



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

# Planung der hochspezialisierten Medizin: Information zum Stand der Umsetzung

Statusbericht zuhanden des Departement des Innern (EDI)

Bern, 27.4.2015

Haus der Kantone  
Speichergasse 6  
Postfach 684  
CH-3000 Bern 7

+41 (0)31 356 20 20

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

# Inhaltsverzeichnis

Präambel – Überlegungen des HSM-Fachorgans	3
Einleitung	4
Gesetzlicher Auftrag der Kantone und Zielsetzungen der HSM-Planung	4
Grundzüge der Planung der hochspezialisierten Medizin	5
1 Organe der hochspezialisierten Medizin	5
1.1 Zusammensetzung und Verantwortlichkeiten des HSM-Beschlussorgans	5
1.2 Zusammensetzung und Verantwortlichkeiten des HSM-Fachorgans	6
2 Planungsgrundsätze der IVHSM und Grundzüge des Verfahrens	6
2.1 Allgemeine Planungsgrundsätze	6
2.2 Grundzüge des Verfahrens	6
3 Definition und Auswahl der HSM-Bereiche	7
3.1 Allgemeine Grundsätze	7
3.2 Definition, Abgrenzung und Interdependenzen zwischen den HSM-Bereichen	8
4 Prozesse und Planungskriterien für die Erstellung der IVHSM-Spittalliste	10
4.1 Planungskriterien gemäss IVHSM	10
4.2 Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts an die Erstellung der IVHSM-Spittalliste	10
4.3 Erarbeitung der Anforderungen an die HSM-Spittalliste	11
4.3.1 Bedarfsanalyse	11
4.3.2 Qualität	11
4.3.3 Wirtschaftlichkeit	12
4.3.4 Versorgungssicherheit / Zugang Patienten innert nützlicher Frist / Bereitschaft und Fähigkeit einer Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages	12
4.3.5 Verfügbarkeit hochqualifiziertes Personal und Teambildung	13
4.3.6 Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen	13
4.3.7 Forschung und Lehre	13
4.3.8 Internationale Konkurrenzfähigkeit	14
4.4 Bewerbungsverfahren	14
4.5 Periodische Neubeurteilung als Instrument der Qualitätssicherung	14
Stand der Umsetzung	15
1 Planungsschwerpunkt der Jahre 2009-2014	15
1.1 Erwachsenenmedizin	16
1.1.1 Organtransplantationen	16
1.1.2 Protonentherapie	16
1.1.3 Cochlea Implantate, schwere Verbrennungen und Stammzelltransplantationen	17
1.1.4 Hirnschlag – häufigste Behinderung im Erwachsenenalter	17
1.1.5 Qualitätsverbesserung für die Behandlung von Schwerverletzten	17
1.1.6 Hochspezialisierte Neurochirurgie	18
1.1.7 Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	18
1.2 Kindermedizin	19
1.2.1 Eine optimale Versorgung von extremen Frühgeborenen	19

1.2.2	Behandlung von Kindern mit schweren Verbrennungen	19
1.2.3	Konzentration von Organtransplantationen bei Kindern auf einige wenige Zentren	20
1.2.4	Behandlung von Augentumoren	20
1.2.5	Konzentration von hochkomplexen Eingriffen in der Kinderchirurgie	20
1.2.6	Spezielle Abklärungen bei Störungen des körpereigenen Immunsystems	20
1.2.7	Diagnostik und Betreuung von angeborenen Stoffwechselstörungen	20
1.2.8	Spezielle Abklärungen bei schwerer Epilepsie	21
1.2.9	Qualitätsverbesserung in der Behandlung von schwerverletzten Kindern	21
1.2.10	Pädiatrische Onkologie	21
2	Beschwerden gegen HSM-Leistungszuteilungen	22
2.1	Prozedurale und materielle Auswirkungen der Beschwerden	23
2.2	Auswirkungen auf das rechtliches Gehör / Anhörungen	24
	<b>Auswirkungen der HSM-Leistungszuteilung</b>	<b>25</b>
1	Auswirkung der HSM-Leistungszuteilung auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung	25
1.1	Fallbeispiel 1: Regelung der HSM führt zu verbesserter Schlaganfallversorgung	26
1.2	Fallbeispiel 2: Schwerverletzte Patienten profitieren von Versorgung in Traumazentrum	27
1.3	Fallbeispiel 3: Kosteneinsparungen in der Protonentherapie dank Verzicht auf ein zweites Zentrum	27
2	Auswirkungen der HSM-Entscheide auf die Versorgung der Schweizer Bevölkerung	28
3	Auswirkungen der Entscheide auf den ambulanten Bereich	29
	<b>Bewertung des bisherigen Planungsprozesses</b>	<b>30</b>
1	Bilanz des HSM-Beschlussorgan	30
2	Bewertung des HSM-Prozesses von den involvierten Parteien	31
3	Bilanz der IVHSM-Vereinbarungskantone	31
	<b>Ausblick</b>	<b>32</b>
1	Arbeitsschwerpunkte 2015 und 2016	32
2	Zukünftige HSM-Bereiche	32
	<b>Schlussbemerkungen</b>	<b>34</b>
	<b>Literatur</b>	<b>35</b>
	<b>Anhang</b>	<b>37</b>
A-1	Fragenbogen des Departement des Innern	37
A-2	Fallzahlen der HSM-Bereiche	39
A-3	Übersicht Qualitätsregister	41
A-4	Liste der Entscheide Hochspezialisierte Medizin: Spitalliste IVHSM	42

## Präambel – Überlegungen des HSM-Fachorgans

Die verstärkte Koordination und Konzentration von hochspezialisierten Behandlungen und Eingriffen stellt eine sinnvolle und zeitgemässe Massnahme dar, um eine qualitativ hochstehende und nachhaltige Medizin für die Einwohnerinnen und Einwohner unseres Landes zu gewährleisten. Entsprechende Entwicklungen sind in vielen europäischen Ländern bereits umgesetzt worden und haben zu einer eindrucklichen Verbesserung der Versorgungsqualität und der Behandlungsergebnisse geführt. Der medizinische Fortschritt bringt stetig neue, teure und immer effizientere diagnostische und therapeutische Methoden hervor; dies geht einher mit einem zunehmenden Bedarf an spezialisierten Fachpersonen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass insbesondere bei Eingriffen mit einem hohen Komplikationsrisiko, die Expertise des behandelnden Teams ein wichtiger Erfolgsfaktor darstellt. Somit ist es fachlich angezeigt, seltene und hochspezialisierte Eingriffe auf wenige Spitäler zu konzentrieren, um die Bildung von Kompetenzzentren zu fördern. Dies ist nicht nur wichtig für eine gute Betreuung der betroffenen Patienten und eine wirtschaftliche Leistungserbringung, sondern erlaubt auch einen besseren Umgang mit dem zunehmenden Mangel an gut ausgebildeten und erfahrenen ärztlichen und pflegerischen Fachkräften.

Welche Reaktionen hat die bisherige verstärkte Konzentration und Koordination der Hochspezialisierten Medizin (HSM) ausgelöst? Diese lassen sich in drei Punkten zusammenfassen:

1. Eine Anerkennung dafür, dass die Entscheide zur Konzentration der HSM die Patientenbetreuung in vielen Bereichen verbessert hat.
2. Zum Teil emotional gefärbte Diskussionen und Proteste um einen sogenannten Prestigeverlust von Seiten der Kliniken bei denen der Verlust einer HSM-Leistung drohte.
3. Ein als positiv empfundener, rascher Aufbau von medizinischen Registern zur Dokumentation der Versorgung und der Behandlungsergebnisse, und damit die Schaffung einer verbesserten Datenbasis zur Qualitätssicherung.

Gewisse Eigenheiten des Schweizer Gesundheitssystems erschweren eine nationale Planung der HSM. Dazu gehören die föderalistische Prägung mit wichtigen kantonalen Kompetenzen, aber auch grosse unternehmerische Freiheiten von Spitälern und Spezialisten bei der Definition ihres medizinischen Angebotes. Es liegt zudem in der Natur der Sache, dass überkantonale staatliche Interventionen Widerstände auslösen. Die mit der IVHSM verursachte Einschränkung des Handlungsspielraums einzelner Institutionen oder Personen darf aber keinesfalls das Hauptziel – die Sicherung einer guten Gesundheitsversorgung für alle – in den Hintergrund drängen. Der Patientennutzen muss vor politische Interessen und Prestigedenken gestellt werden. Zum Glück hat die HSM-Initiative bei vielen der betroffenen Akteure ein Umdenken bewirkt. Neue Zusammenarbeiten zwischen Spitälern und Fachpersonen sind in den letzten Jahren aufgebaut worden, das Qualitätsbewusstsein wurde gestärkt und einige Kliniken mit kleinen Fallzahlen verzichteten freiwillig auf die Erbringung von HSM-Leistungen. Nach dem geglückten Start und ein paar Turbulenzen darf es nun aber nicht zu einem Marschhalt kommen. Die Unterstützung des Konzentrationsprozesses durch Bund und Kantone, Spitäler und medizinische Fachkreise – denen ja allen eine optimale Patientenbetreuung am Herzen liegen muss – ist notwendig. Die IVHSM leistet einen wichtigen und mutigen Beitrag zur nachhaltigen Sicherung eines gerechten Zuganges zu unserem qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen.

## Einleitung

Der Bund besitzt im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine subsidiäre Planungskompetenz für den Fall, dass die Kantone die gesamtschweizerische Planung der hochspezialisierten Medizin nicht zeitgerecht beschliessen (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Der Bundesrat nimmt per Ende 2014 eine Standortbestimmung vor um zu prüfen, ob der Bund von dieser Kompetenz Gebrauch machen muss oder nicht. Mit Schreiben vom 15. Dezember 2014 ersuchte Bundesrat Alain Berset das HSM-Beschlussorgan, stellvertretend für die Kantone, eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung der Planung der hochspezialisierten Medizin vorzunehmen. Im Rahmen eines Statusberichts soll über den aktuellen Stand und die nächsten Schritte der HSM-Planung informiert werden. Als Grundlage für die Erstellung dieses Berichts, unterbreitete das EDI einen Fragenkatalog, bestehend aus 30 Fragen (vgl. Anhang A-1). Der Statusbericht des HSM-Beschlussorgans wird dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Grundlage für die Berichterstattung zuhanden des Bundesrates und der zuständigen parlamentarischen Kommissionen dienen. Der vorliegende Bericht wurde vom HSM-Beschlussorgan anlässlich seiner Sitzung vom 9. April 2015 verabschiedet.

## Gesetzlicher Auftrag der Kantone und Zielsetzungen der HSM-Planung

Per Ende 2007 beschloss das Parlament eine Änderung des Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und beauftragte die Kantone für den Bereich der hochspezialisierten Medizin eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzauftrages haben die Kantone per 1.1.2009 die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Für die hochspezialisierte Medizin (HSM) gibt es somit anstelle von 26 kantonalen Planungen nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung.

Anstoss für eine gesamtschweizerische Planung der HSM war die Erkenntnis, dass sich neue medizinische Technologien zunehmend als Kostenfaktor niederschlagen. Die Konzentration von hochspezialisierten Behandlungen und Eingriffen führt zu einer besseren Auslastung hochspezialisierter Einrichtungen und trägt insbesondere auch zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Die gemeinsame Planung der HSM erfolgt im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinischen Versorgung. Die Fallzahlen sind für viele hochspezialisierten Eingriffe und Behandlungen in der Schweiz zu klein, als dass diese medizinischen Leistungen flächendeckend von einer Vielzahl von Spitälern in der notwendigen Qualität und Wirtschaftlichkeit angeboten werden können. Von einer sinnvollen Koordination der Leistungserbringung profitieren nicht nur die betroffenen Patientinnen und Patienten, sondern dies kann auch zu einer Eindämmung des Kostenwachstums führen. Die verstärkte Koordination und Leistungskonzentration trägt dazu bei, Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten zu beseitigen und gleichzeitig die Qualität der Leistungserbringung zu erhöhen. Mit Qualität Kosten sparen, lautet die Maxime dieses Steuerungsansatzes.

# Grundzüge der Planung der hochspezialisierten Medizin

Die interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) bildet die gesetzliche Grundlage der Planung der hochspezialisierten Medizin. Sie bezeichnet die mit dem Vollzug der IVHSM betrauten Organe, legt die Entscheidungsprozesse fest und enthält die Kriterien, die für die Auswahl der Leistungsbereiche und für die Vergabe der IVHSM-Leistungsaufträge zur Anwendung kommen.

## 1 Organe der hochspezialisierten Medizin

Träger der Interkantonalen Planung zur hochspezialisierten Medizin, sind die der Vereinbarung beigetretenen 26 Kantone. Die Plenarversammlung der Vereinbarungskantone (IVHSM-Plenarversammlung) wählt ein politisches Beschlussorgan (HSM-Beschlussorgan), dem der Vollzug der Vereinbarung obliegt. Mit der Unterzeichnung der IVHSM haben die Vereinbarungskantone ihre Zuständigkeit gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG zum Erlass der Spitalliste für den Bereich der HSM dem HSM-Beschlussorgan übertragen.

### 1.1 Zusammensetzung und Verantwortlichkeiten des HSM-Beschlussorgans

Dem HSM-Beschlussorgan obliegt der Vollzug der Vereinbarung (Art. 2 IVHSM). Das Gremium setzt sich aus den 10 Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren der folgenden beiden Gruppen der Vereinbarungskantone der IVHSM zusammen (Art 3 Abs. 1 IVHSM):

1. Fünf Kantone mit Universitätsspital (Bern, Basel-Stadt, Genf, Waadt und Zürich).
2. Fünf weitere Kantone, wovon mindestens zwei Kantone mit grossem Zentrumsspital, das interkantonale Leistungsaufgaben wahrnimmt, vertreten sein müssen. Aktuell sind dies die Kantone Aargau, Glarus, Luzern, St.Gallen und Tessin.<sup>1</sup>

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die schweizerische Universitätskonferenz (SUK) und santésuisse sind mit beratender Stimme im HSM-Beschlussorgan vertreten (Art. 3 Abs. 1 IVHSM). Das HSM-Beschlussorgan wird seit 2010 von der St.Galler Regierungsrätin Heidi Hanselmann präsiert.

Gemäss Art. 3 Abs. 3 bestimmt das HSM-Beschlussorgan die Bereiche der HSM, die einer schweizweiten Leistungskonzentration bedürfen, und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Hierzu erstellt es eine gemeinsame interkantonale Spitalliste gemäss Art. 39 KVG, welche die Bereiche der HSM und die mit der Erbringung der definierten Leistung beauftragten Zentren beinhaltet (Art. 3 Abs. 4 IVHSM). Die Entscheide des HSM-Beschlussorgans basieren auf Anträgen des HSM-Fachorgans und berücksichtigen die in der IVHSM aufgeführten Zuordnungs- und Zuteilungskriterien (Art. 3 Abs. 5 IVHSM). Für diese Beschlussfassungen ist ein Quorum erforderlich, welches die Zustimmung von mindestens vier der fünf Kantone mit Universitätsspital und mindestens vier der fünf weiteren Mitglieder des HSM-Beschlussorgans voraussetzt (Art. 3 Abs. 7 IVHSM).

---

<sup>1</sup> Die Liste der Zusammensetzung des HSM-Beschlussorgans ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)) aufgeschaltet.

## 1.2 Zusammensetzung und Verantwortlichkeiten des HSM-Fachorgans

Das HSM-Fachorgan besteht aus unabhängigen Expertinnen und Experten aus dem In- und Ausland, deren Wahl durch das HSM-Beschlussorgan erfolgt (Art. 2 IVHSM). Das HSM-Fachorgan setzt sich aktuell aus 14 Expertinnen und Experten zusammen und wird seit 2009 von Prof. Peter Suter präsiert.<sup>2</sup> Das Fachgremium erarbeitet die medizinisch-wissenschaftlichen Entscheidungsgrundlagen für das HSM-Beschlussorgan. Dies umfasst u.a. die folgenden Aufgaben (Art. 4 Abs. 3 IVHSM):

- Es beobachtet neue Entwicklungen.
- Es stellt und überprüft Anträge zur Aufnahme eines Bereichs in die HSM.
- Es legt die fachlichen Voraussetzungen fest, die zur Ausführung eines HSM-Leistungsauftrags erfüllt sein müssen; dies beinhaltet namentlich Anforderungen an Fallzahlen, personellen und strukturelle Ressourcen und unterstützende Disziplinen.
- Es bereitet die Entscheidungen des HSM-Beschlussorgans vor, dazu gehören insbesondere die wissenschaftlich-fachlichen Vorbereitungsarbeiten für die Zuteilungsentscheide.

