



SCHLUSSVERSION – 12. November 2024

Zweckmässigkeit der Planung der hochspezialisierten Medizin

Analyse der Kriterien «Seltenheit»,
«Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit»

Gutachten zuhanden der Konferenz der kantonalen
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Impressum

Empfohlene Zitierweise

Autor: Manike Katja/Picecchi Dario/Schoch Tobias/Kraft Eliane
Titel: Zweckmässigkeit der Planung der hochspezialisierten Medizin,
Analyse der Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit»
Auftraggeberin: Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Ort: Bern/Luzern/Olten
Datum: 12. November 2024

Projektteam

Katja Manike, ECOPLAN
Dario Picecchi, RECHTSEXPERTE
Tobias Schoch, HSW FHNW
Eliane Kraft, ECOPLAN

Der Bericht gibt die Auffassung des Projektteams wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeberin übereinstimmen muss.

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH-3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Dätwylerstrasse 25
CH-6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Dr. iur. Dario Picecchi

Rechtsanwalt und
Lehrbeauftragter
[independent.academia.edu/
DarioPicecchi](http://independent.academia.edu/DarioPicecchi)
dario.picecchi@gmail.com



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Wirtschaft
Institut ICC

Prof. Dr. Tobias Schoch

Riggenbachstrasse 16
CH-4600 Olten

Tel. (direkt) +41 62 957 21 02
tobias.schoch@fhnw.ch

Inhaltsübersicht

	Inhaltsverzeichnis	2
	Abkürzungsverzeichnis	4
	Management Summary (D)	6
	Management Summary (F)	10
1	Einleitung	14
2	Grundlagen der HSM-Planung	19
3	Kriterium der Seltenheit	25
4	Kriterium der Wirtschaftlichkeit.....	31
5	Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist	49
6	Schlussfolgerungen.....	52
7	Empfehlungen	58
	Anhang A: Liste der interviewten Expertinnen und Akteure	63
	Anhang B: Interviewleitfaden.....	64
	Materialienverzeichnis	67
	Literaturverzeichnis	69

Inhaltsverzeichnis

	Inhaltsverzeichnis	2
	Abkürzungsverzeichnis	4
	Management Summary (D)	6
	Management Summary (F)	10
1	Einleitung	14
1.1	Ausgangslage.....	14
1.2	Ziele und Fragestellungen.....	15
1.3	Vorgehen und Methoden.....	17
1.4	Aufbau des Gutachtens.....	18
2	Grundlagen der HSM-Planung	19
2.1	Ziele und Zweck der gesamtschweizerischen Planung	19
2.2	Zweistufiges Planungsverfahren	20
2.3	Sicht der Akteure.....	21
2.4	Beurteilung des Projektteams	22
3	Kriterium der Seltenheit	25
3.1	Rechtliche Grundlagen.....	25
3.2	Sicht der Akteure.....	27
3.3	Beurteilung des Projektteams	29
4	Kriterium der Wirtschaftlichkeit.....	31
4.1	Rechtliche Grundlagen.....	31
4.2	Statistische Überlegungen	34
4.3	Sicht der Akteure.....	39
4.4	Beurteilung des Projektteams	41
5	Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist	49
5.1	Rechtliche Grundlagen.....	49
5.2	Sicht der Akteure.....	50
5.3	Beurteilung des Projektteams	51

6	Schlussfolgerungen	52
6.1	Identifizierte Problemfelder und Verbesserungspotenziale	52
6.2	Beantwortung der in Auftrag gegebenen Fragestellungen	54
6.2.1	Ergebnisse zum Kriterium der Seltenheit.....	54
6.2.2	Ergebnisse zum Kriterium der Wirtschaftlichkeit.....	55
6.2.3	Ergebnisse zum Kriterium der Erreichbarkeit	56
7	Empfehlungen	58
7.1	Empfehlungen zum Kriterium der Seltenheit	58
7.2	Empfehlungen zum Kriterium der Wirtschaftlichkeit	60
7.3	Empfehlungen zum Kriterium der Erreichbarkeit	62
	Anhang A: Liste der interviewten Expertinnen und Akteure	63
	Anhang B: Interviewleitfaden	64
	Materialienverzeichnis	67
	Literaturverzeichnis	69

Abkürzungsverzeichnis

AB	amtliches Bulletin
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
Art.	Artikel
art.	article
Aufl.	Auflage
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBI	Bundesblatt
BGE	amtliche Sammlung der Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
BVGE	amtliche Sammlung der Entscheidungen des Schweizerischen Bundesverwaltungsgerichts
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
bzw.	beziehungsweise
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé
CIMS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
d.h.	das heisst
D	deutsch
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
E.	Erwägung
et al.	et alii
etc.	et cetera
F	französisch
f.	und folgende (Seite, Randziffer etc.)
ff.	und folgende (Seiten, Randziffern etc.)
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgebende
HSM	hochspezialisierte Medizin
ITAR_K®	Integriertes Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis
i.V.m.	in Verbindung mit
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 14. März 2008
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (Krankenversicherungsgesetz; SR 832.10)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (Krankenversicherungsverordnung; SR 832.102)
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (RS 832.10)
lit.	litera
MHS	Médecine hautement spécialisée
N	Note/Randnote
n	Menge
NR	Nationalrat

NZZ	Neue Zürcher Zeitung (Zürich)
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (RS 832.102)
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
par.	paragraphe
RS	recueil systématique
Rz.	Randziffer
sog.	sogenannte
S.	Seite
SR	Ständerat; systematische Sammlung des Bundesrechts
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (SR 832.104)
z.B.	zum Beispiel
Ziff.	Ziffer

Management Summary (D)

AUSGANGSLAGE

Die Spitalplanung liegt grundsätzlich in der Kompetenz der einzelnen Kantone. Eine Ausnahme bildet die Planung der HSM, welche die Kantone seit 2009 gemeinsam **gesamtschweizerisch planen** müssen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Hierfür haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) abgeschlossen. Für die HSM-Leistungen gibt es seither anstelle von 26 kantonalen nur noch eine Planung, die von allen Kantonen gemeinsam getragen wird. Die GDK möchte einzelne Elemente der HSM-Planung 15 Jahre nach Inkrafttreten der IVHSM überprüfen und hat hierfür das vorliegende Gutachten in Auftrag gegeben.

FRAGESTELLUNGEN, ZWECK UND ZIEL DES GUTACHTENS

Das Gutachten analysiert die Kriterien der Seltenheit, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit der HSM-Planung, wobei die Auftraggeberin folgende übergeordnete **Fragestellungen** in Auftrag gegeben hat:

Kriterium	Übergeordnete Fragestellungen
Seltenheit	<ul style="list-style-type: none"> – Wird das Kriterium der Seltenheit angemessen in die HSM-Planung einbezogen? – Wird es als sinnvoll erachtet, das Kriterium der Seltenheit weiter zu präzisieren?
Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Sind die heute in der HSM-Planung angewandten Methoden und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zweckdienlich? – Wird dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit genügend Rechnung getragen?
Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Wie ist das Kriterium der Erreichbarkeit bezogen auf HSM-Leistungen vor dem Hintergrund von Art. 58b Abs. 4 KVV (Zugang innert nützlicher Frist) auszulegen? – Wird dem Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist genügend Rechnung getragen?

Die Ergebnisse des Gutachtens sollen der GDK als Grundlage für die Beurteilung der rechtlichen und politischen Zielerreichung sowie der Umsetzung der drei Kriterien dienen und die GDK dabei unterstützen, die HSM-Planung im Hinblick auf die drei Kriterien gegebenenfalls zu **optimieren**. Das Gutachten verfolgt dabei die nachfolgenden Ziele:

- Es ist dargelegt, wie die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» verstanden werden. Dieser Soll-Zustand schafft eine konsistente Grundlage für die Beantwortung der in Auftrag gegebenen Fragestellungen.
- Es ist geprüft, ob und wie die zuständigen Organe die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» konkret in der HSM-Planung umsetzen.
- Es ist geprüft, ob die zuständigen Organe die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» bei der HSM-Planung angemessen einbeziehen.
- Es liegen Empfehlungen zur Verbesserung der HSM-Planung vor.

VORGEHEN UND METHODEN

Die Ergebnisse basieren auf folgendem **Methodenmix**:

- Literatur- und Dokumentenanalysen;
- Rechtsanalyse;
- Halbstrukturierte Akteursbefragungen;
- Projektteamworkshops; und
- Validierung durch die Auftraggeberin.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IN KÜRZE


Gestützt auf die Ausführungen, die Herleitungen und die Sichtweisen der Akteure in den Kapiteln 2–6 des Gutachtens lassen sich die **Ergebnisse des Projektteams** wie folgt zusammenfassen:

- Das Kriterium der Seltenheit wird ausreichend in die HSM-Planung einbezogen.
- Das Kriterium der Seltenheit hat – im Vergleich zu den anderen Zuordnungskriterien – einen zu grossen Stellenwert.
- Das Kriterium der Seltenheit sollte nicht weiter präzisiert werden, d.h., aus Sicht des Projektteams sollten keine unverbindlichen Richt- oder verbindlichen Grenzwerte eingeführt werden, bis zu welchen Inzidenzen eine Leistung als selten gilt.
- Die angewandten Methoden und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind grundsätzlich zweckdienlich, könnten jedoch aus Sicht des Projektteams verbessert werden, indem:
 - bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der SwissDRG-Methodik neu der fallzahlgewichtete Median und nicht das fallzahlgewichtete Mittel als Benchmark verwendet wird;
 - die Bewertungsskala der Wirtschaftlichkeit vereinfacht wird, indem neu nur noch zwischen wirtschaftlichen und (potenziell) unwirtschaftlichen Spitälern unterschieden wird. Die sich bewerbenden Spitäler können in absteigender Reihe in einer Rangliste geordnet werden, um ihre Wirtschaftlichkeit zu bewerten.
- Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit wird – unter Berücksichtigung der methodischen Grenzen und der Besonderheiten der HSM-Planung – angemessenen berücksichtigt.
- Das Kriterium der Erreichbarkeit bzw. des Zugangs innert nützlicher Frist ist in der HSM-Planung grundsätzlich gleich auszulegen wie in der allgemeinen Spitalplanung. Letztlich ist die konkret zu erbringende medizinische Leistung für die Beurteilung ausschlaggebend.
- Dem Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist wird bei der HSM-Planung ausreichend Rechnung getragen. Es ist nicht sinnvoll, dieses Kriterium zu präzisieren.

EMPFEHLUNGEN

Gestützt auf die durchgeführten Akteursbefragungen und die Dokumenten- sowie Rechtsanalyse gibt das Projektteam folgende **Empfehlungen** ab:

Kriterium der Seltenheit	
	
Empfehlung 1	Gleichrangige Zuordnungskriterien
Das Kriterium «Seltenheit» sollte – wie die Zuordnungskriterien «hohes Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand», «komplexe Behandlungsverfahren» – nicht mehr ein obligatorisches Kriterium sein, um Leistungen der HSM zuzuordnen.	
Begründung	
Aus rechtlicher Sicht hat der Bundesgesetzgeber beim Erlass des Art. 39 Abs. 2 ^{bis} KVG der Häufigkeit von Leistungen nicht mehr Gewicht gegeben als dem hohen Aufwand und der Notwendigkeit einer besonderen medizinischen Expertise. Des Weiteren ist aus sachlicher Sicht die Komplexität sowie der hohe technische und personelle Aufwand einer Leistung mindestens ebenso relevant für die Qualifikation als HSM wie das Kriterium der Seltenheit, was auch die befragten Akteure bestätigen. Beinahe alle befragten Akteure haben ferner berichtet, dass es Leistungen gibt, die zwar nicht selten, aber hochkomplex sind und für die Gewährleistung einer ausreichenden Qualität unter die HSM-Planung fallen sollten. Schliesslich ist das Kriterium «Seltenheit» in anderen Ländern ebenfalls nicht zwingend, sondern nur eines von mehreren Kriterien, das zu berücksichtigen ist.	
Empfehlung 2	Keine Einführung von Grenz- oder Richtwerten
Für das Kriterium «Seltenheit» sollten keine verbindlichen Grenz- oder unverbindlichen Richtwerte eingeführt werden.	
Begründung	
Grenz- oder Richtwerte für das Kriterium der Seltenheit lassen sich wissenschaftlich nicht ausreichend abstützen. Zudem wäre der Aufwand für die Erarbeitung und die regelmässige Überprüfung von konsensfähigen und sachlich sinnvollen Grenz- oder Richtwerten sehr hoch. Unverbindliche Richtwerte würden ausserdem zu keiner einfacheren Anwendung des Kriteriums «Seltenheit» führen, da sie den Ermessensspielraum der IVHSM-Organen kaum schmälern und der Aufwand für die Festlegung von Richtwerten ähnlich hoch wäre. Erschwerend kommt hinzu, dass für die Einführung verbindlicher Grenzwerte eine Grundlage im Krankenversicherungsgesetz fehlt, da der Bundesgesetzgeber den Begriff der HSM in Art. 39 Abs. 2 ^{bis} KVG absichtlich offengelassen und nicht präzise umschrieben hat.	
Kriterium der Wirtschaftlichkeit	
	
Empfehlung 3	Festlegung des Benchmarks für die SwissDRG-Methodik mit dem fallzahlgewichteten Median
Der Benchmark bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss der SwissDRG-Methodik sollte in Zukunft nicht mehr beim fallzahlgewichteten Mittel, sondern neu beim fallzahlgewichteten Median gesetzt werden.	
Begründung	
Anders als das fallzahlgewichtete Mittel ist der fallzahlgewichtete Median robuster gegen einzelne Ausreisser in den Kostendaten der Spitäler oder andere statistische Artefakte. Zudem ist der fallzahlgewichtete Median auch in der Rechtsprechung anerkannt.	

Empfehlung 4	Bewertung des Wirtschaftlichkeitsgrades mittels Rangliste
<p>Der Wirtschaftlichkeitsgrad von Spitälern sollte in Zukunft mittels einer Rangliste nach absteigenden Fallkosten der wirtschaftlichen und (potenziell) unwirtschaftlichen Spitäler bewertet werden. Als wirtschaftlich gelten dabei diejenigen Spitäler, deren Basiswert tiefer ist als der festgelegte Benchmark.</p>	
<p>Begründung</p> <p>Die Bewertung des Wirtschaftlichkeitsgrads von Spitälern mittels Unterscheidung zwischen wirtschaftlichen und (potenziell) unwirtschaftlichen Spitälern und einer entsprechenden Rangliste führt dazu, dass die Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Spitäler auch sachgerecht beurteilt werden kann, wenn sich weniger als fünf Spitäler bewerben. Ranglisten zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit sind zudem weniger arbiträr, da sie für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit keine einseitig gesetzten prozentualen Abstände zum Benchmark voraussetzen und die Spitäler nicht in wenig aussagekräftige «Wirtschaftlichkeitsgrade» einteilen.</p>	
Empfehlung 5	Anpassung der Anforderungen bezüglich Mindestfallzahlen für sich neu bewerbende Spitäler
<p>Damit auch Spitäler ohne HSM-Leistungsauftrag neu einen HSM-Leistungsauftrag erhalten können, sollte in diesen Fällen – sofern das Spital die anderen Zuteilungskriterien erfüllt – den Spitälern lediglich eine Auflage erteilt werden, wonach sie die notwendigen Mindestfallzahlen innert zwei bis drei Jahren zu erreichen haben.</p>	
<p>Begründung</p> <p>Spitäler ohne HSM-Leistungsauftrag können sich kaum erfolgreich um Zuteilung eines neuen Leistungsauftrags bewerben, da ihnen die für den entsprechenden Leistungsbereich benötigten Mindestfallzahlen pro Spital oder pro Operateurin fehlen. Dies haben in den Gesprächen auch sämtliche Akteure bemängelt. Wird den betroffenen Spitälern lediglich die Auflage gemacht, dass sie innert eines bestimmten Zeitraums die notwendigen Mindestfallzahlen erreichen, so können sie den ausgeschriebenen HSM-Leistungsauftrag auch ohne aktuelle HSM-Leistungserbringung erhalten. Wichtig ist dabei, dass eine solche Auflage nur gemacht wird, wenn die Spitäler die anderen Zuteilungskriterien erfüllen und das Potenzial zur Erreichung der Mindestfallzahlen vorhanden ist.</p>	
<p>Kriterium der Erreichbarkeit</p> 	
Empfehlung 6	Keine Präzisierung des Kriteriums
<p>Für das Kriterium «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» sollten keine verbindlichen Grenzwerte (maximale Distanzen, maximaler Zeitbedarf, maximale Einwohner/-innen im Einzugsgebiet) eingeführt werden.</p>	
<p>Begründung</p> <p>Die Mehrheit der HSM-Leistungen sind elektive Eingriffe und damit nicht dringlich. Aus medizinischer Sicht können daher ohne negative Auswirkungen auch grössere Distanzen zurückgelegt werden, um sich behandeln zu lassen. Die Qualität der Behandlung hat dabei einen höheren Stellenwert als der schnelle Zugang zu einem Leistungserbringer. Zudem berücksichtigen die IVHSM-Organen bei Notfalleingriffen die Distanzen bzw. Erreichbarkeit der Einrichtungen heute bereits angemessen. Sodann gilt es zu beachten, dass ein Grenzwert für die Erreichbarkeit bei Notfalleingriffen fachlich kaum sinnvoll definierbar wäre, da er von den geografischen Gegebenheiten, den verfügbaren Verkehrsmitteln und der Witterung abhängig ist.</p>	

Management Summary (F)

SITUATION INITIALE

La planification hospitalière relève en principe de la compétence de chaque canton. La planification de la MHS constitue une exception: depuis 2009, les cantons doivent la **planifier conjointement pour l'ensemble de la Suisse** (art. 39, al. 2^{bis} LAMal). Pour cette tâche, les cantons ont conclu la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Depuis lors, il n'existe plus qu'une seule planification pour les prestations MHS, assumée collectivement par tous les cantons, au lieu de 26 planifications. Aujourd'hui, 15 ans après l'entrée en vigueur de la CIMHS, la CDS souhaite examiner certains éléments de la planification MHS et a commandé la présente expertise à cet effet.

QUESTIONS, BUT ET OBJECTIFS DE L'EXPERTISE

L'expertise analyse les critères de rareté, du caractère économique et d'accessibilité de la planification MHS. Le mandant a demandé une réponse aux **questions** suivantes:

Critère	Questions d'ordre général
Rareté	<ul style="list-style-type: none"> – Le critère de rareté est-il correctement intégré dans la planification MHS? – Est-il jugé utile de préciser davantage le critère de rareté?
Caractère économique	<ul style="list-style-type: none"> – Les méthodes et paramètres utilisés aujourd'hui dans la planification MHS sont-ils pertinents pour l'évaluation du caractère économique des fournisseurs de prestations? – Le caractère économique est-il suffisamment pris en compte?
Accessibilité	<ul style="list-style-type: none"> – Comment interpréter le critère d'accessibilité pour les prestations MHS à la lumière de l'art. 58b, al. 4 OAMal (accès dans un délai utile)? – Le critère de l'accessibilité dans un délai utile est-il suffisamment pris en compte?

Les résultats de l'expertise doivent servir de base à la CDS pour évaluer la réalisation des objectifs juridiques et politiques ainsi que la mise en œuvre des trois critères et aider la CDS à **optimiser**, le cas échéant, la planification MHS au regard des trois critères. L'expertise poursuit les objectifs suivants:

- Il est expliqué comment les critères «rareté», «caractère économique» et «accessibilité dans un délai utile» sont compris. Cet état théorique crée une base cohérente pour répondre aux questions posées dans le cadre du mandat.
- Il est vérifié si et comment les organes compétents mettent concrètement en œuvre les critères «rareté», «caractère économique» et «accessibilité dans un délai utile» dans la planification MHS.
- Il est vérifié que les organes compétents intègrent de manière appropriée les critères «rareté», «caractère économique» et «accessibilité dans un délai utile» dans la planification MHS.
- Des recommandations sont disponibles pour améliorer la planification MHS.

PROCÉDURE ET MÉTHODES

Les résultats se basent sur la **combinaison de méthodes** suivante:

- analyse de la littérature et des documents;
- analyse juridique;
- enquêtes semi-structurées auprès des acteurs;
- ateliers de l'équipe de projet; et
- validation par le mandant.



LES PRINCIPAUX RÉSULTATS EN BREF

En se basant sur les explications, les déductions et les points de vue des acteurs aux chapitres 2 à 6 de l'expertise, les **résultats de l'équipe de projet** peuvent être résumés comme suit:

- Le critère de rareté est suffisamment pris en compte dans la planification MHS.
- Le critère de rareté est trop important par rapport aux autres critères de rattachement.
- Le critère de rareté ne devrait pas être précisé davantage, c'est-à-dire que, du point de vue de l'équipe de projet, il ne faudrait pas introduire de valeurs indicatives non contraignantes ou de valeurs limites contraignantes pour déterminer jusqu'à quel niveau d'incidence une prestation est considérée comme rare.
- Les méthodes et les paramètres utilisés pour l'évaluation du caractère économique sont en principe pertinents mais l'équipe de projet estime qu'ils pourraient être améliorés de la façon suivante:
 - lors de toute évaluation du caractère économique selon la méthodologie SwissDRG, c'est désormais la médiane pondérée par le nombre de cas qui est utilisée comme benchmark, et non la moyenne pondérée par le nombre de cas;
 - l'échelle d'évaluation du caractère économique est simplifiée en ne distinguant désormais que les hôpitaux économiques et les hôpitaux (potentiellement) non économiques. Les hôpitaux candidats peuvent être classés par ordre décroissant afin d'évaluer leur caractère économique.
- Le caractère économique est pris en compte de manière appropriée, compte tenu des limites méthodologiques et des particularités de la planification MHS.
- Le critère de l'accessibilité ou de l'accès dans un délai utile doit en principe être interprété de la même manière dans la planification MHS que dans la planification hospitalière générale. En fin de compte, c'est la prestation médicale concrète à fournir qui est déterminante pour l'évaluation.
- Le critère d'accessibilité dans un délai utile est suffisamment pris en compte dans la planification MHS. Il n'est pas pertinent de préciser ce critère.

RECOMMANDATIONS

Sur la base de l'enquête menée auprès des acteurs concernés et de l'analyse des documents et du droit, l'équipe de projet émet les **recommandations** suivantes:

Critère de rareté	
	
Recommandation 1	Critères de rattachement d'égale importance
Le critère «rareté» – tout comme les critères de rattachement «potentiel d'innovation élevé», «investissement personnel ou technique important», «procédures de traitement complexes» – ne devrait plus être un critère obligatoire pour rattacher des prestations à la MHS.	
Justification	
D'un point de vue juridique, le législateur fédéral n'a pas accordé plus de poids à la fréquence des prestations qu'à leur coût élevé et à la nécessité d'une expertise médicale particulière lors de l'adoption de l'art. 39, al. 2 ^{bis} LAMal. En outre, d'un point de vue factuel, la complexité et l'investissement technique et personnel élevé d'une prestation sont au moins aussi importants pour la qualification MHS que le critère de rareté, ce que confirment également les acteurs interrogés. Presque tous les acteurs interrogés ont en outre signalé qu'il existe des prestations qui, sans être rares, sont très complexes et devraient relever de la planification MHS pour garantir une qualité suffisante. Enfin, dans d'autres pays, le critère «rareté» n'est pas non plus obligatoire mais constitue seulement un critère parmi d'autres à prendre en compte.	
Recommandation 2	Pas d'introduction de valeurs limites ou indicatives
Pour le critère «rareté», aucune valeur limite contraignante ou valeur indicative non contraignante ne doit être introduite.	
Justification	
Les valeurs limites ou indicatives du critère de rareté ne sont pas suffisamment étayées scientifiquement. De plus, l'élaboration et le contrôle régulier de valeurs limites ou indicatives consensuelles et pertinentes seraient très coûteux. En outre, des valeurs indicatives non contraignantes ne conduiraient pas à une application plus simple du critère «rareté», car elles ne réduiraient guère la marge d'appréciation des organes de la CIMHS et car le travail nécessaire à la fixation de valeurs indicatives serait tout aussi élevé. Pour compliquer encore les choses, il manque une base dans la loi sur l'assurance-maladie pour l'introduction de valeurs limites contraignantes, car le législateur fédéral a volontairement laissé ouverte la notion de MHS dans l'art. 39, al. 2 ^{bis} LAMal et ne l'a pas décrite avec précision.	
Critère du caractère économique	
	
Recommandation 3	Définition du benchmark pour la méthodologie SwissDRG avec la médiane pondérée par le nombre de cas
Le benchmark pour l'évaluation du caractère économique selon la méthodologie SwissDRG ne devrait plus être fixé à l'avenir à la moyenne pondérée par le nombre de cas mais à la médiane pondérée par le nombre de cas.	
Justification	
Contrairement à la moyenne pondérée par le nombre de cas, la médiane pondérée par le nombre de cas est plus robuste par rapport aux valeurs aberrantes dans les données de coûts des hôpitaux ou à	

d'autres artefacts statistiques. De plus, la médiane pondérée par le nombre de cas est également reconnue par la jurisprudence.

Recommandation 4 **Évaluation du degré du caractère économique au moyen d'un classement**

Le degré du caractère économique des hôpitaux devrait être évalué à l'avenir au moyen d'un classement par ordre décroissant des coûts par cas des hôpitaux économiques et des hôpitaux (potentiellement) non économiques. Sont considérés comme économiques les hôpitaux dont la valeur de base est inférieure au benchmark fixé.

Justification

L'évaluation du degré du caractère économique des hôpitaux au moyen d'une distinction entre hôpitaux économiques et (potentiellement) non économiques ainsi que d'un classement correspondant permet d'évaluer de manière appropriée le caractère économique des hôpitaux candidats, même si moins de cinq hôpitaux sont candidats. Les classements pour l'évaluation du caractère économique sont en outre moins arbitraires, car ils ne présupposent pas d'écarts unilatéraux en pourcentage par rapport au benchmark pour l'évaluation du caractère économique et ne répartissent pas les hôpitaux en «degrés du caractère économique» peu probants.

