

Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM)

Standortbestimmung und Potenzialanalyse

Executive Summary

Monika Diebold (Projektleitung)

Tina Schmid, Andrea Niederhauser, Manuela Oetterli, Andreas Balthasar

Impressum

Projektleitung

Monika Diebold, Obsan

Autorinnen/Autoren

Tina Schmid, Obsan

Andrea Niederhauser, Interface Politikstudien Forschung Beratung

Manuela Oetterli, Interface Politikstudien Forschung Beratung

Andreas Balthasar, Interface Politikstudien Forschung Beratung

Begleitgruppe

Dominique Arlettaz, Vertreter der Schweizerischen Universitätskonferenz im
HSM Beschlussorgan

Peter Suter, Präsident HSM Fachorgan

Susanne Hochuli, Vizepräsidentin HSM Beschlussorgan

Peter Indra, Gesundheitsdirektion Basel-Stadt

Michael Jordi, Zentralsekretär GDK

Bettina Wapf, HSM Projektsekretariat

Herbert Brunold, Bundesamt für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Organisation und Ablauf der IVHSM-Entscheidprozesse	1
1.2	Fragestellungen	3
2	Studiendesign und Methodik	4
2.1	Qualitative Datenerhebung	4
2.2	Quantitative Datenerhebung	4
3	Zentrale Ergebnisse	6
3.1	Ergebnisse zur Organisation und Zusammenarbeit	6
3.2	Ergebnisse zu den Entscheidungsprozessen	6
3.3	Ergebnisse zu den bisherigen Zuteilungsentscheidungen	9
3.4	Interpretation und Bewertung der Ergebnisse	11
4	Empfehlungen	13

Tabellen und Abbildungen

Tabelle 2.1	Methodik im Überblick	5
Abbildung 3.1	Gesamtbeurteilung der Entscheidungsprozesse	7
Abbildung 3.2	Beurteilung der Qualität der Leistungszuteilungen	10

1 Einleitung

Per Ende 2007 beschloss das Parlament eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) beauftragte es die Kantone, eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen mit dem Ziel, eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftlich erbrachte medizinische Versorgung sicherzustellen.¹ Für die Umsetzung dieses Gesetzauftrags haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Anstelle von 26 kantonalen Planungen sollte es für die hochspezialisierte Medizin somit nur noch eine einzige, von allen Kantonen gemeinsam getragene Planung geben. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage dieser Planung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten.²

Zum Vollzug der Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin haben die Kantone ihre Planungskompetenz einem Entscheidorgan – dem *HSM Beschlussorgan* – übertragen. Die medizinisch-wissenschaftliche Aufarbeitung der Bereiche hochspezialisierter Medizin wird von einem Expertengremium, dem *HSM Fachorgan*, vorgenommen. Administrativ werden die beiden Gremien vom *HSM Projektsekretariat* unterstützt, welches dem Zentralsekretariat der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) angegliedert ist.³

Das HSM Fachorgan und die GDK möchten vier Jahre nach Projektbeginn eine erste Zwischenbilanz der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin im Sinne einer Standortbestimmung und Potenzialanalyse ziehen und haben dafür eine Studie in Auftrag gegeben. Auf der Grundlage der Studienergebnisse soll die Planungsetappe 2013 bis 2015 optimiert werden. Zur Planung der Studie wurde eine Begleitgruppe eingesetzt.⁴ Das Mandat zur Durchführung dieser Studie wurde an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) vergeben. Es wurde ein Mixed-Methods-Design mit einer qualitativen und einer quantitativen Datenerhebung gewählt. Das Obsan führte die quantitative Erhebung durch und zeichnet für den Gesamtbericht verantwortlich. Der qualitative Studienteil wurde von Interface Politikstudien Forschung Beratung im Auftrag des Obsan durchgeführt.

1.1 Organisation und Ablauf der IVHSM-Entscheidungsprozesse

Das *HSM Beschlussorgan* wird von den Mitgliedern der GDK (Plenarversammlung der IVHSM-Vereinbarungskantone) für eine Dauer von 2 Jahren gewählt. Es setzt sich aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der fünf Kantone mit Universitätsspital (Zürich, Bern, Basel-Stadt, Waadt und Genf) sowie fünf weiterer Vereinbarungskantone zusammen (gegenwärtig Aargau, Fribourg, Tessin, Luzern, St. Gallen).⁵ Als Gäste ohne Stimmrecht sind zudem Personen des Bundesamts für Gesundheit, der Schweizerischen Universitätskonferenz und von *santésuisse* im Beschlussorgan vertreten. Das Beschlussorgan berät die Anträge des Fachorgans und trifft die Zuteilungsentscheide.

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG Art 39 2^{bis}

² Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2008): Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM), Bern. Verfügbar unter: www.gdk-cds.ch/index.php?id=822, Zugriff: 25.9.2013.

³ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013): Organe der IVHSM: www.gdk-cds.ch/index.php?id=606, Zugriff: 25.9.2013.

⁴ Dominique Arlettaz (Vertreter der Schweizerischen Universitätskonferenz im HSM Beschlussorgan), Peter Suter (Präsident des HSM Fachorgans), Susanne Hochuli (Vizepräsidentin des HSM Beschlussorgans), Peter Indra (Gesundheitsdirektion Basel-Stadt), Michael Jordi (Generalsekretär der GDK), Bettina Wapf (HSM Projektsekretariat) und Herbert Brunold (Bundesamt für Gesundheit).

⁵ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013): Mitglieder des HSM-Beschlussorgans. www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/HSM/02_Zusammensetzung_BO_20130926_df.pdf, Zugriff 11.11.2013.

Das *HSM Fachorgan* ist für die wissenschaftlich-medizinische Aufarbeitung der Themenbereiche zuständig. Es setzt sich zum Zeitpunkt der Berichtlegung aus 12 in- und ausländischen Vertreterinnen und Vertretern verschiedener medizinischer Fachgebiete zusammen.⁶ Diese werden alle 2 Jahre durch das Beschlussorgan (wieder-)gewählt und müssen ihre Interessen in einem Interessenbindungsregister offenlegen. Zusätzlich kann das Fachorgan in den einzelnen Entscheidungsprozessen weitere Expertinnen oder Experten hinzuziehen.