Das HSM-Fachorgan begründet seine Anträge fachbezogen und wissenschaftlich (Art. 4 Abs. 3 Ziffer 5 IVHSM). Es berücksichtigt bei der Erfüllung seiner Aufgaben die massgeblichen Kriterien für die Aufnahme eines Bereichs in die HSM (Art. 1 und Art. 4 Abs. 4 Ziffer 1 und 3 IVHSM) und die in Art. 4 Abs. 4 Ziffer 2 und 3 dargelegten Kriterien für die Erarbeitung der Zuteilungsempfehlungen.

## 2 Planungsgrundsätze der IVHSM und Grundzüge des Verfahrens

### 2.1 Allgemeine Planungsgrundsätze

Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Art. 9 Abs. 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Die IVHSM legt zudem verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung zu beachten sind. Betroffen sind nur stationäre Leistungen, die durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Die Leistungsaufträge sind zeitlich zu befristen und müssen einer periodischen Neu beurteilung unterzogen werden (Art. 3 Abs. 4 IVHSM). Die Leistungsaufträge können Auflagen zur Qualitätssicherung enthalten.

### 2.2 Grundzüge des Verfahrens

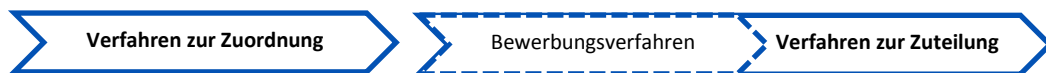
Die Auswahl der medizinischen Bereiche, die im Rahmen der IVHSM geregelt werden sollen, richtet sich nach den massgeblichen Bestimmungen der IVHSM gemäss Art 1 und Art. 4 Abs. 4. Die Auswahl der Leistungserbringer und damit die Erstellung der IVHSM-Spittalliste richtet sich nach den in der IVHSM gemäss Art. 4 Abs. 4 und den in Art. 7 und 8 IVHSM dargelegten Planungskriterien.

---

<sup>2</sup> Die aktuelle Zusammensetzung des HSM-Fachorgans und die Interessenbindung der Mitglieder ist auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)) aufgeschaltet.

Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) erliess in seinem Grundsatzurteil (BVGE C-6539/2011) Vorgaben an die Ausgestaltung des Verfahrens. Gemäss diesen Vorgaben ist ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen *Zuordnung* (Definition des HSM-Bereichs) und *Zuteilung* (HSM-Spitalliste) unterscheidet, wobei die Zuordnung im Zeitpunkt der Anhörung zur Zuteilung bereits feststehen muss (BVGE C-6539/2011, E. 6.4.1). Die HSM-Organen haben im 2014 das Planungsverfahren gemäss den vom BVGer angewiesenen Vorgaben angepasst.

Abbildung 1: Schematische Darstellung des HSM-Planungsverfahrens



In einem ersten Schritt wird das Verfahren zur Zuordnung eines Bereichs zur HSM durchgeführt. Das Zuteilungsverfahren erfolgt erst in einem zweiten Schritt; der Leistungszuteilung vorgelagert ist ein Bewerbungsverfahren.

### 3 Definition und Auswahl der HSM-Bereiche

#### 3.1 Allgemeine Grundsätze

In der Interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) sind die Kriterien festgelegt, welche erfüllt sein müssen, damit ein Leistungsbereich in den Geltungsbereich der IVHSM fällt und damit von der kantonalen Planungskompetenz in die interkantonale Planungskompetenz übergeht. Unter die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin fallen diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, ihr markantes Innovationspotenzial, einen grossen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind (Art. 1 IVHSM). Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien erfüllt sein, wobei dasjenige der Seltenheit immer vorliegen muss.

Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche sind weitere Kriterien gemäss Art. 4 Abs. 4 IVHSM zu berücksichtigen, darunter die Wirksamkeit und der Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der medizinischen Leistung. Schliesslich ist die Relevanz für die Forschung und Lehre sowie für die internationale Konkurrenzfähigkeit zu betrachten.

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM wurden bisher 39 Bereiche der HSM verbindlich geregelt [1]. Die Auswahl der HSM-Bereiche orientierte sich anhand der im Jahr 2006 von den Kantonen Zürich, Basel-Stadt und Bern in Auftrag gegebenen Gutachten zur hochspezialisierten Medizin bzw. Spitzenmedizin [2, 3] und weiteren Vorarbeiten der Gesundheitsdirektorenkonferenz, des Kantons Bern und des Bundesamtes für Statistik [4, 5], welche eine Reihe von exemplarischen Bereichen identifizierte, die als hochspezialisierte Medizin angesehen werden und für die ein verstärkter gesamtschweizerischer Koordinations- und Konzentrationsbedarf besteht. Die in der IVHSM in Art. 1 und Art. 3 Abs. 4 festgelegten Zuordnungskriterien orientierten sich an den im Rahmen der eingeholten Gutachten von internationalen Experten vorgeschlagenen formalen Definition der Spitzenmedizin, demzufolge mindestens eines



der folgenden Kriterien erfüllt sein muss, damit eine medizinische Leistung dem Bereich der hochspezialisierten Medizin zugeordnet werden kann [2]:

- seltene Krankheit (niedrige Inzidenz/Prävalenz wie z.B. Knochentumor)
- hohe Komplexität und hoher Schweregrad einer Krankheit (wie z.B. bei Schwerverbrannten)
- komplexer multidisziplinärer Behandlungsbedarf (z.B. Transplantation)
- hohe Kosten für Infrastruktur/Behandlung (z.B. Protonenstrahlentherapie)

Gemäss dieser Auswahl wurden im Jahr 2005 rund 21'000 Behandlungsfälle zur hochspezialisierten Medizin gezählt, was 2% aller stationär behandelten Fälle in Akutspitälern entspricht. Die mittels Patientengruppierungssystem APDRG ermittelten Behandlungskosten dieser Fälle betragen rund 536 Mio. Franken. Dies sind 3,8% der Kosten der Spitalversorgung im Akutbereich. Bei mehreren Bereichen der hochspezialisierten Medizin ist die Zahl der Leistungserbringer sehr gross. Die Universitätsspitäler weisen zumeist die grössten Fallzahlen pro Betrieb auf. In vielen hochspezialisierten Bereichen sind die durchschnittlichen Fallzahlen in vielen grösseren und kleineren Spitälern mit weniger als 20 Fällen, oder sogar weniger als 10 Fällen pro Jahr jedoch verhältnismässig tief [4].

### **3.2 Definition, Abgrenzung und Interdependenzen zwischen den HSM-Bereichen**

Das HSM-Fachorgan erarbeitet zuhanden des HSM-Beschlussorgans Anträge für Bereiche, die im Rahmen der IVHSM geregelt werden sollen (Art. 4 Abs. 3 IVHSM). Es berücksichtigt dabei die in Art. 1 und Art. 3 Abs. 4 festgelegten Zuordnungskriterien. Für die Abgrenzung der hochspezialisierten Medizin von Leistungen der spezialisierten Versorgung bzw. Grundversorgung werden Fachexperten aus den jeweiligen Fachbereichen beigezogen. Die Umschreibung der HSM-Leistungen erfolgt anhand einer medizinischen Umschreibung. Seit 2012 werden die Abbildung der HSM-Leistungen zusätzlich anhand der Diagnose- (ICD) und Operationscodes (CHOP) beschrieben, um die Leistungen noch besser zuordnen zu können und auch ein gesamtschweizerisches Monitoring der Leistungserbringung zu ermöglichen.

Bei den Leistungen der HSM besteht die Schwierigkeit, dass oftmals die Operationsklassifikation CHOP zu ungenau ist, um die HSM-Leistungen trennscharf abbilden zu können. Zur verbesserten Abbildung der HSM-Leistungen wurden daher für verschiedene HSM-Bereiche von Seiten der betroffenen Fachgesellschaften oder von der Gesundheitsdirektorenkonferenz beim Bundesamt für Statistik Anträge zur Weiterentwicklung der CHOP-Klassifikation eingereicht. In einzelnen Bereichen, namentlich dem HSM-Bereich „Behandlung von Schwerverletzten“ ist mit der aktuellen Ausgestaltung des Operationsklassifikation auch weiterhin keine trennscharfe Abgrenzung des HSM-Bereichs möglich, weshalb bei diesem Bereich vom obigen Grundsatz abgewichen wurde, und die Umschreibung des Bereichs stattdessen anhand von zwei international anerkannten Instrumenten zur Beurteilung der Verletzungsschwere, den Injury Severity Score (ISS) und den Abbreviated Injury Score (AIS), erfolgt.

Die Einteilung und Abgrenzung der HSM-Bereiche orientiert sich an der im Rahmen der kantonalen Spitalplanung definierten Umschreibung der Leistungsbereiche. Die HSM-Leistungen lassen sich den folgenden Bereichen zuordnen:

Tabelle 1: Leistungsbereiche der hochspezialisierten Medizin

Leistungsbereich	HSM-Leistungsgruppe
Hals-Nasen-Ohren	Cochlea Implantate
Neurochirurgie	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie
	Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation
	Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien
	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems
	Seltene Rückenmarkstumoren
Neurologie	Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen
Viszeralchirurgie	Oesophagusresektion
	Leberresektion
	Pankreasresektion
	Tiefe Rektumresektion
	Komplexe bariatrische Chirurgie
Hämatologie	Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen
Protonentherapie	Protonentherapie
Transplantationen	Nierentransplantationen
	Lebertransplantationen
	Lungentransplantationen
	Pankreastransplantation
	Herztransplantationen
Neonatalogie	Neugeborenen-Intensivpflege
Schwere Verletzungen	Schwere Verbrennungen
	Behandlung von Schwerverletzten
Kindermedizin (Pädiatrie)	Stationäre Behandlung von bösartigen Krebserkrankungen
	Behandlung von Neuroblastomen
	Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren; Extremitäten (Beine, Arme)
	Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren; Stamm (Becken, Bauch, Thorax)
	Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems
	Autologe hämatopoietische Stammzelltransplantationen
	Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen
	Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz
	Behandlung von Retinoblastomen
	Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern
	Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung
Kinderchirurgie	Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie
	Elektive, komplexe Trachealchirurgie
	Behandlung von schweren Verbrennungen
	Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata
	Lungentransplantationen
	Lebertransplantationen
	Nierentransplantationen

Die Interdependenzen zwischen den Leistungsbereichen (bspw. Komplexe Hirnschlagbehandlung und vaskuläre Neurochirurgie) oder zwischen Erwachsenen- und Kindermedizin (bspw. Transplantationen) wurden bei den Leistungszuteilungen berücksichtigt.

Im Zuordnungsverfahren wird nebst der medizinischen Umschreibung des HSM-Bereichs und dessen Abbildung im Operations- und Diagnoseverzeichnis, zusätzlich anhand des Erfüllungsgrades der in Art. 1 und Art. 4 Abs. 4 Ziffer 1 und 3 IVHSM genannten Kriterien dargelegt, weshalb ein Bereich der hochspezialisierten Medizin zuzurechnen ist. Im Rahmen der Vernehmlassung haben die Kantone, Spitäler, Versicherer, Fachgesellschaften und weitere interessierte Kreise wie z.B. Patientenorganisationen oder Dachverbände, Gelegenheit zur vorgeschlagenen Definition Stellung zu nehmen. Erst nach verabschiedeter Leistungszuordnung erfolgt im Zuteilungsverfahren die Vergabe der IVHSM-Leistungsaufträge.

## **4 Prozesse und Planungskriterien für die Erstellung der IVHSM-Spittalliste**

### **4.1 Planungskriterien gemäss IVHSM**

Art. 4 Abs. 4 legt die Kriterien fest, die gemäss IVHSM für die Erteilung der IVHSM-Leistungsaufträge und damit für die Erstellung der IVHSM-Spittalliste massgebend sind:

- Qualität
- Verfügbarkeit hochspezialisiertes Personal und Teambildung
- Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen
- Wirtschaftlichkeit
- Weiterentwicklungspotenzial
- Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre
- Internationale Konkurrenzfähigkeit

Weiter zu beachten sind die in Art. 7 umschriebenen Planungskriterien. Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen multidisziplinären Zentren zuzuteilen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Für die Planung soll die Lehre und Forschung sowie die Zugänglichkeit bei Notfällen miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM). Die HSM-Organe orientierten sich bei der bisherigen Planung an den obengenannten Zuteilungskriterien gemäss IVHSM.

### **4.2 Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts an die Erstellung der IVHSM-Spittalliste**

In seinem Urteil vom 26. November 2013 stellte das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) fest, dass im Verfahren zur Erstellung der Spittalliste (Zuteilung) die massgebenden rechtlichen Vorschriften des KVG, der KVV und der IVHSM zu beachten sind (BVGE C-6539/2011, E. 5.9 f. und 7.2). Vorausgesetzt ist eine Bedarfsanalyse, wozu die Definition des Kreises möglicher Patientinnen und Patienten sowie die Festlegung der erforderlichen Kapazitäten gehören. Das HSM-Beschlussorgan hat das Angebot zu ermitteln, welches durch die Aufführung der Spitäler auf der Spittalliste zur Gewährleistung der Versorgung zu sichern ist. Namentlich zu beachten sind die Planungskriterien nach Art. 58a ff. KVV, insbesondere Art. 58b Abs. 4 und 5 KVV.

Bei der Beurteilung und Auswahl des zu sichernden Angebotes erwägen die HSM-Organe nebst der Qualität der Leistungserbringung, auch deren Wirtschaftlichkeit, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags. Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die HSM-Organe insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und im Spitalbereich die Mindestfallzahlen sowie die Nutzung von Synergien. Das HSM-Beschlussorgan hat im Jahr 2014 das Planungsverfahren entsprechend angepasst, um die massgeblichen Anforderungen zu erfüllen.

### 4.3 Erarbeitung der Anforderungen an die HSM-Spittalliste

Gemäss Art. 4 Abs. 3 Ziffer 3 IVHSM legt das HSM-Fachorgan die Voraussetzungen fest, welche zur Ausführung einer Dienstleistung erfüllt werden müssen bzgl. Fallzahl, personellen und strukturellen Ressourcen und an unterstützenden Disziplinen. Das Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVGE C-6539/2011) legte fest, dass für die Erstellung der interkantonalen HSM-Spittalliste grundsätzlich dieselben Anforderungen gemäss den Vorschriften des KVG und seiner Ausführungsverordnung wie bei der Erstellung einer kantonalen Spittalliste zu beachten sind. Die HSM-Organe haben das Planungsverfahren entsprechend angepasst. Dieses beinhaltet die Durchführung eines Bewerbungsverfahrens.

#### 4.3.1 Bedarfsanalyse

Der HSM-Spittalliste liegt eine Bedarfsanalyse zugrunde, welche die Definition des Kreises möglicher Patientinnen und Patienten umfasst und die erforderlichen Kapazitäten abschätzt sowie eine Prognose zur Bedarfsentwicklung beinhaltet.

#### 4.3.2 Qualität

Die Beurteilung der Qualität der HSM-Leistungserbringer erfolgt anhand der gestellten Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Vorgaben an die **Strukturqualität** beinhalten Anforderungen an die Infrastruktur bspw. an die Notfallstation, technische Ausrüstung, die erforderlichen Abteilungen im Hause oder die notwendigen Fachärztinnen und –ärzte und Pflegepersonal, inklusive deren Verfügbarkeit.

Vorgaben an die **Prozessqualität** beinhalten Anforderungen an die Dokumentationspflicht, bspw. die Teilnahme an einem Register, an die Patientenpfade, bspw. die Teilnahme an einem Tumorboard oder die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern.