Recommandation 5 **Adaptation des exigences relatives aux nombres minimaux de cas pour les nouveaux hôpitaux candidats**

Afin que les hôpitaux sans mandat MHS puissent également obtenir un mandat MHS, il convient dans ces cas – pour autant que l'hôpital remplisse les autres critères d'attribution – de n'imposer aux hôpitaux qu'une condition selon laquelle ils doivent atteindre les nombres minimaux de cas requis dans un délai de deux à trois ans.

Justification

Les hôpitaux sans mandat MHS ne peuvent guère postuler avec succès pour l'attribution d'un nouveau mandat, car ils leur manque le nombre de cas nécessaires par hôpital ou par opérateur pour le domaine de prestations correspondant. Tous les acteurs ont également déploré cet état de fait lors des entretiens. Si les hôpitaux concernés sont uniquement tenus d'atteindre les nombres minimaux de cas requis dans un délai déterminé, ils peuvent obtenir le mandat de prestations MHS mis au concours, même s'ils ne fournissent pas actuellement de prestations MHS. Il est important de noter qu'une telle condition n'est imposée que si les hôpitaux remplissent les autres critères d'attribution et que s'ils disposent du potentiel nécessaire pour atteindre les nombres minimaux de cas.

Critère d'accessibilité



Recommandation 6 **Aucune précision sur le critère**

Pour le critère «accessibilité dans un délai utile», aucune valeur limite contraignante (distances maximales, temps maximal nécessaire, nombre maximal d'habitants dans la zone de desserte) ne doit être introduite.

Justification

La majorité des prestations MHS sont des interventions électives et ne sont donc pas urgentes. D'un point de vue médical, il est donc possible de parcourir de plus grandes distances pour se faire soigner sans conséquences négatives. La qualité du traitement revêt ici une importance plus grande que l'accès rapide à un fournisseur de prestations. En outre, les organes de la CIMHS tiennent déjà compte de manière appropriée des distances et de l'accessibilité des établissements lors des interventions d'urgence. Il faut ensuite tenir compte du fait qu'une valeur limite pour l'accessibilité en cas d'intervention d'urgence ne serait guère judicieuse sur le plan technique, car elle dépend des conditions géographiques, des moyens de transport disponibles et des conditions météorologiques.

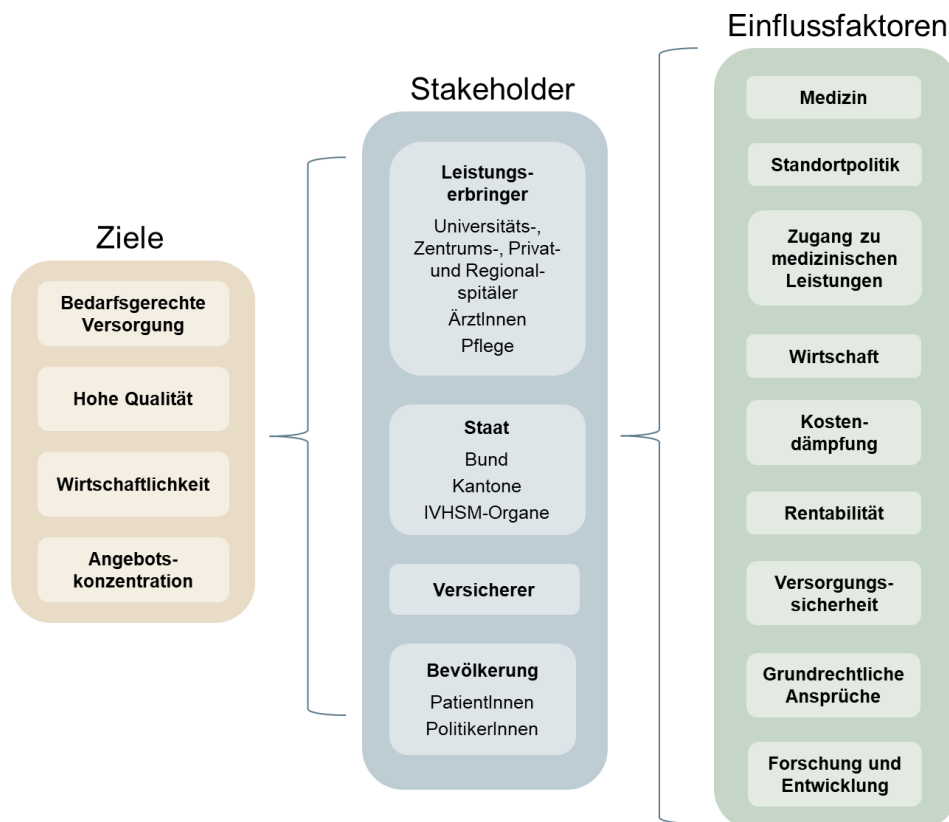
1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Damit Spitäler ihre Leistungen zulasten der OKP abrechnen dürfen, wird eine sozialversicherungsrechtliche Zulassung nach Art. 39 KVG vorausgesetzt, die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung erteilt wird. Die **Spitalplanung** liegt grundsätzlich in der Kompetenz der einzelnen Kantone (vgl. Art. 39 Abs. 1 lit. d und e KVG).¹ Eine Ausnahme bildet der Bereich der HSM, den die Kantone seit 2009 gemeinsam gesamtschweizerisch planen müssen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Hierfür haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) abgeschlossen. Für die HSM gibt es seither anstelle von 26 kantonalen Planungen nur noch eine Planung, die von allen Kantonen gemeinsam getragen wird.²

Bei der Planung der HSM müssen rechtliche Kriterien angewandt werden, um die Zielsetzungen des KVG und der IVHSM zu erreichen.³ Gleichzeitig spielen dabei eine Vielzahl von Akteurinnen und Einflussfaktoren eine bedeutende Rolle. Dies führt zu einer **vielschichtigen und komplexen Planungssituation**, die sich wie folgt schematisch darstellen lässt:

Abbildung 1 Komplexes HSM-Umfeld



¹ Statt vieler BGE 132 V 6 E. 2.4.1 S. 11.

² Siehe zum Ganzen GDK (2015), S. 4.

³ Siehe hierzu ausführlich, Unterkapitel 2.1.

Entscheide in der HSM-Planung können aufgrund ihres stark normativen Charakters und wegen der verschiedenen Interessen und Akteurinnen durchaus kontrovers diskutiert werden.⁴ Seit Inkrafttreten der IVHSM hat die GDK in drei Statusberichten über den **Stand der interkantonalen HSM-Planung** Rechenschaft abgelegt.⁵ Der Bundesrat hat seither in drei Berichten die Fortschritte der HSM-Planung beurteilt und machte von seiner subsidiären Planungskompetenz nach Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG keinen Gebrauch, da die Kantone nach Auffassung des Bundesrates die Ziele der HSM-Planung stetig vorangetrieben und prozessuale sowie methodische Verbesserungen rasch umgesetzt haben. Im letzten Bericht von 2022 kommt der Bundesrat zum Schluss, dass aufgrund der positiven Entwicklung der HSM-Planung keine weitere periodische Überprüfung der HSM-Planung angezeigt sei.⁶

Trotz dieser Einschätzung des Bundesrates hat sich die GDK knapp 15 Jahre nach dem Inkrafttreten der IVHSM dazu entschieden, die **Zweckmässigkeit** einzelner Elemente der HSM-Planung überprüfen zu lassen. Basierend auf dieser Ausgangslage gab die GDK das vorliegende Gutachten in Auftrag.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Das vorliegende Gutachten evaluiert die Kriterien der **Seltenheit, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit** der HSM-Planung, d.h., es werden lediglich drei rechtliche Kriterien der HSM-Planung analysiert und bewertet. Das Gutachten ist folglich keine umfassende Evaluation. Die GDK hat folgende übergeordnete Fragestellungen in Auftrag gegeben:

Tabelle 1 **Übergeordnete Fragen der GDK**

Kriterium	Übergeordnete Fragestellungen
Seltenheit	<ul style="list-style-type: none"> – Wird das Kriterium der Seltenheit angemessen in die HSM-Planung einbezogen? – Wird es als sinnvoll erachtet, das Kriterium der Seltenheit weiter zu präzisieren?
Wirtschaftlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Sind die heute in der HSM-Planung angewandten Methoden und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zweckdienlich? – Wird dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit genügend Rechnung getragen?
Erreichbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Wie ist das Kriterium der Erreichbarkeit bezogen auf HSM-Leistungen vor dem Hintergrund von Art. 58b Abs. 4 KVV (Zugang innert nützlicher Frist) auszulegen? – Wird dem Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist genügend Rechnung getragen?

Um die Mandatsfragen hinreichend beantworten zu können, hat das Projektteam vier Teilziele definiert und daraus **untergeordnete Fragestellungen** abgeleitet, die in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst sind:

⁴ Vgl. hierzu beispielsweise NOCITO, Wir brauchen Perspektiven statt Berufsverbote, in: Tagesanzeiger vom 8. Dezember 2023; FEY, Keine «ungute» Entwicklung, in: Tagesanzeiger vom 13. Dezember 2023; HEHLI, Eiferer am Werk, in: NZZ vom 28. Dezember 2023.

⁵ GDK (2015), S. 4.

⁶ Bundesrat (2022), S. 2.

Tabelle 2 Konkretisierte Fragen des Projektteams

Ziel	Fragestellungen
<p>Geltendes Verständnis der zu überprüfenden Kriterien der HSM-Planung</p> <p>1 Es ist dargelegt, wie die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» verstanden werden. Dieser Soll-Zustand schafft eine konsistente Grundlage für die weiteren Zielsetzungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Was ist gemäss Rechtsprechung und juristischer Literatur Inhalt der drei Kriterien? – Welche Aspekte sind für das Kriterium der Seltenheit aus medizinischer Sicht ausschlaggebend? – Wie ist das Kriterium der Erreichbarkeit bezogen auf HSM-Leistungen vor dem Hintergrund von Art. 58b Abs. 4 KVV (Zugang innert nützlicher Frist) auszulegen – Liefern ausländische Systeme Inputs für das Verständnis der Kriterien?
<p>Umsetzung der zu überprüfenden Kriterien</p> <p>2 Es ist geprüft, ob und wie die zuständigen Organe die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» konkret in der HSM-Planung umsetzen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Sind die heute in der HSM-Planung angewandten Methoden und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zweckdienlich? – Werden die Ziele (Bedarfsgerechtigkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Angebotskonzentration) mit der Umsetzung der drei Kriterien erreicht? – Liefern ausländische Systeme Inputs für die Umsetzung ähnlicher Kriterien? – Gibt es einen Unterschied zwischen Soll vs. Ist?
<p>Angemessenheit des Einbezugs der zu überprüfenden Kriterien</p> <p>3 Es ist geprüft, ob die zuständigen Organe die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» bei der HSM-Planung angemessen einbeziehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Wie beurteilen die Stakeholder der HSM die Umsetzung der Kriterien? – Wird den Kriterien ausreichend Rechnung getragen bzw. werden sie angemessen in die HSM-Planung einbezogen? – Gibt es einen Unterschied zwischen Soll vs. Ist?
<p>Empfehlungen</p> <p>4 Es liegen Empfehlungen zur Verbesserung der HSM-Planung vor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Was in der HSM-Planung funktioniert gut und was weniger gut? – Was sollte beibehalten werden? – Wie kann die HSM-Planung verbessert werden? – Ist es sinnvoll, das Kriterium der Seltenheit weiter zu präzisieren?

Das Projektteam hat somit die Fragestellungen der GDK ergänzt (in der Tabelle 2 kursiv gesetzt). Ferner hat das Projektteam verschiedene Fragen konkretisiert, damit sie für die Akteursbefragung verwendet werden können. Insbesondere sollte die Akteursbefragung die Möglichkeit schaffen, die Verfahren besser beurteilen zu können, in denen die zu analysierenden Kriterien angewandt und umgesetzt werden (zum Ganzen siehe Anhang B). Als Folge der **Interviewfragen** zu den HSM-Planungsverfahren wurden bei den Befragungen teilweise mehr Daten erhoben als für die Beantwortung der Fragestellungen der GDK notwendig gewesen wären. Damit diese zusätzlichen Daten bei Bedarf weiterverwendet werden können, wurden sie ebenfalls in den jeweiligen Unterkapiteln «Sicht der Akteure» zusammengefasst und aufbereitet.

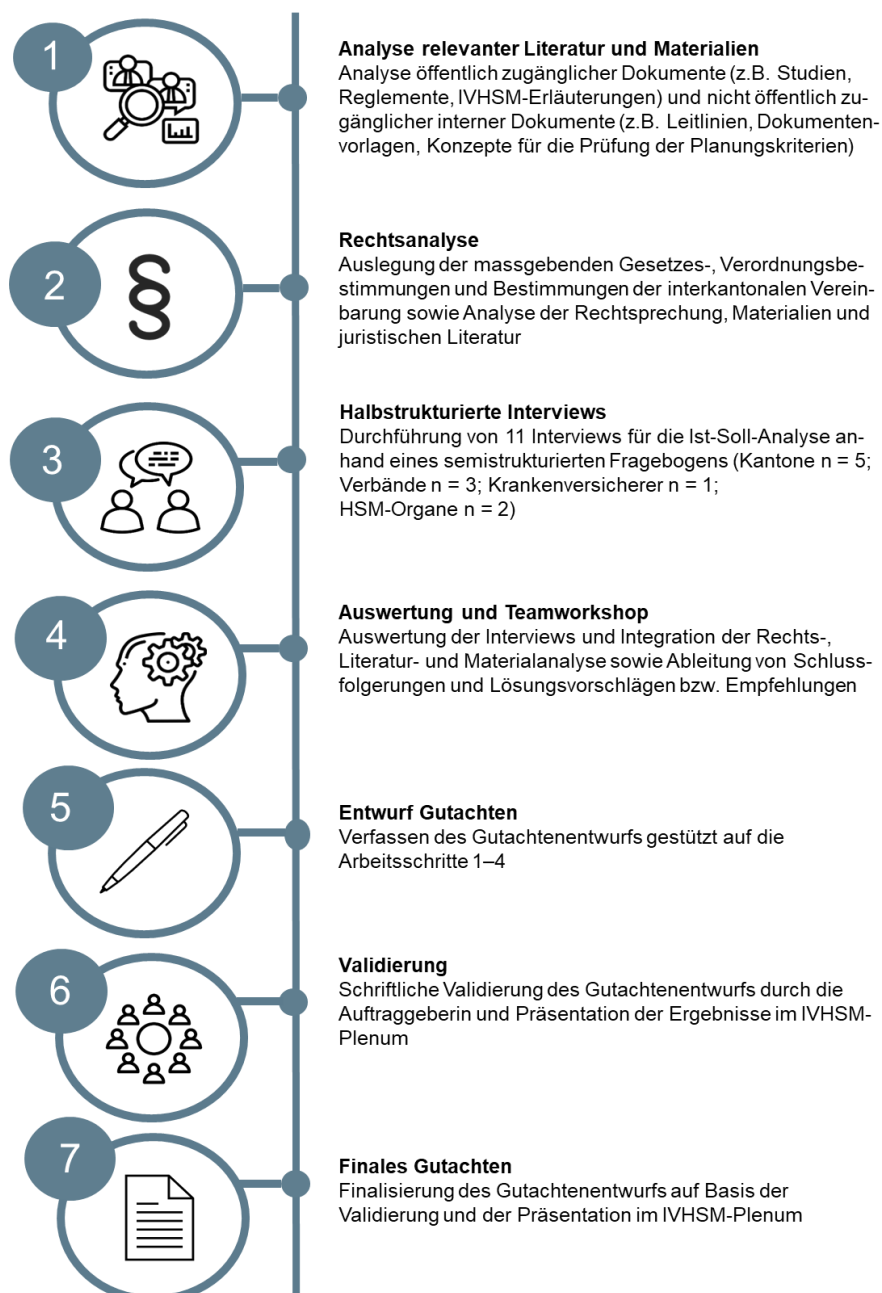
Bei den Beurteilungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen hält sich das Projektteam an die gestellten Fragestellungen der GDK und an den in Auftrag gegebenen Umfang der

Evaluation. Die Ergebnisse des Gutachtens sollen der GDK als Grundlage dienen, um die rechtliche und politische Zielerreichung sowie die Umsetzung der drei Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit» zu beurteilen. Gleichzeitig soll das Gutachten die **GDK unterstützen**, die HSM-Planung in Bezug auf diese drei Kriterien – sofern angezeigt – zu optimieren.

1.3 Vorgehen und Methoden

In der folgenden Abbildung werden **die Methoden und das Vorgehen** zusammengefasst:

Abbildung 2 Vorgehen und Methoden



Aufgrund des qualitativen Studiendesigns und der damit verbundenen geringen Anzahl an durchgeführten Befragungen (n = 11) ist eine quantitative Auswertung der Interviewantworten mit Angaben von Prozentzahlen nicht sinnvoll. Um transparent zu machen, ob es sich um Einzelstimmen oder mehrfach geäusserte Statements handelt, beschreiben das Projektteam in den jeweiligen Kapiteln mit den Titeln «Sicht der Akteure» die **Quantitäten als Proxy-Werte**:

- Wenn von «überwiegender Mehrheit» gesprochen wird, vertreten mehr als 9 Akteure diese Ansicht.
- Wenn von einer «Mehrheit» gesprochen wird, vertreten mehr als 5 Akteure diese Ansicht.
- Wenn von «rund der Hälfte» der Akteurinnen gesprochen wird, vertreten 5 Akteurinnen diese Ansicht.
- Wenn von «rund einem Drittel» gesprochen wird, vertreten ca. 4 Akteure diese Ansicht.
- Wenn von «vereinzelt» bzw. «einzelne» gesprochen wird, vertreten 2–3 Akteure diese Ansicht.

1.4 Aufbau des Gutachtens

Im Folgenden werden vorab die **Grundlagen der HSM-Planung** dargelegt (Kapitel 2). Es geht dabei um den Zweck und die Ziele der gesamtschweizerischen HSM-Planung und den Ablauf des zweistufigen Planungsverfahrens.

Danach werden die im vorliegenden Gutachten **zu evaluierenden Kriterien (Seltenheit, Wirtschaftlichkeit, Erreichbarkeit)** behandelt (Kapitel 3, 4 und 5). Für jedes Kriterium werden zunächst die rechtlichen Grundlagen erläutert. Beim Kriterium der Wirtschaftlichkeit findet sich zusätzlich ein Unterkapitel mit statistischen Ausführungen. In einem zweiten Schritt werden jeweils die Perspektiven der betroffenen Akteurinnen und Akteure zusammengefasst. Die Sicht der Akteure wird deskriptiv wiedergegeben, ohne dass diese durch Projektteam kommentiert bzw. beurteilt werden. Jedes Kapitel schliesst mit einer Beurteilung bzw. einem Zwischenfazit des Projektteams.

Gestützt auf die Analysen werden abschliessend die **Schlussfolgerungen** des Projektteams zusammengefasst und die von der Auftraggeberin gestellten Fragen beantwortet (Kapitel 6). Zudem werden Empfehlungen abgegeben, um die HSM-Planung zu verbessern (Kapitel 7).

2 Grundlagen der HSM-Planung

Die **Planung der HSM** erfolgt grundsätzlich nach denselben Voraussetzungen wie die allgemeine Spitalplanung. Massgebend sind somit die Voraussetzungen des Art. 39 KVG und der gestützt darauf erlassenen Art. 58a ff. KVV.⁷ Da die Kantone im Bereich der HSM aber gemäss Art. 39 Abs. 2^{bis} Satz 1 KVG «gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung» beschliessen müssen, gibt es verschiedene Besonderheiten zu beachten. Im Folgenden wird daher vorab auf die Ziele und den primären Zweck der HSM-Planung eingegangen (2.1). Danach wird dargestellt, wie das HSM-Planungsverfahren abläuft (2.2) und wie die involvierten Akteurinnen und Akteure dieses Verfahren einschätzen (2.3). Schliesslich wird gestützt auf diese Ausführungen eine erste Beurteilung zur Zweckmässigkeit des HSM-Planungsverfahrens abgegeben (2.4).

2.1 Ziele und Zweck der gesamtschweizerischen Planung

Die **allgemeine Spitalplanung** nach Art. 39 KVG verfolgt drei hauptsächliche Ziele: Die kantonale Planung der stationären Leistungen und die damit verbundene sozialversicherungsrechtliche Zulassung der Spitäler soll eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten (1), die von hoher Qualität ist (2) und keine unnötigen Kosten in der OKP verursacht (3).⁸ Diese Zielsetzungen der allgemeinen Spitalplanung gelten auch für die HSM-Planung.

Zusätzlich beabsichtigte der Gesetzgeber mit der Pflicht zur gesamtschweizerischen Planung der HSM nach Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG eine **Angebotskonzentration**.⁹ Mit anderen Worten sollten weniger Leistungserbringer HSM-Leistungen zulasten der OKP erbringen oder es sollten



Um die Qualität der Leistungen zu steigern und die Ressourcen besser zu nutzen, beabsichtigte der Gesetzgeber mit der Pflicht zur gesamtschweizerischen Planung der HSM insbesondere eine Angebotskonzentration.

zumindest nicht zusätzliche Leistungsaufträge an weitere Spitäler erteilt werden. Der Gesetzgeber begründete das Ziel der Angebotskonzentration in der HSM vor allem mit einer Steigerung der Qualität der Leistungserbringung und einer besseren Ressourcennutzung.¹⁰ Somit stützt sich die angestrebte Angebotskonzentration in der HSM letztlich auf zwei der drei Ziele

der allgemeinen Spitalplanung ab. Die Kantone haben die Angebotskonzentration als Planungsgrundsatz auch mehrfach in der IVHSM festgehalten (siehe Art. 1 Abs. 1 Satz 1, Art. 3 Abs. 3 und Art. 7 Abs. 1 IVHSM).

⁷ Statt vieler Urteil des BVGer C-1306/2019 vom 21. September 2021 E. 5.8.

⁸ Bundesrat (2004), S. 5563, 5588; Bundesrat (1991), S. 133, 133, 167 f.; BGE 138 II 398 E. 3.5.2 S. 418, E. 5.3 S. 431; BVGE 2012/30 E. 4.7 S. 574, E. 4.9 S. 575 f.

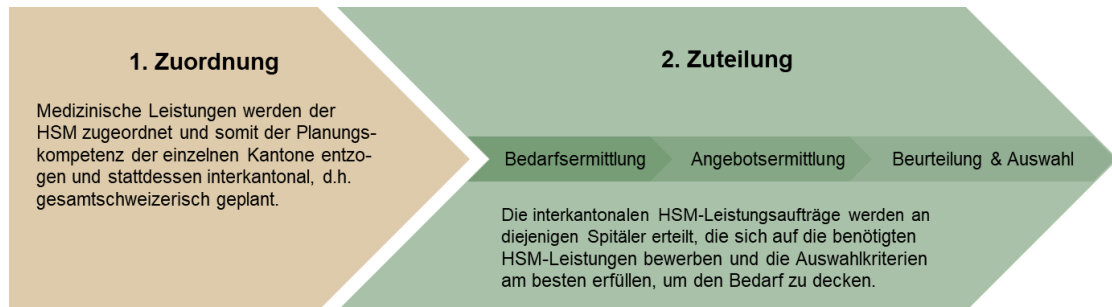
⁹ Votum Heberlein, AB SR 2006, S. 51; Bundesrat (2022), S. 4; BAG (2015), S. 1; vgl. auch GDK (2008), S. 3; HAUSER (2015), Rz. 78 ff.

¹⁰ Bundesrat (2019), S. 4; Bundesrat (2004), S. 5568; vgl. BGE 145 V 170 E. 6.3 S. 181; GDK (2008), S. 3; Votum Humbel Näf, AB NR 2007, S. 434.

2.2 Zweistufiges Planungsverfahren

Die Planung der Leistungen der HSM ist nur möglich, wenn klar ist, welche medizinischen Leistungen in den HSM-Bereich fallen. Erst danach können für die definierten HSM-Leistungen Leistungsaufträge erteilt werden. Die HSM-Planung läuft daher seit 2014 **zweistufig** ab:

Abbildung 3 HSM-Planungsstufen



- 1. Zuordnungsbeschlüsse:** Das HSM-Beschlussorgan entscheidet in einem ersten Schritt – auf Antrag des HSM-Fachorgans – darüber, welche Leistungen überhaupt Teil der HSM sind (Art. 3 Abs. 3 IVHSM). Die Zuordnungsbeschlüsse entziehen den HSM-Leistungsbereich aus der kantonalen Planungshoheit und verschieben ihn in die Zuständigkeit des HSM-Beschlussorgans (Art. 9 IVHSM).
- 2. Zuteilungsentscheide:** In einem zweiten Schritt hat das HSM-Beschlussorgan mit Unterstützung des Fachorgans die eigentliche HSM-Planung durchzuführen. Hierfür hat das Beschlussorgan den Bedarf an Leistungen zu analysieren, geeignete Leistungserbringer anhand der Auswahlkriterien auszuwählen und diesen entsprechende Leistungsaufträge zu erteilen (Art. 4 Abs. 4 Ziff. 2 f. und Art. 7 f. IVHSM i.V.m. Art. 39 KVG und Art. 58a ff. KVV). Gestützt auf den Leistungsauftrag kann ein Spital die darin umschriebenen Leistungen danach zulasten der OKP erbringen (vgl. Art. 7 Abs. 4 IVHSM).