Der Entscheidungsprozess im Rahmen der IVHSM besteht aus mehreren Phasen. In einem ersten Schritt erarbeitet das Fachorgan Empfehlungen, welche Bereiche im Rahmen der IVHSM konzentriert werden sollen, worauf das Beschlussorgan den formalen Entscheid der Bereichsauswahl trifft. Für die Aufnahme in die Liste der HSM-Bereiche werden die Kriterien, wie sie in Artikel 1 und Artikel 4 der IVHSM definiert sind, berücksichtigt.⁷ Anschliessend erfolgen die fachliche Themenaufarbeitung und die Erstellung von Zuteilungsvorschlägen durch das Fachorgan. Es definiert hierzu auf der Grundlage der in Artikel 4 der IVHSM formulierten Kriterien eine Liste mit Anforderungen, welche ein potenzieller Leistungserbringer zur Ausführung der Leistung erfüllen muss. Diese umfasst Anforderungen an die Anzahl Behandlungsfälle der Institution pro Zeitperiode, die personellen und strukturellen Ressourcen, die Verfügbarkeit unterstützender Disziplinen, die Qualität der Behandlung, die Wirtschaftlichkeit und das Weiterentwicklungspotential. Zur Beurteilung des Erfüllungsgrads dieser Anforderungen werden interessierte Spitäler aufgefordert, Daten einzureichen, welche dokumentieren, inwiefern sie die Voraussetzungen erfüllen. Basierend auf den eingereichten Daten formuliert das Fachorgan Empfehlungen für die Leistungszuteilung. Erläuterungen zu den Überlegungen des Fachorgans werden in einem Grundlagenbericht festgehalten. Schliesslich werden diese Vorarbeiten des Fachorgans zur Stellungnahme an Kantone, Spitäler und Fachkreise geschickt. Nach Abschluss der Vernehmlassung wird der Vorschlag durch das Fachorgan überarbeitet und es wird gegebenenfalls eine zweite Anhörung durchgeführt. Basierend auf diesen Grundlagen fällt das Beschlussorgan den definitiven, jedoch zeitlich befristeten Zuteilungsentscheid.

Seit 2009 verabschiedete das Beschlussorgan insgesamt 39 befristete Leistungszuteilungen unter anderem im Bereich der Organtransplantation, der Viszeral- und der Neurochirurgie, der Behandlung von Hirnschlägen, der Behandlung von Schwerverletzten sowie in einigen Gebieten der Pädiatrie und Kinderchirurgie.⁸ Die Zuteilungsentscheide beinhalten Auflagen, welche die Spitäler zur Erbringung der Leistung erfüllen müssen.⁹ Jeder Zuteilungsentscheid muss vor dem Ablauf der Zuteilungsfrist einer Neubeurteilung (Reevaluation) unterzogen werden.

⁶ Das Fachorgan besteht gemäss Artikel 4 der IVHSM Vereinbarung aus maximal 15 Expertinnen und Experten. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013): Mitglieder des HSM Fachorgans. www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/HSM/03_Liste_HSM_FO_201202110_d.pdf. Zugriff 17.11.2013.

⁷ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2008): Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin, Bern.

⁸ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013): Spitalliste im Bereich der hochspezialisierten Medizin: www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=mkdprnzjbnulnigrv, Zugriff: 25.9.2013.

⁹ Eine Übersicht über die geregelten Bereiche findet sich auf www.gdk-cds.ch/index.php?id=903&L=prusyhuyj, Zugriff: 3.10.2013.

1.2 Fragestellungen

Die folgenden Hauptfragestellungen waren für die Untersuchung handlungsleitend:

1. Wie haben sich die Organisation und die IVHSM-Prozesse allgemein bewährt?
2. Wie werden die Auswahl der HSM-Themenbereiche und deren fachliche Aufarbeitung von den Partnern beurteilt?
3. Wie wird die Qualität und Zweckmässigkeit der bisherigen Leistungszuteilungen von den Partnern beurteilt?
4. Wie wird das Projekt HSM von den externen politischen Partnern sowie Patientenorganisationen wahrgenommen? Sind die Planungsabläufe und getroffenen Entscheide bekannt?
5. Existieren in Bezug auf das Projekt HSM Anpassungsbedürfnisse?

Nicht Gegenstand der vorliegenden Studie ist der Erfüllungsgrad des gesetzlichen Auftrages (Art. 39 KVG). Aussagen über die Wirkung der Leistungszuteilungen auf die Behandlungskosten, die Auslastung oder die Behandlungsqualität können auftragsgemäss nicht gemacht werden.

2 Studiendesign und Methodik

Um die gestellten Forschungsfragen tiefgehend und dennoch breit abgestützt beantworten zu können, wurde ein Mixed-Methods Studiendesign gewählt. Im Folgenden werden die Erhebungsmethoden erläutert.

2.1 Qualitative Datenerhebung

Zwischen September und Oktober 2013 wurden insgesamt 21 leitfadengestützte Interviews mit relevanten Expertinnen und Experten geführt. Die Auswahl erfolgte durch die Begleitgruppe und umfasste einerseits Personen, die direkt oder indirekt am Prozess beteiligt sind (in den nachfolgenden Abschnitten *Beteiligte* genannt), das heisst Mitglieder und Gäste des Fach- und des Beschlussorgans. Andererseits wurden Vertreterinnen und Vertreter der von den Leistungszuteilungen betroffenen Stellen, das heisst von Spitälern, Verbänden und Fachgesellschaften (im Weiteren als *Betroffene* bezeichnet) interviewt. Vertreterinnen und Vertreter der nationalen Politik wurden ebenfalls zu der Gruppe der Betroffenen gezählt, obschon sie nicht direkt von den Entscheiden betroffen sind, da sie die Arbeit der IVHSM Organe ebenfalls als Aussenstehende beurteilen. Basierend auf dem Pflichtenheft und der Dokumentenanalyse und in Rücksprache mit der Begleitgruppe wurde ein Leitfaden erstellt, der als Basis für die Gesprächsführung bei allen Interviews genutzt wurde. Die Gespräche wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Wo sinnvoll und relevant wurden die Ergebnisse separat für die zwei Befragungsgruppen *Beteiligte* und *Betroffene* ausgewertet.

2.2 Quantitative Datenerhebung

Ziel der quantitativen Datenerhebung war die Befragung möglichst aller Akteure, die in einen oder mehrere Entscheidungsprozesse der IVHSM involviert waren, aber nicht selbst Teil des Fach- oder Beschlussorgans waren. Diese von der Begleitgruppe bestimmte Zielgruppe umfasst die Gesundheitsdirektionen aller Schweizer Kantone, die potenziellen Leistungserbringer (Spitäler), die Fachgesellschaften und Fachverbände, die Krankenversicherer, das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie Patientenorganisationen. Nicht befragt wurden Personen mit Einsitz im Fach- oder Beschlussorgan, d.h. die Personen, die direkt an den Zuteilungsentscheiden beteiligt waren.

Die Online-Befragung wurde als Vollerhebung konzipiert (n=279). Die Feldphase dauerte von August bis September 2013. Die Teilnehmenden konnten die Umfrage auf Deutsch oder Französisch ausfüllen. 146 der angeschriebenen Personen beteiligten sich an der Umfrage, was einer Rücklaufquote von 55.3% entspricht, darunter alle Kantone. Ein Vergleich der Teilnehmenden mit Personen, die den Fragebogen nicht ausgefüllt haben, zeigt, dass Personen aus Universitäts- und Kantonsspitalern gegenüber solchen aus Regionalspitalern eine leicht höhere Teilnahmewahrscheinlichkeit haben.