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

Mit der Verpflichtung zur Teilnahme an einem Register wird der Grundstein gelegt, um zukünftig auch die **Ergebnisqualität** beurteilen zu können, anhand von international validierten Qualitätsindikatoren wie z.B. die 30-Tage- oder 90-Tage-Mortalität. Zur Sicherstellung der Ergebnisqualität und zur Qualitätssicherung wurden in einzelnen Bereichen auch **Mindestfallzahlen** festgelegt. Art. 58b KVV nennt die Mindestfallzahlen als Kriterium für die Leis-

tungsvergabe (Abs. 5 lit. C). Im Interesse von Qualität und Wirtschaftlichkeit sind auch im hochspezialisierten Bereich Vorgaben betreffend Mindestfallzahlen sinnvoll.

Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Eingriffe stellen ein international anerkanntes Qualitätskriterium dar und dienen dazu, die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität sicherzustellen bzw. zu erhöhen [6-8], [9, 10]. Hochspezialisierte Eingriffe benötigen oftmals auch eine äusserst teure Infrastruktur. Mindestfallzahlen pro Betrieb können sicherstellen, dass die Infrastrukturkosten auf eine genügend hohe Zahl an Behandlungsfällen verteilt und damit die Produktivität erhöht werden kann. In Deutschland werden beispielsweise für ausgewählte Eingriffe Mindestfallzahlen zwischen 10 und 25 Behandlungsfälle pro Betrieb vorgeschlagen (z.B. 10 Fälle in der Oesophaguschirurgie, 25 Fälle bei Nierentransplantationen). Bei der Anwendung des Kriteriums von 20 Behandlungsfällen pro Eingriff über alle Bereiche der hochspezialisierten Medizin hinweg zeigt sich gemäss einer Studie des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2007 [4], dass in der Schweiz rund 70% der Spitäler diese Mindestzahl im Jahr 2005 nicht erreichten. Dies zeigt, dass in der Schweiz die Leistungserbringung in einigen Bereichen der hochspezialisierten Medizin noch stark fragmentiert ist.

#### 4.3.3 Wirtschaftlichkeit

Zu Beginn der Planung haben die HSM-Organe auf eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Spitäler verzichtet. Stattdessen wurde der Standpunkt vertreten die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolge bereits im Rahmen der kantonalen Spitalplanung. Ein Spital, das auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, erfülle demzufolge die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit. Das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) rügte diese Interpretation und legte dar, dass auch für die Erstellung der IVHSM-Spitalliste die Wirtschaftlichkeit der Spitäler zu prüfen sei. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dabei auf Betriebsvergleiche abzustützen (Art. 58b Abs. 4 Bst. KVV sowie Abs. 3 UeB KVG).<sup>3</sup> Die HSM-Organe haben das Verfahren entsprechend angepasst. Im Bewerbungsverfahren haben die Spitäler, die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigen Kostendaten einzureichen, namentlich den Kostenausweis nach ITAR-K und die die Kosten- und Leistungsdaten der SwissDRG AG.

#### 4.3.4 Versorgungssicherheit / Zugang Patienten innert nützlicher Frist / Bereitschaft und Fähigkeit einer Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages

Aufgrund der Konzentration von hochspezialisierten Leistungen an einigen wenigen Kompetenzzentren gilt es zu prüfen, ob die Versorgungssicherheit gewährleistet ist, ob genügend Kapazitäten vorhanden sind und wie sich die Wegdistanzen verhalten. In der bisherigen Planung wurde insbesondere bei Notfalleingriffen ein besonderes Augenmerk auf die Zugänglichkeit gelegt mit der Vergabe von Leistungsaufträgen auch an periphere Spitäler zur Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung. Dies betrifft namentlich die HSM-Leistungsbereiche „Behandlung von Schwerverletzten“<sup>4</sup>, „Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen“<sup>5</sup> und der „neurochirurgischen Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS)“<sup>6</sup>. Bei den HSM-Bereichen der Pädiatrie und Kinderchirurgie

<sup>3</sup> Die kantonalen Spitalplanungen haben auf Betriebsvergleiche zu Qualität und Wirtschaftlichkeit abzustützen (BVGE, Urteil C-5647/2011 vom 16. Juli 2013 (Spitalliste des Kantons Aargau).

<sup>4</sup> Bei der Behandlung von Schwerverletzten wird die flächendeckende Notfallversorgung durch Leistungsaufträge an 12 Traumazentren sichergestellt („Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten“, Bundesblatt vom 21. Juni 2011).

<sup>5</sup> „Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen“, Bundesblatt vom 21. Juni 2011.

<sup>6</sup> „Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin im Bereich der „neurochirurgischen Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS)“, Bundesblatt vom 21. Juni 2011.

wird ein besonderes Augenmerk auf die wohnortnahe Versorgung gelegt bzw. die Sicherstellung eines Versorgungsangebotes in den Sprachregionen. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens wird bei allen bewerbenden Spitälern die Bereitschaft zur Erfüllung des Leistungsauftrags erfragt. Die Fähigkeit eines Spitals zur Erfüllung des Leistungsauftrages wird im Speziellen durch die Vorgaben an die Prozess-, und Strukturqualität abgeklärt.

#### 4.3.5 Verfügbarkeit hochqualifiziertes Personal und Teambildung

Die zeitliche Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Fach- und Pflegepersonal ist Teil der Prozessqualität. Das HSM-Fachorgan nimmt für jeden HSM-Bereich eine Auflistung der für die Behandlung notwendigen Fachdisziplinen sowie die Festlegung der erforderlichen Anzahl dieser Fachpersonen vor, um die notwendige zeitliche Verfügbarkeit garantieren zu können, sodass z.B. postoperative Komplikationen selbständig und ohne Spitalverlegung behandelt werden können. Dies senkt das Komplikationsrisiko. Je nach Fachbereich beinhaltet die Operationalisierung dieses IVHSM-Kriteriums auch spezielle Anforderungen an die Ausbildung einer Fachperson, beispielsweise in Form eines Facharzt- oder Schwerpunkttitels oder einer spezifischen Weiter- oder Fortbildung.

#### 4.3.6 Verfügbarkeit der unterstützenden Disziplinen

Die Prozessqualität beinhaltet die Festlegung der für eine bestimmte HSM-Behandlung notwendigen unterstützenden Fachdisziplinen. In vielen HSM-Bereichen ist ein multidisziplinäres Team in die Behandlung involviert, das fachgebietsübergreifend zusammenarbeitet. Durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen kann eine maximale Qualität in der Betreuung- und Behandlungskette gewährleistet werden. Die Operationalisierung dieses IVHSM-Kriteriums beinhaltet die Auflistung der notwendigen Fachdisziplinen sowie die erforderliche Verfügbarkeit. Je nach Fachbereich beinhaltet die Operationalisierung dieses IVHSM-Kriteriums auch spezielle Anforderungen an die Vernetzung der Fachdisziplinen über verschiedene Versorgungsstufen.

#### 4.3.7 Forschung und Lehre

Die Konzentrationsbestrebungen der hochspezialisierten klinischen Medizin hat auch die Förderung der Forschung im entsprechenden Fachbereich zum Ziel. Die Dokumentation der Forschungstätigkeit beinhaltet z.B. die Teilnahme an Förderungsmassnahmen des Nationalfonds und anderer Institutionen, die Teilnahme an Forschungsprojekten, insbesondere die aktive Beteiligung an klinischen und multizentrischen Studien, die Forschung zur Entwicklung von neuen Ansätzen in der Diagnose und Therapie sowie die daraus resultierende Publikationstätigkeit.

Von Relevanz sind ausserdem die Höhe der angeworbenen Drittmittel für die Durchführung von Forschungsprojekten sowie die Förderung von Nachwuchsforschenden inkl. Leitung und Begleitung von Dissertationen und Masterarbeiten. Die aktive Beteiligung in der Lehre dient der Nachwuchsförderung im entsprechenden HSM-Bereich und ist für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen in der Schweiz von zentraler Bedeutung. Die Dokumentation der Lehrtätigkeit beinhaltet z.B. die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für einen bestimmten Facharzt- oder Schwerpunkttitel, die Aktivitäten in der spezifischen Fortbildung sowie die Lehrtätigkeit an der medizinischen Fakultät.

#### 4.3.8 Internationale Konkurrenzfähigkeit

Die Berücksichtigung der internationalen Konkurrenzfähigkeit ist im Hinblick auf die Attraktivität des Forschungsplatzes, der klinischen Versorgung und die wirtschaftliche Entwicklung des Standorts Schweiz von grosser Wichtigkeit. Die Konzentration von hochspezialisierten Leistungen auf einige wenige nationale Zentren dient der Bildung von Kompetenzzentren, die auf nationaler und internationaler Ebene konkurrenzfähig sind. Eine Erhöhung der Fallzahlen pro Zentrum aufgrund des Konzentrationseffektes trägt zur Qualitätsverbesserung bei und stärkt die Kompetenzbildung.

#### 4.4 Bewerbungsverfahren

Im Zuge des HSM-Planungsverfahrens wird für die Vergabe der Leistungsaufträge in jedem HSM-Bereich allen interessierten Leistungserbringern Gelegenheit gegeben, sich um die Zuteilung eines Leistungsauftrags zu bewerben. Damit soll der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV), Willkürverbot (Art. 9 BV) und dem Grundsatz der Gleichbehandlung von Konkurrenten bzw. der staatlichen Wettbewerbsneutralität (Art. 27 und 94 BV) gewährleistet werden. Das HSM-Fachorgan erstellt die detaillierten Grundlagen für das Bewerbungsverfahren aus denen die Eignungs- und massgeblichen Zuschlagskriterien hervorgehen. Die Anforderungen stützen sich auf die massgeblichen Bestimmungen des KVG, KVV und IVHSM und werden jeweils für den Fachbereich operationalisiert. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens haben die Spitäler den Erfüllungsgrad der gestellten Anforderungen zu dokumentieren und die zur Beurteilung notwendigen Unterlagen einzureichen.

#### 4.5 Periodische Neubeurteilung als Instrument der Qualitätssicherung

Die Leistungszuteilungen der HSM sind zeitlich befristet und werden periodisch einer Neubeurteilung unterzogen. Mit der Leistungszuteilung sind Auflagen an die Leistungserbringer verbunden beispielsweise zur Qualitätssicherung, der Vernetzung und der Teilnahme an Registern. Die Auflagen sind jeweils im Beschlussdispositiv, welches im Bundesblatt veröffentlicht wird, aufgeführt.<sup>7</sup> Die periodische Neubeurteilung dient dazu, den Umsetzungsstand der gestellten Auflagen zu prüfen und die erbrachte Versorgung der einzelnen HSM-Leistungserbringer zu beurteilen. Im Rahmen der periodischen Neubeurteilung wird auch die Versorgungslage neu analysiert. Viele Bereiche der HSM sind einem medizinisch-technologischen Wandel unterworfen oder können wie z.B. die Protonentherapie oder die tiefe Hirnstimulation von einer möglichen Indikationsausweitung betroffen sein, welche Auswirkungen auf den Bedarf haben könnten.

---

<sup>7</sup> Die Entscheide sind zusätzlich auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)) publiziert.

## Stand der Umsetzung

Seit in Kraft treten der IVHSM auf 1.1.2009 wurden Leistungszuteilungen in insgesamt 39 Teilbereichen verabschiedet (siehe Tabelle 1). Die Gesamtheit der Leistungszuteilungen bildet die IVHSM-Spittalliste, welche auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)) aufgeschaltet ist. Die vom HSM Beschlussorgan verabschiedete interkantonale Spittalliste der hochspezialisierten Medizin geht den kantonalen Spittallisten vor. Allfällige abweichende Spittallistenzulassungen der Kantone für die Bereiche der hochspezialisierten Medizin gelten als aufgehoben.

Bei der Vergabe der HSM-Leistungsaufträge werden jene Spitäler und Kliniken evaluiert, die für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und effiziente medizinische Versorgung der Schweizer Bevölkerung notwendig sind. Diese Spitäler und Kliniken haben einen HSM-Leistungsauftrag erhalten und sind auf der IVHSM-Spittalliste aufgeführt und damit berechtigt, die Leistungen der hochspezialisierten Medizin zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen. Es wurden Leistungsaufträge an öffentliche und private Spitäler vergeben. Die Leistungsaufträge waren teilweise provisorischer Natur und mit Auflagen verbunden, z.B. der Beteiligung an der Weiterbildung der Fachärzte; in der Regel bedeutet dies die Erlangung der offiziellen Anerkennung als Weiterbildungsstätte im betroffenen Bereich.

Im Rahmen der bisherigen Planung wurden 39 Teilbereiche der HSM verbindlich geregelt (vgl. Tabelle 1). Dies entspricht rund 9250 Behandlungsfällen pro Jahr (vgl. Tabelle 4) und liegt deutlich tiefer als die vom Bundesamt für Statistik (BFS) geschätzte Anzahl von 21'000 Behandlungsfällen, bzw. 2% aller stationär behandelten Fälle in Akutspitälern [4], welche gemäss der vom BFS vorgenommenen Auswahl zur hochspezialisierten Medizin gezählt werden könnten.

### 1 Planungsschwerpunkt der Jahre 2009-2014

Die Planungsschwerpunkte der hochspezialisierten Medizin lagen in den Jahren 2009 bis 2014 in der **Erwachsenenmedizin** auf den Bereichen Neurochirurgie, komplexe Schlaganfallbehandlung, Behandlung von Schwerverletzten und Personen mit schweren Verbrennungen, Organ- und Stammzelltransplantationen; der Versorgung von Patienten, die ein Innenohrimplantat (Cochlea Implantat) benötigen sowie der hochspezialisierten Viszeralchirurgie, d.h. komplexen Eingriffen an Speiseröhre (Oesophagus), Leber, Bauchspeicheldrüse (Pankreas), Mastdarm (Rektum) und bei Patienten mit starkem Übergewicht (bariatrische Chirurgie).

In der **Kindermedizin** lag der Fokus auf einer verbesserten Koordination von Eingriffen in der Kinderchirurgie und hochspezialisierter pädiatrischen Behandlungen sowie auf der Kinderonkologie. Das HSM-Beschlussorgan unterstützte und verstärkte mit seinen verbindlichen Leistungszuteilungen die bereits von den Kinderärztinnen und -ärzten initiierte Schaffung von wenigen Kompetenzzentren in der Schweiz.

Für die Bereiche Protonentherapie, Organ- und Stammzelltransplantationen, Cochlea-Implantate und Schwere Verbrennungen wurde die periodische Neubeurteilung (Reevaluati-on) im Jahr 2013 durchgeführt. Für weitere Bereiche findet die Neubeurteilung in den Jahren 2015 und 2016 statt.



Die erteilten Leistungsaufträge und die Laufzeit der Entscheid sind aus der IVHSM-Spittalliste ersichtlich [1] (siehe auch Anhang A-4).

## **1.1 Erwachsenenmedizin**

### **1.1.1 Organtransplantationen**

Anlässlich der Neubeurteilung der im Jahr 2010 verabschiedeten Leistungszuteilungen für die Organtransplantationen wurde im Jahr 2013 entschieden, Herztransplantation weiterhin an den Universitätsspitalern Lausanne, Bern und Zürich durchzuführen. In der ersten Beurteilungsphase im Jahr 2010 standen erst limitierte Datengrundlagen zur Verfügung, um die Ergebnisqualität der drei Transplantationszentren umfassend beurteilen zu können. Im Jahr 2013 lagen dahingegen Langzeitdaten aus der Swiss Transplant Cohort Study vor, welche eine umfassende Beurteilung der Ergebnisqualität erlaubten. Ausschlaggebend für den Entscheid die drei Herztransplantationszentren beizubehalten, waren die guten Behandlungsergebnisse, die auch dem internationalen Vergleich standhalten können. Es konnte festgestellt werden, dass die Behandlungsqualität an allen drei Universitätsspitalern vergleichbar gut ist. Aufgrund neuer therapeutischer Entwicklungen und der technologischen Weiterentwicklung in der Herzmedizin entschied das HSM-Beschlussorgan die Herztransplantationen künftig in ein Gesamtkonzept der Betreuung von schwerer Herzinsuffizienz zu integrieren. Der akute Organmangel führt dazu, dass nebst der Herztransplantation vermehrt auch mechanische Unterstützungssysteme, d.h. künstliche Herzen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz eingesetzt werden.

