



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bern, 24. August 2022

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

Zweite Aktualisierung des Berichts des Bundesrates vom 25. Mai 2016

in Erfüllung des Postulats 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Zusammenfassung | 2 |
| 1. Einleitung | 4 |
| 1.1 <i>Allgemeines</i> | 4 |
| 1.2 <i>Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016</i> | 4 |
| 1.3 <i>Erste Aktualisierung</i> | 5 |
| 1.4 <i>Zweite Aktualisierung</i> | 5 |
| 2. Interkantonale Vereinbarung | 5 |
| 2.1 <i>Inhalt</i> | 5 |
| 2.2 <i>Organisation</i> | 5 |
| 3. Umsetzung | 6 |
| 3.1 <i>Planungsgrundlagen und Planungsmassnahmen</i> | 6 |
| 3.2 <i>Anpassungen der Planungsinstrumente und Planungsmethoden in Bezug auf die Änderung der Planungskriterien per 1. Januar 2022 (AS 2021 439)</i> | 7 |
| 3.3 <i>Probleme bei der Umsetzung der HSM-Planung</i> | 8 |
| 4. Stand der HSM-Planung | 10 |
| 5. Nächste Schritte | 17 |
| 6. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates | 18 |
| 7. Auswirkungen und Evaluation | 20 |
| 7.1 <i>Konzentration des Angebots</i> | 20 |
| 7.2 <i>Kompetenzzentren</i> | 22 |
| 7.3 <i>Weitere stationäre Bereiche und ambulanter Bereich</i> | 22 |
| 8. Fazit | 24 |
| Anhang 1: Fragenkatalog des BAG zuhanden der Kantone | 25 |
| Anhang 2: Ablauf des HSM-Planungsverfahrens | 26 |
| Anhang 3: Liste der HSM-Entscheide ab 2015 (Stand 3. August 2022) | 27 |

Zusammenfassung

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)¹ vom 21. Dezember 2007 (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG) wurden die Kantone verpflichtet, das spitalstationäre Angebot im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) gesamtschweizerisch gemeinsam zu planen. Die Konzentration des Angebots im Bereich der seltenen, komplexen und kostspieligen Interventionen und Therapien soll erlauben, die Qualität und die Effizienz der Leistungserbringung zu steigern und Doppelspurigkeiten zu beseitigen. Gemäss Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG kann der Bund intervenieren, wenn die Kantone die Planung der HSM nicht rechtzeitig wahrnehmen.

In Erfüllung des Postulats 13.4012 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) vom 8. November 2013 veröffentlichte der Bundesrat am 25. Mai 2016 seinen Bericht zur Umsetzung der HSM-Planung durch die Kantone². Am 13. September 2019 verabschiedete der Bundesrat eine Aktualisierung dieses Berichts.³ Er kam darin zum Schluss, dass die Kantone die nötigen Ressourcen und Kompetenzen zur Erstellung einer HSM-Planung und Liste im Sinne des Gesetzes innert nützlicher Frist mobilisiert hatten. Er wies jedoch auch darauf hin, dass die HSM-Spittalliste erst eine kleine Anzahl rechtskräftiger Leistungszuteilungen enthielt. Der Bundesrat hielt es für nicht notwendig, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Die Überprüfung der HSM-Planung und des Berichts sollen in drei Jahren aktualisiert und dabei die Notwendigkeit eines Eingreifens im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz erneut geprüft werden.

Mit Schreiben vom 8. Dezember 2021 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) einen Fragenkatalog⁴ übermittelt, damit sie über den aktuellen Stand und die nächsten Schritte der HSM-Planung berichten kann. Die Antworten dazu sind im Statusbericht des HSM-Beschlussorgans vom 28. Februar 2022 aufgeführt und werden vollständig in der vorliegenden Aktualisierung des Berichts des Bundesrates wiedergegeben. Die im ersten Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 aufgeführten und noch aktuellen Informationen sind in der aktualisierten Version nicht enthalten.

