genève		--	[- -]	[- -]
Luzerner Kantonsspital, Luzern		+	[0]	[++]
Universitätsspital Zürich		0	[0]	[++]

^a «+++»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % unter der Bezugsgrösse.

^b «++»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % unter der Bezugsgrösse.

^c «0»: Abweichung der mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals zur Bezugsgrösse von weniger als 1.0 %

^d «-»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % über der Bezugsgrösse.

^e «--»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % über der Bezugsgrösse.

[Eckige Klammern] bedeuten, dass der Referenzwert und der Vergleich verzerrt sind.

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wurden die obengenannten Methoden verwendet – die erste mit dem Einbezug des Gesamspitals, die zweite mit spezifischeren Daten für den HSM-Bereich, bei dieser wurde zusätzlich mit zwei Sub-Methoden gearbeitet.

Gemäss der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach ITAR_K[®] liegen die Insel 2.6 % und das LUKS 9.7 % unter dem Referenzwert, das USZ weist eine Abweichung von weniger als 1 % auf während das USB 1.6 % und die HUG 17.5 % über dem Referenzwert liegen. Gemäss «Median SwissDRG» liegt nur die Insel mit 4.9 % unter dem Referenzwert, das USZ und das LUKS weisen eine Abweichung von weniger als 1 % auf, während das USB 4.8 % darüber liegt. Auch die HUG liegen hier über dem Referenzwert, wobei mit einer Abweichung von 190.2 % ein beträchtlicher Abstand zu den anderen vier Leistungserbringern besteht. Ebenso liegen die HUG bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG» mit 120.4 % auffallend hoch über dem Referenzwert, während alle anderen Spitäler in einem Bereich zwischen 20.4 % und 27.8 % unter der Bezugsgrösse liegen.

⁹Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind sinngemäss auch für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbar.

Da sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach ITAR-K® auf das gesamte Spektrum der Leistungserbringung eines Spitals bezieht, ist diese Methodik zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in einem spezifischen HSM-Bereich wenig aussagekräftig. Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» empfiehlt daher, in der Regel die Methodik «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG» anzuwenden, da diese eine spezifischere Aussage über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im konkreten HSM-Bereich erlaubt. Im vorliegenden Fall ist der Vergleich basierend auf den SwissDRG-Daten allerdings nicht plausibel, da die hohen Fallkosten der HUG den Referenzwert und damit auch den Vergleich zwischen den übrigen sich bewerbenden Spitälern verzerren. Die markante Differenz zwischen den Fallkosten der HUG und der anderen Spitäler könnte darauf zurückzuführen sein, dass die HUG im Gegensatz zu den anderen Spitälern aufgrund einer divergierenden Auffassung der Fallführung vermutlich vor- und nachstationäre medizinische und therapeutische Diagnostik mehrheitlich zum stationären Fall zählt.

In Anbetracht der vorliegenden Verzerrung des Referenzwertes sowie im Hinblick darauf, dass eine Betreuung der Patientinnen und Patienten in der eigenen Muttersprache im Bereich der CI besonders relevant ist, soll sich die Vergabe der Leistungszuteilungen primär auf die fachlichen und infrastrukturellen Bedingungen, die Minimalfallzahlen als Qualitätsmerkmal sowie die Abdeckung des Bedarfs der unterschiedlichen Sprachregionen der Schweiz stützen. Eine ausschliesslich durch die Wirtschaftlichkeit begründete Nichterteilung eines Leistungsauftrages an die HUG erscheint im Bereich der CI unter Berücksichtigung der genannten Aspekte nicht als gerechtfertigt.

7.6 Zusammenfassung der Auswertung eingegangener Bewerbungen

Tabelle 4 fasst die Auswertung der eingegangenen Bewerbungen zusammen.

Tabelle 4: Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungs- auftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfall- zahlen MS und Register ²⁾	Struktur- und Prozess- qualität ^{1), 2)}	Lehre, Weiter- bildung und Forschung ³⁾	Wirtschaft- lichkeit ⁴⁾
Inselgruppe AG, Inselspital Universitäts- spital Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	geprüft
Universitäts- spital Basel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	geprüft
Les hôpitaux universitaires de Genève	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	geprüft
Luzerner Kan- tonsspital, Luzern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	geprüft
Universitäts- spital Zürich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	geprüft

Grün unterlegt = Anforderung erfüllt

Rot unterlegt = Anforderung nicht erfüllt

¹⁾ Evaluation basierend auf Selbstdeklaration der Leistungserbringer;

²⁾ Prüfung gemäss Anforderungskatalog im Anhang A1;

³⁾ Prüfung gemäss standardisiertem Evaluationsschema zur Lehre, Weiterbildung und Forschung;

⁴⁾ Prüfung durch beauftragte Dritte und Beurteilung durch Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung».