Aufgrund der guten Resultate verlängerte das Beschlussorgan auch bei den übrigen Organtransplantationen die Leistungszuteilungen:

- Lungentransplantationen: 2 Zentren (Universitätsspitaler Lausanne, Zürich)
- Lebertransplantationen: 3 Zentren (Universitätsspitaler Genf, Bern, Zürich)
- Pankreastransplantationen: 2 Zentren (Universitätsspitaler Genf, Zürich)
- Nierentransplantation: 6 Zentren (5 Universitätsspitaler, Kantonsspital St. Gallen)

### **1.1.2 Protonentherapie**

Im Rahmen der im Jahr 2013 durchgeführten Neubeurteilung (Reevaluation) bekräftigte das HSM-Beschlussorgan seine Haltung, dass bei der Protonentherapie hinsichtlich des Bedarfs und der Weiterentwicklung keine grundlegend neuen Erkenntnisse aufgetaucht sind, welche den Aufbau von weiteren Behandlungsorten rechtfertigen würden. Die aktuellen und neugeschaffenen Kapazitäten am Paul Scherrer Institut (PSI) in Villigen (AG) wurden als ausreichend erachtet, um die in der Grundversicherung anerkannten Leistungen für diese Therapie abzudecken und die notwendigen Möglichkeiten für neue klinische Studien zu gewährleisten. Das PSI ist weltweit führend in dieser Technologie. Die Leistungszuteilung an das PSI ist mit der Auflage verbunden im Bereich der klinischen Forschung eine stärkere Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern zu etablieren. Die Protonentherapie wird zurzeit insbesondere bei Kindern als komplexe Bestrahlungstherapie zur Behandlung von gewissen bösartigen Augen-, Hirn und Rückenmarkstumoren angewendet. Mit der Leistungszuteilung an das PSI konnten in der Schweiz erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden (siehe Fallbeispiel 3 auf Seite 27)

### 1.1.3 Cochlea Implantate, schwere Verbrennungen und Stammzelltransplantationen

Weitere Entscheide der im Jahr 2013 durchgeführten Neubeurteilung betrafen die Leistungszuteilungen für die Bereiche Stammzelltransplantationen, Behandlung von schweren Verbrennungen und der Cochlea-Implantation. Aufgrund der guten Resultate verlängerte das Beschlussorgan die Leistungszuteilungen:

- Stammzelltransplantationen: 3 Zentren (Universitätsspitäler Basel, Genf, Zürich)
- Schwere Verbrennungen: 2 Zentren (Universitätsspitäler Lausanne, Zürich)
- Cochlea Implantate: 6 Zentren (Universitätsspitäler Basel, Bern, Zürich Lausanne/Genf, Kantonsspital St. Gallen, Luzerner Kantonsspital).

### 1.1.4 Hirnschlag – häufigste Behinderung im Erwachsenenalter

Der Hirnschlag ist die dritthäufigste Todesursache in den industrialisierten Ländern und die häufigste Ursache für eine bleibende Behinderung im Erwachsenenalter. Von den rund 20'000 Patienten, welche in der Schweiz jährlich einen Schlaganfall erleiden, benötigen aufgrund der Schwere des Schlaganfalls rund 800 Patienten eine komplexe, hochspezialisierte Behandlung in einer spezialisierten Hirnschlagabteilung – einem sogenannten „Stroke Center“. Eine rasche Versorgung dieser Patienten in einer solchen neurologischen Spezialabteilung führt zu einer Verbesserung der Überlebenschancen und zu einer Verminderung von Langzeitschädigungen und Invalidität. Qualität ist Gebot der Stunde, deshalb entschied das HSM-Beschlussorgan, die hochspezialisierte Behandlung dieser Patienten künftig auf acht Zentren zu konzentrieren. Zusätzlich wird mit einer flächendeckenden Netzbildung, in welche die Spitäler mit einer abgestuften Hirnschlagversorgung eingebunden werden, die wohnortnahe Versorgung sichergestellt. Von dieser Qualitätsverbesserung profitieren letztendlich alle Hirnschlagpatienten in der Schweiz. Die Leistungszuteilungen für die komplexe Hirnschlagbehandlung werden per Ende 2015 einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen.

Die von der HSM-Regelung initiierte Netzbildung führte zu einer merklichen Verbesserung der Qualität der Schlaganfallversorgung (siehe Fallbeispiel 1 auf Seite 26).

### 1.1.5 Qualitätsverbesserung für die Behandlung von Schwerverletzten

In der Schweiz verunfallen jährlich rund 800 Personen so schwer, dass sie in akuter Lebensgefahr schweben und eine hochspezialisierte medizinische Versorgung benötigen. Die Überlebenschancen und Langzeitprognosen dieser Patienten hängen entscheidend von einem umgehenden Transport in ein Krankenhaus ab, welches über die notwendige Infrastruktur und das entsprechende spezialisierte Personal verfügt, um die adäquate und prioritätengerechte Versorgung während 24 Stunden pro Tag sicherzustellen.

In der Schweiz war die Zuweisung und Erstversorgung von schwerverletzten Patienten nicht optimal geregelt. Der Entscheid des HSM Beschlussorgan diese Behandlung künftig auf 12 Zentren zu limitieren und die Netzbildung zu fördern, stellt die flächendeckende Versorgung sicher. Dadurch werden unnötige Verlegungen vermieden und wertvolle Zeit für die optimale Behandlung gewonnen. Eine optimierte Erstversorgung von Schwerverletzten führt zu kürzeren Spitalaufenthalten und Rehabilitationsphasen und somit auch zu kürzeren Arbeitsausfällen dieser Patienten. Dadurch können bedeutende volkswirtschaftliche Kosten-

einsparungen erzielt werden. Die Leistungszuteilungen für die Behandlung von Schwerverletzten werden per Ende 2015 einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen.

Die Schaffung von Traumazentren führte zu einer merklichen Verbesserung der Versorgungsqualität (siehe Fallbeispiel 2 auf Seite 27).

#### 1.1.6 Hochspezialisierte Neurochirurgie

Das HSM-Beschlussorgan verabschiedete im Jahr 2011 Leistungszuteilungen für die chirurgische Behandlung der Epilepsie, für die tiefe Hirnstimulation, für neuro-vaskuläre Eingriffe und komplexe vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems sowie für die operative Behandlung von seltenen Rückenmarkstumoren. Diese hochspezialisierten Leistungsbereiche wurden auf wenige Standorte konzentriert.

- *Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie*: 3 Zentren: Unispitäler Basel, Zürich und Genf.
- *Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation*: 4 Zentren: Unispitäler Lausanne, Bern und Zürich sowie Kantonsspital St.Gallen.
- *Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien*: 8 Zentren: Fünf Unispitäler sowie die Kantonsspitäler St.Gallen, Aarau und Tessin.
- *Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems*: 3 Zentren: Unispitäler Genf, Bern und Zürich.
- *Seltene Rückenmarkstumoren*: 7 Zentren: 5 Universitätsspitäler sowie die Kantonsspitäler Luzern und St.Gallen.

Die Leistungszuteilungen für die HSM-Neurochirurgie werden per Ende 2015 einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen.

#### 1.1.7 Hochspezialisierte Viszeralchirurgie

Das Beschlussorgan setzte im Jahr 2012 wichtige Akzente für eine qualitativ hochstehend chirurgische Versorgung in der Schweiz: komplexe chirurgische Eingriffe am Verdauungstrakt, der Bauchspeicheldrüse und der Leber (sogenannt viszeralchirurgische Eingriffe) sollen zukünftig nur noch an Spitälern durchgeführt werden, welche über die dafür erforderliche Infrastruktur und das notwendige Fachpersonal verfügen sowie genügend Erfahrung aufweisen. Dafür soll ein stufenweises Verfahren zur Anwendung kommen, welches über 2 Jahre eine schrittweise Konsolidierung dieser Aktivitäten vorsieht. Damit wurde gewissen Spitälern eine Übergangsfrist eingeräumt. In einer ersten Etappe dürfen diese Operationen nur noch von rund der Hälfte der bisherigen Leistungserbringer erbracht werden.

- *Oesophagusresektion*: Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre): 7 Spitäler; provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 7 Spitäler
- *Resezierende Pankreaschirurgie*: Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre): 8 Spitäler; provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 13 Spitäler
- *Resezierende Leberchirurgie*: Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre): 8 Spitäler; provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 11 Spitäler
- *Tiefe Rektumresektionen*: Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 37 Spitäler.

– *Komplexe bariatrische Eingriffe*: Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre): 27 Spitäler

Diese schwierigen Operationen wurden bisher an einer Vielzahl von Spitälern durchgeführt, mit teilweise sehr kleinen Fallzahlen, d.h. unter 5 Fälle pro Jahr. Die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten war dabei nicht immer optimal. Wissenschaftliche Studien haben aufgezeigt, dass ein erheblich erhohotes Komplikationsrisiko in Spitälern besteht, an welchen diese Operationen nur einige wenige Male pro Jahr durchgeführt werden. Mit dem Entscheid für eine stärkere Leistungskonzentration, setzte das HSM-Beschlussorgan ein wichtiges Zeichen für die Qualitätssicherung der chirurgischen Versorgung und schafft gleichzeitig auch die notwendigen Voraussetzungen, um zukünftig erstmals über schweizweit einheitliche Daten zur Ergebnisqualität verfügen zu können. Das Ziel dieser Regelung war das Komplikationsrisiko zu senken und die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie Kosteneinsparungen zu erzielen. Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften unterstützten die getroffene Regelung in hohem Masse.

Die verabschiedeten Leistungszuteilungen waren nicht unumstritten. Rund 30 Spitäler reichten vor Bundesverwaltungsgericht Beschwerde ein. Die grosse Mehrheit der beschwerdeführenden Spitäler führte diese Eingriffe weniger als fünfmal pro Jahr durch. Von den insgesamt 2910 Behandlungsfällen, welche die HSM-Viszeralchirurgie umfasst, wurden lediglich 256 Eingriffe in einem der beschwerdeführenden Spitälern durchgeführt. Dies entspricht lediglich 8.8% der HSM-Behandlungsfälle in der Schweiz. Die Beschwerden wurden aus Verfahrensgrunden teilweise gutgeheissen.

## **1.2 Kindermedizin**

### **1.2.1 Eine optimale Versorgung von extremen Frühgeborenen**

In der Schweiz benötigen jährlich rund 800 Frühgeborene eine hochspezialisierte intensivmedizinische Betreuung. Insbesondere die Versorgung von extremen Frühgeborenen, d.h. von Frühchen, welche vor der 28. Schwangerschaftswoche geboren werden, stellt höchste Ansprüche an Ärzte und Pflegende. Das HSM-Beschlussorgan entschied die Behandlung und Pflege dieser jungen Risikopatienten auf neun Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe einzuschränken, welche über die notwendige Erfahrung und Infrastruktur verfügen, um die notwendige Betreuung dieser Neugeborenen zu gewährleisten und ihnen dadurch einen optimalen Start ins Leben zu ermöglichen.

### **1.2.2 Behandlung von Kindern mit schweren Verbrennungen**

Das HSM-Beschlussorgan entschied die Behandlung von Kindern mit schweren Verbrennungen schweizweit auf zwei Zentren zu konzentrieren. Die Brandverletztenzentren des Kinderspitals Zürich und des Universitätsspitals Lausanne verfügen über die notwendige hochmoderne Infrastruktur und langjährige Expertise für die Behandlung dieser schwer brandverletzten Kindern, welche oftmals eine spezifische Intensivbehandlung und komplexe plastisch-rekonstruktive Eingriffe benötigen.

### 1.2.3 Konzentration von Organtransplantationen bei Kindern auf einige wenige Zentren

Organtransplantationen bei Kindern sind äusserst selten. Aufgrund der schweizweit sehr kleinen Fallzahlen entschied das HSM-Beschlussorgan, die Lungen- und Lebertransplantationen bei Kindern schweizweit nur noch jeweils an einem Zentrum durchzuführen. Für Lungentransplantation ist dies das Universitätsspital Zürich, für Lebertransplantation das Universitätsspital Genf. Dadurch soll Aufbau und Sicherung eines nationalen Kompetenzzentrums in diesem Leistungsbereich gefördert werden. In Anbetracht der komplexen Vor- und Nachsorge der etwas weniger seltenen Nierentransplantationen bei Kindern erfolgen diese an den Universitätsspitaler Bern, Lausanne und Zürich. Damit wird eine optimale Betreuung dieser Kinder gewährleistet.

### 1.2.4 Behandlung von Augentumoren

Das Retinoblastom ist ein bösartiger Tumor in der Netzhaut des Auges. In der Schweiz erkranken jährlich 3 bis 4 Kinder an diesem äusserst seltenen Tumor. Das HSM-Beschlussorgan entschied die Behandlung dieser Kinder zukünftig schweizweit einzig am Universitätsspital Lausanne durchzuführen, welches in diesem Leistungsbereich über eine ausgezeichnete Expertise verfügt und auch viele Kinder aus dem Ausland zugewiesen erhält.

### 1.2.5 Konzentration von hochkomplexen Eingriffen in der Kinderchirurgie

Auch in der Kinderchirurgie setzte das HSM-Beschlussorgan starke Akzente. Komplexe Eingriffe an Leber und Gallenwegen sowie an der Luftröhre wurden schweizweit auf jeweils ein Zentrum konzentriert. Das Universitätsspital Genf verfügt über eine langjährige Erfahrung und grosse Expertise in der Leberchirurgie bei Kindern und ist zudem das einzige Lebertransplantationszentrum für Kinder in der Schweiz. Komplexe chirurgische Eingriffe an der Luftröhre stellen höchste Anforderungen und werden seit vielen Jahren mit Erfolg am Universitätsspital Lausanne durchgeführt.

### 1.2.6 Spezielle Abklärungen bei Störungen des körpereigenen Immunsystems

In der Schweiz benötigen jährlich rund 20 Kinder spezifische Abklärungen aufgrund von angeborenen oder erworbenen Störungen in der Funktion des körpereigenen Immunsystems. Diesen Störungen liegen meist sehr seltene Krankheiten – sogenannte orphan diseases – zugrunde. Diagnostik und die Bestimmung des Therapieplans erfordern eine hochspezialisierte Expertise. Das Kinderspital Zürich ist das bestehende Kompetenz- und Referenzzentrum für diese Abklärungen in der Schweiz. Dies wurde nun mit einer formellen Leistungszuteilung im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin verbindlich geregelt.

### 1.2.7 Diagnostik und Betreuung von angeborenen Stoffwechselstörungen

In der Schweiz erkranken jährlich rund 50 Kinder an seltenen Stoffwechselstörungen und benötigen spezifische diagnostische Abklärungen und Betreuung. Die Behandlung der betroffenen Kinder wurde im Rahmen der HSM auf die Universitätsspitaler Lausanne und Bern

sowie auf das Kinderspital Zürich konzentriert. Diese drei Kompetenzzentren verfügen über die notwendige Expertise und spezialisierten Fachkräfte, um Diagnostik und hochspezialisierte Langzeitbetreuung auf höchstem Niveau sicherzustellen.

#### 1.2.8 Spezielle Abklärungen bei schwerer Epilepsie

Bei Kindern, die an einer bestimmten Form von schwerer Epilepsie leiden, wird nach erfolgloser medikamentöser Langzeitbehandlung ein chirurgischer Eingriff in Betracht gezogen, der zum Ziel hat, das Hirngewebe, welches epileptische Anfälle auslöst, zu entfernen. Bevor der Eingriff stattfinden kann, müssen zuerst äusserst aufwändige, hochkomplexe präoperative Abklärungen vorgenommen werden. In der Schweiz müssen sich jährlich rund 40 Kinder diesen Abklärungen unterziehen. Aus Gründen der Qualitätssicherung entschied das HSM-Beschlussorgan, dass diese Untersuchungen künftig schweizweit nur noch an zwei Zentren, dem Universitätsspital Genf und dem Schweizerische Epilepsiezentrum (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich) angeboten werden. Die beiden Zentren verfügen über die hochspezialisierte Expertise, die dafür notwendigen Spezialisten und spezifische Infrastruktur, um erforderlichen Abklärungen durchführen zu können.