Bei der Befragung war zunächst von Interesse, welche Entscheide den Teilnehmenden bekannt waren, von welchen sie direkt betroffen waren und in welchen Bereichen eine Leistungszuteilung an ihre Organisation erfolgt war. Danach wurden die Teilnehmenden nach der Zufriedenheit mit den einzelnen Zuteilungsentscheiden gefragt und gebeten folgende Punkte zu bewerten: die Qualität der Leistungszuteilung im Allgemeinen, der Anzahl Leistungszuteilungen, die Aufgabenteilung zwischen Fach- und Beschlussorgan, den zeitlichen Ablauf, die Bereichsauswahl, die Kriterien der Leistungszuteilung, die fachliche Themenaufarbeitung, die Möglichkeit zur Stellungnahme (Anhörungen) sowie den Prozessablauf im Allgemeinen.

Tabelle 2.1 Methodik im Überblick

	Qualitative Experteninterviews	Online-Umfrage
Zielgruppe	Mitglieder und Gäste des Fach- und Beschlussorgans („Beteiligte“) Vertreterinnen und Vertreter von Spitälern, Verbänden, Fachgesellschaften und der nationalen Politik („Betroffene“)	Alle in einen oder mehrere Entscheidungsprozesse der IVHSM involvierten Akteure (n=279) (ohne Personen mit Einsitz im Beschluss- oder Fachorgan)
Befragte Personen	n=21	n=144 (Rücklaufquote: 55.4%)
Erhebungszeitraum	September – Oktober 2013	August – September 2013
Erhebungsmethode	Qualitative leitfadengestützte Experteninterviews	Quantitative Online-Umfrage mit geschlossenen und offenen Fragen
Auswertungsmethode	Qualitative Inhaltsanalyse	Häufigkeitsauszählungen Lineare Regressionsanalysen

Quelle: Darstellung Obsan

Die Ergebnisse werden jeweils für *alle* Teilnehmenden der Online-Befragung („Total“) sowie für folgende Personengruppen separat dargestellt: 1. Vertreter/innen der Kantone (n=28), 2. Vertreter/innen von Spitälern, die alle gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben (im Folgenden *Spitäler mit LZ* genannt, n=33), 3. Vertreter/innen von Spitälern, die nicht alle gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben (im Folgenden *Spitäler ohne LZ* genannt, n=64), 4. Vertreter/innen anderer Organisationen (n=21). Dazu zählen Angehörige von Fachgesellschaften und Fachverbänden, die nicht gleichzeitig ein Spital vertreten (n=5), privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte (n=6), Expertinnen bzw. Experten aus Universitäten (n=3), Vertreterinnen und Vertreter verschiedener anderer Organisationen (n=5) sowie Personen, die keine Angabe zu ihrer Institution gemacht haben (n=2). Die Gruppe liess sich aufgrund der kleinen Fallzahl (n=21) nicht weiter ausdifferenzieren. Bei der Interpretation der Ergebnisse, die nicht nach Gruppen aufgeschlüsselt sind („Total“) sollte berücksichtigt werden, dass sich die befragte Population zu über zwei Dritteln (66.4%) aus Spitalvertretern und -vertreterinnen zusammensetzt, die vielfach negativ von der Planung der hochspezialisierten Medizin betroffen sind.

Bei jeder Bewertungsfrage konnten zusätzlich Kommentare in ein offenes Kommentarfeld geschrieben werden. Fast die Hälfte der Befragten (n=65, 44.5%) kommentierten ihre Antwort zu einer oder mehreren Fragen. Die Kommentare wurden nachträglich codiert und in Form quantitativer Auszählungen im Bericht dargestellt.

3 Zentrale Ergebnisse

Beide Datenerhebungen sind auf grosses Interesse gestossen. Viele Befragte gaben an, die Möglichkeit, ihre Meinung kundtun zu können, sehr zu schätzen.

Sowohl die untersuchten Personengruppen als auch die unterschiedlichen Erhebungsarten liessen unterschiedliche Antworttendenzen erwarten: So erstaunt es wenig, dass mithilfe der anonymen Antworten der Online-Befragung auch durchaus Ärger abgeladen wurde, während bei den Interviews sowohl mit Betroffenen als auch Beteiligten die Beurteilung differenzierter ausfiel. Trotz dieser Unterschiede zeigen die qualitative und quantitative Datenerhebung inhaltlich das gleiche Optimierungspotenzial auf. In den nachfolgenden Ausführungen werden die Hauptergebnisse beider Datenerhebungen dargestellt.

3.1 Ergebnisse zur Organisation und Zusammenarbeit

Die **duale Struktur**, das heisst die Aufgabenteilung zwischen Fach- und Beschlussorgan und damit die Trennung von fachlichen und politischen Überlegungen wurde von den interviewten Expertinnen und Experten als sinnvoll eingeschätzt. Sie führten jedoch an, dass trotz dieser dualen Struktur politische Überlegungen die Zuteilungsentscheide wesentlich prägten. In der Online-Befragung zeigten sich grosse Unterschiede zwischen Vertreter/innen unterschiedlicher Institutionen: Unter den Kantonsvertretern bewerteten 39.3% die Aufgabenteilung zwischen Fach- und Beschlussorgan als ‚sinnvoll‘, weitere 32.1% als ‚eher sinnvoll‘, 14.3% beurteilte sie als ‚neutral‘ und nur wenige gaben an, die Aufgabenteilung sei ‚eher nicht sinnvoll‘ (3.6%) oder ‚nicht sinnvoll‘ (3.6%). Befragte aus Spitälern hingegen waren kritischer: Unter den Personen aus Spitälern, die bislang *alle* gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben, bewerteten 24% die Aufgabenteilung ‚eher nicht sinnvoll‘ oder ‚nicht sinnvoll‘; unter jenen, die *nicht* alle gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben liegt dieser Anteil bei 36%. Werden alle Befragten gemeinsam betrachtet, liegt der Anteil der positiven Antworten bei 44.5% (‚sinnvoll‘ oder ‚eher sinnvoll‘), jener der negativen bei 26.1% (‚eher nicht sinnvoll‘ oder ‚nicht sinnvoll‘). Bei den negativen Bewertungen standen vielfach Kommentare, politische Überlegungen würden fachliche überlagern, da auch die Mitglieder des Fachorgans nicht völlig unabhängig seien und spezifische Interessen vertreten würden. Einige Befragte wünschten sich daher eine breitere Zusammensetzung des Fachorgans mit unabhängigen Expertinnen und Experten. Zudem wurde vorgeschlagen, auch politische Überlegungen bei der Entscheidungsfindung offenzulegen.

Die **Zusammenarbeit innerhalb der Organe sowie zwischen den Organen** wurde in der mündlichen Expertenbefragung grundsätzlich gut beurteilt. Der Kontakt zwischen den Organen laufe jedoch fast ausschliesslich über den Präsidenten des Fachorgans, dessen Arbeit sehr geschätzt werde. Es wurde angeregt, dass ein vermehrter Austausch zwischen allen Mitgliedern der beiden Organe sinnvoll sein könnte. Im Hinblick auf das Projektsekretariat wurde in den Interviews darauf hingewiesen, dass dieses personell eher unterdotiert sei.