Als Grundlage der HSM-Planung gilt weiterhin die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin vom 14. März 2008 (IVHSM)⁵, in welcher die Planungsgrundsätze, die Organisation und die Finanzierung der HSM-Planung verankert sind. Was das Planungsverfahren betrifft, ist auf den zweistufigen Prozess zu verweisen, bei dem in einem ersten Schritt die – vor Gericht nicht anfechtbare – Zuordnung eines Leistungsbereichs zur HSM erfolgt, und in einem zweiten Schritt die Zuteilung der Aufträge an die Leistungserbringer. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) unterstützt das HSM-Beschlussorgan bei der Bedarfsanalyse. In Bezug auf die Vergabe von Leistungsaufträgen der HSM, müssen die Spitäler sowohl generelle als auch leistungsspezifische Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen. Diese Anforderungen werden vom HSM-Fachorgan, welches mit der Ausarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für das HSM-Beschlussorgan beauftragt ist, festgelegt und publiziert. Auch sind zwei weitere Aspekte zu beachten: der Zugang der Patientinnen

¹ SR 832.10

² Vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016), unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

³ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2019), unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁴ Die Fragen des BAG an die GDK und die entsprechenden Verweise in diesem Bericht sind in Anhang 1 enthalten.

⁵ Vgl. GDK, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/die-iv-hsm>

und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer.

Die Planung ist ein kontinuierlicher Prozess. Die durch die HSM-Planungsorgane ausgeführten und geplanten Arbeiten zeigen, dass die HSM-Organe den Planungsprozess mit Einsatz und Kompetenz durchführen. Gemäss Planung der IVHSM-Organe wird sich die Zahl der rechtskräftigen Leistungszuteilungen bis Ende 2022 von 12 auf 23 Teilbereiche gegenüber dem Planungsstand des Berichts 2019 nahezu verdoppeln. Damit werden Regulierungslücken zum Teil geschlossen; bestehen in einigen Teilbereichen jedoch weiterhin. Der Bundesrat ersucht deshalb die HSM-Planungsorgane, ihre Bemühungen in den nächsten Jahren fortzusetzen.

Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, dass es nun für alle rechtsgültig geregelten Teilbereiche Qualitätssicherungssysteme und Datenerhebungen gibt. Damit wurde in allen Teilbereichen die Grundlage für ein methodisches Monitoring der Leistungszuteilung geschaffen. Weiter nimmt der Bundesrat zur Kenntnis, dass nach Ansicht der HSM-Organe künftig ausreichend zuverlässige Daten aus den Qualitätsregistern als Entscheidungsgrundlagen vorliegen, die das bislang nicht immer auf einer ausreichenden wissenschaftlichen Basis beruhende Kriterium der Mindestfallzahl ersetzen können. Der Bundesrat merkt weiter an, dass für die Beurteilung der Qualität in HSM-Zentren, die erst mit dem Führen von Qualitätsregistern beginnen und aufgrund der kurzen Beobachtungsdauer nur über wenig Daten verfügen, auch die Umsetzung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen transparent sein muss.

Die Stärkung der Kompetenz der für die stationäre Behandlung zugelassenen HSM-Zentren soll sich positiv auf die Vor- und Nachbehandlung betroffener Patientinnen und Patienten auswirken. Die Kantone sollen die Schlüsselfunktion der HSM-Leistungserbringer als Kompetenzzentren durch zweckmässige Auflagen oder Empfehlungen für eine verbindliche Vernetzung der HSM-Zentren mit ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen fördern. Der Bundesrat stellt fest, dass in einigen Bereichen eine Koordination und Netzwerke aufgebaut wurden. Er begrüsst solche Kooperationen und ermutigt die HSM-Organe, sie in allen Bereichen zu fördern, in denen sie sich als zweckmässig erweisen.