#### 1.2.9 Qualitätsverbesserung in der Behandlung von schwerverletzten Kindern

In der Schweiz verunfallen jährlich rund 200 Kinder so schwer, dass sie in akuter Lebensgefahr schweben und eine hochspezialisierte kinderchirurgische Versorgung benötigen. Die Überlebenschancen und Langzeitprognosen hängen entscheidend von einem umgehenden Transport in eine Kinderklinik ab, welche über die notwendige Infrastruktur und das entsprechende Personal verfügt, um die adäquate und prioritätengerechte Versorgung während 24 Stunden pro Tag sicherzustellen. Der Entscheid des HSM Beschlussorgans, diese Behandlung künftig auf 8 Kompetenzzentren einzuschränken, stellt die flächendeckende Versorgung sicher.

#### 1.2.10 Pädiatrische Onkologie

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen erfolgt zukünftig ausnahmslos an einem kinderonkologischen Kompetenzzentrum. Dies entschied das HSM-Beschlussorgan und legte die 9 Spitäler fest, welche diese Behandlungen durchführen dürfen. Die Leistungszuteilung ist mit der Verpflichtung zu einer stärkeren Vernetzung und systematisierten Koordination der Behandlung mit allen Leistungserbringern verbunden. Damit wird ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung der kinderonkologischen Versorgung in der Schweiz geleistet. Zusätzlich wurden Stammzelltransplantationen und die Behandlung von Kindern mit sehr seltenen Krebserkrankungen (Neuroblastomen, Weichteilsarkomen, Knochentumoren, Tumoren des zentralen Nervensystems) auf einige wenige kinderonkologische Spezialkliniken konzentriert, um die Schaffung von nationalen Kompetenzzentren voranzutreiben.

Die im Jahr 2011 resp. 2012 verabschiedeten Leistungszuteilungen im Bereich der HSM-Pädiatrie, Kinderchirurgie und Kinderonkologie werden in den Jahren 2015 und 2016 einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen.

## 2 Beschwerden gegen HSM-Leistungszuteilungen

Ein Grossteil der in den 39 HSM-Bereichen verabschiedeten Leistungszuteilungen war unbestritten. In 17 HSM-Bereichen reichten einzelne oder mehrere Spitäler vor Bundesverwaltungsgericht Beschwerde ein. Zu Beschwerdeeingaben kam es hauptsächlich in den Bereichen der HSM-Viszeralchirurgie und der Kinderonkologie.

Von den insgesamt 9250 Behandlungsfällen, die bisher in die HSM eingeschlossen wurden, waren lediglich 441 Fälle von Beschwerden betroffen. Dies entspricht 4,7% aller Behandlungsfälle.

Tabelle 2: Übersicht Fallzahlen Beschwerden

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

\*:Schätzung: 5% der Gesamtfälle

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

Im Jahr 2010 trafen die ersten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts ein. Das BVGer trat nicht auf die eingereichten Beschwerden zu den Leistungszuteilungen im Bereich der Protonentherapie (BVGE C-5305/2010) und der Herztransplantationen (BVGE C-5301/2010) ein. Den beschwerdeführenden Spitälern wurden ein besonders schutzwürdiges Interesse und damit die erforderliche Beschwerdelegitimation abgesprochen. Das erste materielle Urteil zum Planungsverfahren traf im November 2013, rund 4 Jahre nach in Kraft treten der IVHSM ein.

In seinem Urteil C-6539/2011 vom 26. November 2013 fällte das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) im Bereich der Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern einen Grundsatzentscheid betreffend der Planung der hochspezialisierten Medizin. Das BVGer hielt das HSM-Beschlussorgan an bei seiner Planung ein zweistufiges Entscheidungsverfahren durchzuführen: zuerst muss die Zuordnung eines Behandlungsbereichs zur HSM vorgenommen

werden; anschliessend erfolgt die Verabschiedung der HSM-Leistungsaufträge und damit die Bestimmung der HSM-Leistungserbringer (Zuteilungsverfahren). In seinen bisherigen Entscheidungen hat das HSM-Beschlussorgan jeweils gleichzeitig den Bereich der HSM zugeordnet und die Leistungszuteilungen verfügt. Durch dieses einstufige Verfahren seien verschiedene bundesrechtliche Regelungen verletzt worden. Solange über die Zuordnung zur HSM nicht entschieden war, könne die vom Bundesrecht vorgeschriebene Versorgungsplanung der Spitalliste nicht rechtskonform erfolgen und interessierte Leistungserbringer könnten bei der Evaluation der Leistungsaufträge ihren Anspruch auf rechtliches Gehör sowie ihre Interessenanmeldung nur bedingt wahrnehmen.

Dieses Grundsatzurteil hatte Auswirkungen auf die weiteren noch hängigen Beschwerden. Abgestützt auf das obige Grundsatzurteil, hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerden verschiedener Spitäler zu den verabschiedeten Leistungszuteilungen in den HSM-Bereichen Neurochirurgie (BVGE C-4155/2011 und C-4153/2011), Behandlung von Hirnschlägen (BVGE C-4154/2011), HSM-Viszeralchirurgie, Kinderonkologie und Neugeborenen-Intensivpflege (BVGE C-6504/2011) teilweise gut. Es hob die angefochtenen Beschlüsse auf und wies die Sache im Sinne der Erwägungen zur Durchführung eines rechtskonformen Verfahrens an die Vorinstanz zurück. Nichteingetreten ist das BVGer mangels Beschwerdelegitimation auf die Beschwerden der Kantone und Fachgesellschaften.

## **2.1 Prozedurale und materielle Auswirkungen der Beschwerden**

Die Kantone haben mit der Unterzeichnung der IVHSM rechtliches Neuland betreten und es bestanden offene Verfahrensfragen. Das Bundesverwaltungsgericht klärte diese in seinem Grundsatzurteil (C-6539/2011) und machte Vorgaben zur zukünftigen Ausgestaltung des Verfahrens. Mit seinem Grundsatzurteil führt das BVGer aus, dass sich die Entscheide des HSM-Beschlussorgans von kantonalen Spitallistenentscheiden unterscheiden. Zusätzlich zum Entscheid über die Zuteilung der Leistungsaufträge (Zuteilungsentscheid; Spitallistenentscheid im engeren Sinne) obliegt dem HSM-Beschlussorgan auch die Bestimmung der Bereiche der hochspezialisierten Medizin, die einer schweizweiten Konzentration bedürfen (Zuordnungsentscheid). Mit dem Zuordnungsentscheid wird in generell-abstrakter Weise definiert, welche Bereiche zur HSM gehören. Er bildet die Voraussetzung und die Ausgangslage für die Planung und die Zuteilung der Leistungsaufträge. Mit dem Zuteilungsentscheid wird demgegenüber individuell-konkret über Leistungsaufträge an ausgewählte Spitäler entschieden. Die HSM-Organe haben im 2014 das Verfahren gemäss den vom BVGer erlassenen Vorgaben angepasst.

In seinem Urteil C-5301/2010 vom 2. April 2012 stellte das Bundesverwaltungsgericht fest, dass die Spitalliste aus einem Bündel von Einzelverfügungen besteht. Nicht angefochtene Zuteilungsentscheide (Zuteilung resp. Nichtzuteilung von Leistungsaufträgen) erwachsen in Rechtskraft. Das Bundesverwaltungsgericht erläuterte in seinem Entscheid C-6994/2013, dass die von ihm angeordneten Aufhebungen der Beschlüsse nur Rechtswirkungen gegenüber den beschwerdeführenden Spitälern entfalten. Es ist somit nicht die IVHSM-Spitalliste in den angefochtenen HSM-Bereichen als ganzes aufgehoben. Die Entscheide entfalten somit Rechtswirkung gegenüber den Spitälern, welche eine Leistungszuteilung erhalten haben (positive Verfügung) und auch gegenüber denjenigen Spitälern, die den Nichtzuteilungsentscheid des HSM-Beschlussorgans nicht angefochten haben, diese können demnach keine Behandlungen durchführen, die von den angefochtenen HSM-Beschlüssen geregelt wurden. Bei den Entscheiden des BVGer handelt es sich um sog. kassatorische Entscheide. Das Gericht hiess die entsprechenden Beschwerden insoweit gut, als der angefochtene Beschluss



aufgehoben wurde, soweit er die Nichtzuteilung eines Leistungsauftrags im angefochtenen HSM-Bereich betrifft, und wies die Sache zur Durchführung einer bundesrechtskonformen Versorgungsplanung und Neuerteilung an die Vorinstanz zurück. Somit hat das Gericht keine materielle Entscheidung in der Sache getroffen. Bezüglich der Spitälern deren Beschwerden vom BVGer teilweise gutgeheissen wurden, bedeutet dies demnach, dass wenn weder vom HSM-Beschlussorgan noch ein kantonaler Zuteilungsentscheid vorliegt, das Spital die Leistungen nicht mehr über die OKP abrechnen darf. Die IVHSM-Spittalliste entfaltet somit auch Rechtskraft in den HSM-Bereichen, in denen die Beschwerden teilweise gutgeheissen wurden.

Die Umsetzung der vom Bundesverwaltungsgericht erlassenen inhaltlichen Anforderungen an das Planungsverfahren und die damit verbundenen Erhebungen, deren Auswertung sowie die in verfahrensrechtlicher Hinsicht zu gewährenden Rechte führen zu einer erheblich längeren Bearbeitungszeit. Vom Start der Vernehmlassung zum Zuordnungsverfahren bis zur Verabschiedung der Leistungszuteilungen ist mit rund 1.5 Jahren zu rechnen. Dies führt dazu, dass die Neuzuteilung der bis Ende 2014 und Ende 2015 befristeten Leistungsaufträge nicht nahtlos erfolgen kann. In der entstehenden HSM-Regulierungslücke kommen die kantonalen Leistungsaufträge zum tragen; dies bis zum Zeitpunkt einer Neuzuteilung durch die IVHSM-Organen und der Verabschiedung der neuen HSM-Leistungsaufträge. Die entstandenen Regulierungslücken stellen die Kantone vor grosse Herausforderungen. Ein Grossteil der Leistungszuteilungen ist bis Ende 2014 bzw. 2015 und 2016 befristet. Der Planungsschwerpunkt für die Jahre 2015 und 2016 liegt demzufolge auf der Durchführung der Reevaluati-  
onen.

## **2.2 Auswirkungen auf das rechtliche Gehör / Anhörungen**

Mit der Neugestaltung des Verfahrens wurden die Verfahrensrechte der betroffenen Parteien erheblich gestärkt, in dem sowohl in der Vernehmlassung zur Leistungszuordnung als auch in der Vernehmlassung zur Leistungszuteilung die Möglichkeit zur Stellungnahme besteht. Damit wird das rechtliche Gehör sichergestellt. Im Bewerbungsverfahren, welches der Leistungszuteilung vorgelagert ist, erhalten zudem alle interessierten Spitäler die Möglichkeit zur Bewerbung und damit auch zur Stellungnahme zu den angewendeten Entscheidkriterien.

## Auswirkungen der HSM-Leistungszuteilung

Der Konzentrationseffekt der bisher verabschiedeten Leistungszuteilungen war unterschiedlich hoch. In einzelnen Bereichen – z.B. der HSM-Viszeralchirurgie - konnte eine relativ starke Leistungskonzentration erzielt werden; in Bereichen wie der Protonentherapie hingegen wurde eine medizinisch-fachlich nicht indizierte Mengenausweitung verhindert und damit bedeutende Kosteneinsparungen erzielt. In gewissen Gebieten hat die HSM-Regelung zu deutlich besseren Resultaten in der Patientenversorgung geführt, z.B. bei der Herztransplantation und der Schlaganfallbehandlung. In anderen Bereichen konnte der status quo verbindlich geregelt und damit eine zukünftige Verzettlung der kleinen Fallzahlen auf eine grössere Zahl von Zentren verhindert werden.

Eine quantitative Beurteilung der Auswirkungen der HSM-Leistungszuteilung ist zum jetzigen Zeitpunkt nur in wenigen Bereichen möglich. Grund dafür sind die fehlenden bzw. unvollständigen Datengrundlagen und die kurzen Laufzeiten der Entscheide. Mit der Schaffung von Qualitätsregistern (vgl. Anhang A-3) und der konsequenten Abbildung der HSM-Leistungen in den Klassifikationssystemen CHOP und ICD, welche die Abstützung auf Routinedaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erlaubt, wurde in vielen Bereichen die Grundlagen für ein umfassendes Monitoring der Leistungszuteilungen geschaffen.

### **1 Auswirkung der HSM-Leistungszuteilung auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung**

Die gemeinsame Planung der hochspezialisierten Medizin erfolgt im Hinblick auf eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinischen Versorgung. Die Konzentration von hochspezialisierten Behandlungen und Eingriffen trägt zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Von einer sinnvollen Koordination der Leistungserbringung und einem verringerten Komplikationsrisiko in Zentren mit höheren Fallzahlen profitieren nicht nur die betroffenen Patientinnen und Patienten, sondern dies führt auch zu einer Senkung der Gesundheitskosten. In verschiedenen Bereichen führte die Konzentration von hochspezialisierten Leistungen zu einer verbesserten Koordination der Behandlungskette oder es konnte durch die Einführung von Mindestfallzahlen beispielsweise im Bereich der Viszeralchirurgie zu einer Senkung des Komplikationsrisikos beigetragen werden.

Wissenschaftliche Studien belegen in vielen Bereichen der hochspezialisierten Medizin, dass eine Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität zu einer verbesserten Ergebnisqualität beiträgt, in dem die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen verringert, die Mortalität gesenkt oder die Morbidität verringert wird und damit die Funktionalität der Patienten und deren Eingliederung in den Berufsalltag verbessert werden kann.

Aufgrund der kurzen Beobachtungszeiten seit der Einführung der HSM und unvollständigen Datengrundlagen ist es in vielen Bereichen zurzeit nicht möglich, die durch die Konzentration von hochspezialisierten Leistungen ausgelösten Qualitätsverbesserungen und erzielten Kosteneinsparungen zu quantifizieren. Die Leistungszuteilungen der HSM sind mit der Auflage zur Teilnahme an einem Register verknüpft. Damit wurde der Grundstein gelegt, um zukünftig bessere datengestützte Aussagen zur Versorgungslage und Entwicklung der Versorgungsqualität machen zu können. Die erzielten Qualitätsverbesserungen werden exemplarisch anhand der im Jahr 2011 verabschiedeten Leistungszuteilungen in den Bereichen komplexe

Schlaganfallversorgung und Behandlung von Schwerverletzten erläutert. Diese beiden Bereiche werden aktuell einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen. Erzielte Kosteneinsparungen werden exemplarisch am Beispiel der Protonentherapie dargelegt.

### **1.1 Fallbeispiel 1: Regelung der HSM führt zu verbesserter Schlaganfallversorgung**

Die initiale optimale Betreuung und Behandlung von Schlaganfallpatienten erhöhen die Überlebenschancen und können das Ausmass an Behinderung nach einem Schlaganfall vermindern. Etwa 2-3% der Schlaganfallpatienten benötigen eine komplexe, hochspezialisierte Behandlung, die in den Zentren der Maximalversorgung erfolgen sollte. Eine abgestufte Versorgung von Schlaganfallpatienten ist angezeigt, aufgrund der hohen Anforderungen an die richtige Diagnosestellung, die ein Zusammenspiel von Spezialisten aus verschiedenen Disziplinen – Neurologen, Internisten, Neurochirurgen, Radiologen, u.a. – erfordern, damit die notwendigen Behandlungsschritte umgehend eingeleitet werden können. Dies bedingt hohe Anforderungen an erfahrenes Personal und grosse Vorhalteleistung, die sich kleine Kliniken personell und apparativ oft nicht leisten können. Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, Schlaganfallpatienten, welche eine hochspezialisierte Behandlung benötigen auf wenige Zentren zu konzentrieren. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Versorgung auf speziellen Schlaganfallstationen die Sterblichkeit und das Ausmass der Behinderung nach einem Schlaganfall reduzieren [11, 12].