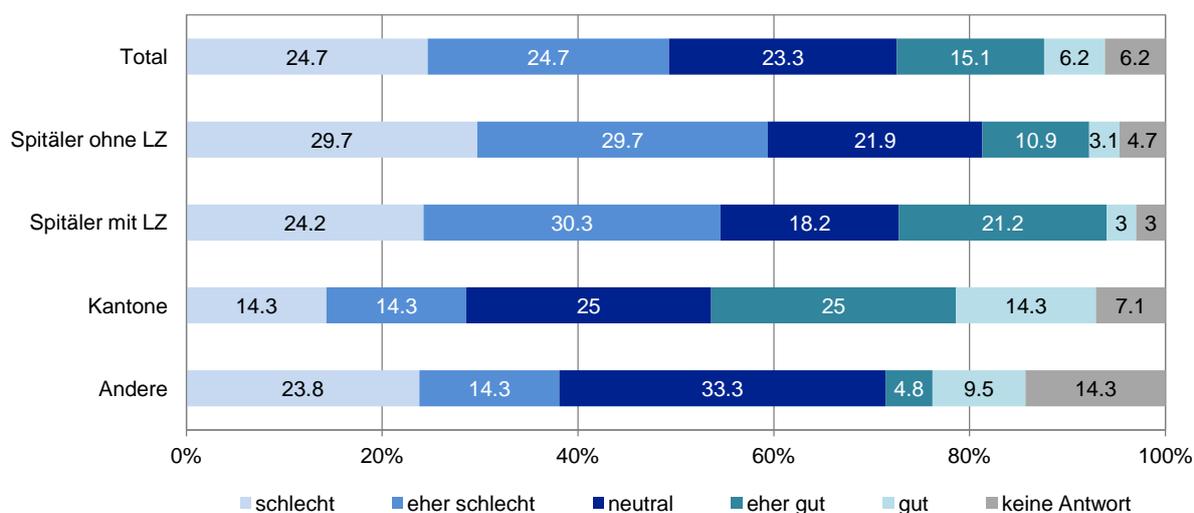
Die **Kontakte der beiden Organe zu weiteren Akteuren** wurden in der Expertenbefragung ebenfalls mehrheitlich positiv bewertet. Optimierungspotenzial wurde im Sinne einer Intensivierung der Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Spitälern sowie der Institutionalisierung von Kontakten mit den politischen Partnern aus dem National- und Ständerat geortet.

3.2 Ergebnisse zu den Entscheidungsprozessen

Das Konzept des Entscheidungsverfahrens wurde in der mündlichen Expertenbefragung mehrheitlich als richtig erachtet. Bei der Umsetzung besteht jedoch Verbesserungspotenzial. Fast die Hälfte der Teilnehmenden der Online-Studie bewerteten den Ablauf der Entscheidungsprozesse ‚schlecht‘ (24.7%)

oder ‚eher schlecht‘ (24.7%). 23.3% standen den Entscheidungsprozessen neutral gegenüber, 15.1% beurteilten sie ‚eher gut‘ und 6.2% ‚gut‘ (Abbildung 3.1). Werden die Teilnehmenden der Online-Befragung nach Gruppen aufgeschlüsselt, zeigt sich, dass Kantonsvertreter/innen die Entscheidungsprozesse deutlich positiver wahrnahmen als Befragte aus Spitälern. So bewerteten 14.3% der Befragten, die einen Kanton vertraten, die Entscheidungsprozesse als ‚gut‘, 25% als ‚eher gut‘, 4.8% stand ihnen neutral gegenüber und je 14.3% bewerteten sie als ‚eher schlecht‘ und ‚schlecht‘. Unter den befragten Personen aus Spitälern, die bislang alle Leistungszuteilungen erhalten haben, wurden die Entscheidungsprozesse von 3% als ‚gut‘ beurteilt, von 21.2% als ‚eher gut‘, 18.2% bewerteten sie neutral, 30.3% ‚eher schlecht‘ und 24.2% ‚schlecht‘. Befragte aus Spitälern schliesslich, die bislang nicht alle gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben, gaben vergleichsweise am häufigsten negative Bewertungen ab.

Abbildung 3.1 Gesamtbeurteilung der Entscheidungsprozesse



Quelle: Datenerhebung zur IVHSM 2013, n=146

© Obsan

Ein Grund für die verbreitete ungünstige Bewertung der HSM-Prozesse dürfte die zuweilen als ungenügend wahrgenommene Transparenz sein. Eine mangelnde Transparenz wurde sowohl in der Expertenbefragung von den *Betroffenen* erwähnt, als auch in 24 Kommentaren der Online-Umfrage kritisiert. Ein Teil der Kommentarschreibenden beschränkt sich dabei auf stichwortartige Bemerkungen (z.B. „intransparenter Prozess“), andere beschrieben konkrete Schwachstellen des Prozesses. So wurde wiederholt bemängelt, dass die aufgrund der Anhörungen vorgenommenen Änderungen an den Grundlagenberichten nicht kommuniziert worden seien. Zudem sei unklar gewesen, welche Expertinnen und Experten beigezogen worden seien. Angemerkt wurde auch, dass die Interessen der Mitglieder von Fach- und Beschlussorgan nicht immer offengelegt würden und unklar sei, welche Personen bei welchen Entscheiden in den Ausstand treten würden.

Zu den einzelnen Phasen der Prozessumsetzung wurde sowohl in den Interviews wie auch der quantitativen Befragung Optimierungspotenzial geortet:

Am Anfang der Entscheidungsprozesse steht die **Bereichsauswahl**. Sie wurde gemischt beurteilt. Insgesamt bewerteten 8.9% der Befragten der Online-Umfrage die Bereichsauswahl als ‚gut‘, 22.6% fand sie ‚eher gut‘ und 28.1% stand der Auswahl der Leistungsbereiche neutral gegenüber. Mit Anteilen von 19.9% (‚eher schlecht‘) und 15.1% (‚schlecht‘) beurteilte weniger als die Hälfte der Befragten die Bereichsauswahl negativ. Wiederum fällt die Bewertung der Kantone besser aus als jene der Spitäler: 10.7% der befragten Kantonsvertreterinnen und -vertreter beurteilten die Bereichsauswahl ‚gut‘, weitere 24.1% ‚eher gut‘. Mit 32.1% stand ihr ein Drittel dieser Befragungsgruppe neutral gegenüber; 25% fand die Bereichsauswahl ‚eher schlecht‘ und 3.6% ‚schlecht‘. Personen aus Spitälern beurteilten die

Bereichsauswahl etwas seltener positiv (9% ‚gut‘ bzw. 23% ‚eher gut‘) und häufiger negativ (19% ‚eher schlecht‘ und 18% ‚schlecht‘). Die Auswertungen zeigen zudem, dass Befragte aus Spitälern, die bislang *nicht* alle gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben, die Bereichsauswahl negativer wahrnehmen als solche aus Institutionen, die bislang alle gewünschten Zuteilungen erhalten haben.