8. Abdeckung des zukünftigen Versorgungsbedarfs

Um beurteilen zu können, ob der zukünftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, wenn Leistungsaufträge an diejenigen Bewerber vergeben werden, die alle verlangten Kriterien erfüllen, muss ermittelt werden, welche zusätzlichen Kapazitäten die Bewerber in Zukunft zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben.

In den Jahren 2018 und 2019 mussten laut den sich bewerbenden Leistungserbringern keine Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zur CI aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 5). Kapazitätsengpässe bestanden also keine.

Tabelle 5: Kapazitätsengpässe in den Jahren 2018 und 2019

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	0
Universitätsspital Basel	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0
Universitätsspital Zürich	0

* Anzahl Patienten mit Indikation im Bereich CI, welche in den Jahren 2018 und 2019 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.

Quelle: Selbstdeklaration der sich bewerbenden Leistungserbringer.

Alle sich bewerbenden Leistungserbringer können ihre Gesamtkapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zur CI bis ins Jahr 2028 gemäss eigenen Angaben ausbauen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Prospektive Gesamtkapazität pro sich bewerbendes Spital, im Bereich Cochlea-Implantate

Grossregion	Leistungserbringer	Prospektive Gesamtkapazität 2028	Prognostizierter Bedarf 2028
Genferseeregion: GE, VD, VS	Les hôpitaux universitaires de Genève	65 ^{a)}	59
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	120	86
Nordwestschweiz: BS, BL, AG	Universitätsspital Basel	40 ^{a)}	36
Zürich: ZH	Universitätsspital Zürich	100 ^{a)}	46
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	Keine	0	37
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	Luzerner Kantonsspital, Luzern	65 ^{a)}	37
Tessin: TI	Keine	0	14
Gesamtschweiz	Total	390	314

a) Die prospektive Gesamtkapazität wurde für das USB und LUKS nur bis ins Jahr 2022, bzw. 2023 für das HUG und 2024 für das USZ deklariert. Es wird daher davon ausgegangen, dass die maximale deklarierte Gesamtkapazität bis ins Jahr 2028 im selben Umfang gewährleistet wird.

Das HSM-Fachorgan ist der Ansicht, dass der Bedarf mit den bisherigen fünf HSM-Leistungserbringern gedeckt werden kann. Diese verfügen nach eigenen Angaben einerseits zurzeit über ausreichend Kapazitäten (vgl. Tabelle 5) und können andererseits ihre Kapazitäten in Zukunft nötigenfalls noch ausbauen (vgl. Tabelle 6). Die prospektive Gesamtkapazität gewisser CI-Zentren übersteigt zwar den prognostizierten Bedarf der eigenen Grossregion deutlich (bspw. Zürich). Dabei ist allerdings zu beachten, dass sich gemäss Analyse der Patientenströme (vgl. Kapitel 6.1.2) Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen, in welchen kein CI-Zentrum besteht (bspw. Ostschweiz), in den entsprechenden Zentren behandeln lassen werden. Zudem soll an dieser Stelle erneut erwähnt werden, dass die CI-Zentren neben der Durchführung von Implantationen ebenfalls die lebenslange Nachbetreuung der bereits implantierten Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die lebenslange Nachbetreuung wurde im Rahmen der Bedarfsprognose sowie bei der Abfrage der künftigen Gesamtkapazitäten nicht abgebildet, da ausschliesslich die Implantation als medizinische Leistung der HSM zugeordnet ist (vgl. Kapitel 6.2.3).

9. Resultate der Anhörung

Die Anhörung zur Leistungszuteilung im Bereich der CI dauerte vom 10. November 2020 bis zum 10. Dezember 2020. Zur Teilnahme wurden die 26 Kantone, die fünf betroffenen Spitäler oder Spitalstandorte, fünf Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, zehn Fachgesellschaften sowie vierzehn andere Institutionen und Organisationen eingeladen. Insgesamt sind 25 Stellungnahmen beim HSM-Projektsekretariat eingetroffen.