Gestützt auf diese Überprüfung des aktuellen Stands und der nächsten Schritte der HSM-Planung kommt der Bundesrat zum Schluss, dass die Kantone den HSM-Konzentrationsprozess und die anstehenden Arbeiten mit den mobilisierten Ressourcen und dank der gewonnenen Kompetenzen mit der nötigen Qualität fortführen werden. In Anbetracht der positiven Entwicklung der Anzahl an Leistungen, die in der aktuell gültigen Spitalliste enthalten sind, und der bereits durchgeführten Planungsarbeiten, hält der Bundesrat es für nicht notwendig, von seiner subsidiären Kompetenz nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG Gebrauch zu machen. Auch eine weitere periodische Überprüfung der HSM-Planung erachtet der Bundesrat als nicht notwendig. Er behält sich jedoch die Möglichkeit vor, den Stand der HSM-Planung in Zukunft erneut zu prüfen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat zudem weiterhin die Möglichkeit, im Falle von Regulierungslücken infolge abgelaufener HSM-Zuteilungsentseide in der Verordnung des EDI über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV⁶) die Zentren zu benennen, welche die jeweiligen Leistungen übergangsweise zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbringen dürfen.

⁶ SR 832.112.31

1. Einleitung

1.1 Allgemeines

Die hochspezialisierte Medizin (HSM) betrifft den Bereich seltener, komplexer und kostspieliger Interventionen und Therapien (z. B. schwere Verbrennungen bei Kindern). Werden solche Leistungen in zu vielen Zentren angeboten, in denen es den Fachpersonen oftmals an Routine und Fachwissen mangelt, so leidet die Qualität. Zudem kann die bestmögliche Effizienz nicht erreicht werden, was insbesondere im HSM-Bereich grosse Kosten verursacht. Aus diesen Gründen wird eine Konzentration der HSM angestrebt.

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG⁷) im Bereich der Spitalfinanzierung vom 21. Dezember 2007 (Art. 39 Abs. 2^{bis}) wurden die Kantone verpflichtet, im HSM-Bereich gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Für die Anpassung der Planungen an die neue Spitalfinanzierung hatten die Kantone bis Ende des Jahres 2014 Zeit (Übergangsbestimmung zur KVG-Revision der Spitalfinanzierung); diese Frist galt auch für den HSM-Bereich. Eine Intervention des Bundes im HSM-Planungsbereich hat subsidiären Charakter bzw. ist im Gesetz nur für den Fall vorgesehen, dass die Kantone die gesamtschweizerische Planung der HSM nicht rechtzeitig wahrnehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG).

1.2 Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016

In Erfüllung des Postulats 13.4012 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) vom 8. November 2013 hat der Bundesrat am 25. Mai 2016 einen Bericht zur Umsetzung der HSM-Planung durch die Kantone verabschiedet⁸. Als Grundlage dienten der durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) erstellte Statusbericht⁹, Auskünfte des HSM-Projektsekretariats und der GDK sowie publizierte Dokumente. Der Bericht 2016 enthält die damals durchgeführte Evaluation sowie die Erwartungen des Bundesrats in Sachen HSM-Planung. Der Bundesrat kam zum Schluss, dass die HSM-Planungsarbeiten die Neubeurteilung bereits beschlossener Entscheide zwecks Schliessung der Regulierungslücke im Bereich der abgelaufenen Leistungszuteilungen umfassen musste und der Konzentrationsprozess mit der Ergänzung der HSM-Planung in weiteren Teilbereichen weiterzuführen sei. Die HSM-Organen wurden darum gebeten, innerhalb der schnellstmöglichen Frist die Planung zu vervollständigen und die HSM-Liste auf einen Stand zu bringen, damit das gesamte Angebot im HSM-Bereich wirtschaftlich ist und die Leistungen in der notwendigen Qualität erbracht werden können.