Bei der Zuordnung zur HSM und der Zuteilung der Leistungsaufträge müssen **mehrere Kriterien** berücksichtigt und erfüllt werden. Für die Zuordnung eines Leistungsbereichs bzw. einer Leistungsgruppe zur HSM hält Art. 1 Abs. 1 IVHSM die massgebenden Kriterien fest (vgl. auch Art. 4 Abs. 4 Ziff. 1 und 3 IVHSM). Die Zuteilungsentscheide betreffend Leistungsaufträge richten sich grundsätzlich nach denselben Kriterien wie bei der allgemeinen Spitalplanung (Art. 39 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 58a–58c KVV). Weitere für die HSM konkretisierte Planungsgrundsätze und -kriterien finden sich in Art. 4 Abs. 4, Art. 7 und 8 IVHSM. Die Zuteilung der Leistungsaufträge läuft wie in der allgemeinen Spitalplanung dreistufig ab, und zwar mit einer Bedarfsermittlung zu Beginn, einer darauffolgenden Angebotsermittlung und letztlich der Beurteilung sowie Auswahl der Leistungserbringer (Art. 58b Abs. 1–3 KVV).¹¹

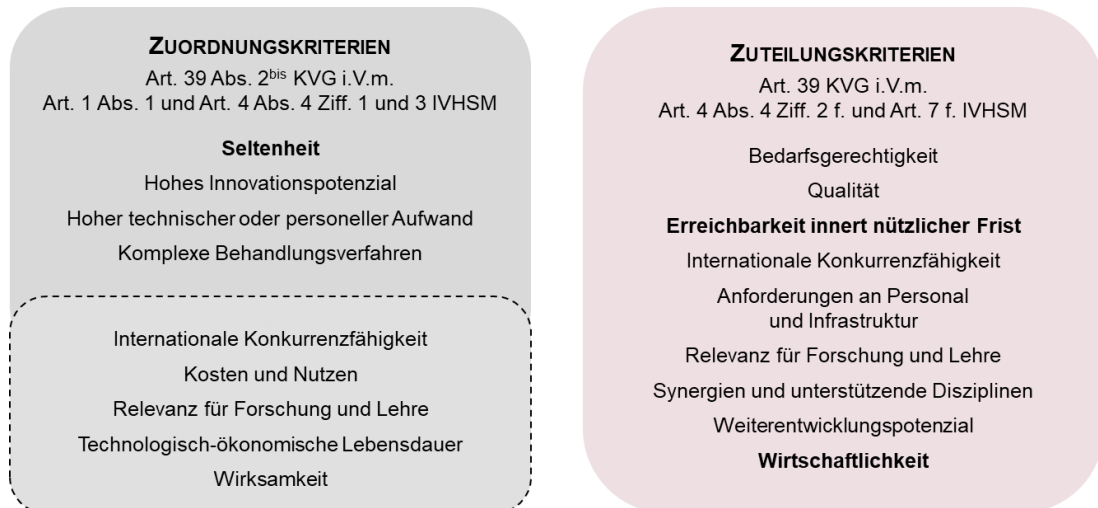


Die HSM-Planung läuft zweistufig ab: Zuerst werden Leistungen zur HSM zugeordnet. Danach werden die HSM-Leistungsaufträge an Spitäler zugeteilt. Die Zuteilung selbst erfolgt in drei Schritten: Bedarfsermittlung, Angebotsermittlung und Auswahl.

¹¹ RÜTSCHÉ/PICECCHI (2019), N 25 ff.

Die Unterscheidung zwischen Zuordnungsbeschlüssen und Zuteilungsentscheiden wirkt sich direkt auf den **Rechtsschutz** aus. Da es sich bei Zuordnungsbeschlüssen um Verwaltungsverordnungen handelt, die sich primär an die IVHSM-Organen richten, kann dagegen nicht direkt Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht geführt werden.¹² Anders ist dies bei den Zuteilungsentscheiden, die direkt angefochten werden können, da sie Rechte und Pflichten von Leistungserbringern bzw. Versicherern begründen (vgl. Art. 12 Abs. 1 IVHSM).

Abbildung 4 Kriterien der HSM-Planung



2.3 Sicht der Akteure

Nachfolgend werden die **Sichtweisen der befragten Akteurinnen und Akteure** zu übergeordneten Aspekten der HSM-Planung dargestellt. Das Unterkapitel ist nach dem Interviewleitfaden strukturiert (vgl. Interviewleitfaden in Anhang B).

a) Ziele und interkantonale HSM-Planung

Die übergeordneten Ziele der HSM sind, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und auf eine Konzentration der medizinischen HSM-Leistungsangebote hinzuwirken. Nahezu alle Akteure kommen zum Schluss, dass diese Ziele bislang nur **teilweise erreicht** worden sind. Einerseits betonen die Akteure, dass die Situation besser sei als vor Inkrafttreten der IVHSM, andererseits sind sie sich darin einig, dass es noch erhebliches Potenzial zur vollständigen Erreichung der Ziele geben würde, insbesondere bei der Konzentration der HSM-Leistungen.

Die Mehrheit der Akteure ist der Ansicht, dass die interkantonale HSM-Planung trotz allfälliger Mängel besser sei als eine Planung durch die einzelnen Kantone. Allerdings zweifeln einige Akteure daran, dass die heutige HSM-Planungsstruktur geeignet sei, um die Ziele zu erreichen

¹² BVGE 2016/14 E. 1.4.5 S. 241, E. 1.7 S. 245; 2013/46 E. 6.5.4 S. 738. Die Zuordnungsbeschlüsse können aber zumindest im Rahmen einer inzidenten Normenkontrolle überprüft werden. Siehe PICECCHI (2025), Rz. 181.

bzw. die bestehenden Mängel zu beheben, weshalb verschiedentlich **grundsätzliche Systemkritik** geäussert wird. Diese Akteure konstatieren primär ein Governance-Problem, das es den IVHSM-Organen verunmögliche, die HSM-Leistungen sachgerecht zu planen.¹³ Für die Lösung des Governance-Problems werden zwar verschiedene Lösungen erwähnt (Planung durch den Bund, radikale Angebotskonzentration, Planung wieder durch Kantone usw.), die jedoch politisch als nicht umsetzbar beurteilt werden. Aufgrund dieser Einschätzung der Akteure herrscht teilweise eine gewisse Resignation betreffend Zielerreichung bei der HSM-Planung.

b) Verfahrensaspekte

Die Mehrheit der Akteure beurteilt den HSM-Planungsprozess bzw. die Verfahren der Zuordnung und Zuteilung als **gut bis sehr gut**, insbesondere hinsichtlich der Professionalität, Transparenz, Kommunikation mit den Leistungserbringern sowie der Zusammenarbeit zwischen dem HSM-Beschluss- und HSM-Fachorgan. Einzelne Akteure empfinden die Verfahren hingegen als intransparent, teilweise unverständlich und die Entscheide aus fachlicher Sicht ungenügend nachvollziehbar und/oder politisch motiviert. Diese Akteure haben auch die Wahrnehmung, dass ihre Stellungnahmen kaum berücksichtigt werden.

Defizite sieht die Mehrheit der Akteure bei der **langen Verfahrensdauer**. Da zwischen Zuordnung, der Ausschreibung und Bewerbung auf Leistungsaufträge und der finalen Zuteilung mehrere Jahre vergehen können, seien die Datengrundlagen (z.B. Mindestfallzahlen) zum Entscheidzeitpunkt teilweise bereits wieder veraltet. Einzelne Akteure bemängeln in diesem Zusammenhang auch den grossen Umfang und die Komplexität der Unterlagen.

2.4 Beurteilung des Projektteams

a) Ziele und interkantonale HSM-Planung

Das Projektteam kommt zum Schluss, dass seit Inkrafttreten der interkantonalen HSM-Planung eine Konzentration der Leistungen stattgefunden hat und nach wie vor stattfindet. Hinsichtlich der angestrebten Konzentration besteht sowohl bei den Zuordnungen als auch teilweise bei den Zuteilungen weiterhin Potenzial. Bei der Zuordnung von Leistungen zur HSM sind verschiedene Leistungsbereiche bzw. -gruppen, die potenziell als HSM zu qualifizieren sind, unter Beobachtung.¹⁴ Im Rahmen der Zuordnungsverfahren ist wichtig, dass die IVHSM-Organen – wie bis anhin – regelmässig überprüfen, ob bestehende HSM-Leistungsbereiche die Zuordnungskriterien weiterhin erfüllen. Die gesamtschweizerische HSM-Planung ist dabei als **kontinuierlicher Prozess** zu verstehen, der wegen der ständigen medizinischen Fortschritte und der Dynamik in der HSM nie gänzlich abgeschlossen sein wird.

¹³ Vgl. Unterkapitel 6.1.

¹⁴ Siehe Bundesrat (2022), S. 18.

Neben den ständigen medizinischen Entwicklungen spielen verschiedene weitere Faktoren eine Rolle dafür, dass das **Konzentrationspotenzial in der HSM** noch nicht vollständig ausgeschöpft wurde. Unter anderem ist eine Konzentration der Leistungen in einem ersten Schritt für die einzelnen Spitäler mit einer gesteigerten Leistungserbringung verbunden, da sie mehr Patientinnen und Patienten behandeln müssen, deren Behandlungen bislang auf mehr Einrichtungen verteilt waren. Die Konzentration des Angebots erfolgt in diesen Fällen zwingendermassen stufenweise und über einen längeren Zeitraum, damit die Kapazitäten ohne Ressourcenmangel auf die – für das einzelne Spital – gesteigerten Leistungsmengen angepasst werden können. Sodann ist im Rahmen der Angebotskonzentration einem möglichen Klumpenrisiko Rechnung zu tragen, um beim Ausfall von Leistungserbringern weiterhin eine minimale Versorgung zu garantieren. Schliesslich gibt es institutionelle Herausforderungen wie die politische Zurückhaltung bei der Begrenzung medizinischer Angebote und verschiedene Funktionen bzw. Interessen seitens der Leistungsplaner, also der Kantone.

Im Rahmen der HSM-Planung von zentraler Bedeutung sind die verschiedenen Funktionen der Kantone und die damit einhergehenden Interessenkonflikte. Dieses **Governance-Problem** erschwert eine sachgerechte HSM-Planung, mitunter auch die Konzentration der HSM-Leistungen. Es ist jedoch kein spezifisches Problem im Bereich der HSM, sondern betrifft auch die allgemeine Spitalplanung.¹⁵ Die Governance der HSM-Planung ist allerdings insofern nochmals komplexer, als die Interessen sämtlicher Kantone für die Entscheide der IVHSM-Organe eine Rolle spielen können – zusätzlich zu den ohnehin bestehenden Interessen der übrigen Akteure.¹⁶ Die IVHSM-Organe sind daher mit einer vielschichtigen und hochkomplexen Planungssituation konfrontiert. Das angesprochene Governance-Problem müsste auf staatspolitischer Ebene angegangen werden, was jedoch nicht weiter Untersuchungsgegenstand dieses Gutachtens ist. Die IVHSM-Organe können dem Governance-Problem bei der HSM-Planung aber heute schon entgegenwirken, indem sie sich bei der Umsetzung und Anwendung der Zuordnungs- bzw. Zuteilungskriterien möglicher Interessen- oder Rollenkonflikte bewusst sind, diese gegebenenfalls transparent machen und ihre Entscheide – wie rechtlich gefordert (Art. 29 Abs. 2 BV) und bisher praktiziert – nachvollziehbar treffen und begründen.

Da die Ziele und Kriterien der HSM-Planung primär rechtlicher Natur sind, haben die Umsetzung der Kriterien und die Entscheidungen in der HSM-Planung **stark normativen Charakter**. Die Zuordnungen zur HSM und die Auswahl der Leistungserbringer sind deswegen per se mit Gewichtungen und Abwägungen verbunden. Erschwerend kommt hinzu, dass bei den Kriterien der HSM-Planung verschiedene Ermessensspielräume bestehen, weshalb die Zuordnungs- und Zuteilungsentscheide kontrovers diskutiert werden können.¹⁷ Umso wichtiger ist es, dass die HSM-Planung sich an den gesetzlichen Zielvorgaben orientiert und die Planungskriterien zweckmässig umgesetzt werden. Dies schafft einen Planungsrahmen der Fairness, Rechtsstaatlichkeit, Transparenz und den Schutz grundlegender Rechte sicherstellt.

¹⁵ Kritisch zu den Mehrfachrollen der Kantone, siehe beispielsweise HAUSER (2015), Rz. 302 ff.; PICECCHI (2022), Rz. 267; POLEDNA (2005), Rz. 16 f.; RÜTSCHKE (2012), Rz. 3 f.

¹⁶ Vgl. Unterkapitel 1.1.

¹⁷ Vgl. zum Ganzen z.B. NOCITO, Wir brauchen Perspektiven statt Berufsverbote, in: Tagesanzeiger vom 8. Dezember 2023; FEY, Keine «ungute» Entwicklung, in: Tagesanzeiger vom 13. Dezember 2023; HEHLI, Eiferer am Werk, in: NZZ vom 28. Dezember 2023.

b) Verfahrensaspekte

Gestützt auf die Akteursbefragungen und die internen Dokumente der IVHSM-Organe funktionieren die HSM-Planungsverfahren – insbesondere hinsichtlich der Professionalität, Transparenz und Kommunikation – gut. Im Rahmen der geführten Gespräche sowie gestützt auf die gesichteten Zuordnungs- und Zuteilungsbeschlüsse könnte eine **Verfahrensbeschleunigung** weitere Unsicherheiten reduzieren, indem der Planungsrahmen und die Leistungserbringung den betroffenen Akteuren schneller bekannt gegeben werden können. Überdies wäre auch eine Beschleunigung der Beschwerdeverfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht angezeigt, um offene Streitigkeiten schneller zu lösen und die Planungskriterien möglichst rasch zweckmässig umsetzen zu können. Aufgrund der Fragestellungen des vorliegenden Gutachtens wurde nicht detailliert abgeklärt, inwiefern die vorhandenen Kapazitäten bei den IVHSM-Organen für eine Verfahrensbeschleunigung ausreichen würden. In den geführten Gesprächen entstand der Eindruck, dass Kapazitätsgrenzen erreicht sind, weshalb eine Aufstockung der verschiedenen Ressourcen zu prüfen wäre.

3 Kriterium der Seltenheit

3.1 Rechtliche Grundlagen

Bei der HSM-Planung ist in einem ersten Schritt zu entscheiden, welche Leistungen zur HSM gehören und daher gesamtschweizerisch zu planen sind (sog. Zuordnung).¹⁸ Der **Bundesgesetzgeber** hat den Begriff der HSM in Art. 39 KVG nicht näher definiert. Während den Rats-



Der Bundesgesetzgeber hat den Begriff der HSM nicht näher definiert, sondern nur von sehr teuren Leistungen mit tiefen Fallzahlen gesprochen, die zur Sicherung ihrer Qualität und Wirtschaftlichkeit konzentriert werden müssen.

diskussionen zur Planung der HSM hat der Gesetzgeber jeweils von sehr teuren Leistungen mit tiefen Fallzahlen gesprochen, die zur Gewährleistung einer ausreichenden Qualität und wirtschaftlichen Leistungserbringung zu konzentrieren sind.¹⁹ In den Ratsdiskussionen zur HSM-Planung wurden die spitzenmedizinischen Leistungen der Universitätsspitäler und die Leistungen der Transplantationsmedizin als konkrete Beispiele für HSM genannt.²⁰ Ebenso wurde betont, dass eine Leistung heute zur HSM zählen und in einigen Jahren ein Routineeingriff darstellen könne.²¹ Auf diese dynamische Entwicklung hat der Gesetzgeber auch im Zusammenhang mit der fehlenden HSM-Definition im KVG hingewiesen.²²

Das sich der medizinische Fortschritt auf den HSM-Charakter von Leistungen auswirkt, ist nicht von der Hand zu weisen. Dies verunmöglicht es allerdings nicht, abstrakte Merkmale der oder Anforderungen an HSM-Leistungen zu definieren. Die Kantone haben denn auch im Rahmen der IVHSM die massgebenden Kriterien für HSM-Leistungen festgelegt. Gestützt auf Art. 1 Abs. 1 Satz 2 IVHSM gilt eine medizinische Leistung dann als **HSM-Leistung**, wenn sie mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt und in jedem Fall selten ist:

Dass sich der medizinische Fortschritt auf den HSM-Charakter von Leistungen auswirkt, ist nicht von der Hand zu weisen. Dies verunmöglicht es allerdings nicht, abstrakte Merkmale der oder Anforderungen an HSM-Leistungen zu definieren. Die Kantone haben denn auch im Rahmen der IVHSM die massgebenden Kriterien für HSM-Leistungen festgelegt. Gestützt auf Art. 1 Abs. 1 Satz 2 IVHSM gilt eine medizinische Leistung dann als **HSM-Leistung**, wenn sie mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt und in jedem Fall selten ist:

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

Das Kriterium der Seltenheit ist folglich ein **zwingendes Kriterium** für die Zuordnung einer Leistung zur HSM (siehe Art. 1 Abs. 1 Satz 3 IVHSM). Das beratende HSM-Fachorgan muss bei seinen Anträgen auf Zuordnung zur HSM oder Streichung von Leistungen aus der HSM zudem die Wirksamkeit, den Nutzen, die



Von vier Zuordnungskriterien muss eine Leistung mindestens drei Kriterien erfüllen, um als HSM-Leistung qualifiziert zu werden, wobei das Kriterium «Seltenheit» in jedem Fall vorliegen muss.

¹⁸ Siehe Unterkapitel 2.2.

¹⁹ Bundesrat (2004), S. 5568 f.; Votum Schenker, AB NR 2007, S. 432; Votum Humbel Näf, AB NR 2007, S. 434; Votum Fasel, AB NR 2007, S. 437.

²⁰ Votum Bortoluzzi, AB NR 2007, S. 431; Votum Rossini, AB NR 2007, S. 432; Votum Stahl, AB NR 2007, S. 433; Votum Humbel Näf, AB NR 2007, S. 434; Votum Heberlein, AB SR 2006, S. 51.

²¹ Votum Couchepin, AB NR 2007, S. 433; Votum Stahl, AB NR 2007, S. 433; Votum Heberlein, AB NR 2002, S. 2100.

²² Vgl. Votum Heberlein, AB NR 2002, S. 2100.

technologisch-ökonomische Lebensdauer sowie die Kosten einer Leistung berücksichtigen (Art. 4 Abs. 4 Ziff. 1 lit. a–d und Ziff 3. IVHSM). Ebenso ist der Relevanz des Bezugs zur Forschung und Lehre sowie der internationale Konkurrenzfähigkeit Rechnung zu tragen (Art. 4 Abs. 4 Ziff. 3 lit. a–b IVHSM). Diese durch das Fachorgan zu berücksichtigenden Kriterien lassen sich letztlich aus den allgemeinen Zielen und den Planungsgrundsätzen der Qualität und Wirtschaftlichkeit ableiten.²³

Für die Erläuterung der ausgewählten Zuordnungskriterien in Art. 1 Abs. 1 IVHSM haben sich die Kantone ausdrücklich auf **zwei Gutachten** abgestützt.²⁴ COLLERETTE/MORRIS/PAMGARTNER kommen in dem von den Kantonen erwähnten Gutachten zum Ergebnis, dass HSM-Leistungen komplexe und/oder seltene Erkrankungen betreffen, die eine relativ tiefe Patientenzahl aufweisen und wegen der Spezialisierung hohe Infrastruktur- und Behandlungskosten verursachen.²⁵ In ähnlicher Weise umschreibt DANIEL im zweiten erwähnten Gutachten, dass es sich um HSM handelt, wenn eine Leistung mit einer niedrigen Inzidenz/Prävalenz komplex ist und die Behandlung bzw. Diagnose unterschiedliche Spezialistinnen erfordert und hohe Kosten nach sich zieht.²⁶

Im Jahr 2013 hat die GDK ein weiteres Gutachten zum Begriff der HSM und insbesondere der **Bedeutung des Kriteriums der Seltenheit** in Auftrag gegeben. Basierend auf einem Ländervergleich identifizieren JÜNI et al. in ihrem Gutachten fünf Merkmale von HSM-Leistungen. Konkret handelt es sich dabei um Seltenheit, besondere Komplexität, hohe Kosten, hohe Komplikationsrisiken und ausserordentliche strukturelle Anforderungen.²⁷



Das Gutachten von JÜNI et al. empfiehlt, keine festen Grenzwerte für die Seltenheit von HSM-Leistungen festzulegen, da hierfür eine ausreichende wissenschaftliche Grundlage fehlt und sich die Grenzwerte aufgrund der demographischen Entwicklung laufend ändern würden.

Für das Kriterium der Seltenheit zeigt der Ländervergleich von JÜNI et al. auf, dass keines der sechs untersuchten europäischen Länder einen verbindlichen Grenzwert an Eingriffen verlangt.²⁸ England sieht aber ein Mindesteinzugsgebiet von ein bis vier Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern pro HSM-Zentrum vor.²⁹ Die Niederlande gehen als grobe und unverbindliche Richtgrösse sodann von ca. 1'000 Eingriffen pro Jahr aus, damit eine Leistung noch als selten qualifiziert wird.³⁰

Insgesamt stellen JÜNI et al. jedoch fest, dass die Seltenheit in den meisten untersuchten Ländern letztlich nicht primär von der Fallzahl einer Leistung abhängt, sondern von den Qualitäts- und Versorgungsanforderungen, die für eine erfolgreiche Leistungserbringung bei niedriger Prävalenz erforderlich ist.³¹ Gestützt auf ihre Analyse empfehlen JÜNI et al. keine verbindlichen Grenzwerte bzw. Inzidenzen pro Jahr für den Begriff

²³ PICECCHI (2025), Rz. 170.

²⁴ GDK (2008). S. 6 f.

²⁵ COLLERETTE/MORRIS/PAMGARTNER (2006), S. 8.

²⁶ DANIEL (2006), S. 13, 15 f.

²⁷ Zum Ganzen JÜNI et al. (2014), S. 6 ff., 18 f.

²⁸ JÜNI et al. (2014), S. 17 ff.

²⁹ JÜNI et al. (2014), S. 18 f.

³⁰ JÜNI et al. (2014), Anhänge A.1.1, B.1.1 und B.2.1 zu den Niederlanden.

³¹ Jüni et al. (2014), S. 17 f.

«Seltenheit» einzuführen, da diese wissenschaftlich nicht ausreichend abgestützt werden können und weil sich die Inzidenzen aufgrund demographischer Entwicklungen stetig ändern.³²

Für die rechtliche Beurteilung des Kriteriums der Seltenheit mögen die erwähnten Gutachten interessant sein und allenfalls im Rahmen der historischen Auslegung – wegen der ausdrücklichen Bezugnahme der Kantone auf die Gutachten von COLLERETTE/MORRIS/PAMGARTNER und DANIEL – herangezogen werden. Allerdings sind die in den drei Gutachten gemachten Ausführungen für die IVHSM-Organe nicht verbindlich. Angesichts der Entstehung des Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG und des vom Gesetzgeber bewusst offen gelassenen Begriffs der HSM besteht **keine ausreichend bestimmte gesetzliche Grundlage**, um einen Grenzwert für das Kriterium der Seltenheit vorzusehen. Der Bundesgesetzgeber hat sich stattdessen (implizit) für eine Gesamtbetrachtung der jeweils zu bewertenden ärztlichen Leistung ausgesprochen, wobei den Kriterien der geringen Fallzahl, der Spezialisierung und der Kostenintensität besondere Bedeutung zukommt.³³ Die grenzwertfreie Begriffsdefinition der HSM in Art. 1 Abs. 1 Satz 2 f. IVHSM ist damit in Einklang mit den bundesrechtlichen Vorgaben in Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG.



Die grenzwertfreie Definition der HSM in Art. 1 Abs. 1 Satz 2 f. IVHSM entspricht dem vom Bundesgesetzgeber bewusst offen gelassenen Begriff der HSM.

3.2 Sicht der Akteure

Nachfolgend werden die **Sichtweisen der befragten Akteurinnen und Akteure** zur Zweckmässigkeit des Kriteriums der Seltenheit dargestellt. Das Unterkapitel ist nach dem Interviewleitfaden strukturiert (vgl. Interviewleitfaden in Anhang B).

a) Gesamtbild

Die Mehrheit der Akteure konstatieren, dass das Kriterium der Seltenheit **zu breit verstanden bzw. ausgelegt** werde. Für diese Einschätzung führen die Akteure folgende Gründe an:

- **Governance-Problem:** Die Kantone und damit letztlich die IVHSM-Organe müssen bei der HSM-Planung zahlreiche Interessenkonflikte auflösen, da sie mehrere Rollen innehaben.³⁴ Gleichzeitig seien in den IVHSM-Organen die universitären Interessen (zu) stark vertreten. Verschiedene Akteure sind daher der Ansicht, dass die Entscheide der IVHSM-Organe (insbesondere des Beschlussorgans) politisch motiviert und nicht unbedingt nur sachbezogen getroffen würden.
- **Ermessungsspielraum:** Die Akteure konstatieren zwar mehrheitlich einen (zu) grossen Ermessensspielraum bei der Auslegung des Begriffs «Seltenheit», sind jedoch gleichzeitig mehrheitlich gegen die Einführung eines Grenzwertes zur Konkretisierung des Begriffs.³⁵

³² JÜNI et al. (2014), S. 26 f.

³³ Siehe die Hinweise auf die Gesetzesmaterialien in den Fussnoten 19–22.

³⁴ Vgl. auch Unterkapitel 6.1.

³⁵ Siehe Unterkapitel 3.2c).

Trotz der Kritik an der Auslegung des Begriffs «Seltenheit» stellt eine überwiegende Mehrheit der Akteure fest, dass die **Konzentration der HSM-Leistungen** (noch) ungenügend sei. Die eigentliche Ursache hierfür sehen nahezu alle Akteure im Governance-Problem. Nach Ansicht dieser Akteure müsste die Seltenheit so verstanden werden, dass mehr Leistungen in den HSM-Bereich fallen. Hierzu fehle es aber an Mut bei den Kantonen und der Ermessensspielraum bei der Auslegung des Begriffs «Seltenheit» sei zu gross.