9.1 Stellungnahmen

Tabelle 7: Antworten betr. der vorgeschlagenen Zuteilung im Bereich der Cochlea-Implantate

	Befragte	Erhaltene Antworten	Zustimmung	Ablehnung	Enthaltung
Kantone	26	14	12	0	2
Spitäler	5	7	6	1	0
Weitere	34	4	3	0	1
Total	65	25	21	1	3

Die überwiegende Mehrheit der Anhörungsteilnehmenden begrüsst die Leistungszuteilung im Bereich der CI an die vorgeschlagenen fünf Leistungserbringer. Gewisse Stellungnahmen heben hervor, dass die fünf CI-Zentren fachlich und personell zur Leistungserbringung im vorliegenden HSM-Bereich geeignet seien und den Bedarf der Versorgung kongenital gehörloser und postlingual ertaubter Patientinnen und Patienten gut abdecken. Grundsätzlich gegen die vorgeschlagene Zuteilung sprach sich lediglich eine Stellungnahme aus.

9.2 Beurteilung des HSM-Fachorgans

Das HSM-Fachorgan teilt die Ansicht der Anhörungsteilnehmenden, dass die Versorgung im Bereich der CI durch die bisherigen fünf CI-Zentren gut gewährleistet ist. Im Hinblick darauf können die HSM-Leistungsaufträge erneut an die bisherigen fünf HSM-Zentren für sechs Jahre erteilt werden.

9.3 Fazit aus der Anhörung

Nach eingehender Analyse der Versorgungslage und der voraussehbaren Entwicklung der Fallzahlen bis 2028 empfiehlt das HSM-Fachorgan, folgenden Leistungserbringern einen auf sechs Jahre befristeten Leistungsauftrag zu erteilen:

- Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Universitätsspital Zürich

Die Leistungsaufträge sollen für sechs Jahre erteilt werden. Diese Mandatsdauer gibt zum einen den Spitälern Planungssicherheit. Zum andern ist das zweistufige Verfahren (Zuordnung und Zuteilung) zeitintensiv. Somit ist eine Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre angemessen. Mithilfe des Monitorings und der Überprüfung der Registerdaten soll die Einhaltung der Anforderungen über die gesamte Dauer überwacht werden.

10. Zuteilung der HSM-Leistungserbringung

Nach Berücksichtigung aller relevanten Aspekte und auf Empfehlung des HSM-Fachorgans beschliesst das HSM-Beschlussorgan nachstehende Zuteilung der HSM-Leistungserbringung. Die Leistungsaufträge werden für sechs Jahre erteilt. Damit wird für die Spitäler Planungssicherheit geschaffen. Zudem nimmt der Reevaluations-prozess im zweistufigen Verfahren viel Zeit in Anspruch. Somit ist eine Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre gerechtfertigt. Mithilfe des Monitorings und der Überprüfung der Registerdaten soll die Einhaltung der Anforderungen über die gesamte Dauer überwacht werden.

Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden fünf Zentren

Tabelle 8: Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Bereich «Cochlea-Implantate»

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern ^{d)}	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Universitätsspital Basel ^{d)}	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Les hôpitaux universitaires de Genève ^{d)}	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Luzerner Kantonsspital, Luzern ^{d)}	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Universitätsspital Zürich ^{d)}	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.

^{d)} bisher def. LA (6 Jahre).

Die für die Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge vorgeschlagenen Bewerbenden erfüllen ausnahmslos die gestellten Anforderungen an die Berichterstattung, Qualität, Mindestfallzahlen sowie die Lehre, Weiterbildung und Forschung. Alle Bewerbenden hatten bereits bei der ersten Zuteilung von 2010 und der ersten Reevaluation der Zuteilung von 2013 einen Leistungsauftrag im Bereich der CI erhalten. Das HSM-Beschlussorgan geht davon aus, dass diese fünf Zentren weiterhin genügen Kapazitäten aufbauen können, um die Versorgung langfristig sicherzustellen. Werden die prognostizierten Bedarfszahlen mit den möglichen Kapazitätssteigerungen der vorgeschlagenen Leistungserbringer verglichen, ist deren Anzahl ausreichend. Ferner soll die Wirtschaftlichkeit nicht als Kriterium für eine Nichterteilung eines Leistungsauftrags gewertet werden (vgl. Ausführungen des HSM-Fachorgans in Kapitel 7.5).