Der Bundesrat hielt es nicht für zweckmässig, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Er erklärte seine Absicht, die Entwicklung weiterhin zu verfolgen und bei Bedarf – ohne von seiner subsidiären Kompetenz im HSM-Planungsbereich Gebrauch zu machen – Massnahmen zu treffen um zu verhindern, dass der Planungsprozess durch Beschwerdeverfahren unnötig blockiert wird. Eine Intervention in diesem Sinne war bislang nicht nötig. Der Bundesrat erklärte zudem seine Absicht, erneut zu evaluieren, ob die Kantone die nächsten Schritte im Zusammenhang mit der Planung rechtzeitig einleiten und ob es notwendig ist, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch macht. Damit kündigte er die periodische Überprüfung der HSM-Planung und des Berichts an; das erste Mal nach drei Jahren.

⁷ SR 832.10

⁸ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2016), unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte.html>

⁹ Vgl. GDK, Planung der hochspezialisierten Medizin, Information zum Stand der Umsetzung, Statusbericht zuhanden des EDI, 27. April 2015, unter <https://www.gdk-ods.ch/de/hochspezialisierte-medizin/querschnittsthemen>

1.3 Erste Aktualisierung

Am 13. September 2019 verabschiedete der Bundesrat eine erste Aktualisierung des obgenannten Berichts. Sie basierte auf dem Statusbericht der GDK vom 15. Februar 2019 und den publizierten Dokumenten. Der Bundesrat kam zum Schluss, dass die Kantone die nötigen Ressourcen und Kompetenzen für die HSM-Planung und Liste im Sinne des Gesetzes innert nützlicher Frist mobilisiert hatten. Er wies jedoch auch darauf hin, dass die HSM-Spittalliste erst eine kleine Anzahl rechtskräftiger Leistungszuteilungen enthielt. Der Bundesrat erachtete es als nicht notwendig, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen. Die HSM-Planung, der Bericht und die Notwendigkeit, von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch zu machen, werden in drei Jahren wieder überprüft.

1.4 Zweite Aktualisierung

Dieser Bericht betrifft die zweite Aktualisierung der Überprüfung der HSM-Planung durch den Bundesrat. Er soll die Weiterführung der HSM-Planungsarbeiten seit 2019 darstellen und die Frage beantworten, ob der Bundesrat aktuell von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen muss.

Als Grundlage dieser Überprüfung dienen der Statusbericht, den das HSM-Beschlussorgan dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) am 28. Februar 2022 übermittelt hat, Informationen des HSM-Projektsekretariats sowie Informationen auf der Website der GDK. Mit Schreiben vom 8. Dezember 2021 hatte das BAG die GDK eingeladen, über den aktuellen Stand und die nächsten Schritte der HSM-Planung zu berichten. Dem Schreiben des BAG an die GDK war ein Fragenkatalog beigelegt. Im vorliegenden Bericht des Bundesrates sind die Stellungnahmen des HSM-Beschlussorgans gemäss Statusbericht 2022 wiedergegeben und jeweils in Klammer mit der Ziffer der beantworteten Fragen des BAG referenziert. In Anhang 1 befinden sich die Verweise auf die Ziffern der vorliegenden Aktualisierung des Berichts des Bundesrates, auf die sich die Fragen des BAG beziehen. In der Aktualisierung nicht enthalten sind die weiterhin gültigen Informationen aus dem Bericht 2016. In diesen Fällen wird auf den damaligen Bericht verwiesen.

2. Interkantonale Vereinbarung

2.1 Inhalt

Die interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)¹⁰ gilt weiterhin als Grundlage der gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung der HSM durch die Kantone. In der Vereinbarung sind die Planungsgrundsätze, die Organisation und die Finanzierung der HSM-Planung festgehalten.

2.2 Organisation¹¹

Das HSM-Beschlussorgan legt die Teilbereiche der hochspezialisierten Medizin fest und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Er setzt sich aus den Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren der Kantone Basel-Stadt, Bern, Genf, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Tessin, Waadt, Zug und Zürich zusammen und wird vom Gesundheitsdirektor des Kantons Genf, Regierungsrat Mauro Poggia, präsiert. Mit beratender Stimme sind das BAG, die Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK) und santésuisse im Gremium vertreten.