Von den interviewten Expert/innen wurde vielfach angemerkt, dass die Bereichsauswahl der frühen Entscheide sinnvoll und relevant gewesen sei, in jüngster Zeit jedoch vermehrt Bereiche bearbeitet wurden, deren Zugehörigkeit zur hochspezialisierten Medizin umstritten sei. In beiden Befragungen wurde kritisiert, das Kriterium der Seltenheit werde bei der Bereichsauswahl nicht immer eingehalten und es bleibe zu viel Interpretationsspielraum offen. Von den Beteiligten Interviewpartner/innen wurde entgegengehalten, dass ein fachlich-medizinischer Interpretationsspielraum notwendig sei, um diejenigen Bereiche auswählen zu können, bei denen eine Konzentration der Leistungen grosse Vorteile für die Behandlungsqualität biete.

Fast zwei Drittel (57.2%) der Kantonsvertreterinnen und -vertreter schätzen die **fachliche Themenaufarbeitung** bzw. die Grundlagenberichte positiv ein. Insgesamt erhielt sie in der Online-Befragung aber gemischte Noten: 17.1% der Befragten schätzten sie als ‚eher gut‘ ein, 11% als ‚gut‘. Ein Fünftel bewerteten die Grundlagenberichte ‚neutral‘, und 17.8% bewerteten diese als ‚schlecht‘, 24.7% als ‚eher schlecht‘. Unter den Spitalvertreter/innen beurteilten Angehörige von Spitälern, die bislang alle gewünschten Zuteilungen erhalten haben, die fachliche Themenaufarbeitung etwas besser als die übrigen. In der mündlichen Expertenerhebung wurde angemerkt, dass die Qualität vieler Berichte sehr gut war, bei anderen jedoch zu wünschen übrig liess. Diese wurden als nicht genug differenziert und wenig nachvollziehbar beschrieben.

Ein Grund für die durchgezogene Bewertung der fachlichen Themenaufarbeitung dürften die in den Grundlagenberichten formulierten **Kriterien der Leistungszuteilung** sein. Diese wurden 60% der Spitalvertreter/innen als ‚eher schlecht‘ oder ‚schlecht‘ bewertet, nur gerade 28.9% bewerteten sie ‚eher gut‘, oder ‚gut‘. Unter den Befragten, die einen Kanton vertraten, lagen die entsprechenden Anteile bei 28.6% (‚schlecht‘ oder ‚eher schlecht‘) bzw. 48% (‚eher gut‘ oder ‚gut‘), Sowohl in den Interviews wie auch in den offenen Kommentaren der Online-Befragung wurden die Kriterien der Leistungszuteilung teilweise als wissenschaftlich wenig fundiert und nur schwer nachvollziehbar beschrieben. Drei Punkte wurden in der qualitativen und der quantitativen Befragung wiederholt genannt:

1. Die Mindestfallzahlen seien in den Berichten teilweise abweichend von den Empfehlungen der wissenschaftlichen Forschung angesetzt oder nachträglich abgeändert worden.
2. Die Qualität der Behandlung werde in den Berichten zu einseitig über die Fallzahlen pro Institution und zu wenig über andere Qualitätsmerkmale gemessen. Zudem wurde angeregt, dass den Zuteilungsentscheiden neben *institutionenbezogenen* Fallzahlen auch *personenbezogene* zugrunde gelegt würden, da diese teilweise aussagekräftiger seien.
3. Die Nachvollziehbarkeit der Kriterien wurde mehrfach als ungenügend beurteilt. Die Kriterien würden zu wenig detailliert begründet. Einige in die Prozesse involvierte Personen vermuteten, die Kriterien seien zudem wiederholt während des Entscheidprozesses abgeändert worden. Es wurde deshalb angeregt, die Fachkreise bereits bei der Definition der Zuteilungskriterien einzubeziehen, um eine breitere Akzeptanz und bessere Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

Eine wichtige Prozessphase sind die **Anhörungen**. In der Expertenbefragung wurde die Anhörung als wichtige und richtige Phase im Prozess geschätzt. Kritisiert wurde von den Expert/innen, dass die Fristen nicht ausgereicht hätten, um alle nötigen Stellen und Personen zu konsultieren und eine fundierte Stellungnahme zu verfassen. Auch in der Online-Befragung wurde die Zeit häufig als zu kurz wahrgenommen: 50% der Kantonsvertreterinnen bewerteten sie als ‚eher zu kurz‘ oder ‚zu kurz‘; unter den Personen aus Spitälern lag dieser Anteil bei 72.7% (‚Spitäler mit LZ‘) bzw. 70.4% (‚Spitäler ohne LZ‘). Insgesamt bewerteten 44.5% der Befragten die Zeit für die Anhörung ‚zu kurz‘, weitere 21.1% ‚eher zu kurz‘. 28.1% bewerteten sie neutral, nur gerade 1.4% der Befragten ‚eher zu lang‘. Sowohl von den befragten Expertinnen und Experten als auch von Teilnehmenden der Online-Umfrage wurde das Timing einiger Anhörungen über die Sommerferien oder über die Weihnachtszeit als ungünstig

eingeschätzt. Bei einzelnen Befragten war der Ärger über die Anhörungszeitpunkte so gross, dass sie vermuteten, diese würden mit Absicht in ungünstige Zeitperioden gelegt.

Verbesserungspotential wurde zudem im Hinblick auf die Transparenz bzw. die Kommunikation geortet: In einigen Fällen wich der definitive Entscheid des Beschlussorgans offenbar von den in der Vernehmlassung vorgelegten Vorschlägen ab, ohne dass die Gründe dafür offengelegt wurden. Sowohl von den befragten Experten und Expertinnen als auch von den Teilnehmenden der Online-Umfrage wurde deshalb gewünscht, dass die politischen Überlegungen sowie Abweichungen von den fachlichen Grundlagen klar begründet und öffentlich kommuniziert werden.

Die zeitliche **Dauer der Entscheidprozesse** wird von vielen Befragten in der qualitativen und quantitativen Erhebung als angemessen eingeschätzt, insbesondere angesichts der Wichtigkeit einer sorgfältigen Entscheidungsfindung.

Eine Regressionsanalyse der Daten aus der Online-Befragung zeigt, dass für eine positive Beurteilung der Entscheidprozesse insgesamt vor allem die Möglichkeit zur Stellungnahme sowie die Kriterien der Leistungszuteilung gut eingeschätzt werden müssen. Da beide Prozessaspekte eher verhalten bewertet werden, besteht in diesem Bereich Verbesserungspotential. Etwas weniger wichtig, aber dennoch nicht ohne Einfluss auf die Gesamtprozessbewertung ist die Bewertung der Bereichsauswahl sowie der Zeit für die Anhörung. Auch diese beiden Faktoren bergen Optimierungspotential.