In Anbetracht der dargelegten Erwägungen werden an alle Bewerbenden Leistungsaufträge für sechs Jahre erteilt.

11. Ausblick

Der Schlussbericht über die Zuteilung wird auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (www.gdk-cds.ch) publiziert. Der Entscheid des HSM-Beschlussorgans über die Zuteilung der Leistungsaufträge wird im Schweizerischen Bundesblatt veröffentlicht. Die Leistungszuteilungen treten am 1. Juni 2021 in Kraft.

Anhang

A1 Bereichsspezifische Anforderungen an die Leistungserbringer

Aufgrund der Kriterien der IVHSM und der KVV legt das HSM-Fachorgan für den entsprechenden Bereich der hochspezialisierten Medizin leistungsspezifische Anforderungen fest. Die spezifischen Auflagen für den Bereich der CI sind nachstehend detailliert aufgeführt. Hierbei handelt es sich um den Anforderungskatalog, welcher das HSM-Fachorgan an seiner Sitzung vom 25. November 2019 verabschiedet hat.

1. Anforderungen

1.1 Generelle Anforderungen an Leistungserbringer

Bereitschaft zur Berichterstattung an die IVHSM-Organe und Dokumentation

	<p>Die Berichterstattung an die IVHSM-Organe zuhanden des HSM-Projektsekretariats umfasst folgende Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Umgehende Offenlegung allfälliger Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie strukturelle und personelle Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (bspw. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzen der Klinikdirektion oder in der ärztlichen sowie pflegerischen Leitung); b) Jährliche Einreichung der im Rahmen des HSM-Minimaldatensatzes erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität inkl. der Fallzahlen. Die Zentren reichen die standardisierten, direkt vergleichbaren Daten beim HSM-Projektsekretariat koordiniert ein und bestimmen zu diesem Zweck eine verantwortliche Person; c) Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung.
--	--

1.2 Bereichsspezifische Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer

Mindestfallzahlen

	Mindestens 10 Cochlea-Implantationen pro Jahr und Zentrum.
--	--

Strukturqualität

	<p>Folgende Fachpersonen stehen im Haus zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HNO-Fachärztin/HNO-Facharzt • Diplomingenieurin/Diplomingenieur oder Physikerin/ Physiker mit audiologischer Erfahrung • Audiometristin/Audiometrist • Pädaudiologin/Pädaudiologe • Logopädin/Logopäde
	<p>Folgende vertraglich verpflichtete Fachpersonen müssen konsiliarisch hinzugezogen werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humangenetikerin/Humangenetiker

	<ul style="list-style-type: none"> • Audioagogin/Audioagoge • Anästhesistin/Anästhesist • Neurologin/Neurologe • Ophthalmologin/Ophthalmologe • Internistin/Internist • Pädiaterin/Pädiater • Radiologin/Radiologe/Neuroradiologin/Neuroradiologe • Psychologin/Psychologe • Audiologin/Audiologe und Audiopädagogin/Audiopädagoge • Hörgeräteakustikerin/Hörgeräteakustiker
	<p>Vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit Hörakustikerinnen oder Hörakustikern unter Obliegen der Verantwortung der Folgeversorgung beim zuständigen Zentrum, die folgende Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Weiterbildung in der Implantattechnologie; • Affiliation muss an ein Akustikinstitut und an eine bekannte Akustikerin oder einen bekannten Akustiker gebunden sein; • Jährliche Bestätigung der Fortbildung/Schulung/ Kurs- oder Kongressbesuche zuhanden der CI-Klinik. <p>Speziell für Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langjährige Tätigkeit als Pädakustikerin oder Pädakustiker bei Nachsorge; • Betreuung einer Kohorte von mind. 30 Kindern jährlich aller Altersklassen mit Hörgeräten und/oder Implantaten.
	<p>Folgende räumliche Ausstattung steht im Haus zur Verfügung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audiologie-Kabinen mit Möglichkeit der Freifeldmessung auch bei Kindern • Raum für Anpassung und technische Betreuung • Therapieraum • Besprechungsraum