Die Mehrheit der Akteure ist der Ansicht, dass das Kriterium der Seltenheit und damit verbundene Auswirkungen – insbesondere die Zuteilung zur HSM – folgende Outcomes **positiv beeinflusst**:

- Konzentration der medizinischen Leistungen;
- Qualität der Behandlung; und folglich
- Nutzen für die Patientinnen und Patienten.

Rund ein Drittel der Akteure ist bezüglich der positiven Outcomes **vorsichtig**, weil es keine belastbaren Daten bzw. Studien gäbe, die solche Outcomes empirisch nachweisen. Der positive Einfluss sei jedoch plausibel und als Zielsetzung sinnvoll.

b) Zwingender Charakter der Seltenheit

Die überwiegende Mehrheit der Akteure findet es eher sinnvoll bzw. sinnvoll, dass das Kriterium der «Seltenheit» obligatorisch ist. Die meisten betonen jedoch, dass das **Kriterium der Komplexität** ebenso wichtig sei. Unter komplexen Leistungen verstehen die Akteure Eingriffe, die medizinisch anspruchsvoll sind, ein hochspezialisiertes und interdisziplinäres medizinisches Team benötigen und damit auch teure Infrastruktur voraussetzen. Die überwiegende Mehrheit der Akteure berichtet, dass es Leistungen gäbe, die nicht selten seien, jedoch der HSM zugeordnet werden könnten bzw. müssten, und zwar wegen ihrer Komplexität. Als Beispiele haben die Akteure Leistungen in der Herzchirurgie, bei zerebralen Schlaganfällen, im Bereich der Neurochirurgie, in der komplexen Pädiatrie, in der Viszeralchirurgie betreffend Pankreas und tiefes Rektum sowie in der komplexen Tumorchirurgie genannt.

Einzelne Akteure sind der Auffassung, dass heute wegen des grosszügigen Verständnisses der Seltenheit verschiedene Leistungen, die zwar komplex seien, aber **relativ häufig vorkommen**, der HSM zugeordnet werden. Dies sei mit Blick auf den zwingenden Charakter des Kriteriums der Seltenheit nicht sachgerecht.

c) Einführung eines Grenz- oder Richtwertes

Die Akteure sind unterschiedlicher Ansicht, wenn es um die Notwendigkeit geht, den Begriff der **Seltenheit zu präzisieren**. Während rund die Hälfte der Akteure eine solche Präzisierung sinnvoll findet, bevorzugt die andere Hälfte den Status quo. Ein Teil jener Akteure, die eine Präzision als sinnvoll erachten, möchten einen verbindlichen Grenzwert einführen, der andere Teil würde die Einführung eines unverbindlichen Richtwertes bevorzugen. Rund die Hälfte der

Akteure sprechen sich gegen die Einführung eines Grenz- oder Richtwerts aus, um die Seltenheit zu definieren.

Die **Gegnerinnen und Gegner eines Grenzwertes** betonen, dass sich ein solcher wissenschaftlich kaum herleiten liesse. Des Weiteren erachten es diese Akteure als unrealistisch, dass sich die IVHSM-Organe auf einen Grenzwert bzw. auf mehrere Grenzwerte (pro Fachbereich) einigen könnten. Schliesslich bestehen Bedenken, dass ein fixer Grenzwert der Dynamik in der medizinischen Entwicklung nicht gerecht würde. Diese Akteure plädieren deshalb für den Status quo oder dafür, flexiblere Richtwerte (zwischen 200 und 2'500 Fälle pro Jahr) einzuführen.

Die **Befürworter eines Grenzwertes** sind der Überzeugung, dass ein solcher zu weniger Diskussionen und mehr Konzentration führen würde. Die meisten Befürworter sprechen sich für Grenzwerte pro HSM-Fachbereich aus. Eine Minderheit der Befürworter möchte einen Grenzwert für alle Fachbereiche und diesen eher tief ansetzen (200–500 Eingriffe pro Jahr). Die Grenzwerte sollten im Rhythmus der HSM-Planung überprüft und ggf. angepasst werden.

3.3 Beurteilung des Projektteams

a) Zwingender Charakter der Seltenheit

Das Kriterium «Seltenheit» hat – weil es obligatorisch ist – heute einen **grösseren Stellenwert** als andere Zuordnungskriterien, was dem Projektteam insgesamt als nicht sachgerecht erscheint. Erstens hat der Bundesgesetzgeber beim Erlass des Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG und der Diskussion des Begriffs der HSM der Häufigkeit von Leistungen nicht mehr Bedeutung zugemessen als dem hohen Aufwand, den hohen Kosten und der Notwendigkeit einer vertieften Expertise.³⁶ Zweitens sind aus sachlicher Sicht die Komplexität sowie der hohe technische und personelle Aufwand mindestens ebenso relevant wie das Kriterium der Seltenheit. Es existieren z.B. Leistungen, die zwar selten sind, jedoch weder einen hohen medizinischen Komplexitätsgrad aufweisen noch mit einem hohen technischen oder personellen Aufwand verbunden sind.

Eine höhere Gewichtung des Kriteriums «Seltenheit» ist folglich für den Begriff der HSM weder aus rechtlicher noch aus fachlicher Perspektive gerechtfertigt. Das Projektteam kommt daher zum Schluss, dass es kohärenter wäre, das Kriterium der Seltenheit künftig **nicht mehr stärker zu gewichten** als die anderen drei Kriterien gemäss Art. 1 Abs. 1 IVHSM. Stattdessen sollte im Rahmen einer Gesamtbetrachtung der Planungsziele und der vier Zuordnungskriterien eine medizinische Leistung jeweils der HSM zugeordnet oder davon ausgeschlossen werden.

³⁶ Siehe Unterkapitel 3.1.

b) Einführung eines Grenz- oder Richtwertes

Aufgrund fehlender verbindlicher Grenzwerte oder flexibleren Richtwerten bis zu welcher Fallzahl eine Behandlung als selten zu qualifizieren ist, haben die IVHSM-Organe einen erheblichen Ermessensspielraum, um Leistungen der HSM zuzuordnen. Dies ist jedoch im Sinne des Gesetzgebers, der bewusst von einer Definition der HSM abgesehen hat.³⁷ Ebenso kennen ausländische Behörden keine verbindlichen Grenzwerte, die ausschlaggebend wären, um eine Leistung der HSM zuzuordnen.³⁸ Dabei wird nicht zuletzt der **Aufwand für die Einführung und Bestimmung verbindlicher Grenzwerte** pro Fachbereich eine Rolle spielen. Es dürfte viele Ressourcen binden, Grenzwerte zu bestimmen, vor allem, weil ein einziger Grenzwert über alle HSM-Leistungsbereiche hinweg aus fachlicher Sicht nicht sinnvoll wäre. Wissenschaftlich gibt es keine validen Daten oder sinnvolle Studien, die sich für die einzelnen HSM-Leistungsbereiche heranziehen liessen. Darüber hinaus müssten die Grenzwerte regelmässig evaluiert und angepasst werden.

Die Einführung und Bestimmung von Grenzwerten für das Kriterium der Seltenheit wäre folglich letztlich ein **normativer bzw. politischer Entscheid**. Abgesehen vom damit verbundenen Aufwand dürfte es eine grosse Herausforderung darstellen, medizinisch sinnvolle Grenzwerte für die verschiedenen Leistungsbereiche zu finden, die auch politisch und von den betroffenen Akteuren akzeptiert werden. Angesichts der heute geführten Diskussionen betreffend HSM wäre davon auszugehen, dass die Einführung und Bestimmung von Grenzwerten nicht weniger umstritten wäre als die heutigen Zuordnungen. Der Prozess wäre den eigentlichen Zuordnungen von Leistungsbereichen bzw. -gruppen zur HSM lediglich vorgelagert. Im Vergleich zum Aufwand erscheint der potenzielle Nutzen (möglicherweise weniger Diskussionen bei den konkreten Zuordnungen) in keinem günstigen Verhältnis zu stehen. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es für die Einführung verbindlicher Grenzwerte zur HSM-Qualifikation an einer gesetzlichen Grundlage fehlt, da der Bundesgesetzgeber mit Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG bewusst von einer engen Definition der HSM abgesehen und sich stattdessen für eine Gesamtbetrachtung ausgesprochen hat.³⁹

Gestützt auf diese Ausgangslage erachtet das Projektteam es insgesamt als **nicht sinnvoll** verbindliche Grenzwerte für das Kriterium der Seltenheit einzuführen. Ebenso ist von der Einführung von flexibleren, unverbindlichen Richtwerten abzusehen. Solche Richtwerte hätten lediglich Orientierungscharakter und damit einen geringeren Nutzen als verbindliche Grenzwerte. Die Anwendung von Richtwerten ist zudem deutlich schwammiger und schafft wiederum Unsicherheiten, ohne das Ermessen zu schmälern oder Entscheidungen zu erleichtern. Gleichzeitig wäre die Bestimmung solcher Richtwerte mit einem ähnlich hohen Aufwand verbunden wie die Bestimmung verbindlicher Grenzwerte.

³⁷ Unterkapitel 3.1.

³⁸ Unterkapitel 3.1.

³⁹ Siehe Unterkapitel 3.1.

4 Kriterium der Wirtschaftlichkeit

4.1 Rechtliche Grundlagen

Das **Wirtschaftlichkeitsgebot** ist ein tragendes Prinzip des gesamten Krankenversicherungsrechts. Es verlangt, dass nicht nur die medizinischen Leistungen an sich wirtschaftlich sind, sondern auch die Leistungserbringer bzw. deren Leistungserbringung.⁴⁰ Eine Leistung ist dann wirtschaftlich, wenn sie ein optimales oder zumindest angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist.⁴¹ Stehen mehrere Behandlungsalternativen mit vergleichbarem



Im Kontext des KVG und damit auch der HSM-Planung ist eine Leistung dann wirtschaftlich, wenn sie ein optimales oder zumindest angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist. Folglich können auch sehr teure Leistungen wirtschaftlich sein, sofern ihr Nutzen entsprechend gross ist.

medizinischem Nutzen zur Auswahl, ist die kostengünstigste davon als wirtschaftlich zu qualifizieren (bestes Kosten-Nutzen-Verhältnis).⁴² Steht nur eine Behandlungsoption zur Verfügung, so ist diese unwirtschaftlich, wenn Kosten und Nutzen in einem groben Missverhältnis stehen.⁴³ Insgesamt hat das Wirtschaftlichkeitsgebot einen stark komparativen Charakter. Typischerweise werden vergleichbare Leistungen oder

die Durchschnittskosten vergleichbarer Leistungserbringer miteinander verglichen, um deren Wirtschaftlichkeit zu bestimmen.⁴⁴

Im Rahmen der Spitalplanung wird die Wirtschaftlichkeit potenzieller Leistungserbringer anhand eines Vergleichs der durchschnittlichen Fallkosten der Spitäler überprüft (Art. 58d Abs. 1 KVV i.V.m. Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Konkret wird ein bestimmter Referenzwert für die durchschnittlichen Fallkosten pro Spital festgelegt, der erreicht werden muss. Man spricht in diesem Zusammenhang deshalb auch von einem **Benchmarking**.⁴⁵ Der angestrebte Referenzwert bzw. Benchmark liegt nicht beim Durchschnitt der Fallkosten aller Spitäler, sondern orientiert sich an denjenigen Spitälern, die ihre Leistungen effizient und kostengünstig erbringen (vgl. Art. 49 Abs. 1 Satz 5 KVG).⁴⁶ Diesem Kostenvergleich liegt wiederum die Annahme zu-



Im Rahmen der Spitalplanung wird die Wirtschaftlichkeit der Spitäler durch einen Vergleich ihrer durchschnittlichen Fallkosten überprüft (sog. Benchmarking), wobei sich der angestrebte Referenzwert bzw. Benchmark an effizienten und kostengünstigen Spitälern orientiert.

grunde, dass vergleichbare Leistungserbringer mindestens vergleichbare Kosten verursachen oder ihre Leistungen andernfalls unwirtschaftlich erbringen. Das Benchmarking berücksichtigt allfällige Unterschiede im Nutzen und in der Qualität der Leistungserbringung nur ungenügend, weshalb diesen Aspekten bei der Auswahl der

⁴⁰ Zu den verschiedenen Anwendungsbereichen des Wirtschaftlichkeitsgebots, siehe PICECCHI (2022), Rz. 138 ff.

⁴¹ PICECCHI (2022), Rz. 44 ff.,

⁴² Statt vieler BGE 142 V 26 E. 5.2.1 S. 35.

⁴³ BGE 145 V 116 E. 5.1 S. 123; 136 V 395 E. 7.4 S. 407 f.; 126 V 334 E. 2a S. 338.

⁴⁴ Siehe BVGE 2014/3 E. 10.1.5 S. 87; EUGSTER (2016), Rz. 876 f.; PICECCHI (2022), Rz. 428 ff.

⁴⁵ BVGE 2014/36 E. 4.1 S. 588; 2014/3 E. 10.1.1 S. 86; Urteil des BVGer C-1306/2019 E. 8.7; EUGSTER (2016), Rz. 1024; RÜTSCHÉ/PICECCHI (2019), N 43.

⁴⁶ BVGE 2014/3 E. 2.8.3 S. 49 f.; Urteil des BVGer C-2887/2019 vom 26. Januar 2021 E. 6.4; PICECCHI, Rz. 305 f.

Leistungserbringer ausreichend Rechnung getragen werden muss, damit tatsächlich vergleichbare Spitäler miteinander verglichen werden.⁴⁷

Grundvoraussetzung für einen Vergleich der Kosten für stationäre Leistungen der Spitäler ist eine **einheitliche Ermittlung dieser Kosten**. Die Betriebskosten der Spitäler werden mit dem integrierten Tarifmodell auf Kostenträgerrechnungsbasis (ITAR_K®) national einheitlich hergeleitet.⁴⁸ ITAR_K® ist die Branchenlösung des Verbands «H+» und basiert auf der Kostenträgerrechnung nach REKOLE®, einem Gütesiegel für die Betriebsbuchhaltung, das garantiert, dass



Für das Benchmarking müssen die Kosten der Spitäler auf der Basis des ITAR_K®-Modells und der REKOLE®-Kostenträgerrechnung einheitlich berechnet werden, wobei die Betriebskosten zu bereinigen, die Anlagekosten hinzuzurechnen und die irrelevanten Kosten auszuschneiden sind, um letztlich die schweregradbereinigten Fallkosten nach SwissDRG ermitteln zu können.

die Kosten und Leistungen korrekt ermittelt bzw. erfasst werden.⁴⁹ Die mittels ITAR_K® und REKOLE® ermittelten Kosten für die stationären Leistungen eines Spitals sind buchhalterisch zu bereinigen.⁵⁰ In einem nächsten Schritt müssen die Anlagekosten des Spitals, also die Kosten für Mobilien und Immobilien usw., zu den ermittelten Betriebskosten hinzugerechnet werden (vgl. Art. 10 f. VKL).⁵¹ Sodann sind verschiedene Kosten von den Betriebskosten auszuschneiden, da diese für das Benchmarking nicht relevant sind, etwa die

Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Art. 49 Abs. 3 KVG).⁵² Sind alle nötigen Abzüge von den Betriebskosten erfolgt, bleiben nur die Kosten für die stationären OKP-Leistungen übrig. Um aus diesen Kosten noch die schweregradbereinigten Fallkosten nach SwissDRG zu erhalten, müssen unbewertete Diagnosegruppen oder Zusatzentgelte ausgeklammert werden.⁵³ Damit können die Kosten in Bezug zum Schweregrad der Fälle des Spitals gemäss SwissDRG gesetzt und über die einzelnen Spitäler hinaus vergleichbar gemacht werden.

Für das eigentliche Benchmarking werden nun die relevanten Betriebskosten des potenziellen Leistungserbringers mit den Betriebskosten vergleichbarer Spitäler verglichen (vgl. Art. 49 Abs. 8 KVG i.V.m. Art. 58d Abs. 1 KVV). Hierzu wird eine **Kostenrangliste unter den Spitälern** erstellt (siehe Tabelle 3). Die Spitäler werden dabei in 1%-Ränge eingeteilt, so dass ein Perzentilsystem mit 100 gleich grossen Rängen entsteht. Die Einteilung der Ränge kann durch unterschiedliche Grössen bestimmt werden. Die Perzentileinteilung kann nach der Summe der Spitäler (ungewichtetes Benchmarking), nach der Summe der Fälle aller Krankenhäuser (fallgewichtetes Benchmarking) oder nach der Summe der Case-Mixe aller



Beim Benchmarking werden die Spitäler anhand ihrer schweregradbereinigten Betriebskosten in eine Rangliste mit 100 1%-Rängen (Perzentile) eingeteilt. Dies ermöglicht die Festlegung eines Benchmarks auf dem gewünschten Perzentil.

⁴⁷ Kritisch hierzu PICECCHI (2022), Rz. 307, 448 ff.

⁴⁸ H+ (2023), ITAR_K®, S. 4; vgl. BVGE 2014/3 E. 3.4.3 S. 64.

⁴⁹ H+ (2023), REKOLE®, S. 10 f.; GDK (2019), S. 3.

⁵⁰ GDK (2019), S. 3 f.

⁵¹ BVGE 2014/36 E. 4.9.5 S. 591 f.; WALDNER/EGLI (2019), N 102 ff.

⁵² GDK (2019), S. 5 ff.; PICECCHI (2022), Rz. 238 ff.

⁵³ GDK (2019), S. 3.

Krankenhäuser (kostengewichtetes Benchmarking) erfolgen.⁵⁴ Der zu erreichende Referenzwert bzw. Benchmark für die Bejahung der Wirtschaftlichkeit kann nun auf Basis des gewünschten Perzentils festgelegt werden.⁵⁵ Wird zum Beispiel das 40. Perzentil als Benchmark gewählt, gelten alle Spitäler bis zu diesem Perzentil (1.–40. Perzentil und damit 40 % der Spitäler) als wirtschaftlich. Die restlichen Spitäler mit einem höheren Perzentil (41.–100. Perzentil und damit 60 % der Spitäler) gelten als unwirtschaftlich (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Benchmarking

Benchmark								
1. Perzentil	...	...	40. Perzentil	...	...	...	...	100. Perzentil
Spital ₁	...	...	...	...	...	...	...	Spital _n

Die **Vergleichsgruppe** für das Benchmarking umfasst nach Art. 49 Abs. 8 KVG alle Spitäler in der Schweiz. Aufgrund der einheitlichen Tarifstruktur sowie Kosten- und Leistungserfassung ist eine gesamtschweizerische Vergleichbarkeit der Leistungserbringer grundsätzlich gegeben (vgl. Art. 49 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 7 KVG). Ist diese Vergleichbarkeit im Einzelfall nicht gegeben, können spezielle Vergleichsgruppen gebildet werden, die nicht alle Leistungserbringer

umfassen.⁵⁶ Im Bereich der HSM-Planung ist dies angezeigt, da nicht alle Spitäler HSM-Leistungen erbringen.⁵⁷ Die IVHSM-Organe haben sich entschieden, für ihre Wirtschaftlichkeitsüberprüfung grundsätzlich zwei Kostenvergleiche durchzuführen: Erstens werden dabei wie bei der allgemeinen Spitalplanung die Gesamtkosten der Spitäler miteinander verglichen. Zweitens wird ein HSM-spezifischer Vergleich der Kosten für die HSM-Behandlungen durchgeführt, sofern dies zu einem aussagekräftigen Vergleich führt.⁵⁸

Die schweregradbereinigten Fallkosten berechnen die IVHSM-Organe entsprechend den von der GDK verabschiedeten Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung.⁵⁹

Im Zusammenhang mit dem Kriterium «Wirtschaftlichkeit» ist schliesslich auf die **Vorgabe von Mindestfallzahlen** einzugehen. Das HSM-Beschlussorgan kann die Erteilung eines Leistungsauftrages von der Erreichung einer bestimmten Mindestanzahl an Eingriffen abhängig machen (vgl. Art. 8 lit. b IVHSM i.V.m. Art. 58f Abs. 4 lit. f KVV), wobei sich die Mindestfallzahl auf das Spital als Ganzes oder auf die individuelle Operateurin beziehen kann.⁶⁰ Mindestfallzahlen sind

⁵⁴ Zum Ganzen ausführlich, siehe PICECCHI (2022), Rz. 244 ff.; PICECCHI (2025), Rz. 82; RÜTSCHÉ/PICECCHI (2019), N 43; GDK (2016), S. 13.

⁵⁵ Zur Wahl des massgebenden Perzentils und dem damit verbundenen erheblichen Ermessen, siehe Urteil des BVGer C-5102/2019 vom 17. August 2022 E. 9.3.7; vgl. auch BVGE 2014/36 E. 10.3 S. 608.

⁵⁶ BVGE 2014/36 E. 6.6.6 S. 599; vgl. BVGE 2014/3 E. 10.1.6 S. 87.

⁵⁷ Zum HSM-spezifischen Kostenvergleich, siehe Unterkapitel 4.2a).

⁵⁸ Hierzu ausführlich, siehe Unterkapitel 4.2a).

⁵⁹ Siehe hierzu GDK (2019).

⁶⁰ BVGE 2018 V/3 E. 7.5.2 S. 57; BGE 145 V 170 E. 6.4 S. 182; EUGSTER (2016), Rz. 811.

primär ein Regulierungsinstrument zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Leistungen, da durch eine gewisse Häufigkeit bei der Durchführung von medizinischen Eingriffen und ein Minimum an Routine unerwünschte Komplikationen verringert werden können.⁶¹ Gleichzeitig wirken sich Mindestfallzahlen aber auch positiv auf die Wirtschaftlichkeit aus,⁶² da sie zu einer besseren Auslastung der Spitalressourcen, zu einer stärkeren Konzentration des Leistungsangebots sowie zu tieferen Folgekosten aufgrund geringerer Komplikationen führen (vgl. auch Art. 58d Abs. 4 KVV). Damit verbessert sich letztlich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Leistungserbringung, indem entweder unnötige Kosten eingespart werden oder bei gleichbleibenden Kosten ein höherer Nutzen resultiert.⁶³

4.2 Statistische Überlegungen

a) Methoden des Benchmarkings

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der potenziellen Leistungserbringer basiert, wie bereits erwähnt, auf einem methodisch-statistischen **Vergleich** der mittleren schweregradbereinigten Fallkosten (Basiswert) der Spitäler, die sich um einen Leistungsauftrag bewerben. Die IVHSM-Organen streben dabei ein Benchmarking auf zwei unterschiedlichen Ebenen an:

- **Ebene des Gesamtsitals:** Als Grundlage für das Benchmarking auf der Ebene des Gesamtsitals dienen die schweregradbereinigten Basisfallwerte, die anhand der Kosten für alle erbrachten Leistungen des jeweiligen Spitals berechnet wurden. Es liegt also ein Gesamtkostenvergleich vor, der auch im Rahmen der allgemeinen Spitalplanung durchgeführt wird. Im Folgenden wird für das Benchmarking auf der Ebene des Gesamtsitals, in Anlehnung an die Bezeichnung durch die IVHSM-Organen, von der ITAR_K®-Methodik gesprochen.
- **Ebene des konkreten HSM-Bereichs:** Im Rahmen des Benchmarkings auf der Ebene des konkreten HSM-Bereichs werden die Fallkosten des zu prüfenden HSM-Bereichs als Grundlage für die Berechnung der schweregradbereinigten Basiswerte verwendet. Die Kosten der HSM-Fälle können grundsätzlich über die entsprechenden Diagnosegruppen gemäss SwissDRG ermittelt werden. Mit diesem zweiten Benchmarking ist es möglich, nur die Kosten der Spitäler für ihre HSM-Leistungen – und nicht wie bei der ITAR_K®-Methodik für sämtliche Leistungen – miteinander zu vergleichen. Im Folgenden wird für das Benchmarking auf der Ebene des konkreten HSM-Bereichs von der SwissDRG-Methodik gesprochen.

⁶¹ BVGE 2018 V/3 E. 12.1.5 S. 82; BGE 145 V 170 E. 6.3 S. 181 f.; GDK (2015), S. 12; EUGSTER (2016), Rz. 811; HAUSER (2015), Rz. 40; RÜTSCHÉ/PICECCHI (2019), N 47; PICECCHI (2022), Rz. 300

⁶² Urteile des BVGer C-2585/2019 vom 7. Juni 2022 E. 8.1.2; C-401/2012 vom 28. Januar 2014 E. 9.2.

⁶³ Ausführlich hierzu, siehe PICECCHI (2022), Rz. 281 ff.

Die IVHSM-Organe favorisieren klar die Vergleichsebene des HSM-Bereichs (SwissDRG-Methodik). Konkret wurde für das Benchmarking in 19 aus 20 Zuteilungen, in denen seit 2020 eine Empfehlung zur Wirtschaftlichkeit ausgesprochen wurde, die SwissDRG-Methodik angewandt (siehe Tabelle 4). Die IVHSM-Organe begründen die **Präferenz für die SwissDRG-Methodik** damit, dass sie einen Vergleich der sich bewerbenden Spitäler im Kontext des für die Zuteilung relevanten Leistungsspektrums der HSM ermöglicht. Der Einsatz der SwissDRG-Methodik setzt jedoch voraus, dass die Leistungen eines HSM-Bereichs durch die Klassifikationssysteme CHOP und ICD abgebildet werden können. Dies trifft – bezogen auf die Zuteilungen seit 2020 – für einen einzigen Bereich (Behandlung von Schwerverletzten)⁶⁴ nicht zu (siehe Tabelle 4).



Die IVHSM-Organe bevorzugen für das Benchmarking die SwissDRG-Methodik, da sie einen Vergleich der Spitäler im relevanten HSM-Leistungsspektrum ermöglicht.

Tabelle 4 Häufigkeitsanalyse zu den Zuteilungen seit 2020

	Anzahl an HSM-Leistungsbereichen mit einer Zuteilung seit 2020		
	mit Empfehlung	mit Relativierung	total
ITAR_K [®] -Methodik (Gesamtspital)	1	–	–
SwissDRG-Methodik (HSM-Bereich)	19	–	–
total	20	25	45

Es ist anzumerken, dass sich die Hinweise «mit Empfehlung» bzw. «mit Relativierung» auf die Äusserungen der Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» beziehen. Die Daten dieser Analyse stammen aus den Zuteilungsberichten seit 2020.