Im Jahr 2009 wurde die komplexe Hirnschlagversorgung 8 Spitälern zugewiesen mit der Auflage an die Spitäler, sich als Versorgungseinrichtung auf Stufe „Stroke Center“ (SC) zertifizieren zu lassen und sich zu regionalen Versorgungsnetzwerken zusammenzuschliessen, welche Spitäler der Versorgungsstufe „Stroke Unit“ miteinschliessen, um damit eine optimierte und stufengerechte Versorgung zu gewährleisten. Die Fachgesellschaften für Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie wurden mit dem Zertifizierungsprozess beauftragt. Damit konnten verbindliche Qualitätsstandards in der Versorgung umgesetzt, Behandlungspfade definiert und die Bildung von regional abgestimmten Versorgungsnetzwerken angestossen werden. Die Schweiz ist damit dem Beispiel umliegender Länder gefolgt, in denen solche Versorgungsnetzwerke für Hirnschlagpatienten bereits seit längerem umgesetzt sind (z.B. Deutschland, UK). Von einer verbesserten Koordination der Schlaganfallversorgung profitieren nicht nur die Patienten, die eine hochspezialisierte Versorgung benötigen, sondern letztendlich alle Hirnschlagpatienten in der Schweiz. Damit können die Lebensqualität der betroffenen Personen verbessert und erhebliche finanzielle Kosteneinsparungen erzielt werden.

Die Schlaganfallexperten der Schweiz konnten in den letzten Jahren durch die konsequente Zuweisung der betroffenen Patientinnen und Patienten an ein Stroke Center eine Qualitätssteigerung in der Versorgung von Hirnschlagpatienten feststellen. Die an diesen Zentren durchgeführte intraarterielle Mikrokatherbehandlung (Thrombektomie) ist für viele Patienten lebensrettend bzw. führt zu deutlich geringeren Langzeitschäden [13]. Für die Durchführung dieser Mikrokatherbehandlung ist speziell geschultes Fachpersonal, wie es an den Stroke Centers vorhanden ist, notwendig. Für einen Einsatz rund um die Uhr werden mehrere Ärzte mit entsprechender Expertise benötigt. Es dauert auch für gut ausgebildete interventionelle Neuradiologen ein bis eineinhalb Jahre, bis das Verfahren beherrscht wird. Zudem müssen alle Abläufe so optimiert sein, dass nicht kostbare Zeit verloren geht [14].

## **1.2 Fallbeispiel 2: Schwerverletzte Patienten profitieren von Versorgung in Traumazentrum**

Das HSM-Beschlussorgan hat mit seinen Leistungszuteilungen im Bereich der Schwerverletztenversorgung entschieden, dass schwerverletzte Patienten direkt in einem Spital der Maximalversorgungsstufe, einem sog. Traumazentrum behandelt werden. Die Versorgung von lebensbedrohlich verletzten Patienten ist ein hochkomplexer Prozess, welcher aus Gründen der fehlenden Planbarkeit höchste Anforderungen an die notfallmässige Organisation und das Prozessmanagement stellt und unter Zeitdruck erfolgt. Diese Verletzungen erfordern eine umgehende, spezialisierte interdisziplinäre Behandlung. Die Prognose hängt entscheidend von der zeitnahen adäquaten und prioritätengerechten Diagnose und Therapie ab. Die Bedeutung des direkten Transports der Schwerverletzten vom Unfallort in ein entsprechendes Zentrumsspital und der Vorteil einer Behandlung in einem Traumazentrum im Vergleich zur Therapie in einem peripheren Spital ist in der Fachliteratur umfassend beschrieben [15-17]. Dies führt zu einer Reduktion der vermeidbaren Todesfälle sowie zu einer Verbesserung des funktionalen Outcomes [18-22]. Die Kurz- und Langzeitsterblichkeit der Schwerverletzten kann durch eine Behandlung an einem spezialisierten Traumazentrum um bis zu 25% reduziert werden, verglichen mit einer Behandlung an nicht spezialisierten Zentren [20]. Eine prospektive Kohortenstudie an 280 Patienten mit stumpfem Polytrauma zeigt, dass die Mortalität 46% höher ist, wenn diese Mehrfachverletzten nicht direkt, sondern auf Umwegen über kleinere Spitäler das Traumazentrum erreichen [23].

Ein schwerer Unfall verursacht einerseits die unmittelbaren Primärkosten, andererseits indirekte Folgekosten aufgrund des Arbeitsausfalls.<sup>8</sup> Diese Patienten sind häufig jung, zum Zeitpunkt des Ereignisses meist gesund und ihr Produktivitätsverlust stellt eine hohe finanzielle Belastung für die Gesellschaft dar. Die hohen Primär- und Folgekosten sind wichtige Gründe, die Versorgung von Schwerverletzten regional oder überregional zu koordinieren und zu konzentrieren [24, 25]. Eine optimierte Versorgung der schweren Verletzungen führt zu bedeutenden Kosteneinsparungen. Um diese zu erfassen, bedarf es einer kontinuierlichen präzisen Berechnung der Versorgungskosten. Dank dem mit dem HSM-Prozess eingeführten Schweizerischen Traumaregister wird diese in Zukunft möglich sein.

## **1.3 Fallbeispiel 3: Kosteneinsparungen in der Protonentherapie dank Verzicht auf ein zweites Zentrum**

Bisher sind die Zweckmässigkeit und wirtschaftliche Vertretbarkeit der Protonentherapie (WZW-Kriterien) erst bei wenigen Tumorbefunden wissenschaftlich gesichert. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wird daher nur die Behandlung einzelner ausgewählter seltener Krebsarten vergütet. Bei weiteren Tumorarten ist der medizinische Vorteil der Protonenstrahlentherapie noch nicht hinreichend bewiesen und bleibt Gegenstand intensiver klinischer Forschung. Das HSM-Beschlussorgan sprach sich aufgrund des fehlenden klinischen Bedarfs gegen die Leistungszuteilung an ein zweites Protonentherapiezentrum aus. Die aktuellen und die neugeschaffenen Behandlungseinheiten am Paul Scherrer Institut (PSI) wurden als ausreichend erachtet, um die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anerkannten Leistungen zu erbringen und die notwendigen Kapazitäten für klinische Studien bereitzustellen. Die Behandlungskapazitäten liegen mit den neugeschaffenen Behandlungsplätzen bei rund 500-600 Patienten pro Jahr. Der aktuelle Bedarf für Patienten aus der Schweiz wird auf rund 200-250 Patienten pro Jahr geschätzt, ausgehend von der Zahl der behandelten Personen in den Jahren 2010-2013.

---

<sup>8</sup> Der Erwerbssersatz bei den Unfällen betrug 2011 rund 1,706 Milliarden Franken und entsprach etwa 1.4 % der Gesamtrechnung aller Sozialleistungen. Die Zuwachsrate von 2010 auf 2011 betrug ungefähr 2.3%.

Mit 5 Behandlungsplätzen am PSI verfügt die Schweiz über 1 Behandlungsplatz pro 1.6 Millionen Einwohner und weist damit die weltweit höchste Versorgungsdichte auf. Der Bau eines neuen Protonentherapiezentrum wäre auf rund 350 Millionen Franken (Projekt Proton Therapy Center Zürichobersee) bzw. 200 Millionen Franken (Projekt des Inselspitals Bern) zu stehen gekommen. Im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung und abgestützt auf die wissenschaftliche Evidenz betreffend reellem Patientennutzen konnten so durch den Entscheid des HSM-Beschlussorgans, die Protonentherapie vorerst nur am PSI zuzulassen, erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden.

## **2 Auswirkungen der HSM-Entscheide auf die Versorgung der Schweizer Bevölkerung**

Die Konzentration von hochspezialisierten Leistungen in der Schweiz erfolgte unter Berücksichtigung des Grundsatzes der stufenweisen Konzentration (Art. 7 IVHSM) und unter Berücksichtigung der Schweizerischen Besonderheiten im Hinblick auf die Sprachregionen und die spezielle Topographie der Schweiz. Insbesondere bei Notfalleingriffen wie dies die Behandlung von Schwerverletzten oder Schlaganfallpatienten darstellen, wird der Zugänglichkeit einen sehr hohen Stellenwert eingeräumt. Im Bereich der komplexen Hirnschlagbehandlung stellt ein flächendeckendes Netzwerk von Hirnschlagbehandlungszentren – Stroke Centers – für hochspezialisierte Behandlungen sowie Stroke Units für spezialisierte Therapien einen guten Zugang aller Einwohner zu einer adäquaten Versorgung sicher. Die Behandlung von Schwerverletzten erfordert die flächendeckende Vorhaltung von Versorgungseinrichtungen, welche eine äusserst personal- und ressourcen-intensive Versorgung gewährleisten müssen und dies während 24 Stunden und an 365 Tagen im Jahr. Dazu gehören neben der unfallchirurgischen Kompetenz, Fachkompetenzen aus den Bereichen Neurochirurgie, Intensivmedizin, Anästhesiologie, plastische Chirurgie, Thoraxchirurgie und weiteren unterstützenden Disziplinen. Die notwendigen Voraussetzungen für ein Level I Traumazentrum erfüllen nur wenige Versorgungseinrichtungen in der Schweiz. Um die flächendeckenden Notfallversorgung zu gewährleisten wurden Leistungsaufträge an 12 Spitäler vergeben.

In der internationalen Fachliteratur werden Mindestfallzahlen pro Spital vorgeschlagen, deren Anwendung in der Schweiz dazu führen würde, dass gewisse hochspezialisierte Behandlungen mit sehr kleinen Fallzahlen, schweizweit auf maximal ein Zentrum oder nur auf einige wenige Zentren konzentriert werden müssten. Im Sinne einer stufenweisen Konzentration wurde in einer ersten Phase ein sehr moderater Konzentrationsprozess angestossen. Dabei galt es insbesondere auch durch eine verbesserte Koordination der Behandlungskette Synergien zu schaffen und durch eine konsequente Zuweisung an die HSM-Zentren die Versorgungsqualität zu erhöhen. Mit Einführung von Registern werden die Grundlagen geschaffen, damit zukünftig eine noch präzisere prospektive datengestützte Versorgungsplanung möglich ist. Die Sicherstellung des Versorgungsangebotes in den verschiedenen Sprachregionen wurde in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, wird im Rahmen der hochspezialisierten Medizin oftmals nur die Initialbehandlung bzw. die komplexe chirurgische Intervention an einem Zentrum der hochspezialisierten Medizin konzentriert. Einzelne Therapieelemente der Vor- und Nachsorge können im Sinne von *shared care* und Patientenpfaden wohnortsnah erfolgen. Das behandelnde HSM-Zentrum nimmt dabei eine wichtige Koordinationsfunktion ein. Das HSM-Beschlussorgan ist sich der Wichtigkeit eines kinder- und familiengerechten Spitalumfelds für den Erfolg einer Behandlung bewusst. Ebenso anerkennt es, dass die Präsenz von Eltern und Familie und die Betreuung in der Muttersprache unterstützt werden müssen, besonders bei längeren Spitalaufenthalten. Aus Gründen der

Qualitätssicherung ist jedoch auch in der hochspezialisierten Pädiatrie und Kinderchirurgie eine Konzentration der Initialbehandlung angezeigt. Dies trifft insbesondere bei komplexen Behandlungsverfahren wie schwere Verbrennungen oder Organtransplantationen zu.

Die Schweiz besitzt eine hohe Spitaldichte und eine Vielzahl von Spitälern, die ein sehr hohes Versorgungsniveau anbieten. Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz bei vielen hochspezialisierten Behandlungen über relativ viele Leistungserbringer, was dazu führt kann, dass einzelne Spitäler bezüglich der für die Qualitätssicherung erforderlichen Fallzahlen zu wenig Patienten behandeln. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankungen besitzt die Schweiz beispielsweise 1 Zentrum pro 0.9 Mio. Einwohner, währenddessen Deutschland, Grossbritannien und Niederlande über 1 Zentrum pro 1.6 Mio. (D), 3.4 Mio. (UK), resp. 16.4 Mio. (NL) Einwohner verfügen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit den bisher getroffenen Entscheiden die Zugänglichkeit der Schweizer Bevölkerung zu Leistungen der hochspezialisierten Medizin gewährleistet ist und in keinem Gebiet eine Unterversorgung besteht. In einzelnen Bereichen besteht im Vergleich zur Versorgungslage im Ausland tendenziell eine Überversorgung.

### **3 Auswirkungen der Entscheide auf den ambulanten Bereich**

Die Leistungszuteilungen der hochspezialisierten Medizin beziehen sich ausschliesslich auf die stationäre Versorgung. Um eine optimale patientenzentrierte Betreuung gewährleisten zu können, ist allerdings in vielen HSM-Bereichen eine verbesserte Koordination der ganzen Behandlungskette wünschenswert, insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Betreuung. Idealerweise erfolgt die ambulante Behandlung in enger Kooperation mit einem HSM-Zentrum. Durch zweckmässige Empfehlungen für eine systematische und verbindliche Vernetzung der HSM-Zentren mit ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen, die in die Vor- und Nachsorge der betroffenen Patienten involviert sind, können die Qualität der Versorgung verbessert, innovative Behandlungsansätze erarbeitet und neue Erkenntnisse aus der Forschung besser im stationären und ambulanten Alltag implementiert werden.

Aufgrund der begrenzten Reichweite der HSM-Entscheide besteht in der verstärkten Koordination der Behandlungskette zwischen stationären HSM-Leistungen und ambulanten Leistungserbringern weiterhin Optimierungspotenzial.

## Bewertung des bisherigen Planungsprozesses

### 1 Bilanz des HSM-Beschlussorgan

Die Kantone haben den ihnen übertragenen gesetzlichen Auftrag wahrgenommen. Sie haben mit der Unterzeichnung der IVHSM die rechtliche Grundlage für die gemeinsame Planung der HSM und die für die Planung und den Vollzug der IVHSM verantwortlichen Organe und Entscheidungsstrukturen geschaffen. Seit in Kraft treten der IVHSM konnten insgesamt 39 Leistungsbereiche verbindlich geregelt werden. In vielen HSM-Bereichen konnte eine Leistungskonzentration initiiert werden, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führte. Die mit der Leistungserbringung verbundenen Auflagen zur Qualitätssicherung stellen sicher, dass die HSM-Leistungserbringer über die erforderlichen Anforderungen an das Fachpersonal, Infrastruktur und Prozesse verfügen, um die Qualität der Leistungserbringung zu gewährleisten. Mit der Einführung von Registern (vgl. Anhang A-3) wurde in vielen Bereichen erstmals die Möglichkeit geschaffen, die Ergebnisqualität dokumentieren zu können. In einzelnen HSM-Bereichen konnten mit einer verbindlichen Regelung bereits bestehende Leistungskonzentrationen gefestigt werden; dies stellt einen wichtigen Schritt dar in unserem zur Expansion und Überversorgung neigenden Gesundheitssystem. Die Kantone haben wichtige Akzente in der Versorgung gesetzt und den Willen zur Konzentration der HSM deutlich zum Ausdruck gebracht. Mit dem eingeschlagenen Konzentrationsprozess von hochspezialisierten Leistungen erfolgten wichtige Impulse für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte Versorgung der Schweizer Bevölkerung.

Die Kantone haben mit der Unterzeichnung der IVHSM rechtliches Neuland betreten und es gab über die Ausgestaltung der Verfahrensschritte Interpretationsspielraum. Auch unter den Kantonen gab es unterschiedliche Interpretationen über den Geltungsbereich der IVHSM und damit der Frage der Abgrenzung von kantonaler und interkantonaler Planungskompetenz. Das Bundesverwaltungsgericht klärte mit seinen Urteilen die offenen Verfahrensfragen und setzte Leitplanken für die zukünftige Ausgestaltung der Verfahren. Das HSM-Beschlussorgan hat im 2014 im Sinne einer Weiterentwicklung der HSM-Prozesse das Planungsverfahren angepasst und damit die Verfahrensrechte der involvierten Parteien gestärkt.

Die Planung der hochspezialisierten Medizin war auch von Herausforderungen geprägt. Die Prestigehaftigkeit, die viele Spitäler mit hochspezialisierten Leistungen verbinden führte dazu, dass Beschwerden eingereicht wurden von Spitälern, welche die gestellten Anforderungen an Infrastruktur, Prozesse oder Mindestfallzahlen klar nicht erfüllten. Auch in Zukunft muss mit Beschwerden gegen HSM-Leistungszuteilungen gerechnet werden. Die Rückmeldungen aus den Vernehmlassungen zeigen auch, dass teilweise grundsätzliche Vorbehalte bestehen betreffend einer verstärkten Koordination der Behandlungskette oder einer verstärkten Leistungskonzentration der Initialbehandlung. Insbesondere von peripheren Spitälern und Kantonen wird befürchtet, dass abgestufte Versorgungsmodelle die wohnortnahe Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten verschlechtere, zu einem Verlust der Behandlungsautonomie und Eigenständigkeit von Spitälern und Spezialisten führen könne und damit einhergehend ein Qualitäts- und Reputationsverlust zu befürchten sei, welcher die Attraktivität des Standortes schwäche und sich negativ auf die Personalrekrutierung auswirken würde. Diese Dynamiken erschweren eine zielführende Planung der HSM.