Prozessqualität

	Einheitliche Erhebung und Übermittlung der Angaben des Minimalen Datensatzes an das Schweizerische Cochlea-Implantat Register für jede HSM-Patientin und jeden HSM-Patienten.
	Regelmässige Auditierung der Registerdaten zwecks Qualitätssicherung und Übernahme der daraus entstehenden Kosten. Den IVHSM-Organen werden die Auditresultate bekannt gegeben und die auditierten Zentren namentlich genannt.
	Übernahme der Betriebskosten des Schweizerischen Cochlea-Implantat Register gemeinsam mit den weiteren HSM-Zentren.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

	Aktive Teilnahme an Forschung und Entwicklung im Bereich Cochlea-Implantate sowie Engagement in Weiterbildung am Standort der Leistungserbringung für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen.
	Erfüllung der Anforderungen des HSM-Fachorgans an die Lehre, Weiterbildung und Forschung vom 12. März 2018.

HSM-Minimaldatensatz für den Bereich «Cochlea-Implantate»

Die folgenden Daten aller Schweizer Zentren müssen koordiniert von einer verantwortlichen Person beim HSM-Projektsekretariat eingereicht werden.

Anzahl Implantationen aufgeschlüsselt nach Zentrum und:

- Geschlecht der Patientin oder des Patienten
- Seite der Implantation (Rechts/Links)
- Altersgruppe (0-3 J, 3-12J, 12-18J, 18-65J, 65-99J)
- Muttersprache der Patientin oder des Patienten

Anzahl Reimplantationen aufgeschlüsselt nach Zentrum und:

- Grund der Reimplantation
- Reimplantations-Intervall

Anzahl bilaterale Implantation aufgeschlüsselt nach Zentrum und:

- Intervall und Altersgruppe (0-3 J, 3-12J, 12-18J, 18-65J, 65-99J)

Anzahl Komplikationen aufgeschlüsselt nach Zentrum und im Verhältnis zum internationalen Standard

Objektive Testergebnisse:

Erwachsene:

- Freiburger-Test aufgeschlüsselt nach Zentrum
- VO8 Test
- C12 Test

Kinder:

- CAP (Hearing Age)
- SIR (Hearing Age)
- LittlEars (Hearing Age)

Evaluationsschema der Anforderungen an die Lehre, Weiterbildung und Forschung

1	Ausbildung	Keine Unterassistenten oder Studierenden in Ausbildung im HSM-Bereich	0 Punkte
		Mindestens eine Unterassistentin/ ein Unterassistent oder eine Studentin/ ein Student in strukturiertem Curriculum pro Semester im HSM-Bereich	1 Punkt
2	Weiterbildung	Keine Anwärterinnen oder Anwärter auf Facharzt- oder Schwerpunkttitle in Weiterbildung im HSM-Bereich	0 Punkte
		Mindestens eine Weiterbildungsstelle im HSM-Bereich nachweislich lückenlos besetzt	1 Punkt
3	Klinische Forschung	Keine klinische Forschung im HSM-Bereich	0 Punkte
		Minimale klinische Forschung im HSM-Bereich (Beteiligung an Multizenterstudie und mind. eine Study Nurse angestellt)	1 Punkt
		Klinische Forschung im HSM-Bereich (Hauptleitung einer Multizenterstudie)	2 Punkte
4	Publikationen (peer-reviewed)	Keine in Pubmed gelistete Publikation im HSM-Bereich	0 Punkte
		Eine, in Pubmed gelistete Publikation im HSM-Bereich pro Jahr (Mitglied des Teams ist Erst-, Zweit- oder Letztautor/in)	1 Punkt
		Mehr als eine, in Pubmed gelistete Publikation im HSM-Bereich pro Jahr (Mitglied des Teams ist Erst-, Zweit- oder Letztautor/in)	2 Punkte

Das Kriterium «Aktive Beteiligung an Lehre, Weiterbildung und Forschung» gilt als erfüllt, wenn mindestens **vier von maximal sechs möglichen Punkten** erreicht werden.

A2 Analyse der Anzahl Fälle nach Leistungserbringer

Cochlea-Implantate: Fallzahlen pro Leistungserbringer 2012–2018.

Leistungserbringer	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ø/Jahr
Clinica Luganese Moncucco SA			1					<1
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	45	49	43	53	55	47	69	52
Universitätsspital Basel	11	8	14	14	15	18	12	13
Universitäts-Kinderspital beider Basel	2	4	2	2	3	4	4	3
Hôpital neuchâtelois - Pourtalès				1				<1
Les hôpitaux universitaires de Genève	14	17	16	26	29	49	38	27
Kinderspital Zürich	6	10	13	8	9	8	4	8
Luzerner Kantonsspital, Luzern	21	33	31	32	29	31	39	31
Universitätsspital Zürich	51	57	64	47	71	65	61	59
Total	150	178	184	183	211	222	227	193

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)

Cochlea-Implantate: Anzahl Fälle und Versorgungsanteile nach Leistungserbringer (Spitalstandort) und Grossregion, 2012-2018.