Im Hinblick auf die **Bekanntheit der Prozessabläufe und Zuteilungsentscheide** zeigte sich, dass die in den Expertengesprächen befragten Personen grösstenteils gut informiert waren. Es wurde jedoch angeregt, dass politische Partner, aber auch Fachkreise und die Öffentlichkeit im Allgemeinen besser über den Stand der Arbeiten der IVHSM informiert werden sollten. In der Online-Befragung variierte die Bekanntheit der Entscheide stark: Im Durchschnitt kannten die Vertreter/-innen der Kantone 22 Entscheide, jene der Spitäler 6 (Median). Dass Kantonsvertreter/innen mehr Entscheide kennen als Angehörige von Spitälern überrascht nicht, da letztere oftmals stark spezialisiert sind. Informationsbedarf wurde im Hinblick auf die Prozessabläufe geortet: Befragte gaben an, ihnen sei unklar, wie diese ablaufen. Die Transparenz in den Prozessphasen wurde in 24 Kommentaren als ungenügend beschrieben, als Folge davon konnten die Befragten die Prozessabläufe offenbar teilweise nicht nachvollziehen.

3.3 Ergebnisse zu den bisherigen Zuteilungsentscheiden

Die **Anzahl der bisher verabschiedeten Leistungszuteilungen** wird unterschiedlich bewertet. Die interviewten Expert/innen beurteilten den Umfang der bisher verabschiedeten Leistungszuteilungen als angemessen, ebenso ein Drittel der Befragten der Online-Umfrage. 39% der Teilnehmenden der Online-Befragung fanden jedoch, es seien (eher) zu viele Leistungszuteilungen vorgenommen worden. Dazu gehören vermehrt Kantonsvertreter/innen sowie Vertreter/innen von Spitälern, die bislang nicht alle Leistungszuteilungen erhalten haben. Befragte aus Spitälern, die bisher alle Zuteilungen erhalten haben, fanden dies etwas weniger häufig.

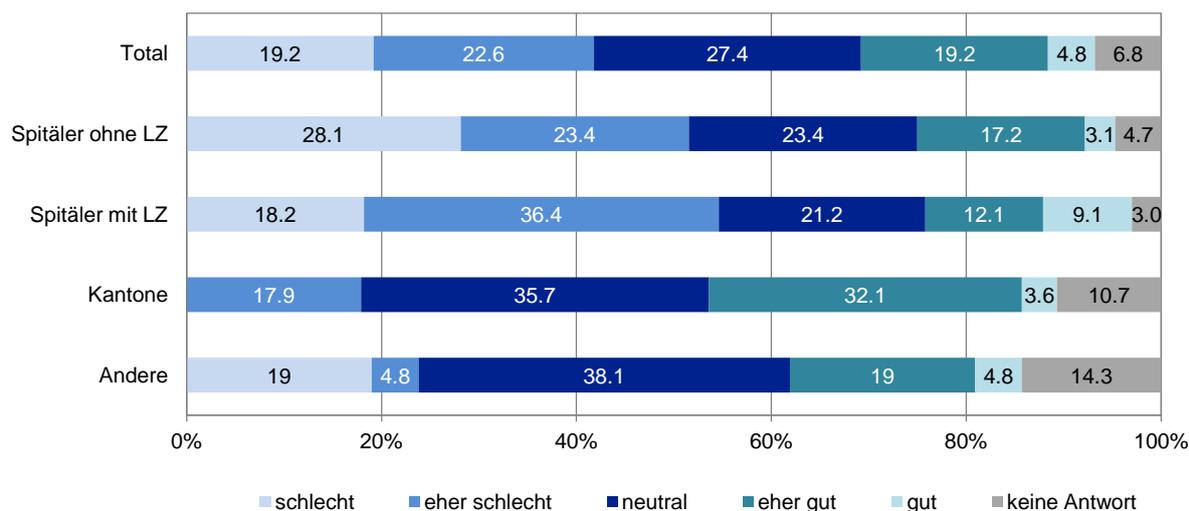
Inhaltlich wurden die **Leistungszuteilungen** in den Expertengesprächen teilweise als zu wenig transparent und zu wenig konsequent im Hinblick auf die Konzentration beurteilt. In der Online-Befragung beurteilten 4.8% der Befragten die Qualität der Leistungszuteilungen als ‚gut‘ und 19.2% als ‚eher gut‘ (Abbildung 3.2). 27.4% standen ihr neutral gegenüber, 22.6% bewerteten sie ‚eher schlecht‘ und 19.2% ‚schlecht‘.

Am besten fiel die Bewertung der Kantonsvertreterinnen und -vertreter aus, von denen 3.6% die Qualität der Leistungszuteilungen ‚gut‘ und 32.1% ‚eher gut‘ bewerteten. Deutlich negativer war die Sicht der Spitäler: Weitgehend unabhängig von Leistungszuteilungen bewerteten über die Hälfte der Spitalangehörigen die Qualität der Leistungszuteilungen als ‚eher schlecht‘ oder ‚schlecht‘. 3.1% (Spitäler

ohne LZ) bzw. 9.1% (Spitäler mit LZ) beurteilten die Qualität als ‚gut‘, 17.2% (Spitäler ohne LZ) bzw. 12.1% (Spitäler mit LZ) als ‚eher gut‘.

Die Zufriedenheit mit den Leistungszuteilungen variiert nach Entscheid¹⁰: Mit neun Entscheiden, darunter sieben von zehn Entscheiden in der Pädiatrie und Kinderchirurgie, den Cochlea Implantaten, den allogenen hämatopoietischen Stammzelltransplantationen und den schweren Verbrennungen bei Erwachsenen waren über zwei Drittel der online Befragten zufrieden und weniger als 10% unzufrieden.

Abbildung 3.2 Beurteilung der Qualität der Leistungszuteilungen



Quelle: Datenerhebung zur IVHSM 2013, n=146

© Obsan

Weniger zufrieden waren die Befragten mit den Entscheiden zur stereotaktischen Chirurgie der anormalen/ungewollten Bewegungen und tiefen Hirnstimulation, zu den seltenen Rückenmarkstumoren, zur hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen sowie den Entscheiden zur Kinderonkologie. Deutlich den höchsten Anteil (eher) unzufriedener Befragter weist die Viszeralchirurgie auf (62.3%).

Alle anderen Entscheide weisen eine mittlere Zufriedenheit auf: Mit ihnen sind gut 50% der Befragten zufrieden.

Obschon die aktuellsten Entscheide in den Bereichen Kinderonkologie und Viszeralchirurgie vergleichsweise schlecht beurteilt wurden, kann nicht von einer allgemeinen Zunahme der Unzufriedenheit im Zeitverlauf gesprochen werden. Vielmehr variiert die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit nach Fachgebiet, was sich etwa an den relativ hohen Anteilen unzufriedener Befragter bei den Entscheiden in der Neurochirurgie zeigt.