Zur **Bestimmung des Benchmarks** (Referenzwerts) werden jeweils zwei Charakteristika der Verteilung der schweregradbereinigten Fallkosten herangezogen. Es sind dies der Median (50. Perzentil) und das fallzahlgewichtete arithmetische Mittel. Das fallzahlgewichtete Mittel wird allerdings nur bei der SwissDRG-Methodik verwendet. Im Anschluss an die Bestimmung des Referenzwerts wird die Wirtschaftlichkeit für jedes der sich bewerbenden Spitäler gestützt auf den gewählten Benchmark bewertet. Der Grad der Wirtschaftlichkeit wird jeweils in Form von Symbolen (+ +, +, 0, –, –) dargelegt. Die entsprechende Beurteilung der Wirtschaftlichkeit orientiert sich an der folgenden Gewichtung des Basiswerts der Spitäler:⁶⁵

⁶⁴ HSM-Beschlussorgan (2024a), S. 11 f.

⁶⁵ Vgl. beispielsweise HSM-Beschlussorgan (2024b), Anhang A3: Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Wirtschaftlich (+ +):	Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % tiefer ist als der Benchmark.
Eher wirtschaftlich (+):	Das Spital hat einen Basiswert, der im Band [1.01 %, 10%] unterhalb des Benchmarks liegt.
Neutral (0):	Das Spital hat einen Basiswert, der im Band von ± 1 % um den Benchmark liegt.
Eher unwirtschaftlich (-):	Das Spital hat einen Basiswert, der im Band [1.01 %, 10%] oberhalb des Benchmarks liegt.
Unwirtschaftlich (- -):	Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % höher ist als der Benchmark.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings wird im Vorfeld jeder Zuteilungsentscheidung durchgeführt. Allerdings sind beide Methoden des Benchmarkings (ITAR_K®- und SwissDRG-Methodik) hinsichtlich ihrer Aussagekraft gewissen **Einschränkungen** unterworfen. Massgebend für die eingeschränkte Aussagekraft eines Benchmarkings ist erstens die Anzahl der bewerbenden Spitäler. Konkret wird die Prüfung der Wirtschaftlichkeit relativiert,



Aufgrund einer geringen Anzahl an bewerbenden Spitälern oder an behandelten Fällen pro Jahr kann die Aussagekraft der Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings eingeschränkt sein.

wenn die Anzahl an Bewerbungen tiefer als fünf ist.⁶⁶

Falls die Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings durch die HSM-Expertengruppe relativiert wird, dann ist sie jeweils – im Vergleich zu den anderen Kriterien –⁶⁷ für die Zuteilung von untergeordneter Bedeutung. In einem solchen Fall gibt die HSM-Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» eine Empfehlung ab, wie sie beispielsweise bei der Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge für allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen erfolgte:⁶⁸

«Ein Vergleich bei einer derart geringen Zahl Bewerbender [in diesem Fall waren es drei Spitäler] ist jedoch wenig aussagekräftig. Die Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind deshalb zu relativieren.»

Für Anwendbarkeit der Methodik nach SwissDRG kommt eine **zusätzliche Einschränkung** zum Tragen, die auf der Anzahl der behandelten Fälle pro Jahr basiert. Liegen für ein Spital weniger als ein Dutzend Fälle vor, so wird die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relativiert bzw. ausgesetzt, da sie als nicht aussagekräftig erachtet wird.⁶⁹ Als Beispiel sei hier die angedachte Zuteilung der Leistungsaufträge betreffend Teilbereich der Trophoblasttumore (komplexe gynäkologische Tumore) genannt. Keines der zehn bewerbenden Spitäler wies mehr als zwölf

⁶⁶ Vgl. beispielsweise HSM-Beschlussorgan (2024b), Anhang A3: Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung.

⁶⁷ Zu den anderen Kriterien vgl. beispielsweise die Empfehlung des HSM-Fachorgans für die Zuteilung der Leistungsaufträge betreffend komplexe gynäkologische Tumore, wonach «sich die Vergabe der Leistungszuteilungen im vorliegenden Teilbereich primär auf die fachlichen und infrastrukturellen Bedingungen, die Fallzahlen als Qualitätsmerkmal, die Lehre, Weiterbildung und Forschung sowie auf die Abdeckung des Bedarfs stützen soll.» Siehe HSM-Fachorgan (2022), S. 26.

⁶⁸ HSM-Beschlussorgan (2024b), S. 13.

⁶⁹ Vgl. beispielsweise HSM-Beschlussorgan (2024b), Anhang A3: Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Fälle auf. Dies veranlasste die Expertengruppe dazu, keine Empfehlung abzugeben und sich wie folgt zu äussern:⁷⁰

«Aus diesen Gründen [d.h. geringe Fallzahlen] gibt die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» keine Empfehlung für die Verwendung einer der angewendeten Methoden ab. Die Expertengruppe hält weiter fest, dass wegen der geringen Aussagekraft das Resultat der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Leistungszuteilungsprozess nur eine untergeordnete Rolle spielen sollte.»

Es gibt auch einige Leistungsgruppen, in denen nur ein Teil der bewerbenden Spitäler die **Fallzahlenforderung** für eine statistisch aussagekräftige Wirtschaftlichkeitsprüfung erfüllt.⁷¹ Auch für diese Leistungsgruppen empfiehlt die zuständige Expertengruppe die Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings zu relativieren oder auszusetzen.⁷² Insgesamt ergibt sich folgendes Bild: In 25 von 45 Leistungsgruppen, in denen seit 2020 Leistungsaufträge erteilt wurden, wurde die Empfehlung der Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» relativiert bzw. ausgesetzt (siehe Tabelle 4).

b) Eignung der Datengrundlagen

Wie dargelegt, werden die benchmarkingrelevanten Betriebskosten pro Spital(standort) gestützt auf ITAR_K[®] national einheitlich hergeleitet.⁷³ Die Methodik wird dabei in der Rechtsprechung aufgrund der Bedeutung und Verbreitung nicht mehr grundsätzlich infrage gestellt.⁷⁴ Als Folge ist die **Datenbasis für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen** mittels Benchmarkings praktisch alternativlos, was aber nicht bedeutet, dass einzelne Inhalte oder Berechnungen der Herleitung der Betriebskosten der Spitäler nicht auf ihre Rechtskonformität überprüft und falls nötig angepasst werden können.⁷⁵

Im Kontext der HSM-Planung ist besonders bedeutend, dass die schweregradbereinigten Fallkosten bei gewissen Leistungen systembedingt **Abbildungsungenauigkeiten** aufweisen. So weist das BAG darauf hin, dass Spitäler mit einem hohen Anteil nicht korrekt abgebildeter Leistungen schweregradbereinigte Fallkosten aufweisen können, die nicht zwingend auf ihre Effizienz schliessen lassen.⁷⁶ Auch die wissenschaftliche Literatur zu SwissDRG hält fest, dass strukturelle Faktoren (z.B. regionale oder Unterschiede zwischen den Spitaltypen), die nicht

⁷⁰ HSM-Fachorgan (2022), S. 52. Am meisten Fälle hatten Les Hôpitaux universitaires de Genève zu verzeichnen (10 Fälle), gefolgt vom Universitätsspital Zürich (6 Fälle). Die übrigen acht Spitäler hatten jeweils einen oder keinen Fall pro Jahr. Siehe HSM-Fachorgan (2022), S. 82.

⁷¹ Vgl. beispielsweise die Empfehlung des HSM-Fachorgans für den Leistungsauftrag betreffend Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome, wonach «für einige Spitäler eine Analyse der Wirtschaftlichkeit nicht möglich war (keine vorliegenden Daten oder im Analysejahr keine Fälle behandelt) oder die Fallzahlen sehr tief waren [und] eine gesicherte Aussage nicht für alle Spitäler möglich» ist. Siehe HSM-Fachorgan (2022), S. 26.

⁷² HSM-Fachorgan (2022), S. 26.

⁷³ Unterkapitel 4.1.

⁷⁴ BVGE 2014/3 E. 3.4.3 S. 64; 2014/36 E. 13.2.5 S. 613.

⁷⁵ Das Bundesverwaltungsgericht befasst sich regelmässig mit dem Vorgehen zur Ermittlung der benchmarkingrelevanten Betriebskosten, siehe z.B. BVGE 2015/39 E. 11.8 S. 574 f.; Urteil des BVGer C-1361/2019 vom 9. März 2022 E. 9.4 f.

⁷⁶ BAG (2024), Unterkapitel «Vergleich der schwergradbereinigten Fallkosten».

(genügend) in der Schweregradbereinigung abgebildet sind, den Kostenvergleich zwischen Spitälern beeinträchtigen können.⁷⁷

Die **IVHSM-Organen** weisen in den Evaluationsberichten auf mögliche Abbildungsungenauigkeiten hin, wie aus der folgenden Beurteilung ersichtlich wird:⁷⁸

«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. Örtlich unterschiedliche Lohnkosten beispielsweise werden mangels breit akzeptierter Methodik nicht neutralisiert.»

Die Einschätzung der IVHSM-Organen deckt sich mit derjenigen von HAVRANEK et al.,⁷⁹ dass gegenwärtig ein mehrheitsfähiges Verfahren zum Vergleich der Spitäler nach schweregradbereinigten Fallkosten fehlt, das regionale und organisationsbedingte Kostenunterschiede adäquat berücksichtigt. Dieser Mangel wurde von HAVRANEK et al. zum Anlass genommen, ein Verfahren zu entwickeln, das eine analytische Unterscheidung zwischen begründeten Kostenunterschieden, Kostenunterschieden aufgrund von Ineffizienzen und unerklärlichen Kostenunterschieden zwischen Spitälern ermöglichen soll.⁸⁰ Der Ansatz von HAVRANEK et al., weitere **Strukturvariablen der Spitäler** einzubeziehen, stellt die Homogenitätsvermutung der DRG-basierten Abrechnung, also eine zentrale Prämisse, infrage. Dies hätte weitreichende Konsequenzen für die Spitalfinanzierung und damit auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ob dieses Verfahren mehrheitsfähig ist, wird sich zeigen.



Der Vergleich der schweregradbereinigten Fallkosten von Spitälern kann regionale und organisationsbedingte Kostenunterschiede – z.B. andere Lohnkosten oder dem Spitaltyp geschuldete Aufwände – nur beschränkt berücksichtigen.

c) Spannungsfeld zwischen Präzision bzw. Aussagekraft und Anwendbarkeit

Voraussetzung für die Anwendbarkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der SwissDRG-Methodik ist eine **Fallzahl, n, von mehr als 12 behandelten Fällen** pro Spital und Jahr. Liegen für ein Spital $n < 12$ Fälle vor, so wird – wie bereits oben ausgeführt – die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relativiert bzw. ausgesetzt, da sie als nicht aussagekräftig erachtet wird (siehe Abbildung 5).

Die Parametrisierung der Methodik nach SwissDRG bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen den **Antagonisten der Präzision/Aussagekraft und der Anwendbarkeit**. Würde z.B. eine höhere Fallzahl wie etwa $n > 20$ vorausgesetzt, so könnte einerseits der spitalindividuelle Basiswert (ceteris paribus) zwar präziser⁸¹ geschätzt werden und besässe damit eine grössere Aussagekraft. Andererseits könnte die Methodik nach SwissDRG unter der Voraussetzung,

⁷⁷ Vgl. HAVRANEK et al. (2022), S. 12 ff.; siehe auch HAVRANEK et al. (2023), S. 1734.

⁷⁸ HSM-Beschlussorgan (2024b), S. 12.

⁷⁹ HAVRANEK et al. (2022), S. 1, 15 f.

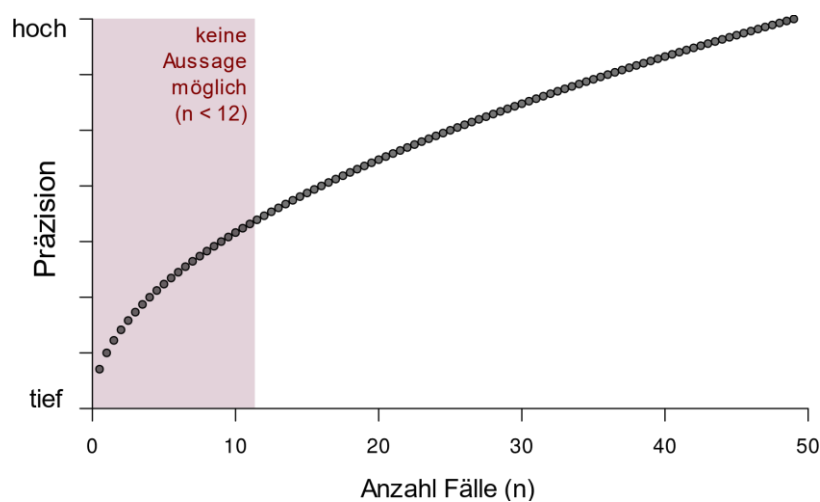
⁸⁰ HAVRANEK et al. (2023), S. 1734 ff.

⁸¹ Die Präzision (engl. precision) eines Schätzers ist umgekehrt proportional zu seinem Standardfehler (= ein Mass der Variabilität). Vgl. Encyclopedia of Statistical Sciences (2006), Accuracy.

dass $n > 20$ Fälle pro Spital und Jahr wäre, auf noch weniger Spitäler oder gar in noch weniger HSM-Leistungsbereichen angewandt werden, als dies bereits heute der Fall ist (d.h. in mehr als der 25 von 45 Bereichen mit einer Relativierung betreffend Aussagekraft seit 2020).

Dem dargelegten Spannungsfeld kann man sich nicht entziehen. Für die HSM ist es geradezu **charakteristisch**, dass die Fallzahlen pro Spital und pro Leistungsbereich sehr klein sind. Die Festlegung der Fallzahl bei $n = 12$ ist tauglich, wenn auch an der unteren Grenze, um eine aussagekräftige und präzise Wirtschaftsprüfung durchzuführen. Folglich sollte diese Fallzahl nicht reduziert werden.

Abbildung 5 Skizzierter Zusammenhang zwischen Präzision und Anzahl der Fälle pro Spital



4.3 Sicht der Akteure

Nachfolgend werden die **Sichtweisen der befragten Akteurinnen und Akteure** zur Zweckmässigkeit des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit dargestellt. Das Unterkapitel ist nach dem Interviewleitfaden strukturiert (vgl. Interviewleitfaden in Anhang B).

a) Gesamtbild

Alle Akteure sind der Ansicht, dass die IVHSM-Organen das Kriterium «Wirtschaftlichkeit» heute bei der HSM-Planung nicht oder nur marginal berücksichtigen würden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrheit der Akteure den Begriff der Wirtschaftlichkeit als **Rentabilität** versteht, d.h., ein Spital erfüllt das Kriterium dann, wenn es schwarze Zahlen schreibt und zumindest keine Verluste macht.

Die Mehrheit der Akteure kommen zum Schluss, dass es unsinnig sei, die Erfüllung eines Kriteriums zu verlangen, das im Planungsverfahren nicht, oder kaum beachtet werde. Allerdings wird die wahrgenommene **Untergewichtung des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit** von knapp der Hälfte der Akteure begrüsst, weil die Wirtschaftlichkeit ohnehin im Rahmen der

allgemeinen Spitalplanung berücksichtigt werde, eine doppelte Prüfung daher unnötig sei und die Qualität der HSM-Leistungen stärker im Fokus stehen sollte. Die andere Hälfte der Akteure beurteilt die Untergewichtung der Wirtschaftlichkeit hingegen negativ oder bezeichnet sie gar als Hauptproblem der HSM. Diese Akteure fordern, dass die Methoden und Datengrundlagen so angepasst werden müssten, dass für die HSM aussagekräftige Ergebnisse erzielt werden könnten.

b) Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Alle Akteure kommen zum Schluss, dass sich die Wirtschaftlichkeit der HSM-Spitäler aufgrund der unterschiedlichen Kostendaten und der zur Verfügung stehenden standardisierten Methoden (ITAR_K®- und SwissDRG-Methodik) **nicht seriös berechnen bzw. nicht vergleichen** lasse. Keiner der Akteure konnte sich konkret zu den methodischen Mängeln äussern und entsprechend auch keine konkreten Verbesserungsvorschläge machen. Die Akteure würden es aber zumindest begrüssen, wenn zusammen mit der Forschung eine für die Schweiz adäquate Methode zur Berechnung der Wirtschaftlichkeit entwickeln würde, und empfehlen den Blick ins Ausland als Inspirationsquelle. Zudem sollten alle Spitäler gezwungen werden, die gleichen betriebswirtschaftlichen Daten des Vorjahrs zu liefern, damit die Datenbasis vergleichbar und aktuell sei. Schliesslich sollte den Aspekten der Qualität mehr Beachtung geschenkt werden, wobei die Akteure anerkennen, dass dies ein übergeordnetes – und nicht HSM-spezifisches – Problem des Gesundheitswesens sei.

Keiner der Akteure hat sich positiv zur Anwendung des Kriteriums «Wirtschaftlichkeit» geäussert. Bezüglich der folgenden **Schwächen des Kriteriums** waren sich die Akteure aber ziemlich einig:

- Die Wirtschaftlichkeit habe bei der Zuteilung von Leistungsaufträgen faktisch keine Bedeutung.
- Die Qualität der Leistungen sei unzureichend berücksichtigt.
- Die Datenbasis sei uneinheitlich und veraltet.
- Die Baserate der Spitäler habe im Vergleich zur Qualität ein zu grosses Gewicht.
- Die Unterschiede zwischen den Spitälern (Unispitäler – Kantonsspitäler – Privatspitäler) seien für einen adäquaten Vergleich zu gross.

c) Zweckmässigkeit von Mindestfallzahlen

Nahezu alle Akteure finden Mindestfallzahlen **grundsätzlich ein sinnvolles Instrument** der HSM-Planung, weil die Zahlen sowohl einen positiven Einfluss auf die Qualität als auch auf die Wirtschaftlichkeit hätten. Die Mindestfallzahlen seien heute jedoch oft zu tief, weshalb zu viele Leistungsaufträge erteilt würden. Wichtig sei nach Ansicht der befragten Akteure, dass die Mindestfallzahlen pro Fachbereich evidenzbasiert festgelegt und deren Höhe regelmässig reevaluiert werde. Zudem fordern einzelne Akteure, dass die Mindestfallzahlen bereits bei der Zuordnung bekannt gegeben werden, um kontroverse Diskussionen bei der Zuteilung zu reduzieren.

Die Akteure sehen den grössten Nachteil der Mindestfallzahlen als Regulierungsinstrument der Wirtschaftlichkeit darin, dass die Spitäler, die noch **nie oder aktuell keinen HSM-Leistungsauftrag** haben, massiv benachteiligt würden, da sie die geforderten Mindestfallzahlen gar nicht erreichen könnten (sog. Wieder- oder Neuzuteilung von Leistungsaufträgen).⁸² Das Problem der Wieder- oder Neuzuteilung von Leistungsaufträgen behindere die Mobilität der Fachkräfte, schwäche die Innovation durch mangelnde Konkurrenz, führe zu Monopolen und damit zu einem verzerrten Wettbewerb. Eine mögliche Abschwächung dieses Problems könnte gemäss den befragten Akteuren durch eine stärkere Mischung der Bezugsgrössen für die Mindestfallzahlen (pro Spital, Operateur/in und Behandlungsteam) erreicht werden.

4.4 Beurteilung des Projektteams

a) Verständnis und Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit

Die Akteursbefragungen haben gezeigt, dass das Verständnis des Kriteriums «Wirtschaftlichkeit» bei den befragten Akteuren nicht mit demjenigen des KVG übereinstimmt, da die meisten Akteure Wirtschaftlichkeit mit Rentabilität gleichsetzen.⁸³ Gemäss Krankenversicherungsrecht ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit dann erfüllt, wenn bei der Leistungserbringung ein **optimales oder zumindest angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis** erzielt wird. Die Kosten einer Leistung dürfen auch sehr hoch sein, wenn deren Nutzen gross ist. Entscheidend ist, dass kein grobes Missverhältnis zwischen den Kosten und Nutzen einer Leistung besteht. Es ist aber, wenn möglich, immer ein möglichst gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis zu verwirklichen (Effizienzgebot).⁸⁴ Insgesamt ist der rechtliche Begriff der Wirtschaftlichkeit nicht deckungsgleich mit dem umgangssprachlichen oder ökonomischen Verständnis.

Die Frage, ob die Abgeltungen für OKP-Leistungen **kostendeckend** sind, ist eine tarifrechtliche Fragestellung. Als Grundlage für wirtschaftliche Tarife dienen die tatsächlichen Kosten der Leistungen. Dabei orientieren sich die Tarife an den effizienten Leistungserbringern (vgl. Art. 43 Abs. 4 und 4^{bis} KVG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 VKL). Ein Defizit im Betriebsergebnis eines Spitals kann verschiedene Ursachen haben: Unter anderem besteht die Möglichkeit, dass ein Spital seine Leistungen tatsächlich unwirtschaftlich erbringt, weshalb die Tarife nicht ausreichen, um die Kosten zu decken. Des Weiteren ist es möglich, dass die Tarife so niedrig angesetzt wurden, dass eine kostendeckende Leistungserbringung nicht mehr möglich ist. Denkbar ist zudem, dass ein Spital viele besonders aufwändige Patientinnen und Patienten behandelt, wodurch die effektiven Kosten im Einzelfall höher sind als die im stationären Bereich nach Art. 49 KVG vorgesehenen Fallpauschalen. Auch dies führt zu Defiziten. Schliesslich können die unzureichende tarifliche Berücksichtigung regionaler Strukturen oder die mangelnde Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen zu Defiziten eines Spitals führen. Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass die Rentabilität eines Spitals nicht mit dessen Wirtschaftlichkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne verwechselt werden darf. Um

⁸² Siehe Unterkapitel 4.3c).

⁸³ Unterkapitel 4.3a).

⁸⁴ Siehe ausführlich hierzu Unterkapitel 4.1.

sicherzustellen, dass sich alle Akteure dieses Unterschieds bewusst sind, sollten die IVHSM-Organe bzw. die GDK das Bewusstsein für das krankensicherungsrechtliche Verständnis des Kriteriums «Wirtschaftlichkeit» stärken.

Für die Beurteilung der Zweckmässigkeit der Umsetzung sowie der ausreichenden Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei der Zuteilung von Leistungsaufträgen ist es hilfreich, zwischen der erstmaligen Zuteilung (Evaluation) und der Überprüfung der erteilten HSM-Leistungsaufträge (Reevaluationen) zu unterscheiden. Die **erstmalige Zuteilung eines HSM-Leistungsauftrages (Evaluation)** erfolgt nach der Zuordnung eines Leistungsbereichs bzw. einer Leistungsgruppe zur HSM. Üblicherweise geht mit der erstmaligen Zuteilung der Leistungsaufträge eine Angebotskonzentration einher. Die mit der Evaluation einhergehende Angebotskonzentration lässt sich beispielsweise an der retroperitonealen Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie als Leistungsgruppe des HSM-Leistungsbereichs der komplexen Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen illustrieren. Vor der erstmaligen Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge hatten 25 Spitäler entsprechende Leistungen erbracht, wobei rund drei Viertel aller Leistungen durch Spitäler erbracht wurden, die jährlich weniger als fünf Fälle pro Jahr behandelten.⁸⁵ Nach der Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge werden die Leistungen nur noch an vier Spitälern durchgeführt.⁸⁶ Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Leistungsgruppe der Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome im HSM-Leistungsbereich der komplexen gynäkologischen Tumore. Zurzeit erbringen über 100 Spitäler Leistungen in diesem Bereich.⁸⁷ Gemäss dem aktuellen Entwurf der Zuteilung der HSM-Leistungsaufträge würden 16 Spitäler einen Leistungsauftrag erhalten, davon fünf Spitäler unter Auflagen. Weitere 16 Spitäler, die sich ebenfalls beworben hatten, würden keinen Leistungsauftrag erhalten.⁸⁸ Die Erstzuteilungen in der HSM bewirken folglich eine – im Vergleich zur Ausgangssituation – deutliche Konzentration der Leistungserbringung auf wenige Spitäler (von 25 auf nur vier Spitäler bzw. von über 100 auf nur 16 Spitäler).

Durch die stärkere Leistungskonzentration kann davon ausgegangen werden (Prämisse der allgemeinen Spitalplanung und insbesondere der HSM-Planung; vgl. auch Art. 58d Abs. 4 KVV),⁸⁹ dass die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung insgesamt gestärkt wird. Dies gilt selbst dann, wenn einzelne Spitäler, bei denen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (derzeit) fraglich ist, einen Leistungsauftrag erhalten, um die bedarfsgerechte Versorgung nicht zu gefährden. Neben der Stärkung der Wirtschaftlichkeit durch die **Angebotskonzentration** wird das Kriterium «Wirtschaftlichkeit» bei der Zuteilung der Leistungsaufträge an die einzelnen Spitäler mittels des beschriebenen Benchmarkings zusätzlich überprüft. Dies wird in den öffentlichen Unterlagen der IVHSM-Organe jeweils dargelegt und ist auch in internen Dokumenten so ersichtlich. Bei der Erstzuteilung von Leistungsaufträgen ist das Kriterium der Wirtschaftlichkeit somit zentral.

⁸⁵ HSM-Beschlussorgan (2023), S. 11.

⁸⁶ HSM-Beschlussorgan (2023), S. 20.

⁸⁷ HSM-Fachorgan (2022), S. 26 f.

⁸⁸ HSM-Beschlussorgan (2022), S. 26 f.

⁸⁹ Vgl. hierzu statt vieler Urteil des BVGer C-2887/2019 vom 26. Januar 2021 E. 6.6.2.