Grossregion/ Spitalstandort	Anzahl Fälle pro Grossregion								
	Genfer-see-region	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige	
Genferseeregion: GE, VD, VS									
Les hôpitaux universitaires de Genève	156 (76 %)	24 (7 %)				1 (1 %)		8 (50 %)	
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO									
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	45 (22 %)	301 (86 %)	5 (3 %)	3 (1 %)	1 (1 %)	2 (1 %)	3 (7 %)	1 (6 %)	
Hôpital neuchâtelois - Pourtalès		1 (0 %)							
Nordwestschweiz: BS, BL, AG									
Universitätsspital Basel	1 (0 %)	11 (3 %)	65 (37 %)	3 (1 %)	7 (4 %)	3 (2 %)		2 (13 %)	
Universitäts-Kinderspital beider Basel			20 (11 %)					1 (6 %)	
Zürich: ZH									
Kinderspital Zürich			6 (3 %)	27 (11 %)	23 (13 %)	2 (1 %)			
Universitätsspital Zürich	1 (0 %)	4 (1 %)	51 (29 %)	199 (83 %)	138 (75 %)	16 (11 %)	4 (9 %)	3 (19 %)	
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ									
Luzerner Kantonsspital, Luzern	1 (0 %)	7 (2 %)	28 (16 %)	8 (3 %)	15 (8 %)	119 (83 %)	37 (82 %)	1 (6 %)	
Tessin: TI									
Clinica Luganese Moncucco SA							1 (2 %)		
Total	204 (100 %)	348 (100 %)	175 (100 %)	240 (100 %)	184 (100 %)	143 (100 %)	45 (100 %)	16 (100 %)	

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS).

A3 Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung

Das HSM-Beschlussorgan hat eine Gruppe von Expertinnen und Experten eingesetzt, die mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der IVHSM beauftragt wurde. Die Aufbereitung und Analyse der Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer, die sich für einen HSM-Leistungsauftrag bewerben, wird durch beauftragte Dritte vorgenommen. Die Aufgabe der Expertengruppe beinhaltet insbesondere die Interpretation der quantitativ aufbereiteten Daten sowie die Formulierung von Empfehlungen zuhanden des HSM-Fachorgans in qualitativer Hinsicht. Das BVGer verweist in seinem Urteil C-6539_2011 auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie in der kantonalen Spitalplanung durchzuführen ist (C-5647/2011), äussert sich jedoch nicht dazu, ob die Kostenvergleiche auf der Ebene einer einzelnen HSM-Leistung resp. einem bestimmten HSM-Bereich oder auf Ebene des Gesamtsitals zu ermitteln sind. Laut Urteil C-4232/2014 haben Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Spitalplanung auf der Basis eines Kosten-Benchmarkings zu erfolgen (E. 5.1.2). Angesichts dieser Tatsache und aufgrund der verfügbaren Datensätze überprüft die Expertengruppe die Wirtschaftlichkeit der bewerbenden Leistungserbringer durch zwei unterschiedliche Herangehensweisen:

1. Auswertung von Kostendaten ITAR_K®.

- Welche Kosten werden verglichen?

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit macht es aufgrund unterschiedlicher Grösse bzw. unterschiedlicher Fallzahl und unterschiedlichem Fallmix der Spitäler keinen Sinn, die gesamten Betriebskosten der Spitäler als Grundlage für den Vergleich heranzuziehen. Stattdessen werden die Fallmix-bereinigten, mittleren Fallkosten, die so genannten Basiswerte untereinander verglichen. Die relevanten Informationen stammen aus den Kostenausweisen ITAR_K® der bewerbenden Spitäler des jeweils aktuellsten verfügbaren Statistikjahres (rein stationäre KVG-Fälle akut + stationäre KVG Zusatzversicherte akut) bzw. aus den von den Kantonen aufbereiteten, plausibilisierten, auf die wesentlichen Parameter fokussierten Kostenausweisen. Die GDK hat eine Methodik vorgegeben, nach welcher die Kantone die Kostenausweise plausibilisieren. Zudem erstellen sie ein Profilblatt, in welchem die für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendeten Informationen enthalten sind, insbesondere die Kalkulationsmethode für die anrechenbaren Betriebskosten und die Ermittlung der benchmarking-relevanten mittleren Fallkosten.