Die relativ kurze Zeitspanne seit Beginn der Arbeiten der HSM Organe erlaubte es den interviewten Experten und Expertinnen kaum, bereits Aussagen zur **Umsetzbarkeit und Praktikabilität der Entscheide** zu machen. Es wurden jedoch von den **Betroffenen** Beispiele genannt, in denen die mit den Entscheiden verbundenen Auflagen insbesondere für kleinere, private oder peripher gelegene Spitäler eine Herausforderung darstellten. So wurden etwa Vorgaben zur Anzahl Fachpersonen vor Ort oder zur Art der Fachpersonen, die eine Leistung vornehmen können, aufgeführt. Um entsprechende Um-

¹⁰ Gefragt wurde in der Online-Befragung nach der Zufriedenheit mit den 22 bei Befragungsbeginn im August 2013 abgeschlossenen Entscheidprozessen gemäss der Liste der Zuteilungsentscheide der GDK sowie summarisch die zum Zeitpunkt der Erstellung der Befragung noch laufenden Entscheidprozesse in der pädiatrischen Onkologie und der Viszeralchirurgie.

setzungsprobleme zu verhindern, wurde vorgeschlagen, die Auflagen vor Verabschiedung des Entscheids durch betroffene Fachpersonen in den Spitälern auf ihre Praktikabilität zu prüfen.

Die **Befristung der Leistungszuteilungen** wurde in den Expertengesprächen als sinnvoll betrachtet, da sie der sich ständig weiterentwickelnden Medizin gerecht werde. Auch die provisorischen Leistungszuteilungen wurden mehrheitlich als angebracht betrachtet. Sie hätten den Vorteil, dass die Spitäler eine Übergangsphase erhielten, in der sie Anpassungen vornehmen oder entscheiden könnten, auf eine gewisse Leistung zu verzichten. Es wurde aber auch angemerkt, dass die Befristung in einigen Fällen für Spitäler zu kurz sei, um die nötigen Anpassungen vorzunehmen. Darüber hinaus ist aus der Sicht einiger Interviewpartner/innen nicht klar geregelt, wie sich ein Spital für eine Leistung bewerben kann, wenn es nicht auf der Spitalliste ist und diese Leistung deshalb bis zur Neubeurteilung der Entscheide gar nicht erbringen kann.

Das **Monitoring** der Umsetzung der Leistungszuteilungen wurde von den interviewten Expert/innen befürwortet, solange es zielgerichtet erfolge. Die grösste Herausforderung eines Monitoring bildet aus Sicht der Befragten die fristgerechte Lieferung von einheitlichen und qualitativ guten Daten durch die Spitäler.

In den Interviews wurden die Expertinnen und Experten um ihre allgemeine Einschätzung des aus der Änderung des KVG im Jahr 2007 entstandenen Auftrages des Bundes an die Kantone gebeten. Die Mehrheit fand es richtig, dass die Kantone mit der Planung der hochspezialisierten Medizin beauftragt wurden. Der Vorteil dieser Lösung sei, dass sie den politischen Strukturen der Schweiz entspreche, in welchen die Kantone die Hoheit im Gesundheitswesen innehaben. Zudem hätten die Kantone die Vereinbarung ratifiziert und akzeptiert, dass sie damit zu einem gewissen Grad ihre Planungshoheit an das Beschlussorgan abgäben. Die Konzeption der Planungs- und Entscheidprozesse wurde somit von einer breiten Basis der Interviewten getragen. Die Option, dass der Bund die Planung übernimmt, wurde von vielen der Befragten abgelehnt, da sie dem föderalistischen Aufbau des Gesundheitssystems entgegenlaufe und mit erheblichen Akzeptanzproblemen und Durchsetzungsschwierigkeiten zu rechnen wäre.

3.4 Interpretation und Bewertung der Ergebnisse

Die 39 bisher verabschiedeten Leistungszuteilungen und die Zufriedenheit mit einer Mehrheit dieser Entscheide weisen darauf hin, dass die IVHSM Organe seit ihrer Gründung viel gute Arbeit geleistet haben. Dies wurde insbesondere von den Interviewpartner/innen der qualitativen Erhebung als auch von den Kantonen in der Online-Befragung anerkannt. Damit zeigen sich die mit der gesamtschweizerischen Planung der hochspezialisierten Medizin beauftragten Akteure, nämlich die Kantone, in der Mehrheit zufrieden. Dies, obwohl sie ihre kantonalen Spitalplanungen in der hochspezialisierten Medizin zugunsten einer nationalen Planung aufgeben und auch Verluste hinnehmen mussten.

Vertreterinnen und Vertreter von Spitälern bewerteten die bisherigen Leistungszuteilungen in der qualitativen und quantitativen Befragung kritischer als andere Personengruppen. Dies verwundert insofern nicht, als dass sowohl die Spitäler als auch die Ärzteschaft mit der nationalen Planung der hochspezialisierten Medizin Verluste hinnehmen musste. Dass die nationale Planung der hochspezialisierten Medizin nur für wenige Spitäler, Ärzte und Ärztinnen Gewinne, für viele aber Nachteile mit sich bringt, sollte bei der Interpretation der Ergebnisse nicht vergessen werden.

Neben den Leistungszuteilungen standen in der vorliegenden Studie insbesondere die Entscheidprozesse im Fokus. Die IVHSM ist ein neues Planungsinstrument für die Kantone und entsprechend wurde mit Beginn der ersten Entscheidprozesse prozedurales Neuland betreten. Die Ergebnisse der qualitativen und der quantitativen Analysen zeigen übereinstimmend deutliches Verbesserungs- und Optimierungspotential. So wird etwa die Kommunikation und damit verknüpft die Transparenz von vielen in Entscheidprozesse involvierten Personen als ungenügend wahrgenommen. Die geringen Unterschiede zwischen Spitälern, die bislang alle gewünschten Leistungszuteilungen erhalten haben, und

jenen, bei denen dies nicht der Fall ist, weisen darauf hin, dass die Unzufriedenheit mit den Prozessen nur bedingt durch (nicht erhaltene) Leistungszuteilungen erklärbar ist. Dieses Resultat wird von den Regressionsanalysen gestützt, die zeigen, dass nur ein kleiner Teil der Variation in der Gesamtprozessbewertung durch die Institution der Befragten bzw. die Leistungszuteilung erklärt werden kann. Demnach dürfte der verbreiteten negativen Wahrnehmung der Entscheidprozesse auch tatsächliche Verfahrensschwächen zugrunde liegen.

Sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Studie wurden verschiedene konkrete Verbesserungsvorschläge gemacht. Ein Teil dieser Vorschläge bezieht sich auf den in der IVHSM-Vereinbarung formulierten Gesetzauftrag und könnte deshalb nicht ohne eine Gesetzesänderung umgesetzt werden. Dazu zählt etwa der Wunsch, den Zuteilungsentscheiden auch personen- anstatt lediglich institutionenbezogene Fallzahlen zugrunde zu legen. Auch die Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitalgruppen oder Behandlungsteams ist gegenwärtig nicht gesetzeskonform, ebenso der Einbezug *aller* Vereinbarungskantone im Beschlussorgan anstatt lediglich deren zehn.