Bei der **Überprüfung der erteilten Leistungsaufträge (Reevaluation)** können sich alle Spitäler für einen Leistungsauftrag bewerben, für die bereits in der Vorperiode eine Zuordnung und Zuteilung stattfand. In diesen Fällen ist das Potenzial die Leistungserbringung auf eine (noch) kleinere Anzahl von Spitälern zu konzentrieren jedoch (aus theoretischen Überlegungen und durch die Empirie der Zuteilungen belegt) deutlich geringer, als dies bei der Erstzuteilung der Fall ist. Um die wirtschaftliche Leistungserbringung innerhalb eines HSM-Bereichs zu stärken, muss daher der Fokus verlagert werden: Während bei der Erstzuteilung die Reduzierung der Anzahl der Leistungserbringer in Kombination mit dem Benchmarking ausschlaggebend war, ist es bei der Reevaluation wichtiger, den Wettbewerbsdruck auf die bestehenden Leistungserbringer aufrechtzuerhalten oder sogar zu erhöhen. Dieser Wettbewerbsdruck kann erstens durch das durchgeführte Benchmarking erreicht werden. Der Wettbewerbsdruck lässt sich weiter steigern, indem neuen Leistungserbringern ohne HSM-Leistungsauftrag die Zuteilung eines solchen Leistungsauftrages offensteht. Dies stellt auch ein wirksames Instrument gegen eine mögliche Oligopolisierung dar. In diesem Zusammenhang ist entscheidend, wie mit der Auflage von Mindestfallzahlen bei Leistungserbringern umgegangen wird, die bisher keinen HSM-Leistungsauftrag innehatten.⁹⁰

b) Methoden zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit der Spitäler wird in der HSM – wie in der allgemeinen Spitalplanung – durch Kostenvergleiche zwischen den potenziellen Leistungserbringern überprüft. Ergänzend zur **Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings** kommen eine Leistungskonzentration und die Vorgabe von Mindestfallzahlen hinzu, welche die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern, indem sie zu einer höheren Qualität und einer besseren Auslastung der personellen sowie infrastrukturellen Ressourcen führen.⁹¹ Das Projektteam teilt die Einschätzung einiger Akteure nicht, dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund der unzureichenden Datenlage und in Ermangelung einer standardisierten Methodik nicht seriös bzw. sachgerecht durchgeführt werden kann. Vielmehr ist es so, dass die IVHSM-Organen jeweils das – auch in der allgemeinen Spitalplanung – etablierte Benchmarking anwenden und dieses nach zwei verschiedenen Methoden durchführen.⁹² Der Hinweis der Akteure, dass der Datenbestand zum Zeitpunkt der Zuteilung bereits veraltet ist, trifft zu. Es wäre jedoch aus Sicht des Projektteams nicht sinnvoll, Einbußen bei der Datenqualität in Kauf zu nehmen, um den Prozess zu beschleunigen, indem auf die Aufbereitung und Plausibilisierung der Daten verzichtet wird. Da die Datenerhebung und -konsolidierung jeweils jahresbezogen erfolgt, geht damit ein gewisser Zeitaufwand einher. Mit anderen Worten sind die Daten für das Jahr 2024 erst im Verlauf des 2025 erhältlich, was sich nicht ändern lässt.

Die Akteure würden es begrüßen, wenn sich die Forschung intensiver mit der **Weiterentwicklung der Methodik zur Wirtschaftlichkeitsprüfung** befassen würde. Dieses Anliegen unterstützt das Projektteam. Allerdings müssen die Erwartungen an das, was die Forschung diesbezüglich leisten kann, gedämpft werden. Gegen allzu hohe Erwartungen sprechen vor allem

⁹⁰ Siehe Unterkapitel 4.4c).

⁹¹ Unterkapitel 4.1.

⁹² Dazu ausführlich Unterkapitel 4.1 und 4.2.

die notorisch kleinen – aber für die HSM charakteristische – Anzahl an Fällen. Die Schätzung auf der Basis kleiner Stichproben führt zu einer relativ grossen Schätzunsicherheit. Das lässt sich im Rahmen der HSM nicht verhindern. Des Weiteren weisen die schweregradbereinigten Fallkosten bei gewissen Leistungen systembedingt Abbildungsungenauigkeiten auf. Selbst das BAG weist darauf hin, dass ein hoher Anteil nicht korrekt abgebildeter Kosten bzw. Leistungen zu schweregradbereinigten Fallkosten führen kann, die nicht zwingend eine mangelnde Wirtschaftlichkeit der Spitäler als Ursache haben.⁹³ Ein in der Wissenschaft jüngst vorgestellter Ansatz versucht, weitere Strukturvariablen der Spitäler in den Kostenvergleich einzubeziehen.⁹⁴ Dieser Ansatz stellt jedoch in seiner aktuellen Form eine Abkehr der heutigen DRG-basierten Abrechnung dar und hätte weitreichende Konsequenzen für die Spitalfinanzierung und damit auch auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ob dieses Verfahren mehrheitsfähig ist, wird sich weisen.

Ganz allgemein ist abschliessend darauf hinzuweisen, dass bei der heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings **ein reiner Kostenvergleich** vorgenommen wird. Somit wird das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäss Krankenversicherungsrecht, das auf ein optimales oder zumindest angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis abzielt, zu wenig verwirklicht. Konkret werden im Rahmen des Benchmarkings keine Nutzenüberlegungen angestellt, sondern nur Kosten miteinander verglichen. Dieser reine Kostenvergleich unterliegt der Prämisse, dass vergleichbare Spitäler medizinische Leistungen mit vergleichbarem Nutzen erbringen.⁹⁵ Dieses Defizit der Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings ist allerdings kein Charakteristikum der HSM-Planung, sondern ein Problem, das auch in der allgemeinen Spitalplanung auftritt, da dort dieselbe Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung angewandt wird. Die IVHSM-Organen können den vernachlässigten Nutzenaspekten beim Benchmarking immerhin insofern Rechnung tragen, als dass sie bei der Zuteilung der Leistungsaufträge die Qualität der Leistungserbringung ausreichend gewichten. Hierzu ist es notwendig, belastbare Daten zur Qualität der stationären Leistungen zu erfassen, diese bei Bewerbungen um Leistungsaufträge zu verlangen und sie schliesslich bei der Auswahl der Spitäler zu beachten. Entsprechende Bemühungen diesbezüglich sind aufgeleistet und mit Nachdruck zu verfolgen.⁹⁶

c) Alternative Festlegung des Benchmarks

Für die Methode gemäss SwissDRG bevorzugen die IVHSM-Organen, den **Benchmark mittels fallzahlgewichteter Mittelwerte** festzulegen.⁹⁷ Das fallzahlgewichtete Mittel hat jedoch den Nachteil, dass es nicht robust ist und durch einzelne Ausreisser (oder andere statistische Artefakte) beeinträchtigt werden kann.⁹⁸ Dies lässt sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung im

⁹³ BAG (2024), Unterkapitel «Vergleich der schwergradbereinigten Fallkosten»; siehe auch Unterkapitel 4.2b).

⁹⁴ Unterkapitel 4.2b).

⁹⁵ Unterkapitel 4.1.

⁹⁶ Vgl. Bundesrat (2022), S. 20 f.

⁹⁷ Siehe Unterkapitel 4.2a).

⁹⁸ In der Statistik sind drei Aspekte für die Robustheit eines Schätzverfahrens von Bedeutung: (1) angemessene Effizienz unter dem angenommenen Modell, (2) Stabilität bei kleinen Abweichungen von den Annahmen («it should be robust in the sense that small deviations from the model assumptions should impair the performance only slightly») und (3) ein möglichst hoher Bruchpunkt («somewhat larger deviations from the model should not cause a catastrophe»). Vgl. HUBER/RONCHETTI (2009), S. 5.

Rahmen der Reevaluation zu den Cochlea-Implantaten erkennen, weil der Median (CHF 9'646) und das fallzahlgewichtete Mittel (CHF 12'701) deutlich voneinander abweichen.⁹⁹ Es ist naheliegend, dass die Festlegung des Benchmarks durch einen Ausreisser dominiert wird, wofür auch die Beurteilung der IVHSM-Organen spricht:¹⁰⁰

«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.»

Das Projektteam empfiehlt, den fallzahlgewichteten Median zur Festlegung des Benchmarks zu verwenden und nicht – wie bis anhin – das fallzahlgewichtete Mittel. Der **fallzahlgewichtete Median** ist robust gegen einzelne Ausreisser und ist auch in der Rechtsprechung anerkannt.¹⁰¹

d) Alternative Bewertung des Grads der Wirtschaftlichkeit

Die **Wirtschaftlichkeit eines Spitals** wird im Rahmen der aktuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung in fünf Graden bewertet (siehe Symbole: + +, +, 0, –, – –).¹⁰² Für die Zuteilung eines Leistungsauftrages, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot gerecht wird, ist es ausreichend, wirtschaftliche von (potenziell) unwirtschaftlichen Spitälern zu unterscheiden und Leistungsaufträge den wirtschaftlichen Spitälern zu erteilen. Übersteigt der medizinische Versorgungsbedarf das Angebot der wirtschaftlichen Spitäler, kann es im Einzelfall notwendig sein, dass auch potenziell unwirtschaftliche Spitäler einen Leistungsauftrag erhalten, jedoch nur bis zur Deckung des benötigten Bedarfs. Bezogen auf den Benchmark können die folgenden Gruppen gebildet werden:

- wirtschaftliche Spitäler mit Basiswert \leq Benchmark; und
- (potenziell) unwirtschaftliche Spitäler mit Basiswert $>$ Benchmark.

Für das eigentliche Benchmarking werden nun die Spitäler innerhalb jeder Leistungsgruppe jeweils in aufsteigender Reihenfolge (nach Basiswert) **in einer Rangliste sortiert**.¹⁰³ In der Gruppe der wirtschaftlichen Spitäler werden die Ränge mit den Etiketten W_1, W_2, \dots gekennzeichnet (d.h. kostengünstigstes Spital, zweit kostengünstigstes Spital, ...). Die gleiche Vorgehensweise wird für die Gruppe der (potenziell) unwirtschaftlichen Spitäler angewandt, nur dass die Etiketten in dieser Gruppe U_1, U_2, \dots heissen. Daraus ergibt sich die in Tabelle 5 dargestellte schematische Ausgangslage, auf der die Zuteilung der Leistungsaufträge abstellen kann:

Tabelle 5 Gruppenbildung

Benchmark							
W_1	W_2	...	W_n	U_1	U_2	...	U_m

⁹⁹ HSM-Beschlussorgan (2021), S. 11.

¹⁰⁰ HSM-Beschlussorgan (2021), S. 12.

¹⁰¹ Siehe Hinweis zum fallgewichteten Benchmarking in Kapitel 4.1; detaillierter in PICECCHI (2022), Rz. 248 ff.

¹⁰² Siehe Unterkapitel 4.2a).

¹⁰³ Hierzu allgemein, vgl. auch Unterkapitel 4.1.

Bei der Zuteilung eines Leistungsauftrages orientieren sich die IVHSM-Organen nun an den **Rängen der einzelnen Spitäler**, beginnend mit dem Spital W_1 , gefolgt von W_2 , usw., bis der Bedarf an Leistungen gedeckt ist. Die IVHSM-Organen haben bei der Zuteilung der Spitäler aus der W -Gruppe (W_1, W_2, \dots) Ermessensspielraum.¹⁰⁴ Sie können z.B. das Spital W_6 dem Spital W_5 vorziehen, wenn dies aufgrund anderer Zuteilungskriterien angezeigt ist.¹⁰⁵ Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung kann es schliesslich erforderlich sein, auch Spitälern aus der U -Gruppe (U_1, U_2, \dots) einen Leistungsauftrag (unter Auflagen) zu erteilen.¹⁰⁶

Im Gegensatz zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit in fünf Graden – wie sie gegenwärtig verwendet wird – ist die **Anwendung des alternativen Vorschlags einer Rangierung** keinen weiteren Voraussetzungen unterworfen. Insbesondere ist keine Mindestanzahl an Spitälern (wie z.B. > 5 Bewerbungen) erforderlich, um die Wirtschaftlichkeit beurteilen zu können. Eine relative Betrachtung der Wirtschaftlichkeit der bewerbenden Spitäler und damit Wirtschaftlichkeitsbeurteilung ist selbst bei nur zwei bewerbenden Spitälern möglich – wenn auch nur bedingt hilfreich. Der alternative Vorschlag zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit genügt weiter dem statistischen Sparsamkeitsprinzip,¹⁰⁷ sofern keine (impliziten) Annahmen über die Verteilung der einzelnen Spitäler auf der Rangliste getroffen werden. Entscheidend hierfür ist, dass nur die **Ränge der Spitäler** für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ausschlaggebend sind. Nicht berücksichtigt werden die Abstände zwischen den Basiswerten zweier aufeinanderfolgender Ränge. Im Gegensatz dazu geht die derzeit verwendete Methode davon aus, dass die Abstände fest vorgegeben sind (unabhängig von der empirischen Verteilung der Durchschnittskosten der einzelnen Spitäler) und eine Abweichung von beispielsweise mehr als 10 % vom Benchmark als «unwirtschaftlich» zu qualifizieren ist. Die alternative Bewertung verhindert somit eine arbiträre Bewertung bestimmter prozentualer Abweichungen vom gewählten Benchmark und ist damit weniger willkürlich.

e) Zweckmässigkeit von Mindestfallzahlen

Die **Vorgabe von Mindestfallzahlen** hat primär einen positiven Einfluss auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung. Durch die Fokussierung auf eine höhere Anzahl von Fällen pro Leistungsbereich wird die Expertise der beteiligten Fachkräfte gesteigert, was zu verbesserten Behandlungsergebnissen führt und Komplikationen sowie Folgebehandlungen reduziert. Neben der positiven Wirkung auf die Qualität steigern Mindestfallzahlen damit auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, da die höhere Qualität den medizinischen Nutzen verbessert und die Kosten für Nachbehandlungen senkt. Gleichzeitig kann durch eine höhere Fallzahl pro Einrichtung eine effizientere Ressourcennutzung in den Spitälern erreicht werden, was wiederum die Effizienz der Leistungserbringung steigert.¹⁰⁸ Die Vorgabe von Mindestfallzahlen ist damit auch im Zusammenhang mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der

¹⁰⁴ Zur Berücksichtigung der verschiedenen Zuteilungskriterien, siehe Unterkapitel 2.2 und 5.1.

¹⁰⁵ Die Leistungserbringung beider Spitäler, W_6 und W_5 , wurde als wirtschaftlich eingestuft.

¹⁰⁶ Bei der Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitäler aus der U -Gruppe sollte die Reihenfolge U_1, U_2, \dots nicht übergangen werden.

¹⁰⁷ Vgl. Encyclopedia of Statistical Sciences (2006), Parsimony.

¹⁰⁸ Zum Ganzen, siehe Unterkapitel 4.1 und 4.3c).

medizinischen Leistungen zu sehen und kann ein Stück weit die fehlende Beachtung der Nutzenaspekte im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings kompensieren.

Bei der Festlegung der Mindestfallzahlen ist es wichtig, dass sich Mindestfallzahlen nicht nur auf die Ebene der einzelnen Operateurin oder auf die Ebene des gesamten Spitals beziehen. Vielmehr muss die **gesamte Behandlung** in die Vorgabe der Mindestfallzahl einbezogen werden. Der Erfolg einer medizinischen Intervention hängt nicht ausschliesslich von der Erfahrung der operierenden Person ab, sondern auch von der Qualität der Zusammenarbeit des Teams und der Nachsorge. Daher kann eine kombinierte Mindestfallzahl sinnvoll sein, bei der sowohl die Leistungserbringung des Operateurs als auch die des Spitals Berücksichtigung findet. Diese Kombination der Mindestfallzahlvorgabe wirkt sich positiv auf die individuellen und institutionellen Kompetenzen aus.

Die genaue **Höhe der Mindestfallzahl** ist pro Leistungsgruppe separat festzulegen und hat sich, wenn möglich an wissenschaftlichen Daten zu orientieren. Die IVHSM-Organe haben dabei als Fachbehörden ein erhebliches Ermessen.¹⁰⁹ In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die in der Schweiz verlangten Mindestfallzahlen im Vergleich zur medizinischen Literatur und zu den Vorgaben in anderen Ländern sehr tief angesetzt sind. Eine Erhöhung der Mindestfallzahlen pro Spital, Operateurin oder Behandlungsteam kann daher je nach Leistungsbereich ein sinnvoller Schritt sein, um sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung tatsächlich zu verbessern oder weiter zu steigern.

Ein Nachteil des Erfordernisses einer Mindestfallzahl pro Spital oder pro Operateurin ist ihre Wirkung als **Markteintrittshürde** für Spitäler bzw. Ärztinnen und Ärzte ohne HSM-Leistungsauftrag. Spitäler ohne bestehenden HSM-Leistungsauftrag können kaum HSM-Leistungen erbringen, da Patientinnen und Patienten eine durch die OKP vergütete Leistungserbringung bevorzugen und medizinische Expertinnen und Experten an Spitälern mit einem entsprechenden Leistungsauftrag tätig sind. Spitälern ohne HSM-Leistungsauftrag fehlt damit die notwendige Mindestfallzahl an Eingriffen, um einen ausgeschriebenen Leistungsauftrag erhalten zu können. Mit anderen Worten erreichen Leistungserbringer ohne HSM-Leistungsauftrag die notwendigen Mindestfallzahlen für einen HSM-Leistungsbereich nicht mehr und können deswegen keinen HSM-Leistungsauftrag erhalten. In Einzelfällen könnte sich das Erfordernis der Mindestfallzahl somit als starre Markteintrittshürde auch diskriminierend auswirken, wenn ein Spital sämtliche anderen Zuteilungskriterien erfüllt.

Um diesen möglichen negativen Auswirkungen entgegenzutreten, könnten die IVHSM-Organe in begründeten Fällen das Kriterium der Mindestfallzahlen zu Gunsten einer grösseren Anzahl an potenziellen Leistungserbringern relativieren. Dies würde den Wettbewerbsdruck unter den Spitälern erhöhen, was zu einer insgesamt besseren Leistungserbringung, insbesondere Wirtschaftlichkeit, führen könnte. Für die konkrete Umsetzung kann das HSM-Beschlussorgan die Erreichung der Mindestfallzahl für Spitäler ohne bisherigen HSM-Leistungsauftrag jeweils **als Auflage formulieren**, wonach das Spital die geforderte Anzahl an Eingriffen innert eines

¹⁰⁹ Unterkapitel 4.1.

bestimmten Zeitraums – beispielsweise innert zwei oder drei Jahren – nachzuweisen hat. Andernfalls würde der Leistungsauftrag wieder entfallen.

Das HSM-Beschlussorgan darf Verfügungen für die Erteilung eines Leistungsauftrages mit **Auflagen und Bedingungen** verknüpfen, sofern sich diese im Rahmen des übergeordneten Rechts bewegen (Bestimmungen der IVHSM, Art. 39 KVG und Art. 58a ff. KVV) und die damit verfolgten Ziele verwirklichen. Sodann müssen die Auflagen und Bedingungen – wie jedes staatliche Handeln – öffentlichen Interessen entsprechen und verhältnismässig sein.¹¹⁰ Bei einer sinnvollen und korrekten Ausgestaltung der Auflage dient die Erreichung der Mindestfallzahl innert eines bestimmten Zeitraums letztlich den Zielen des Art. 39 KVG und der IVHSM. Insbesondere kann die Auflage die beschränkte Wettbewerbssituation in der HSM-Planung aufrechterhalten und sich damit potenziell positiv auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung auswirken. Des Weiteren entspricht die Auflage öffentlichen Interessen (Wettbewerb und potenziell positive Auswirkung sowie Wegfall der potenziell diskriminierenden Markteintrittshürde) und ist als mildere Massnahme anstelle einer negativen Verfügung auch verhältnismässig.

Bei einem solchen Vorgehen ist es entscheidend, dass die Auflage so ausgestaltet wird, dass die Ziele und Kriterien der IVHSM und des Bundesrechts nicht erschwert werden. Eine **auflagenweise Verfügung von Mindestfallzahlen** wäre insbesondere dann nicht angezeigt, wenn ein Spital andere Zuteilungskriterien nicht erreicht. In vielen Fällen wird daher weniger die Mindestfallzahl ausschlaggebend dafür sein, dass ein Spital keinen Leistungsauftrag erhält, sondern beispielsweise das fehlende erforderliche Personal. Es ist folglich im Einzelfall sorgfältig zu prüfen, ob das fehlende Erreichen einer Mindestfallzahl als Markteintrittshürde wirkt oder lediglich Folge anderer Defizite ist. Dabei ist auch zu beachten, dass bei einem Spital ohne HSM-Leistungen lediglich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach ITAR_K®-Methodik durchgeführt werden kann, was die Aussagekraft des Kostenvergleichs zwischen den sich bewerbenden Spitälern einschränkt.

¹¹⁰ Allgemein zur Zulässigkeit von Nebenbestimmungen, siehe statt vieler HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Rz. 926.

5 Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist

5.1 Rechtliche Grundlagen

Nach Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV haben die Kantone bei der Auswahl der Leistungserbringer und der damit verbundenen Vergabe der Leistungsaufträge «den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist» zu berücksichtigen. Art. 7 Abs. 5 IVHSM erwähnt zudem, dass die Kantone bei der HSM-Planung die «Zugänglichkeit für Notfälle» beachten müssen. Mit anderen Worten haben die IVHSM-Organe bei den Zuteilungsentscheiden der Erreichbarkeit der stationären Einrichtung Rechnung zu tragen, womit der **Zugang der Patientinnen und Patienten** in einem geografischen bzw. zeitlichen Sinne verstanden wird.

Für die Erreichbarkeit eines Spitals sind mehrere Faktoren ausschlaggebend. Konkret hängt die Beurteilung der nützlichen Frist von der medizinischen Situation, der zu erbringenden Leistung, dem verfügbaren Transportmittel und der geografischen Lage der Patientinnen und Patienten bzw. der behandelnden Einrichtung ab.¹¹¹ Für die Beurteilung der nützlichen Frist des Zugangs zu einer stationären Einrichtung ist besonders die **Dringlichkeit der erforderlichen Behandlung** entscheidend. Bei Notfällen muss die medizinische Behandlung – anders als bei



Die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist ist bei Notfalleingriffen relevant, da anders als bei elektiven Eingriffen keine grössere Distanz zum Spital zurückgelegt werden kann, ohne dass es deswegen zu medizinischen Nachteilen kommt.

elektiven Eingriffen – innert kurzer Frist erfolgen, um bedeutende gesundheitliche Beeinträchtigungen zu verhindern oder zumindest zu minimieren.¹¹² Aufgrund der verschiedenen Faktoren, die die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist beeinflussen, lässt sich dieses Kriterium nur im Einzelfall mit Blick auf die konkrete medizinische Leistung und die potenziellen Leistungserbringer

zielführend beurteilen. In jedem Fall haben die Patientinnen und Patienten keinen Anspruch auf Behandlung am Wohnort oder in ihrer Wohnregion.¹¹³ Je nach Leistung und den konkreten Umständen im Einzelfall können Reisezeiten von deutlich über einer Stunde ohne Weiteres zumutbar sein.¹¹⁴

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist nur eines von mehreren Planungs- bzw. Zuteilungskriterien ist. Rechtsprechungsgemäss herrscht zwischen den verschiedenen Planungskriterien **keine Rangordnung**.¹¹⁵ Vielmehr ist es den Planungskriterien und den damit verbundenen Zielsetzungen immanent, dass die IVHSM-Organe sie teilweise gegeneinander abwägen müssen.¹¹⁶ So ist es durchaus zulässig, dass die Verwirklichung eines Planungskriteriums wie die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist im Einzelfall bis zu einem gewissen Grad zulasten eines anderen Kriteriums – z.B. der Wirtschaftlichkeit –

¹¹¹ Zum Ganzen ausführlich, siehe PICECCHI (2025), Rz. 95.

¹¹² BGE 126 V 484 E. 4 S. 486; PICECCHI (2018), S. 758; vgl. GÄCHTER/RÜTSCHÉ, Rz. 341.

¹¹³ Urteil des BVGer C-1405/2019 vom 4. April 2022 E. 10.4; C-2887/2019 vom 26. Januar 2021 E. 7.5; vgl. EUGSTER (2016), Rz. 814.

¹¹⁴ Urteil des BVGer C-1405/2019 vom 4. April 2022 E. 10.4.

¹¹⁵ Urteil des BVGer C-7017/2015 vom 17. September 2021 E. 7.1.3.4; vgl. Urteil des BVGer C-6007/2016 vom 7. Februar 2018 E. 8.8.

¹¹⁶ PICECCHI (2025), Rz. 8, 24, 100; vgl. auch EUGSTER (2016), Rz. 814; HAUSER (2015), Rz. 179, 181.

geht. Die Abwägung der Planungskriterien bei der Beurteilung potenzieller Leistungserbringer darf jedoch nicht dazu führen, dass einzelne Kriterien vernachlässigt werden.

5.2 Sicht der Akteure

Nachfolgend werden die **Sichtweisen der befragten Akteurinnen und Akteure** zur Zweckmässigkeit des Kriteriums der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist dargestellt. Das Unterkapitel ist nach dem Interviewleitfaden strukturiert (vgl. Interviewleitfaden in Anhang B).

a) Gesamtbild

Die Akteure beurteilen das Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist weitgehend als unproblematisch. Für **elektive Eingriffe** (Mehrheit der HSM-Eingriffe) sei für die Patientinnen und Patienten jedes Spital in der Schweiz innert nützlicher Frist erreichbar. Im Prinzip wäre daher schweizweit ein Spital ausreichend. Eine Ausnahme bildet die Pädiatrie, in der aufgrund sozialer (und nicht medizinischer) Gründe mehr HSM-Spitäler wünschenswert seien, damit die Eltern während Behandlungen öfters und näher bei ihren Kindern sein können.