Die ITAR_K® Kostenausweise liegen unterdessen auch beinahe ausnahmslos pro Standort des Leistungserbringers vor. Bewirbt sich ein Spital, das an mehreren Standorten tätig ist, wird ausschliesslich derjenige Standort für die Wirtschaftlichkeitsprüfung herangezogen, an welchem die Leistungen des jeweiligen HSM-Bereichs tatsächlich erbracht werden.

Wichtiger Hinweis zu ITAR_K®: Eine Eingrenzung der Fälle auf einen spezifischen HSM-Bereich ist mit ITAR_K® nicht möglich. Dies bedeutet, dass sich der Fallkostenvergleich immer auf das ganze akutstationäre Leistungsspektrum des Spitals, bzw. auf den betreffenden Standort bezieht.

- Plausibilisierung und Korrektur ITAR_K®

Die Standortkantone der Spitäler prüfen die Kostenausweise ITAR_K® nach Vorgabe der GDK für den unter den Kantonen vereinbarten Austausch von Kostendaten zwecks Durchführung von Betriebsvergleichen. Mehrere Prüfbereiche bzw. Fragestellungen werden jeweils für die Plausibilisierung herangezogen. Für jedes Spital gibt es ein Plausibilisierungsprotokoll sowie eine Profildatei mit den relevanten, für die Betriebsvergleiche massgeblichen Parametern, im Bedarfsfall mit korrigierten Kostendaten. Beide Dokumente liegen dem HSM-Projektsekretariat in der Regel für jedes Spital vor. Die für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendeten, auf ITAR_K® basierenden Profiltabellen sind seitens GDK standardisiert. Für den Fallkostenvergleich wird die in der Profiltabelle «CMI-bereinigte Fallkosten» genannte Grösse verwendet.

- Bezugsgrösse (Referenzwert)

Als Bezugsgrösse für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach ITAR_K® wird der Median der Benchmarking-relevanten Basiswerte, inkl. Anlagennutzungskosten (ANK) nach VKL¹⁰ der bewerbenden Spitäler verwendet.

¹⁰ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung, SR 832.104

Ist die Anzahl bewerbender Spitäler klein (<5) ist der Referenzwert statistisch betrachtet nicht robust und lediglich als Richtwert zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zu verstehen.

2. Auswertung von Kostendaten der SwissDRG AG.

o Vorbemerkung

Mit dem Kostenausweis ITAR_K® ist – wie weiter oben dargelegt – keine Eingrenzung der Fälle auf einen spezifischen HSM-Bereich möglich. Dank der Definition der HSM-Bereiche mittels von der IVHSM deklarerter Kombinationen spezifischer ICD- und CHOP-Codes ist es möglich, Kostenvergleiche zwischen den Spitalern anzustellen, welche auf einen spezifischen HSM-Bereich eingegrenzt sind.

o Welche Kosten werden verglichen?

Verglichen werden die Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler auf den betreffenden Fällen des spezifischen HSM-Spektrums berechnet. Dazu werden nur SwissDRG-Fälle akut stationär (KVG + KVG ZV + UV/MV/IV) des jeweils aktuellsten verfügbaren Statistikjahres (Austritte) selektiert, welche dem HSM-Bereich zugeordnet sind. Je nach HSM-Bereich können nebst den ICD- und CHOP-Kodes weitere Falleingrenzungen vorgenommen werden, wie etwa Alterslimiten (z.B. Patientenalter ≥ 18 Jahre).

o Bezugsgrösse (Referenzwert)

Als Bezugsgrössen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach SwissDRG dienen einerseits der Median der kalkulierten Basiswerte der bewerbenden Spitäler inkl. Anlagenutzungskosten und andererseits das Fallzahl-gewichtete Mittel der kalkulierten Basiswerte der bewerbenden Spitäler inkl. Anlagenutzungskosten. Die Anlagenutzungskosten werden nach REKOLE® ausgewiesen, da die SwissDRG AG über keine Ausweise der Anlagenutzungskosten nach VKL verfügt.