Ein weiterer Teil der vorgebrachten Verbesserungsvorschläge bezieht sich auf die *Umsetzung* der IVHSM und bedingt keine Änderung des Gesetzauftrags. Dazu zählt etwa die Forderung nach einem frühen Einbezug der Fachkreise, die Erhöhung der Transparenz und einer besseren Kommunikation in den Entscheidprozessen. Einige dieser Forderungen setzen Veränderungen der Rahmenbedingungen voraus, beispielsweise der Aufstockung der personellen Ressourcen des Projektsekretariates. Andere Forderungen, zum Beispiel die Offenlegung der Namen und Interessensverbindungen der vom Fachorgan beigezogenen Experten und Experten müssen vor dem Hintergrund anderer Überlegungen, nämlich dem Schutz der Anonymität der Begutachtenden, abgewogen werden. Auch der vielfach geäußerte Wunsch nach einem verstärkten Einbezug von Qualitätsdaten entspricht den gesetzlichen Rahmenbedingungen. Da in der Schweiz – im Gegensatz zu vielen europäischen Ländern – bislang aber kaum nationale Qualitätsregister bestehen, kann dieser Wunsch nur umgesetzt werden, wenn sich die Spitäler konsequent an den von ihnen geforderten Qualitätsregistern beteiligen und ihre Behandlungsqualität einheitlich dokumentieren sowie diese Daten zugänglich machen.

Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen können aus den vorliegenden Ergebnissen Empfehlungen abgeleitet werden, deren Umsetzung zu einer höheren Akzeptanz der Zuteilungsentscheide und insbesondere zu einer besseren Bewertung der Entscheidprozesse führen dürfte. Diese werden im Folgenden detailliert erläutert.

4 Empfehlungen

Damit hochspezialisierte Medizin auch in Zukunft effektiv geplant werden kann und die Entscheide auf breite Akzeptanz stossen, sind eine hohe Transparenz in allen Phasen des Prozesses, die fundierte Begründung der Zuteilungskriterien und der getroffenen Entscheide sowie der regelmässige und konstruktive Kontakt mit allen Stakeholdern wichtig. Vor diesem Hintergrund können die folgenden Empfehlungen gemacht werden:

Empfehlung 1: Klärungsphase im Hinblick auf zukünftige Entscheide nutzen

Die Evaluation hat gezeigt, dass Klärungsbedarf bezüglich der Auswahl der zukünftigen Leistungsbereiche sowie des Ablaufs der Entscheidprozesse besteht. Zur Optimierung der weiteren Entscheidprozesse sollte deshalb eine Reflexion über die zukünftig zu konzentrierenden Fachbereiche, den Ablauf der Entscheidprozesse sowie die Umsetzung und Wirkung der bislang verabschiedeten Zuteilungen stattfinden. Differenzierte Informationen über das Erreichte, das Optimierungspotenzial wie auch über die Grenzen der IVHSM werden eine wichtige Basis für fundierte Entscheidungen der HSM-Organe darstellen. Zudem erhöhen sie die Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Entscheidungen bei den Betroffenen.

Empfehlung 2: Prozessablauf standardisieren

Die HSM-Prozesse verlaufen bislang nicht in allen Aspekten nach vorgegeben Mustern und das Vorgehen kann je nach Bereich variieren. Dies hat zur Folge, dass verschiedene Akteure den Ablauf des Entscheidprozesses sowie ihre Rechte in diesem Prozess nicht genügend kennen, etwa nicht wissen, wie sie sich als potentieller Leistungserbringer (neu-)bewerben können. Deshalb wird empfohlen, einen weitgehend standardisierten Prozessablauf zu erarbeiten, der alle Prozessphasen von der Auswahl der zu konzentrierenden Leistungsbereiche bis zur Reevaluation und Möglichkeit zur Neubewerbung regelt. Der standardisierte Prozessablauf sollte öffentlich kommuniziert werden und bei jedem Prozess zur Anwendung kommen. Dies dürfte die Transparenz der Prozesse erhöhen und zu einem besseren Verständnis der Entscheide führen.

Empfehlung 3: Transparenz erhöhen und Kommunikation verstärken

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass eine Steigerung der Transparenz bei der Bereichsauswahl, bei der Festlegung der Kriterien der Leistungszuteilung sowie dem Einbezug der Stellungnahmen aus der Vernehmlassung die Nachvollziehbarkeit der Entscheide verbessern dürfte. Es wird empfohlen, die Stakeholder während des gesamten Prozessablaufes zeitnah und proaktiv über wichtige Entscheidungen in den genannten Bereichen zu informieren und die ausschlaggebenden wissenschaftlichen und politischen Argumente offenzulegen. Dies betrifft etwa die Information darüber, wie die Antworten aus der Vernehmlassung in die Entscheidungsfindung eingeflossen sind und die Gründe für allfällige Abweichungen des definitiven Entscheides von den in den Vernehmlassungen formulierten Anliegen.

Empfehlung 4: Kriterien der Leistungszuteilung breit abstützen

Die in den Grundlagenberichten aufgeführten Kriterien zur Leistungszuteilung spielen eine Schlüsselrolle bei der Leistungsvergabe. Es ist daher wichtig, dass sie wissenschaftlich begründet und in Fachkreisen bekannt sind. Es wird empfohlen, die Fachkreise wie bei den Entscheiden jüngerer Datums bereits in der frühen Prozessphase der Festlegung der Kriterien der Leistungszuteilung, mit einzubeziehen. Damit können die Zuteilungskriterien breit diskutiert und gewisse Umsetzungsprobleme vorweggenommen werden. Die Zufriedenheit der in die HSM-Prozesse involvierten Personen mit den Kriterien der Leistungsvergabe ist zentral für die Akzeptanz des Gesamtprozesses sowie der Entscheide – kann sie erhöht werden, dürfte sich auch die Bewertung der Entscheidprozesse und Zuteilungsentscheide verbessern.

Empfehlung 5: Fristen der Vernehmlassung anpassen

Fristen und Zeitpunkt der Anhörung sollten so gewählt werden, dass sie es den Stakeholdern erlauben, fundierte Stellungnahmen zu verfassen. Konkret sollte die Zeit für die Anhörungen verlängert und das Timing optimal auf die üblichen Ferienabwesenheiten abgestimmt werden.

Empfehlung 6: Monitoring der bereits verabschiedeten Leistungszuteilungen konsequent umsetzen

Das Monitoring sollte weitergeführt werden und eine Beurteilung der Umsetzung der Auflagen sowie der Erreichung der Ziele ermöglichen. Die IVHSM Organe sollten Konsequenzen ergreifen, falls ein Spital die Leistungen nicht zufriedenstellend erfüllt. Die Organisation und die Ergebnisse des Monitorings sollen öffentlich kommuniziert werden.