Bei **Notfalleingriffen** wie Hirnschlägen oder Polytraumata sei die Erreichbarkeit von grosser Relevanz. Die Akteure vertreten daher die Ansicht, dass ein Spital mit einem entsprechenden Leistungsauftrag ca. innert 30 Minuten erreichbar sein sollte. Fast alle Akteure sind der Ansicht, dass dem Kriterium genügend Rechnung getragen wird.

b) Präzisierung des Begriffs

Die befragten Akteure sind der Ansicht, dass die Einführung von Schwellenwerten (Anzahl an Minuten oder an Kilometern für die Anreise oder dergleichen) **nicht zweckmässig** wäre. Die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist wird von den Akteuren meist in Kombination mit der Versorgungssicherheit beurteilt. Einige Akteure sind der Ansicht, dass bei elektiven Eingriffen zwei bis drei Spitäler in der Schweiz ausreichen, um eine genügende Versorgung zu gewährleisten. Andere Akteure betonen, dass die Sprache aus Patientensicht ein relevanter Faktor sei und dass die HSM-Planung deshalb sprachregional erfolgen müsse. Diese Akteure gehen davon aus, dass es – abhängig vom Fachbereich – zwischen zwei bis zehn HSM-Spitäler bräuchte. Ein einziges Spital für einen HSM-Leistungsbereich ist für die meisten Akteure ein zu grosses Klumpenrisiko.

c) Erwartungshaltung der Bevölkerung

Für die überwiegende Mehrheit der Akteure spielt die Erwartungshaltung der Bevölkerung **keine oder nur eine untergeordnete Rolle**, da aufgrund der Seltenheit der HSM-Eingriffe die Qualität der Leistungen im Vordergrund stehe und diese umso besser sei, je mehr Eingriffe das Spital durchführt. Die Bevölkerung nehme deshalb auch lange Anfahrtswege in Kauf,

sofern dies medizinisch (elektive Eingriffe) möglich sei. Als Ausnahmen werden Notfalleingriffe und HSM-Leistungen im Bereich der Pädiatrie genannt.¹¹⁷

5.3 Beurteilung des Projektteams

Gestützt auf die Dokumenten- und Rechtsanalyse sowie die Akteursbefragung zeigt sich, dass die IVHSM-Organen dem Kriterium «Zugang innert nützlicher Frist» bei der Zuteilung von Leistungsaufträgen ausreichend und sachgerecht Rechnung tragen. Für die Beurteilung der ausreichenden und zweckmässigen Berücksichtigung des Kriteriums ist die **Unterscheidung zwischen elektiven Eingriffen und Notfalleingriffen** essenziell. Die Mehrheit der HSM-Behandlungen sind elektive Eingriffe und damit nicht dringlich, sondern planbar. Die mit Leistungsaufträgen ausgestatteten Einrichtungen müssen folglich aus medizinischer Sicht nicht unter Zeitdruck erreicht werden können.¹¹⁸ Ferner sind Patientinnen und Patienten bei elektiven Eingriffen auch weitere Wege zuzumuten, da – insbesondere in der HSM – die Qualität der Behandlung einen höheren Stellenwert hat als der schnelle Zugang zu einem Leistungserbringer. Im Gegensatz hierzu müssen bei Notfalleingriffen – etwa Hirnschlägen oder Polytraumata – die Leistungserbringer schnell erreicht werden können, um bedeutende gesundheitliche Schäden zu verhindern. Aus diesem Grund berücksichtigen die IVHSM-Organen für Leistungsgruppen, die typischerweise nicht elektive Behandlungen umfassen, die Distanzen zu den Leistungserbringern besonders und erteilen die Leistungsaufträge entsprechend.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des Projektteams **nicht sinnvoll, Grenzwerte einzuführen**, um das Kriterium der Erreichbarkeit durch maximale Distanzen, maximalen Zeitbedarf oder maximale Einwohner/-innen im Einzugsgebiet zu präzisieren. Für elektive Eingriffe ist die Erreichbarkeit innert angemessener Frist in der kleinen Schweiz ohnehin gegeben. Ein Schwellenwert für Notfalleingriffe ist fachlich kaum definierbar und letztlich stark abhängig von den geografischen Gegebenheiten, den verfügbaren Verkehrsmitteln und der Witterung.

¹¹⁷ Siehe Unterkapitel 5.2a).

¹¹⁸ Unterkapitel 5.1.

6 Schlussfolgerungen

6.1 Identifizierte Problemfelder und Verbesserungspotenziale

Das Projektteam ist der Auffassung, dass die Ziele der HSM-Planung – insbesondere die Konzentration der Leistungen – grundsätzlich erreicht werden. Dabei ist die HSM-Planung als kontinuierlicher normativer Prozess zu verstehen, bei dem immer ein **unausgeschöpftes Potenzial** verbleibt, um die Zielerreichung noch weiter voranzutreiben. Aus der Gesamtauswertung der Akteursbefragungen sowie der Rechts- und Dokumentenanalyse lassen sich verschiedene übergeordneten Problemfelder identifizieren, aus denen sich Verbesserungspotenziale für die HSM-Planung ableiten lassen. Die vom Projektteam identifizierten Problemfelder und Verbesserungspotenziale weichen teilweise von jenen der befragten Akteure ab, was in der nachfolgenden Abbildung visualisiert ist:

Abbildung 6 Identifizierte Problemfelder und Verbesserungspotenziale

PROJEKTTEAM		AKTEURE
<p>Verbesserungspotenzial Wirtschaftlichkeit</p> <p>Verzerrungsrisiko durch Benchmark beim fallzahlgewichteten Mittelwert</p> <p>Arbiträre Bewertung der Wirtschaftlichkeit durch fünfgradige Abstufung der Spitäler</p> <p>Operationalisierung</p>	<p>Verbesserungspotenzial Governance</p> <p>Mehrfachrollen und damit einhergehende Interessenkonflikte der Kantone und der HSM-Organen</p> <p>Verfahren</p>	<p>Verbesserungspotenzial Zielerreichung</p> <p>Ungenügende Konzentration der HSM-Leistungen aufgrund der Interessenkonflikte und Besitzstandwahrung der Kantone</p> <p>Operationalisierung und Verfahren</p>
<p>Verbesserungspotenzial Seltenheit</p> <p>Nicht sachgerechte Aufwertung des Kriteriums «Seltenheit» als obligatorisches Kriterium</p> <p>Operationalisierung</p>	<p>Verbesserungspotenzial Wirtschaftlichkeit</p> <p>Neu- oder Wiederaufnahme von Spitälern ohne HSM-Leistungsauftrag und benötigte Mindestfallzahlen</p> <p>Verfahren</p>	<p>Verbesserungspotenzial Wirtschaftlichkeit</p> <p>Ungenügende Beachtung des Kriteriums «Wirtschaftlichkeit» bei der Zuteilung von Leistungsaufträgen</p> <p>Operationalisierung</p>
		<p>Verbesserungspotenzial Seltenheit</p> <p>Inkonsistenzen und fehlende Grenz- oder Richtwerte für das Kriterium «Seltenheit»</p> <p>Operationalisierung</p>

In aller Kürze stellen sich die am relevantesten eingestufteten Verbesserungspotenziale wie folgt dar:

- Bei der HSM-Planung gibt es verschiedene Interessenkonflikte bzw. eine fehlende Unabhängigkeit der Kantone als HSM-Leistungsplaner, die mehrere Funktionen innehaben. Die befragten Akteure sehen das **Governance-Problem** als Hauptursache für die mangelnde Konzentration der HSM-Leistungen und für eine mögliche Bevorzugung von Universitäts- und Zentrumsspitalern. Die Mehrfachrolle der Kantone und die damit einhergehenden Interessenkonflikte beurteilt das Projektteam ebenfalls als verbesserungswürdig. Es handelt

sich dabei aber um keine spezifische Herausforderung für die HSM-Planung, sondern betrifft auch die allgemeine Spitalplanung.¹¹⁹ Das angesprochene Governance-Problem ist nicht Gegenstand dieses Gutachtens und wird daher bei den Empfehlungen nicht thematisiert.

- Bei der Zuordnung zur HSM konstatieren die Akteure einen grossen Ermessensspielraum bezüglich des Kriteriums «Seltenheit», weil es **keine fixen Grenz- oder Richtwerte** gibt. Je nach Sicht der Akteure werden deshalb zu viele oder zu wenige Leistungen der HSM zugeordnet, was – in Kombination mit dem Governance-Problem – dazu führe, dass letztlich mehr Spitäler einen HSM-Leistungsauftrag erhalten, als eigentlich nötig wäre. Als Folge komme es zu einer ungenügenden Angebotskonzentration und damit zu einer ungenügenden Zielerreichung in der HSM-Planung. Nach Ansicht des Projektteams ist der relativ grosse Ermessensspielraum beim Kriterium «Seltenheit» – und damit der HSM-Qualifikation – konsistent mit den Zielen und Kriterien der HSM-Planung. Dabei ist zu beachten, dass die Zuordnung und Zuteilung in der HSM per se einen stark normativen Charakter haben. Aufgrund der medizinischen und rechtlichen Ausgangslage erscheint es aber nicht sachgerecht, dass das Kriterium der Seltenheit für die Qualifikation als HSM-Leistung obligatorisch ist und damit über den anderen Kriterien des hohen Innovationspotenzials, des hohen personellen oder technischen Aufwands und der komplexen Behandlungsverfahren steht.
- Sämtliche Akteure sind der Ansicht, dass das Kriterium «Wirtschaftlichkeit» heute bei der HSM-Planung nicht oder nur marginal berücksichtigt werde. Während rund die Hälfte diese Untergewichtung begrüsst, weil die Qualität wichtiger sei als die Wirtschaftlichkeit, beurteilt die andere Hälfte der Akteure den angeblich geringen Stellenwert der Wirtschaftlichkeit als negativ und fordert eine Anpassung der Methoden und Datengrundlagen. Gleichzeitig weicht das Verständnis der Akteure für das Kriterium «Wirtschaftlichkeit» vom krankensicherungsrechtlichen Verständnis ab. Das Projektteam kommt zum Schluss, dass dem **Kriterium «Wirtschaftlichkeit»** bei der Zuteilung ausreichend Rechnung getragen wird. Gewisse Einschränkungen bei der Aussagekraft des Benchmarkings sind aufgrund der tiefen Fallzahl pro Spital und pro HSM-Leistungsbereich sowie aufgrund der geringen Anzahl an sich bewerbenden Spitälern unvermeidbar. Dies stellt jedoch die Zweckmässigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Ganzes keineswegs infrage. Zudem wirkt sich die Angebotskonzentration in der HSM positiv auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung aus. Auf methodischer Ebene gibt es aber aus Sicht des Projektteams beim Benchmarking und der Bewertung der Wirtschaftlichkeit Nachteile, die mit Anpassungen, behoben werden können.
- Alle Akteure bemängeln, dass die **Vorgabe von Mindestfallzahlen** – ein Regulierungsinstrument der Qualität, aber auch der Wirtschaftlichkeit – dazu führt, dass Spitäler, die sich neu auf einen HSM-Auftrag bewerben, benachteiligt werden können, da diese wegen des bisher fehlenden HSM-Leistungsauftrages keine oder fast keine entsprechenden Behandlungen durchgeführt haben. Um allfällige Benachteiligungen bei Neu- oder Wiedereintritten zu vermeiden, schlägt das Projektteam zur Lösung des Problems vor, Leistungsaufträge in begründeten Fällen unter der Auflage zu erteilen, dass die notwendige Mindestfallzahl in einem bestimmten Zeitraum erreicht wird.

¹¹⁹ Siehe Unterkapitel 2.4a).

6.2 Beantwortung der in Auftrag gegebenen Fragestellungen

Nachfolgend werden die von der Auftraggeberin gestellten **Gutachterfragen** unter Einbezug aller erhobenen Daten in Kürze beantwortet.

6.2.1 Ergebnisse zum Kriterium der Seltenheit

Wird das Kriterium der Seltenheit angemessen in die HSM-Planung einbezogen?

Gestützt auf die gesichteten Unterlagen und die durchgeführten Akteursbefragungen zeigt sich, dass die IVHSM-Organe, insbesondere das HSM-Fachorgan, das Kriterium der Seltenheit **ausreichend in die HSM-Planung einbeziehen**. Bei der Beurteilung des Einbezugs des Kriteriums gilt es zu beachten, dass die Seltenheit ein offener Rechtsbegriff ist, im Zusammenhang mit den weiteren Zuordnungskriterien «hohes Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand» und «komplexe Behandlungsverfahren» angewandt werden muss und vor dem Hintergrund des Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG auszulegen ist.

Aus medizinischer Sicht und wegen des bundesrechtlichen HSM-Begriffs hat das Kriterium «Seltenheit» – als für die Zuordnung zur HSM obligatorisches Kriterium (Art. 1 Abs. 1 IVHSM) – heute einen insgesamt **zu grossen Stellenwert** im Vergleich zu den übrigen Zuordnungskriterien. Zum einen ist die hohe Komplexität sowie der hohe technische und personelle Aufwand gemäss den Akteuren gleich relevant wie die Seltenheit. Zum anderen betont der Bundesgesetzgeber den Aspekt der Seltenheit nicht stärker als den hohen Aufwand und die Notwendigkeit einer besonderen medizinischen Expertise. Somit erscheint die stärkere Gewichtung des Kriteriums «Seltenheit» dem Projektteam nicht sachgerecht. Stattdessen wäre es kohärenter das Kriterium der Seltenheit in Zukunft nicht mehr als obligatorisch zu definieren, sondern mit den anderen Kriterien gleichzusetzen.

Wird es als sinnvoll erachtet, das Kriterium der Seltenheit weiter zu präzisieren?

Das Kriterium «Seltenheit» könnte durch die Bestimmung maximaler Fallzahlen oder maximaler Inzidenzen pro Leistungsgruppe präzisiert werden. Die IVHSM-Organe könnten diese Präzisierung jeweils durch verbindliche Grenzwerte oder unverbindliche Richtwerte umsetzen. Gestützt auf die durchgeführten Abklärungen kommt das Projektteam allerdings aus mehreren Gründen zum Schluss, dass das Kriterium «Seltenheit» **nicht weiter präzisiert** werden sollte. Erstens liessen sich Grenz- oder Richtwerte nicht ausreichend wissenschaftlich abstützen. Des Weiteren wäre der Aufwand für die Erarbeitung und regelmässige Überprüfung von konsensfähigen und sachlich sinnvollen Grenz- oder Richtwerten sehr hoch. Richtwerte würden sodann kaum zu einer erleichterten Anwendung des Kriteriums führen, da es sich um nicht verbindliche Maximalfallzahlen bzw. Inzidenzen handeln würde. Erschwerend kommt schliesslich hinzu, dass für die Vorgabe verbindlicher Grenzwerte eine Grundlage im Krankenversicherungsgesetz fehlt, da der Bundesgesetzgeber den Begriff der HSM bewusst nicht präzise umschrieben hat, sondern eine Berücksichtigung sämtlicher massgebender Umstände beabsichtigte.

6.2.2 Ergebnisse zum Kriterium der Wirtschaftlichkeit

Sind die heute in der HSM-Planung angewandten Methoden und Parameter für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer zweckdienlich?

Insgesamt sind die in der HSM-Planung angewandten Methoden und Parameter für die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung zweckdienlich. Die Wirtschaftlichkeit wird in der HSM-Planung – wie in der allgemeinen Spitalplanung – primär durch **Kostenvergleiche zwischen den bewerbenden Spitälern (sog. Benchmarking)** beurteilt. Diese Methodik ist etabliert, auch wenn dabei Nutzenaspekte zu wenig berücksichtigt werden und vermutet wird, dass das Benchmarking nicht sämtliche Strukturunterschiede zwischen den Spitälern abbilden kann. Für die HSM-Planung werden unterschiedliche Kostenvergleiche durchgeführt (ITAR_K®- und SwissDRG-Methodik). Die Aussagekraft der Kostenvergleiche bzw. Benchmarkings kann aufgrund der geringen Fallzahlen pro Spital oder der tiefen Anzahl an bewerbenden Spitälern eingeschränkt sein, worauf die IVHSM-Organe im Einzelfall jeweils hinweisen. Diese Einschränkungen der Aussagekraft der Wirtschaftlichkeitsprüfungen lassen sich nicht beheben, da die limitierenden Faktoren der HSM-Planung inhärent sind. Zusätzlich zur Wirtschaftlichkeitsprüfung mittels Benchmarkings fördern Mindestfallzahlen und die in der HSM-Planung angestrebte Angebotskonzentration die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer.

Zur Verbesserung der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit empfiehlt das Projektteam folgende **zwei Anpassungen**:

- **Alternative Festlegung des Benchmarks:** In Zukunft soll beim Benchmarking nach der SwissDRG-Methodik der fallzahlgewichtete Median als Benchmark dienen und nicht das fallzahlgewichtete Mittel. Der fallzahlgewichtete Median ist robuster gegen einzelne Ausreisser und auch in der Rechtsprechung anerkannt.
- **Alternative Bewertung des Grads der Wirtschaftlichkeit:** Statt die Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Spitäler in fünf Graden zu beurteilen, soll künftig primär zwischen wirtschaftlichen und (potenziell) unwirtschaftlichen Spitälern unterschieden werden. Diese Spitäler werden jeweils in eine Rangliste absteigend nach der Höhe ihrer Fallkosten eingeteilt. Als wirtschaftlich gelten dabei diejenigen Spitäler deren Basiswert tiefer ist als der festgelegte Benchmark. Bei der Zuteilung eines Leistungsauftrages können sich die IVHSM-Organe an den Kostenrängen der einzelnen Spitäler orientieren.

Wird dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit genügend Rechnung getragen?

Die Wirtschaftlichkeit muss als grundlegendes Kriterium der Spitalplanung und als tragender Grundsatz des gesamten Krankenversicherungsrechts zwingend auch in der HSM-Planung geprüft werden. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Spitäler erfolgt in der HSM – wie in der allgemeinen Spitalplanung – primär mittels Benchmarkings. Dieses Vorgehen ermöglicht eine den Umständen **angemessene Wirtschaftlichkeitsprüfung**, auch wenn die Prüfung aufgrund einer ggf. geringen Anzahl an bewerbenden Spitälern und/oder

tiefen Fallzahlen gewissen Einschränkungen bezüglich ihrer Aussagekraft unterworfen sein kann. Ein möglichst gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis der Spitäler wird zusätzlich zum Benchmarking durch die Vorgabe von Mindestfallzahlen, die Angebotskonzentration und die Prüfung einer qualitativ hochstehenden Leistungserbringung verwirklicht. Die gesichteten Zuteilungsberichte sowie internen Unterlagen zeigen, dass die IVHSM-Organe dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit durch das beschriebene Vorgehen ausreichend Rechnung tragen. Es erscheint dennoch begrüssenswert, wenn die Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterentwickelt wird, insbesondere um gerechtfertigte spitalindividuelle Strukturunterschiede sowie Nutzenaspekte besser zu berücksichtigen.

6.2.3 Ergebnisse zum Kriterium der Erreichbarkeit

Wie ist das Kriterium der Erreichbarkeit bezogen auf HSM-Leistungen vor dem Hintergrund von Art. 58b Abs. 4 KVV (Zugang innert nützlicher Frist) auszulegen?

Das Kriterium der Erreichbarkeit bzw. des Zugangs innert nützlicher Frist nach Art. 58b Abs. 4 KVV ist im Rahmen der HSM-Planung grundsätzlich gleich auszulegen wie in der allgemeinen Spitalplanung. Die Erfüllung dieses Planungskriteriums hängt – in der allgemeinen Spitalplanung wie in der HSM-Planung – von der konkret zu erbringenden medizinischen Leistung ab, für die der Leistungsauftrag erteilt wird. Entscheidend ist dabei die **Unterscheidung zwischen elektiven Eingriffen und Notfalleingriffen**. Bei elektiven Eingriffen kann anders als bei Notfalleingriffen eine grössere Distanz zur medizinischen Einrichtung zurückgelegt werden, ohne dass es deswegen zu medizinischen Nachteilen kommt. Neben der medizinischen Leistung an sich hängt die Erfüllung des Kriteriums insbesondere von den verfügbaren Transportmitteln und der geografischen Lage der potenziellen Leistungserbringer ab. Gesamthaft spielt das Kriterium der Erreichbarkeit folglich aufgrund der vorwiegend elektiven Natur der HSM-Leistungen und ihrer Seltenheit eine weniger grosse Rolle als in anderen medizinischen Leistungsbe-
reichen. Wichtig ist in jedem Fall, dass das Kriterium der Erreichbarkeit nicht per se stärker oder schwächer gewichtet wird als andere Planungskriterien. Vielmehr hat immer eine Gesamtbeurteilung mit Blick auf die konkret zu erbringende Leistung und unter Berücksichtigung sämtlicher Planungskriterien und -grundsätze zu erfolgen.

Wird dem Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist genügend Rechnung getragen?

Die durchgeführte Dokumenten- und Rechtsanalyse sowie die Akteursbefragungen haben gezeigt, dass die IVHSM-Organe bei der Erteilung von HSM-Leistungsaufträgen dem Kriterium der Erreichbarkeit innert nützlicher Frist ausreichend Rechnung tragen. Für die Berücksichtigung dieses Kriteriums ist ausschlaggebend, ob es sich um Leistungsgruppen mit typischerweise elektiven Eingriffen oder Notfalleingriffen handelt. Da die überwiegende Mehrheit der HSM-Leistungen elektive Eingriffe sind, hat die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist in diesen Fällen **nur beschränkte Bedeutung**, da längere Wege keine medizinischen Nachteile mit sich bringen und den Patientinnen und Patienten – insbesondere mit Blick auf die Qualität –

zugemutet werden können. Die schnelle Erreichbarkeit eines Leistungserbringers ist hingegen bei Notfalleingriffen wie Hirnschlägen oder Polytraumata äusserst wichtig, um gesundheitliche Schäden zu vermeiden. Diese Unterschiede berücksichtigen die IVHSM-Organen bei der Vergabe der Leistungsaufträge gebührend. Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Präzisierung des Kriteriums der Erreichbarkeit innerhalb nützlicher Frist nicht angezeigt.

7 Empfehlungen

Nachfolgend formuliert das Projektteam gestützt auf die Dokumenten- und Rechtsanalyse sowie die durchgeführten Akteursbefragungen **Empfehlungen zur Verbesserung der HSM-Planung**. Alle Empfehlungen bewegen sich innerhalb des Themenbereichs und der Fragestellungen des vorliegenden Gutachtens. Folglich hat das Projektteam keine Massnahmen ausserhalb der zu untersuchenden Zweckmässigkeit der Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» formuliert. Daraus darf nicht geschlossen werden, dass andere Massnahmen – wie zum Beispiel eine Reduktion der Interessenkonflikte bei den Kantonen – nicht sinnvoll wären.

7.1 Empfehlungen zum Kriterium der Seltenheit

Empfehlung 1

Gleichrangige Zuordnungskriterien

Das Kriterium «Seltenheit» sollte – wie die Zuordnungskriterien «hohes Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand», «komplexe Behandlungsverfahren» – nicht mehr ein obligatorisches Kriterium sein, um Leistungen der HSM zuzuordnen.

Begründung

Für die Zuordnung von Leistungen zur HSM ist heute nur das Kriterium der Seltenheit obligatorisch, während die Kriterien «hohes Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand» und «komplexe Behandlungsverfahren» nicht obligatorisch sind. Neben der Seltenheit müssen aber zumindest zwei weitere der nicht obligatorischen Kriterien erfüllt sein.

Die Tatsache, dass nur das Kriterium der Seltenheit verpflichtend ist, führt zu einem grösseren Stellenwert dieses Kriteriums, was sich weder fachlich noch rechtlich rechtfertigen lässt. Aus rechtlicher Sicht hat nämlich der Bundesgesetzgeber beim Erlass des Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG und der Diskussion des Begriffs der HSM der Häufigkeit von Leistungen nicht mehr Gewicht gegeben als dem hohen Aufwand und der Notwendigkeit einer besonderen medizinischen Expertise.¹²⁰ Aus sachlicher Sicht ist sodann die Komplexität sowie der hohe technische und personelle Aufwand einer Leistung mindestens ebenso relevant für die Qualifikation als HSM wie das Kriterium der Seltenheit, was auch die befragten Akteure bestätigen. Beinahe alle befragten Akteure haben ferner berichtet, dass es Leistungen gibt, die zwar nicht selten, aber hochkomplex sind und für die Gewährleistung einer ausreichenden Qualität unter die HSM-Planung fallen sollten. Schliesslich ist das Kriterium «Seltenheit» in anderen Ländern ebenfalls nicht zwingend, sondern nur eines von mehreren Kriterien, dem Rechnung zu tragen ist.

Aufgrund dieser Ausgangslage kommt das Projektteam zum Schluss, dass es für die Qualifikation einer Leistung als HSM eine Gesamtbetrachtung braucht, die sämtliche Zuordnungskriterien sowie Ziele und Grundsätze der HSM-Planung gleichrangig berücksichtigt.

Auswirkungen

Mit der Aufhebung des Obligatoriums der Seltenheit können die beschriebenen fachlichen und rechtlichen Inkonsistenzen beseitigt werden. Wenn das Kriterium «Seltenheit» nicht mehr obligatorisch ist, werden zudem die anderen Kriterien gleichrangig behandelt. Zudem können neu auch komplexe, innovative und sehr aufwändige, aber häufiger vorkommende Leistungen gesamtschweizerisch geplant werden, um deren Wirtschaftlichkeit und Qualität zu garantieren. Damit verbunden ist ein grösseres Konzentrationspotenzial, da mehr Leistungen von der kantonalen Spitalplanung in die interkantonale HSM-Planung verschoben würden.