Ist die Anzahl bewerbender Spitäler klein (<5) und/oder die Fallzahl klein (<12) ist der Referenzwert statistisch betrachtet nicht robust und lediglich als Richtwert zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zu verstehen.

Ein HSM-Bereich kann für die Zuteilung in mehrere Teilbereiche untergliedert sein. Folglich wird die SwissDRG-Analyse für jeden Teilbereich separat vorgenommen.

3. Aussagen zur Wirtschaftlichkeit

Folgende Kategorisierung zum Grad der Wirtschaftlichkeit wird nach Aufbereitung der Kostendaten gemäss Methode ITAR_K® und SwissDRG für jedes bewerbende Spital im Bericht ausgewiesen:

Wirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % tiefer ist, als die Bezugsgrösse.
Eher wirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10 % tiefer und mind. 1.01 % tiefer ist, als die Bezugsgrösse.
Neutral:	Das Spital hat einen Basiswert, der in etwa gleich ist, wie die Bezugsgrösse, also bis 1 % tiefer und bis 1 % höher als die Bezugsgrösse.
Eher unwirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10 % höher und mind. 1.01 % höher ist, als die Bezugsgrösse.
Unwirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % höher ist, als die Bezugsgrösse.

Die beiden Methoden ITAR_K® und SwissDRG können bei einzelnen Spitalern unter Umständen widersprüchliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit liefern. Dies ist nachvollziehbar, weil bei der ITAR_K®-basierten Methode das ganze Spital, wohingegen bei der SwissDRG-basierten Methode nur das HSM-Leistungsspektrum untersucht wird. Die Leistungsspektrum-bezogenen Betrachtungen («Median SwissDRG» und «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG») sind im Zweifelsfall der Gesamtspital bezogenen Betrachtung «Median ITAR_K®» vorzuziehen, da auf den spezifischen HSM-Bereich fokussiert wird.

A4 Anhörungsadressaten

Adressatenliste / Liste des destinataires

1. Kantone / cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Appenzell Ausserrhoden
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Appenzell Innerrhoden
- Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé et des affaires sociales de l'état de Fribourg
- Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé de la république et canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit des Kantons Graubünden
- Département de l'économie et de la santé de la république et canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département des finances et de la santé de la république et canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Departement des Inneren des Kantons Schaffhausen
- Departement des Innern des Kantons Schwyz
- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
- Dipartimento della sanità et della socialità della Repubblica e del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion des Kantons Uri
- Département de la santé, des affaires sociales et de la culture du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

2. Spitäler / Hôpitaux

*An die Spitaldirektionen der folgenden Leistungserbringer:
Aux directions des hôpitaux suivantes:*

- Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Universitätsspital Basel
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Universitätsspital Zürich

3. Versicherer / assurances

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

4. Dekanate der medizinischen Fakultäten / décanats médicaux

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

5. Fachgesellschaften / Sociétés savantes scientifiques

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

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

- Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der SGORL Gesellschaft / Groupe de travail implants cochléaires Société SSORL
- Arbeitsgruppe Pädiatrische ORL der SGORL Gesellschaft / Groupe de travail ORL pédiatrique Société SSORL
- Audiologie- und Expertenkommission der SGORL Gesellschaft / Commission d'audiologie et d'expertises Société SSORL
- Bereich Qualität der SGORL Gesellschaft / Domaine Qualité Société SSORL
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) / Société Suisse de Médecine Interne Générale
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) / Société Suisse de Chirurgie (SSC)
- Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC)
- Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL) / Société Suisse d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale (SSORL)
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)
- Young ORL der SGORL Gesellschaft / Young ORL Société SSORL

6. Andere Institutionen und Organisationen / autres instances concernées

- Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie (AQC)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- H+ Die Spitäler der Schweiz / H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Privatkliniken Schweiz / Cliniques Privées Suisses

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

A5 Abkürzungen

BGE	Entscheid des Schweizerischen Bundesgerichtes
BFS	Bundesamt für Statistik
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CI	Cochlea-Implantate
DRG	Diagnosis Related Groups
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HSM	Hochspezialisierte Medizin
HUG	Les hôpitaux universitaires de Genève
Insel	Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
LUKS	Luzerner Kantonsspital, Luzern
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
SPLG	Spitalleistungsgruppe
USB	Universitätsspital Basel
USZ	Universitätsspital Zürich