Die HSM-Organe sind sich dieser Herausforderungen bewusst. Im Sinne einer Standortbestimmung haben die HSM-Organe eine Neugestaltung der Prozesse und Verfahren vorge-

nommen mit dem Ziel die Prozesse weiter zu verbessern, die Transparenz zu erhöhen und das Vertrauen in die die Arbeit der HSM-Organen zu sichern.

## **2 Bewertung des HSM-Prozesses von den involvierten Parteien**

Die HSM-Organen gaben im 2013 eine Standortbestimmung und Potenzialanalyse in Auftrag [26], um in Sinne einer Zwischenbilanz zur ersten Planungsetappe (2009-2013) auf Grundlage der Studienergebnisse die nächste Planungsetappe (2014-2017) optimieren zu können. Auch sollte den von der Planung der hochspezialisierten Medizin betroffenen Parteien die Möglichkeit gegeben werden, ihre Beurteilung zum bisherigen Planungsprozess abzugeben.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Arbeit der HSM-Organen geschätzt wird und der Prozess der verstärkten Koordination und Konzentration von hochspezialisierten medizinischen Leistungen grundsätzlich als wichtig und notwendig erachtet wird. Auch wird die Planungshoheit der Kantone anerkannt. Sie entspricht den politischen Strukturen in der Schweiz und respektiert die föderale Organisation des schweizerischen Gesundheitswesens. Eine Übernahme der Planung der hochspezialisierten Medizin durch den Bund wird als nicht zielführend erachtet.

Die befragten Personen haben sich jedoch auch kritisch zu den bisher verabschiedeten Leistungszuteilungen geäußert. Die Kritik betrifft insbesondere verschiedene Aspekte der Entscheidungsprozesse und prozedurale Aspekte der Planung. Von Seiten der Betroffenen wird der Wunsch nach einer verbesserten Kommunikation, verstärkter Transparenz sowie einer vermehrten Standardisierung der Planungsabläufe und eines frühzeitigen und intensivierten Einbezugs in den Planungsprozess gefordert. Die HSM-Organen haben diesen Anliegen mit entsprechenden Anpassungen berücksichtigt.

## **3 Bilanz der IVHSM-Vereinbarungskantone**

Die Vereinbarungskantone der IVHSM haben anlässlich der Plenarversammlung vom 21. November 2014 eine intensive Diskussion über die bisherige Planung, die Auslegung der IVHSM und die Weiterführung der Planung durchgeführt.

Die IVHSM-Vereinbarungskantone stützen die bisherige Planung der HSM-Organen. Seit in Kraft treten der IVHSM im Jahr 2009 konnten 39 Leistungsbereiche der hochspezialisierten Medizin verbindlich geregelt werden. Dieser Leistungsausweis wird von den IVHSM-Vereinbarungskantonen gewürdigt und die bisherige Arbeit der HSM-Organen wird geschätzt. Für die zukünftige Planung ist es den Kantonen ein wichtiges Anliegen, die Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts konsequent umzusetzen, und im Zuge dessen die Verfahrensrechte der IVHSM-Vereinbarungskantone und das Vertrauen in den Planungsprozess weiter zu stärken.

Die Kantone sind Willens, den Ihnen übertragenen Gesetzauftrag weiterhin wahrzunehmen und sehen zurzeit keinen Handlungsbedarf, die Planung der hochspezialisierten Medizin an den Bund zu übertragen.



## Ausblick

### 1 Arbeitsschwerpunkte 2015 und 2016

Der Fokus der Planung liegt in den Jahren 2015 und 2016 auf der Durchführung der Reevaluationen der bereits im Rahmen der HSM geregelten Leistungsbereiche. Damit sollen Regulierungslücken vermieden und Rechtssicherheit gewahrt werden. Im Sinne einer Konsolidierungsphase steht in den Jahren 2015 und 2016 auch die Umsetzung der vom Bundesverwaltungsgericht (BVGer) erlassenen Vorgaben im Vordergrund. Erklärtes Ziel ist, die Abläufe und Verfahren zu standardisieren und die HSM-Planung auf eine rechtlich solide Basis zu stellen. Trotz dieser Herausforderungen darf der langfristige Planungshorizont nicht ausser Acht gelassen werden. Mittelfristig gilt es zur Umsetzung des Gesetzesauftrages auch wieder neue HSM-Bereiche in die Planung aufzunehmen. Nach den Schätzungen des Fachorgans entsprechen die 39 bisher geregelten Leistungsbereiche rund drei Viertel des Gesamtgebietes der wichtigen HSM-Bereiche in der Schweiz.

Von Seiten des Fachorgans wird zudem die Weiterbearbeitung der Themen „Behandlung von seltenen Krebserkrankungen beim Erwachsenen“ und „Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie“ vorgenommen. Für erstes ist vorgesehen, die onkologischen Aspekte bei den Themenbereichen Viszeralchirurgie und Neurochirurgie zu verstärken (z.B. Tumorboards) und nur einzelne sehr seltene Krebserkrankungen für die Phase der stationären Behandlung, die höchste Anforderungen an die Behandlungsteams stellen, gesondert zu betrachten. Die Vorarbeiten für die HSM-Bereiche der Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie wurden bereits im Jahr 2010 gestartet. Es ist vorgesehen die Arbeiten anlässlich einer Gesamtbetrachtung der Pädiatrie und Kinderchirurgie weiter zu führen.

### 2 Zukünftige HSM-Bereiche

Von Seiten von Fachgesellschaften, Spitälern und weiterer Kreise wurden verschiedene Anträge eingereicht zum Einschluss von Leistungsbereichen in die HSM. Das HSM-Fachorgan hat eine erste Priorisierung der Leistungsbereiche vorgenommen.

Tabelle 3: Liste der eingereichten Anträge für zukünftige HSM-Bereiche

Bereich	Bemerkung	Priorität
HSM- Bereiche der Gefässchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag eingereicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Gefässchirurgie im Jahr 2011.</li> <li>– Entscheid Beschlussorgan vom 18.9.2014: die Carotiseingriffe sind nicht in die komplexe Schlaganfallbehandlung einzuschliessen, sondern stattdessen im Rahmen der Gefässchirurgie zu regeln.</li> </ul>	Hoch
HSM- Bereiche der Herzmedizin und Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Antrag eingereicht von der Schweizerischen Gesellschaft für Herzchirurgie, zur Analyse der komplexen Interventionen in diesem Bereich, 2011</li> <li>– Entscheid des Beschlussorgans vom 9.9.2013 die Herztransplantationen zukünftig im Rahmen einer Gesamtbetrachtung der terminalen Herzinsuffizienz (Comprehensi-</li> </ul>	Hoch

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

Im Zuge der Weiterentwicklung des HSM-Verfahrens ist vorgesehen, zukünftig das Monitoring der Leistungserbringung zu stärken, um sicherzustellen, dass die HSM-Leistungen ausschliesslich an den designierten Zentren erfolgen und vergütet werden.

## Schlussbemerkungen

Die Kantone haben den ihnen übertragenen Gesetzesauftrag umgesetzt und die für den Vollzug notwendigen Organe und Entscheidungsstrukturen festgelegt. Mit der Verabschiedung von Leistungszuteilungen in insgesamt 39 Bereichen der HSM haben die Kantone ihren Willen zur Konzentration der hochspezialisierten Medizin deutlich zum Ausdruck gebracht. Ein Grossteil der verabschiedeten Leistungszuteilungen war unbestritten. In 17 HSM-Bereichen reichten einzelne oder mehrere Spitäler gegen die Leistungszuteilungen Beschwerde ein. Zu Beschwerdeeingaben kam es hauptsächlich in der HSM-Viszeralchirurgie und der Kinderonkologie. Von den insgesamt 9250 Behandlungsfällen, die bisher in die HSM eingeschlossen wurden, waren lediglich 441 Behandlungsfälle von Beschwerden betroffen, d.h. diese Eingriffe wurden in den beschwerdeführenden Spitälern durchgeführt. Dies entspricht lediglich 4,7% aller HSM-Behandlungsfälle.

Die Kantone haben mit der Unterzeichnung der IVHSM rechtliches Neuland betreten. Über die Ausgestaltung der Verfahrensschritte gab und gibt es Interpretationsspielraum. Die HSM-Organe haben ihre Verantwortung wahrgenommen und verschiedene Anpassungen am Planungsverfahren umgesetzt und haben damit die Verfahrensrechte gestärkt. Die Kantone sind Willens den ihnen übertragenen Gesetzesauftrag weiterhin wahrzunehmen und sehen keine Notwendigkeit für eine Intervention des Bundes.

## Literatur

1. HSM-Beschlussorgan. *Interkantonale Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin, Stand 24.2.2015*. 2015; Available from: [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch).
2. Daniel, H.-D., *Gutachten Spitzenmedizin - Zusammenfassung und Dokumentation der Stellungnahmen ausländischer Experten zu den Fragen des Regierungsrates des Kantons Zürich sowie einer Zusatzfrage der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zur hochspezialisierten Medizin (Spitzenmedizin)*, 2006.
3. Collerette, P.M., Peter; Baumgartner, Gustav, *Organisation der Hochspezialisierten Medizin in der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Kantone Basel-Stadt und Bern Empfehlungen an die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Bern*, 2006.
4. Bundesamt für Statistik, *Hochspezialisierte Medizin in der Schweiz Behandlungsfälle, Leistungserbringer und Behandlungsaufwand 2005*, 2007.
5. Fachausschuss Hochspezialisierte Medizin der Spitalversorgungskommission, *Zur Abgrenzung hochspezialisierter Behandlungsverfahren im Kanton Bern*, 2008.
6. Parks, R.W., et al., *Benefits of specialisation in the management of pancreatic cancer: results of a Scottish population-based study*. Br J Cancer, 2004. **91**(3): p. 459-65.
7. Van Heek, N.T., et al., *Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands*. Ann Surg, 2005. **242**(6): p. 781-8, discussion 788-90.
8. Borowski, D.W., et al., *Volume-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes*. Br J Surg, 2010. **97**(9): p. 1416-30.
9. Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. N Engl J Med, 2002. **346**(15): p. 1128-37.
10. Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States*. The New England Journal of Medicine, 2003. **349**(22): p. 2117-27.
11. Gostynski, M., et al., *Incidence of first-ever ischemic stroke in the Canton Basle-City, Switzerland: a population-based study 2002/2003*. J Neurol, 2006. **253**(1): p. 86-91.
12. Feigin, V.L., et al., *Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2014. **383**(9913): p. 245-54.
13. *Bei Schlaganfall hilft ein Mikrokatheter*, in *Tages-Anzeiger* 2015.
14. Dopheide, S., *Wissenschaftlicher Durchbruch für die "Thrombektomie"*. Informationsdienst Wissenschaft, 2015.
15. Haas, B., et al., *The mortality benefit of direct trauma center transport in a regional trauma system: a population-based analysis*. J Trauma Acute Care Surg, 2012. **72**(6): p. 1510-5; discussion 1515-7.
16. Garwe, T., et al., *Survival benefit of transfer to tertiary trauma centers for major trauma patients initially presenting to nontertiary trauma centers*. Acad Emerg Med, 2010. **17**(11): p. 1223-32.
17. Cudnik, M.T., et al., *Level I versus Level II trauma centers: an outcomes-based assessment*. J Trauma, 2009. **66**(5): p. 1321-6.
18. Celso, B., et al., *A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems*. J Trauma, 2006. **60**(2): p. 371-8; discussion 378.
19. De Britz, J.N. and A.N. Pollak, *The impact of trauma centre accreditation on patient outcome*. Injury, 2006. **37**(12): p. 1166-71.
20. MacKenzie, E.J., et al., *A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality*. N Engl J Med, 2006. **354**(4): p. 366-78.
21. DuBose, J.J., et al., *Effect of trauma center designation on outcome in patients with severe traumatic brain injury*. Arch Surg, 2008. **143**(12): p. 1213-7; discussion 1217.
22. Nathens, A.B., et al., *Relationship between trauma center volume and outcomes*. JAMA, 2001. **285**(9): p. 1164-71.

23. Osterwalder, J.J., *Could a regional trauma system in eastern Switzerland decrease the mortality of blunt polytrauma patients? A prospective cohort study.* J Trauma, 2002. **52**(6): p. 1030-6.
24. Probst, C., et al., *[The economic challenges of polytrauma care].* Unfallchirurg, 2009. **112**(11): p. 975-80.
25. MacKenzie, E.J., et al., *The value of trauma center care.* J Trauma, 2010. **69**(1): p. 1-10.
26. Diebold, M.S., Tina; Niederhauser, Andrea; Oetterli, Manuela; Balthasar, Andreas, *Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) - Standortbestimmung und Potenzialanalyse - Executive Summary*, 2014, [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch).

## Anhang

### A-1 Fragenbogen des Departement des Innern

#### Umsetzung der Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM): Fragenkatalog zuhanden der Kantone

##### 1. Definition und Grundlagen

- 1.1 Wurden die Definitionen in eine/r anerkannte/n und anhand von Routedaten (ICD/CHOP) überprüfbare/n Nomenklatur übertragen oder festgelegt?
- 1.2 Wie beziehungsweise nach welchen Kriterien ist ein für die HSM-Planung relevanter Teilbereich definiert und abgegrenzt?
- 1.3 Wie beziehungsweise nach welchen Kriterien sind die HSM-Teilbereiche untereinander abgegrenzt?
- 1.4 Nach welchen Planungsschritten erfolgt die Planung eines HSM-Teilbereichs? Sind die Planungsschritte bezogen auf die Planungskriterien (Art. 58a - 58e KVV) nachvollziehbar?
- 1.5 Welche Kriterien werden für die Beurteilung und Auswahl der Leistungserbringer angewendet und wie?
- 1.6 Wie erfolgen die Beurteilung und die Evaluation der Institutionen aufgrund der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung?
- 1.7 Wie wird gewährleistet, dass ausschliesslich der stationäre Bereich geplant wird?
- 1.8 Wie fliessen die Entscheide der HSM-Organen in die Spitalplanungen bzw. die Entscheide der Kantone über die Zuweisung von Leistungsaufträgen ein?
- 1.9 Sind die Leistungsaufträge mit einer Verpflichtung zur Datenlieferung gebunden und, falls ja, welche Daten müssen geliefert werden?
- 1.10 Sind die Leistungsaufträge mit Auflagen verbunden?

##### 2. Umsetzung

- 2.1 Welche Probleme sind bei der Planung aufgetretenen (planungstechnisch, planungspolitisch und bezogen auf das Planungsverfahren)?
- 2.2 Für welche HSM-Teilbereiche sind die erlassenen Zuteilungsentscheide für alle betroffenen Leistungserbringer bereits rechtskräftig? Ab wann werden die Entscheide umgesetzt beziehungsweise welcher Zeitplan ist vorgesehen?
- 2.3 Für welche HSM-Teilbereiche, die in Folge eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts aufgehoben wurden, liegt noch kein rechtskräftiger Entscheid für alle Leistungserbringer vor? Bis wann werden die entsprechenden Entscheide gefällt?

- 2.4 Welche Teilbereiche sind bereits als HSM definiert, ein Planungsentscheid ist aber noch nicht gefallen? Bis wann werden die entsprechenden Entscheide gefällt?
- 2.5 Welche Leistungsbereiche sollen noch kurzfristig in die HSM-Planung eingehen und könnten/müssten als HSM eingestuft werden?
- 2.6 Inwieweit haben/werden private Trägerschaften Leistungsaufträge der HSM erhalten?