Des Weiteren führt die gleichrangige Berücksichtigung der Zuordnungskriterien dazu, dass sich die politischen Diskussionen um die HSM-Planung entschärfen. Die stärkere Gewichtung der Seltenheit wirft heute teilweise Fragen zur Zuordnung auf, da verschiedene Akteure unterschiedliche Auffassungen über die Seltenheit von Leistungen haben. Mit der gleichrangigen Berücksichtigung der Zuordnungskriterien

¹²⁰ Siehe Unterkapitel 3.1.

wird deutlich, dass es letztlich auf eine Gesamtbetrachtung ankommt, wie sie auch der Bundesgesetzgeber bei der Inkraftsetzung des Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG verfolgte.

Rechtliche Aspekte

Das Kriterium «Seltenheit» wird heute für die Zuordnung zur HSM in Art. 1 Abs. 1 Satz 3 IVHSM für obligatorisch erklärt. Der letzte Teilsatz dieser Bestimmung müsste entsprechend gestrichen werden.

Anpassungsbedarf

<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> Anpassung des KVG
<input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der IVHSM	<input type="checkbox"/> Anpassung der Praxis der IVHSM-Organen

Empfehlung 2

Keine Einführung von Grenz- oder Richtwerten

Für das Kriterium «Seltenheit» sollten keine verbindlichen Grenz- oder unverbindlichen Richtwerte eingeführt werden.

Begründung

Grenz- oder Richtwerte für das Kriterium der Seltenheit lassen sich wissenschaftlich nicht ausreichend abstützen. Zudem wäre der Aufwand für die Erarbeitung und die regelmässige Überprüfung von konsensfähigen und sachlich sinnvollen Grenz- oder Richtwerten sehr hoch. Ferner würden unverbindliche Richtwerte zu keiner einfacheren Anwendung des Kriteriums «Seltenheit» führen, da sie den Ermessensspielraum der IVHSM-Organen kaum schmälern und der Aufwand für die Festlegung von Richtwerten ähnlich hoch wäre.

Erschwerend kommt hinzu, dass für die Einführung verbindlicher Grenzwerte eine Grundlage im Krankenversicherungsgesetz fehlt, da der Bundesgesetzgeber den Begriff der HSM in Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG absichtlich offengelassen und nicht präzise umschrieben hat. Stattdessen sprach er sich für eine Berücksichtigung sämtlicher massgebender Umstände aus.

Auswirkungen

Das Absehen von Grenz- oder Richtwerten hat keine Auswirkung auf die künftige HSM-Planung, da die vier Zuordnungskriterien weiterhin gesamthaft beurteilt werden müssen, was mit den heute bereits bestehenden Ermessensspielräumen der IVHSM-Organen in Einklang ist.

Rechtliche Aspekte

Für diese Empfehlung sind keine besonderen rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen, da sich an der heutigen Planungssituation nichts ändert.

Anpassungsbedarf

<input checked="" type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> Anpassung des KVG
<input type="checkbox"/> Anpassung der IVHSM	<input type="checkbox"/> Anpassung der Praxis der IVHSM-Organen

7.2 Empfehlungen zum Kriterium der Wirtschaftlichkeit

Empfehlung 3 Festlegung des Benchmarks für die SwissDRG-Methodik mit dem fallzahlgewichteten Median

Der Benchmark bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäss der SwissDRG-Methodik sollte in Zukunft nicht mehr beim fallzahlgewichteten Mittel, sondern neu beim fallzahlgewichteten Median gesetzt werden.

Begründung

Anders als das fallzahlgewichtete Mittel ist der fallzahlgewichtete Median robuster gegen einzelne Ausreisser in den Kostendaten der Spitäler oder andere statistische Artefakte. Zudem ist der fallzahlgewichtete Median auch in der Rechtsprechung anerkannt.

Auswirkungen

Das bestehende Spannungsfeld bei der Ermittlung der Wirtschaftlichkeit zwischen Präzision einerseits und Aussagekraft bzw. Anwendbarkeit andererseits bleibt auch mit dem vorgeschlagenen alternativen Benchmark (fallzahlgewichteter Median) bestehen, da die Fallzahlen pro Spital und pro Leistungsbereich in der HSM naturgemäss klein sind. Wenn künftig der fallzahlgewichtete Median verwendet wird, stärkt dies aber die Aussagekraft der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Rechtliche Aspekte

Für diese Empfehlung sind keine besonderen rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen, da für die Umsetzung lediglich die Praxis sowie interne Dokumente der IVHSM-Organen angepasst werden müssen.

Anpassungsbedarf

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keiner | <input type="checkbox"/> Anpassung des KVG |
| <input type="checkbox"/> Anpassung der IVHSM | <input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Praxis der IVHSM-Organen |

Empfehlung 4 Bewertung des Wirtschaftlichkeitsgrades mittels Rangliste

Der Wirtschaftlichkeitsgrad von Spitälern sollte in Zukunft mittels einer Rangliste nach absteigenden Fallkosten der wirtschaftlichen und (potenziell) unwirtschaftlichen Spitäler bewertet werden. Als wirtschaftlich gelten dabei diejenigen Spitäler, deren Basiswert tiefer ist als der festgelegte Benchmark.

Begründung

Die Bewertung des Wirtschaftlichkeitsgrads von Spitälern mittels Unterscheidung zwischen wirtschaftlichen und (potenziell) unwirtschaftlichen Spitälern und einer entsprechenden Rangliste führt dazu, dass die Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Spitäler auch sachgerecht beurteilt werden kann, wenn sich weniger als fünf Spitäler bewerben.

Ranglisten zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit sind zudem weniger arbiträr, da sie für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit keine einseitig gesetzten prozentualen Abstände zum Benchmark voraussetzen. Damit entfällt ebenfalls die wenig aussagekräftige Abstufung der sich bewerbenden Spitäler in fünf eng beieinander liegende Grade, was bisher dazu führen konnte, dass mehrere Spitäler trotz beachtlichen Unterschieden in den Betriebskosten gleich oder sehr ähnlich beurteilt wurden. Insgesamt trägt die Bewertung der Spitäler mittels Rangliste dem relativen Aspekt des Kostenvergleichs besser Rechnung.

Auswirkungen

Mit der alternativen Methode können die IVHSM-Organen die Zuteilung einfacher vornehmen, indem sie die Spitäler gemäss der Rangliste nach absteigenden Fallkosten berücksichtigen, so lange bis der Bedarf gedeckt ist. Zudem kann die Wirtschaftlichkeit bei einer tiefen Anzahl an sich bewerbenden Spitälern ($n < 5$) besser bewertet werden.

Rechtliche Aspekte

Für diese Empfehlung sind keine rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen, da für die Umsetzung lediglich die Praxis sowie verschiedene Dokumente der IVHSM-Organe angepasst werden müssen.

Anpassungsbedarf

<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> Anpassung des KVG
<input type="checkbox"/> Anpassung der IVHSM	<input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Praxis der IVHSM-Organe

Empfehlung 5

Anpassung der Anforderungen bezüglich Mindestfallzahlen für sich neu bewerbende Spitäler

Damit auch Spitäler ohne HSM-Leistungsauftrag neu einen HSM-Leistungsauftrag erhalten können, sollte in diesen Fällen – sofern das Spital die anderen Zuteilungskriterien erfüllt – den Spitälern lediglich eine Auflage erteilt werden, wonach sie die notwendigen Mindestfallzahlen innert zwei bis drei Jahren zu erreichen haben.

Begründung

Spitäler, die zurzeit keinen HSM-Leistungsauftrag innehaben, erbringen faktisch keine HSM-Leistungen. Dies führt dazu, dass ihnen bei einer Ausschreibung eines neuen Leistungsauftrages für den entsprechenden Leistungsbereich die benötigten Mindestfallzahlen pro Spital oder pro Operateurin – ein Regulierungsinstrument der Qualität und Wirtschaftlichkeit – fehlen. Eine Bewerbung um Zuteilung des Leistungsauftrags ist in diesen Fällen aussichtslos. Dies haben in den Gesprächen auch sämtliche Akteure bemängelt.

Wird den betroffenen Spitälern lediglich die Auflage gemacht, dass sie innert eines bestimmten Zeitraums die notwendigen Mindestfallzahlen erreichen, so können sie den ausgeschriebenen HSM-Leistungsauftrag auch ohne aktuelle HSM-Leistungserbringung erhalten. Wichtig ist dabei, dass eine solche Auflage nur gemacht wird, wenn die Spitäler die anderen Zuteilungskriterien erfüllen und das Potenzial zur Erreichung der Mindestfallzahlen vorhanden ist. Die Auflage muss folglich mit den Planungszielen und Auswahlkriterien vereinbar sein.

Auswirkungen

Die in begründeten Fällen auflagenweise Vorgabe von Mindestfallzahlen kann zu einer grösseren Akzeptanz bei den Leistungserbringern und den Kantonen führen, da sämtliche Spitäler die Möglichkeit haben, einen HSM-Leistungsauftrag zu erhalten.

Selbst in einem hochregulierten Markt dürften neu eintretende Marktteilnehmer den Wettbewerb stimulieren, was sich positiv auf die Leistungserbringung auswirken dürfte. Zudem kann die Auflage von Mindestfallzahlen dem heute deutlich dynamischeren HSM-Umfeld besser gerecht werden, indem beispielsweise der Arbeitsplatzwechsel von Fachkräften zu keiner Hürde für den Erhalt eines Leistungsauftrages wird. Schliesslich entfällt durch die starre Markteintrittshürde einer Mindestfallzahl eine Diskriminierung für Leistungserbringer, die die anderen Zuteilungskriterien erfüllen und das Potenzial hätten, genügend Fälle zu behandeln.

Rechtliche Aspekte

Das HSM-Beschlussorgan darf Verfügungen für die Erteilung eines Leistungsauftrages mit Auflagen und Bedingungen verknüpfen. Eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage ist nicht erforderlich, sofern sich die Auflagen und Bedingungen im Rahmen des übergeordneten Rechts bewegen (insbesondere der Bestimmungen der IVHSM und Art. 39 KVG sowie Art. 58a ff. KVV) und die damit verfolgten Ziele verwirklichen (enger sachlicher Zusammenhang). Sodann müssen die Auflagen und Bedingungen – wie jedes staatliche Handeln (Art. 5 Abs. 2 BV) – öffentlichen Interessen entsprechen und verhältnismässig sein.

Die genannte Auflage zur Erreichung der Mindestfallzahlen innert eines bestimmten Zeitraums genügt den beschriebenen Anforderungen, wenn der Zeitraum sinnvoll gewählt ist und die Auflage die Erreichung der anderen Zuteilungskriterien nicht erschwert oder gar verunmöglicht.

Anpassungsbedarf	
<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> Anpassung des KVG
<input type="checkbox"/> Anpassung der IVHSM	<input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Praxis der IVHSM-Organen

7.3 Empfehlungen zum Kriterium der Erreichbarkeit

Empfehlung 6	Keine Präzisierung des Kriteriums
--------------	-----------------------------------

Für das Kriterium «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» sollten keine verbindlichen Grenzwerte (maximale Distanzen, maximaler Zeitbedarf, maximale Einwohner/-innen im Einzugsgebiet) eingeführt werden.

Begründung

Die Mehrheit der HSM-Leistungen sind elektive Eingriffe und damit nicht dringlich. Aus medizinischer Sicht können daher ohne negative Auswirkungen auch grössere Distanzen zurückgelegt werden, um sich behandeln zu lassen. Die Qualität der Behandlung hat dabei einen höheren Stellenwert als der schnelle Zugang zu einem Leistungserbringer. Zudem hat sich bei der Dokumentenanalyse und den Gesprächen mit den Akteuren gezeigt, dass die IVHSM-Organen bei Notfalleingriffen die Distanzen bzw. Erreichbarkeit der Einrichtungen heute bereits angemessen berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sprachen sich auch die befragten Akteure gegen eine Präzisierung des Begriffs der Erreichbarkeit aus.

Sodann gilt es zu beachten, dass ein Grenzwert für die Erreichbarkeit bei Notfalleingriffen fachlich kaum sinnvoll definierbar wäre. Ein solcher Grenzwert ist letztlich abhängig von den geografischen Gegebenheiten, den verfügbaren Verkehrsmitteln und der Witterung.

Auswirkungen

Das Absehen von einem Grenzwert hat keine Auswirkung auf die künftige HSM-Planung, da die IVHSM-Organen die Erfüllung des Kriteriums «Erreichbarkeit innert nützlicher Frist» weiterhin von der konkreten Leistung und den sich bewerbenden Spitälern abhängig machen müssen.

Rechtliche Aspekte

Für diese Empfehlung sind keine rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen, da sich an der heutigen Planungssituation nichts ändert.

Anpassungsbedarf	
<input checked="" type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> Anpassung des KVG
<input type="checkbox"/> Anpassung der IVHSM	<input type="checkbox"/> Anpassung der Praxis der IVHSM-Organen

Anhang A: Liste der interviewten Expertinnen und Akteure

No	Organisation / Kanton	Name (Funktion)	Datum
1	HSM-Beschlussorgan	– Natalie Rickli (Regierungsrätin Kanton Zürich; Präsidentin des HSM-Beschlussorgans) – Jürg Gruber (Leiter der Abteilung «Versorgungsplanung» des Kantons Zürich)	10.07.2024
2	HSM-Fachorgan	– Barbara Tettenborn (Oberärztin der Bellevue Medical Group AG; Präsidentin des HSM-Fachorgans)	10.06.2024
3	Kanton Thurgau	– Urs Martin (Regierungsrat Kanton Thurgau)	27.06.2024
4	Kanton Waadt	– Laurence Boland (Directrice générale adjointe de la Direction générale de la santé) – Christophe Pinget (Head of Health Technology Assessment des CHUV) – Marc Weber (Expert en politique de la santé)	14.06.2024
5	Kanton Bern	– Pierre Alain Schnegg (Regierungsrat Kanton Bern; Mitglied des HSM-Beschlussorgans)	20.06.2024
6	Kanton Zug	– Martin Pfister (Regierungsrat Kanton Zug; Mitglied des HSM-Beschlussorgans)	24.06.2024
7	Kanton Luzern	– Michaela Tschuor (Regierungsrätin Kanton Luzern; Mitglied des HSM-Beschlussorgans)	03.06.2024
8	Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen (H+)	– Kristian Schneider (CEO des Spitalzentrums Biel; Vizepräsident von H+) – Rolf Zehnder (CEO der Spital Thurgau AG)	06.06.2024
9	Verband der Schweizer Gesundheitsunternehmen (ospita)	– Guido Schommer (Generalsekretär von ospita)	28.05.2024
10	Verband der universitären Medizin Schweiz (unimedsuisse)	– Jürg Steiger (ärztlicher Direktor des Universitätsspitals Basel; Vorstandsmitglied von unimedsuisse)	25.06.2024
11	Verband der Krankenversicherer (santésuisse)	– Christoph Kilchenmann (Leiter der Abteilung «Grundlagen») – Adrian Jaggi (Projektleiter)	29.05.2024

Anhang B: Interviewleitfaden

A: Übergeordnete Fragen

Übergeordnete Ziele der HSM-Planung sind eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende, wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und die medizinischen Angebote zu konzentrieren (vgl. Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 IVHSM).

- Werden diese Ziele mit der heutigen HSM-Planung im Grossen und Ganzen erreicht?
 - Wenn nicht, weshalb?
 - Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial? Haben Sie konkrete Massnahmen zur Verbesserung im Kopf?
- Wenn Sie an die gesamte HSM-Planung, d.h. Zuordnungs- und Zuteilungsverfahren (mit Fokus auf die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit») denken, wo liegt die grösste Schwäche?
- Was funktioniert gut und sollte in der HSM-Planung beibehalten werden?

B: Kriterium «Seltenheit» für Zuordnung

- Das Kriterium der «Seltenheit» ist für die Zuordnung zur HSM obligatorisch. Ist es aus Ihrer Perspektive sinnvoll, dass dies ein obligatorisches Kriterium ist?
 - Wenn ja, warum?
 - Wenn nein, warum?
- Denken Sie, dass der Begriff «Seltenheit» weiter präzisiert werden müsste? Oder ist der Interpretationsspielraum für die Abwägung in der dynamischen HSM sinnvoll/praxistauglich?
- Es gibt *keinen* festen Grenzwert, bis zu welcher Fallzahl auf Populationsebene eine Behandlung als selten gilt, da dies nicht zuletzt stark vom Fachbereich und der medizinischen Entwicklung abhängt. Ist dies aus Ihrer Sicht sinnvoll oder wären Grenzwerte auf der Ebene «Inzidenz pro Fachbereich» sinnvoller?
 - Wenn ja, wie würden Sie Grenzwerte festsetzen (absolute oder relative Mindestallzahlen pro HSM-Bereich)?
 - Wie oft sollten Grenzwerte re-evaluiert werden?
 - Würden Grenzwerte die Konzentration der Medizin beschleunigen und kontroverse Diskussionen reduzieren?
 - Überwiegen für Sie die Vor- oder Nachteile von nicht fixen Grenzwerten? Wo sehen Sie den Hauptvorteil bzw. Hauptnachteil?
- Gibt es aus Ihrer Sicht Behandlungen, die nicht selten sind und trotzdem als hochspezialisierte Medizin bezeichnet werden können/sollen?

- Hat das Kriterium der Seltenheit und damit verbundene Auswirkungen (positiven oder negativen) Einfluss auf folgende Outcomes:
 - die Konzentration medizinischer Leistungen?
 - Qualität der Behandlung?
 - Nutzen für Patientinnen und Patienten?

C: Kriterium «Wirtschaftlichkeit» für Zuteilung (Spitallisten)

- Was verstehen Sie unter dem Begriff der Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die HSM-Planung?
- Wo liegen aus Ihrer Perspektive die grössten Stärken und Schwächen bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit?
 - Sind aus Ihrer Sicht die Methoden zur Evaluation der Wirtschaftlichkeit (1. Methode nach ITAR_K® und 2. Methode nach SwissDRG) zweckmässig, um die Wirtschaftlichkeit der Bewerberspitäler zu prüfen?
 - Wie könnte der Nutzen sichtbarer bzw. angemessener bei der Berechnung der Wirtschaftlichkeit einbezogen werden? Weitere Qualitätsindikatoren?
 - Mit welchen Massnahmen könnten Schwachstellen eliminiert/reduziert werden?
- Halten Sie Mindestfallzahlen pro Spital und Jahr ggf. auch pro Operateur:in (oder Team) für zweckmässig im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit, Qualität bzw. Patientensicherheit?

D: Kriterium «Erreichbarkeit» für die Zuteilung

- Wann ist eine medizinische Leistung in der HSM innert nützlicher Frist erreichbar?
- Bräuchte es aus Ihrer Sicht eine Konkretisierung des Begriffs der Erreichbarkeit?
- Es existiert *kein* Schwellenwert (km, Zeitbedarf, Anzahl Einwohnerinnen und Einwohner im Einzugsgebiet) und damit Ermessensspielraum. Halten Sie diesen Ermessensspielraum für zweckmässig im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche HSM-Planung?
- Wie viele HSM-Spitäler sind a) schweizweit und b) in Ihrem Kanton ausreichend, um die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist zu garantieren?
- Welche Rolle spielt die Erwartungshaltung der Bevölkerung?

E: Umsetzung und Entscheidungsfindung bei Zuordnung und Zuteilung

- Gesamtbild: Wie gut gelingt es dem HSM-Fach- bzw. Beschlussorgan die Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit» zu berücksichtigen?
- Zuordnungsverfahren:
 - Sind die Begründungen, warum ein medizinischer Bereich der HSM zugeordnet wird, nachvollziehbar und transparent?
 - Können sich die Leistungserbringer im Vernehmlassungsprozess ausreichend einbringen? Sind die Vernehmlassungsunterlagen gut zugänglich und inhaltlich ausreichend, um substantiell Stellung zu nehmen?
 - Ist die Kommunikation der Entscheide adäquat?

- Zuteilungsverfahren:
 - Sind die Entscheide des Beschlussorgans inhaltlich und verfahrenstechnisch nachvollziehbar und transparent?
 - Ist die Kommunikation der Entscheide adäquat?
 - Können sich die Bewerber mit der Möglichkeit der Stellungnahme ausreichend Gehör verschaffen?

F: Abschlussfrage

- Möchten Sie uns noch etwas mit auf den Weg geben, was bislang nicht zur Sprache kam?

Materialienverzeichnis

BAG (2024)

Publikation der Fallkosten der Spitäler, Webseite, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/XJ49-427F>

BAG (2015)

Konzentration der hochspezialisierten Medizin, Faktenblatt im Rahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/S6ME-8M7G>

Bundesrat (2022)

Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Zweite Aktualisierung des Berichts des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung des Postulats 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/76WN-N3NW>

Bundesrat (2019)

Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Aktualisierung des Berichts des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung des Postulats 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/74DT-VPST>

Bundesrat (2004)

Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, BBI 2004 5551 ff., Bern, online abrufbar unter: <https://fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2004/1024>

Bundesrat (1991)

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBI 1992 I 93 ff., Bern, online abrufbar unter: https://fedlex.data.admin.ch/eli/fga/1992/1_93_77_65

GDK (2019)

Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/E3AV-PBRF>

GDK (2015)

Planung der hochspezialisierten Medizin: Information zum Stand der Umsetzung, Statusbericht zuhanden des Departements des Innern (EDI), Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/B7PV-6L8V>

GDK (2008)

Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM), Erläuternder Bericht, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/U5F8-ZCGJ>

HSM-Beschlussorgan (2024a)

Reevaluation, Behandlung von Schwerverletzten, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Schlussbericht, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/9XBH-ND8P>

HSM-Beschlussorgan (2024b)

Reevaluation, Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Schlussbericht, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/2ACS-2E4V>

HSM-Beschlussorgan (2023)

Evaluation, Komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Schlussbericht, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/6ETD-7YPA>

HSM-Beschlussorgan (2021)

Reevaluation, Cochlea-Implantate, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Schlussbericht, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/UUK6-RGYC>

HSM-Fachorgan (2022)

Evaluation, Komplexe gynäkologische Tumoren, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Entwurf für die Gewährung des rechtlichen Gehörs, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/D7ZP-P6FF>

Literaturverzeichnis

COLLERETTE/MORIS/PAUMGARTNER (2006)

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, Genf/Oxford/München, online abrufbar unter:

<https://perma.cc/PF42-Q9JV>

DANIEL (2006)

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), Zürich, online abrufbar unter: <https://perma.cc/394H-29PR>

Encyclopedia of Statistical Sciences (2006), Parsimony

Principle of Parsimony, in: Kotz et al. (Hrsg.), 2. Aufl., Bd. 9, New York, online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1002/0471667196.ess1912.pub2>

Encyclopedia of Statistical Sciences (2006), Accuracy

Accuracy and Precision, in: Kotz et al. (Hrsg.), 2. Aufl., Bd. 1, New York, online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1002/0471667196.ess0016.pub2>

EUGSTER (2016)

Krankenversicherung, in: Meyer Ulrich (Hrsg.), Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, 3. Aufl., Basel, S. 385 ff.

GÄCHTER/RÜTSCHKE (2023)

Gesundheitsrecht, Ein Grundriss für Studium und Praxis, 5. Aufl., Basel

H+ (2023), ITAR_K®

ITAR_K®, Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung, Erläuterungen zur Anwendung von ITAR_K®, Version 14.0, Bern, online abrufbar unter:

<https://perma.cc/HJ56-C26R>

H+ (2023), REKOLE®

REKOLE®, Zertifizierungsrichtlinien, Version 3.1, Bern, online abrufbar unter:

<https://perma.cc/9QZG-KXJS>

HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN (2020)

Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Aufl., Zürich/St. Gallen

HAUSER (2015)

Hochspezialisierte Medizin im föderalistischen System der Schweiz, Diss. Zürich 2014, Zürich/Basel/Genf

HAVRANEK/ONDREJ/WIDMER/ONDREJ/SPIKA/BOES (2023)

Using exogenous organizational and regional hospital attributes to explain differences in case-mix adjusted hospital costs, in: Health Economics 2023/32, S. 1733 ff., online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1002/hec.4686>

- HAVRANEK/ONDREJ/BOLLMANN/WIDMER/SPIKA/BOES (2022)
Identification and assessment of a comprehensive set of structural factors associated with hospital costs in Switzerland, in: PLoS ONE 2022/17(2), S. 1 ff., online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264212>
- HUBER/RONCHETTI (2009)
Robust Statistics, 2. Aufl., Hoboken (New Jersey)
- JÜNI/HOSSMANN/RAT/LIMACHER/RUTJES (2014)
Inter-cantonal agreement on highly specialised medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialised medicine, Bern, online abrufbar unter: <https://perma.cc/G56D-U8G4>
- PICECCHI (2025)
Rechtliche Grundlagen der Spitalplanung, in: Poledna/Rumetsch (Hrsg.), Gesundheitsrecht, Band VIII/2, 2. Aufl., Basel (*erscheint anfangs 2025*)
- PICECCHI (2022)
Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht, Diss. Luzern 2021, Zürich/St. Gallen
- PICECCHI (2018)
BGer 6B_730/2017: Medizinische Behandlung eines Zeugen Jehovas, Bundesgericht, Strafrechtliche Abteilung, Urteil 6B_730/2017 vom 7. März 2018, A. gegen Generalstaatsanwaltschaft des Kantons Bern, in: Aktuelle Juristische Praxis 2018/6, S. 753 ff., online abrufbar unter: <https://perma.cc/76NY-5A79>
- POLEDNA (2005)
Die Stellung der Privatspitäler als Leistungserbringer in der sozialen Krankenversicherung und im Bereich der Zusatzversicherungen, in: Jusletter vom 16. Mai 2005
- RÜTSCHKE (2012)
Spitalplanung und Spitalfinanzierung, Grundsatzurteil des Bundesgerichts, in: hill 2012/50
- RÜTSCHKE/PICECCHI (2019)
Kommentierung zu Art. 39 KVG, in: Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach (Hrsg.), Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG), Basel
- WALDNER/EGLI (2019)
Kommentierung zu Art. 49 KVG, in: Blechta/Colatrella/Rüedi/Staffelbach (Hrsg.), Basler Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG), Basel