### 3. Bewertung und Weiterentwicklung

- 3.1 Welche Leistungsbereiche könnten/müssten in Zukunft als HSM gelten und im Sinne einer kontinuierlichen Planung auch gesamtschweizerisch geplant werden? Mit welchem Zeithorizont?
- 3.2 Sehen die Kantone erforderlichen Anpassungsbedarf bei der HSM-Planung?
- 3.3 Wie schätzen die Kantone den Stand der HSM-Planung allgemein und pro Teilbereich ein?
- 3.4 Inwiefern werden die HSM-Teilbereiche nach ihrer Interdependenz aggregiert, um die Synergien zu nutzen?
- 3.5 Welche Akzeptanz hat die bisherige Planung bei den Kantonen?
- 3.6 Wie sehen die Kantone die Weiterführung der Spitalplanung im Sinne einer kontinuierlichen Planung zwecks Aktualisierung der Planungsentscheide sowie Neuaufnahme von HSM-Teilbereichen? In welchem Zeitraum ist vorgesehen, die Spitalplanung zu aktualisieren? Mit welchen organisatorischen Strukturen?
- 3.7 Sehen die Kantone ein Monitoring der Versorgung in der HSM-Planung vor?
- 3.8 Sehen die Kantone die Notwendigkeit einer subsidiären Intervention des Bundesrates? Wenn ja, in welchen Teilbereichen und in welcher Form?

### 4. Auswirkungen/Evaluation

- 4.1 In welchen Teilbereichen hat die HSM-Planung im Vergleich zum vorherigen Angebot zu einer schweizweiten Konzentration der Leistungsaufträge geführt bzw. in welchem Teilbereich wird dies der Fall sein?
- 4.2 Welche Auswirkungen können auf die Kosten und auf die Qualität der Leistungserbringung festgestellt oder abgeschätzt werden?
- 4.3 Können bereits Auswirkungen der HSM-Planung auf die Leistungserbringung im ambulanten Bereich festgestellt werden? Welche sind die entsprechenden Probleme?
- 4.4 Ist die Versorgung mit HSM-Leistungen für die Wohnbevölkerung gewährleistet?
- 4.5 Ist in einzelnen HSM-Bereichen eine Über- oder Unterversorgung festzustellen?
- 4.6 Wird die Umsetzung der Entscheide überprüft? Was ist das Resultat dieser Überprüfung?

## A-2 Fallzahlen der HSM-Bereiche

Tabelle 4: Übersicht Fallzahlen pro Leistungsbereich

HSM-Bereich	Fallzahlen (Durchschnitt)*
Protonentherapie	<b>330</b>
Schwere Verbrennungen beim Erwachsenen	<b>850</b>
Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen	<b>160</b>
Cochlea Implantation	<b>150</b>
Organtransplantationen beim Erwachsenen	<b>455</b>
– Herztransplantationen	35
– Lebertransplantationen	90
– Lungentransplantationen	35
– Nierentransplantationen	270
– Pankreastransplantationen	25
Neurochirurgie	<b>1210</b>
– Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen	55
– Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation) beim Erwachsenen	110
– Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien	720
– Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems	265
– Seltene Rückenmarkstumoren	60
Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen	<b>550</b>
Behandlung von Schwerverletzten	<b>800</b>
Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie	<b>1440</b>
– Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz	20
– Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern	155
– Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern	20
– Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern	16
– Organtransplantationen (Lunge, Leber, Niere) bei Kindern	20
– Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern	4
– Neugeborenen-Intensivpflege	820
– Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern	300
– Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern	50
– Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern	35
Pädiatrische Onkologie	<b>395</b>
– Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen	230
– Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)	40



HSM-Bereich	Fallzahlen (Durchschnitt)*
– Behandlung von Neuroblastomen	15
– Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren	30
– Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems	80
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie	<b>2910</b>
– Oesophagusresektion	360
– Leberresektion	610
– Pankreasresektion	690
– Tiefe Rektumresektion	500
– Komplexe bariatrische Chirurgie	750
<b>Total</b>	<b>9250</b>

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

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

### A-3 Übersicht Qualitätsregister

Tabelle 5: Übersicht Register pro HSM-Leistungsbereich

HSM-Bereich	Name Register	Form	Status
<b>Organ-Transplantationen</b>	Swiss Transplant Cohort Study	Bestehendes Register	In Betrieb
<b>Stammzell-Transplantationen</b>	STABMT Register	Bestehendes Register	In Betrieb
<b>Cochlea Implantate</b>	CICH-Datenbank	Erneuerung eines bestehenden Register	In Betrieb
<b>Schwere Verbrennungen</b>	HSM minimal dataset for burns patients	Minimaldatensatz zweier bestehender klinikinternen Register	In Betrieb (seit 1.1.2014)
<b>Schwerverletzte</b>	Schweizerisches Trauma-register (STR)	Neues Register	In Betrieb (seit 1.1.2015)
<b>Komplexe Hirnschlagbehandlung</b>	Swiss Stroke Registry	Neues Register	In Betrieb (seit 1.1.2014)
<b>Neurochirurgie</b>	Swiss HSM Registry Neuro	Neues Register	Im Aufbau
<b>Kinderonkologie</b>	Kinderkrebsregister	Bestehendes Register	In Betrieb
<b>Viszeralchirurgie</b>	HSM-Register zur Viszeralchirurgie	Anbindung an bestehendes AQC- Register	In Betrieb (seit 1.7.2014)

**A-4 Liste der Entscheide Hochspezialisierte Medizin: Spitalliste IVHSM**

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Neurochirurgie Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie beim Erwachsenen	21.06.2011	25/4671	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014
Neurochirurgie Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation (Deep Brain Stimulation) beim Erwachsenen	21.06.2011	25/4675	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire Vaudois CHUV, Lausanne</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2014
Neurochirurgie Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne die komplexen vaskulären Anomalien	21.06.2011	25/4679	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> <li>- Hirslanden Klinik Zürich*</li> </ul>	31.12.2014
Neurochirurgie Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (ZNS)	21.06.2011	25/4684	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2014

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			- Hirslanden Klinik Zürich*	
Neurochirurgie Seltene Rückenmarkstumoren	21.06.2011	25/4688	- Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St. Gallen - Universitätsspital Basel - Inselspital Bern - Kantonsspital Luzern - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne - Hôpitaux universitaires de Genève - Hirslanden Klinik Zürich*	31.12.2014
Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen	21.06.2011	25/4692	- Hôpitaux universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern - Universitätsspital Basel - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital St. Gallen - Kantonsspital Aarau - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano - Hirslanden Klinik Zürich*	31.12.2014
Behandlung von Schwerverletzten	21.06.2011	25/4699	- Hôpitaux universitaires de Genève - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Inselspital Bern	31.12.2014

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital St.Gallen</li> <li>- Luzerner Kantonsspital</li> <li>- Kantonsspital Aarau</li> <li>- Kantonsspital Graubünden</li> <li>- Kantonsspital Winterthur</li> <li>- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano</li> <li>- Gesundheitsnetz Wallis, Standort Sion</li> </ul>	
Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz	01.11.2011	44/8075	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern	01.11.2011	44/8078	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB) im Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) in Lausanne</li> <li>- Verbrennungszentrum des Kinderspitals Zürich</li> <li>- Kantonsspital Aarau*</li> <li>- Inselspital Bern*</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel*</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ente Ospedaliere Cantonale*</li> </ul>	31.12.2015
Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern	01.11.2011	44/8084	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne</li> </ul>	31.12.2015
Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern	01.11.2011	44/8087	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
<p>Organtransplantationen (Lunge, Leber, Niere) bei Kindern</p> <p><i>Kombinierte Transplantationen mehrerer Organe (bspw. Herz-Lunge, Leber-Niere) sind von dieser Zuteilungsentscheidung ausgenommen.</i></p>	01.11.2011	44/8090	<p><i>Lungentransplantationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul> <p><i>Lebertransplantationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Genf</li> </ul> <p><i>Nieren-Transplantationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Zürich (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois</li> </ul> <p><i>Nieren-Lebendspende bei älteren Kindern: kann im Universitätsspital Basel durchgeführt werden, wenn das Inselspital Bern seine Zustimmung gibt.</i></p>	31.12.2015
Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern	01.11.2011	44/8095	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin)</li> </ul>	31.12.2015
Neugeborenen-Intensivpflege	01.11.2011	44/8099	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich (USZ) (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luzerner Kantonsspital (LUKS)</li> <li>- Kantonsspital Aarau (KSA)</li> <li>- Kantonsspital Graubünden (KSGR)</li> <li>- Kantonsspital Winterthur*</li> </ul>	
Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern	20.12.2011	51/9276	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital (in Zusammenarbeit mit dem Kantonsspital St. Gallen)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (LUKS)</li> <li>- Kantonsspital Graubünden (KSGR) mit Einschränkungen</li> </ul>	31.12.2015
Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern	20.12.2011	51/9282	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2015
Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern	20.12.2011	51/9285	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Schweizerisches Epilepsiezentrum (in Zusammenarbeit mit dem Kinderspital Zürich)</li> </ul>	31.12.2015
Pädiatrische Onkologie Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen	10.09.2013	35/6773	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kantonsspital Aarau (Kinderklinik)</li> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> </ul>	31.12.2015

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital (Kinderklinik)</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital</li> <li>- Ospedale Regionale di Bellinzona (Kinderklinik)</li> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Kantonsspital Graubünden*</li> </ul>	
Pädiatrische Onkologie Anwendung hämatopoietischer Stammzelltransplantationen (autolog und allogene)	10.09.2013	35/6781	<p><i>Autologe Stammzelltransplantation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul> <p><i>Allogene Stammzelltransplantation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Pädiatrische Onkologie Behandlung von Neuroblastomen	10.09.2013	35/6783	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital*</li> </ul>	31.12.2015
Pädiatrische Onkologie Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochtumoren	10.09.2013	35/6786	<p><i>Extremitäten (Beine, Arme):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> </ul>	31.12.2015



Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)</li> <li><i>Stamm (Becken, Bauch und Thorax)</i></li> <li>- Inselspital (Kinderspital)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich (in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Balgrist)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital*</li> </ul>	
Pädiatrische Onkologie Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems	10.09.2013	35/6789	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Bern (Kinderspital)</li> <li>- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)</li> <li>- HUG Genève (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Universitätsspital Lausanne (CHUV) (Hôpital des Enfants)</li> <li>- Kinderspital Zürich</li> <li>- Luzerner Kantonsspital*</li> <li>- Ostschweizer Kinderspital*</li> </ul>	31.12.2015
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Oesophagusresektion	10.09.2013	35/6792	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort ST. Gallen)</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

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

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Leberresektion	10.09.2013	35/6801	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau</li> <li>- BE: Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> <li>- TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Lugano)</li> <li>- VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion)</li> <li>- ZH: Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich AG</li> <li>- AG: Hirslanden Klinik Aarau*</li> <li>- BE: Privatklinik Linde*</li> <li>- GE: Clinique La Colline*</li> <li>- GE: La Tour Réseau de Soins SA*</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- GL : Kantonsspital Glarus*</li> <li>- GR : Kantonsspital Graubünden*</li> <li>- LU : Klinik St. Anna*</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> <li>- ZH: Klinik Im Park AG*</li> </ul>	
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Pankreasresektion	10.09.2013	35/6809	<p><i>Definitiver Leistungsauftrag (4 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BE: Inselspital Bern/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> <li>- VD: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- ZH: Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur, Stadtpital Triemli</li> </ul> <p><i>Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Baden, Kantonsspital Aarau</li> <li>- BE: Spitalzentrum Biel-Bienne, Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital),</li> </ul>	<p><u>Definitiv:</u> 31.12.2017</p> <p><u>Provisorisch:</u> 31.12.2015</p>

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Lindenhofspital - BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal) - BS: Universitätsspital Basel - GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur) - SO: Solothurner Spitäler AG (Standort Bürgerspital Solothurn) - TI: Ente Ospedaliero Cantonale (Standort Ospedale Regionale di Lugano) - VS: Hôpital du Valais (RSV) (Standort Hôpital de Sion) - ZH: Klinik Hirslanden Zürich AG - AG: Hirslanden Klinik Aarau* - BE: Privatklinik Linde* - FR: Hôpital Fribourgeois* - GE: Clinique Générale-Beaulieu* - GE: Clinique La Colline* - GE: La Tour Réseau de Soins SA* - GL : Kantonsspital Glarus* - GR : Kantonsspital Graubünden* - LU : Klinik St. Anna* - SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz* - TG: Spital Thurgau* - UR: Kantonsspital Uri* - VD: Hirslanden Lausanne SA*	

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> <li>- ZH: Klinik Im Park AG*</li> </ul>	
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Tiefe Rektumresektion	10.09.2013	35/6817	Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberraargau SRO (Standort Spital Langenthal), Spital STS AG (Standort Spital Thun)</li> <li>- BL: Kantonsspital Baselland (Standort Liestal)</li> <li>- BS: Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standorte Luzern/Sursee), Hirslanden Klinik St. Anna AG</li> <li>- NE: Hôpital Neuchâtelois (Standort Neuchâtel)</li> <li>- SG: Kantonsspital St. Gallen (Standort St. Gallen)</li> <li>- SH: Spitäler Schaffhausen (Standort Schaffhausen)</li> <li>- SO: Solothurner Spitäler AG (Standorte Bürgerspital Solothurn / Kantonsspital Olten)</li> <li>- TG: Spital Thurgau AG (Standort Kantonsspital Münsterlingen)</li> </ul>	31.12.2015

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

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- SZ : Klinik Stephanshorn (Hirslanden) *</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- TI: Clinica Luganese SA*</li> <li>- UR: Kantonsspital Uri*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- VD/VS: Hôpital du Chablais, Hôpital Riviera-Chablais*</li> <li>- ZG: Zuger Kantonsspital*</li> <li>- ZH: Spitalverband Bülach*</li> <li>- ZH: Spital Männedorf*</li> </ul>	
Hochspezialisierte Viszeralchirurgie Komplexe bariatrische Chirurgie	10.09.2013	35/6826	Provisorischer Leistungsauftrag (2 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> <li>- AG: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden</li> <li>- BE: Inselspital/Spitalnetz Bern (Standort Inselspital), Spitalnetz Bern/Inselspital (Standort Tiefenauspital), Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG)</li> <li>- BS: St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel</li> <li>- FR: Hôpital fribourgeois (Standort Fribourg)</li> <li>- GE: Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- GR: Kantonsspital Graubünden (Standort Chur)</li> <li>- LU: Luzerner Kantonsspital (Standort Luzern)</li> </ul>	31.12.2015



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

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- SZ : Klinik Stephanshorn (Hirslanden) *</li> <li>- SZ: Krankenhausgesellschaft Schwyz*</li> <li>- TG: Spital Thurgau*</li> <li>- VD: Hirslanden Lausanne SA*</li> <li>- VD: Clinique de la Source*</li> <li>- VD: Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois*</li> </ul>	
Schwere Verbrennungen beim Erwachsenen	27.11.2013	46/8843	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (Centre Universitaire Romand des Brûlés (CURB))</li> <li>- Universitätsspital Zürich (Verbrennungszentrum)</li> </ul>	31.12.2016
Protonentherapie	27.11.2013	46/8847	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paul Scherrer Institut (PSI) in Villigen</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Herztransplantationen	27.11.2013	46/8850	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Lebertransplantationen	27.11.2013	46/8853	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Lungentransplantationen	27.11.2013	46/8856	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Organtransplantationen beim Erwachsenen Nierentransplantationen	27.11.2013	46/8859	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</li> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> </ul>	31.12.2019

Entscheid/Décision/Decisione	Datum	Bundesblatt Nr./ Seite	Leistungszuteilung an	Entscheid befristet bis
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Kantonsspital St. Gallen</li> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	
Organtransplantationen beim Erwachsenen Pankreastransplantationen	27.11.2013	46/8862	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Allogene hämatopoietische Stammzelltransplantationen (HSZT) bei Erwachsenen	27.11.2013	46/8865	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2016
Cochlea Implantation	27.11.2013	46/8868	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitätsspital Basel</li> <li>- Inselspital Universitätsspital Bern</li> <li>- Centre Romand d'Implants Cochléaires (CRIC) (HUG/CHUV)</li> <li>- Luzerner Kantonsspital</li> <li>- Universitätsspital Zürich</li> </ul>	31.12.2019

**Legende:**

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