Das HSM-Fachorgan wird von Prof. Martin Fey präsiert und setzt sich aus 15 unabhängigen Expertinnen und Experten aus dem In- und Ausland zusammen. Es bereitet

¹⁰ Vgl. GDK, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/die-iv-hsm>

¹¹ Vgl. GDK, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/organisation/organe>

die medizinisch-wissenschaftlichen Entscheidungsgrundlagen für das HSM-Beschlussorgan auf.

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

3. Umsetzung

3.1 Planungsgrundlagen und Planungsmassnahmen

Zu allfälligen Änderungen bei den Planungsgrundlagen und Planungsmassnahmen der HSM seit der Berichterstattung des Bundesrats vom 13. September 2019 (Qualitätssicherungssysteme, Datenerhebungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung; vgl. Frage 1.1 des BAG in Anhang 1) nimmt das HSM-Beschlussorgan in seinem Statusbericht 2022 wie folgt Stellung:

Seit der Berichterstattung 2019 sind bei den Planungsgrundlagen und Planungsmassnahmen keine grundsätzlichen Änderungen erfolgt.

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Planungsgrundlage ist unverändert die für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages geschaffene und von allen Kantonen unterzeichnete Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM).

Die Kriterien für eine Zuordnung ergeben sich aus Artikel 1 und Artikel 4 Absatz 4 IVHSM. HSM-Bereiche werden mittels einer medizinischen Umschreibung in Worten (im Zuordnungsbericht) sowie anhand von Codes des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD) definiert.

Artikel 39 KVG und Artikel 58a–g KVV verpflichten die Kantone, für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung zu sorgen. Um den heutigen und zukünftigen Bedarf an Leistungserbringern zu eruieren, ist eine Bedarfsanalyse resp. -prognose notwendig. Seit Ende 2018 wird der Bedarf vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Auftrag der IVHSM-Organe ermittelt. Dafür besteht eine Rahmenvereinbarung zwischen der GDK und dem Obsan sowie ein jährlich zu erneuernder Leistungsvertrag zwischen der GDK und der Schweizerischen Eidgenossenschaft vertreten durch das Bundesamt für Statistik (BFS) als Trägerin des Obsan.

Gemäss Artikel 58b Absatz 4a KVV berücksichtigen die Kantone bei der Planung die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Artikel 58d Absatz 1 KVV besagt, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler namentlich durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten erfolgt. Das HSM-Beschlussorgan hat eine Gruppe von Expertinnen und Experten mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der IVHSM beauftragt. Die Aufbereitung und Analyse der Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer, die sich für einen HSM-Leistungsauftrag bewerben, wird durch beauftragte Dritte vorgenommen. An der Methodik hat sich nichts geändert: Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wird neben der Beurteilung auf Stufe Gesamtspital auch die Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung betrachtet:

- *Methodik ITAR_K®: Bei der Auswertung von Kostendaten nach ITAR_K® werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Fallmixbereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung» ermittelt. Als Referenzwert dient der Median der sich bewerbenden Spitäler.*

- *Methodik SwissDRG: Bei der Auswertung von Daten der SwissDRG AG werden die kalkulatorischen Fallmix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dienen einerseits der Median der sich bewerbenden Spitäler und andererseits das Fallzahlgewichtete Mittel der sich bewerbenden Spitäler.*

Auch an den Kriterien für die Beurteilung und Auswahl der Leistungserbringer hat sich nichts geändert. Die Zuteilung eines HSM-Leistungsauftrags ist an die Erfüllung der generellen sowie leistungsspezifischen Anforderungen zur Qualitätssicherung gebunden. Diese werden vom HSM-Fachorgan festgelegt und zu Beginn des Bewerbungsverfahrens in einer erläuternden Notiz zur Bewerbung veröffentlicht. Die Anforderungen stützen sich auf die massgeblichen Bestimmungen des KVG, der KVV und der IVHSM und werden für den jeweiligen Fachbereich operationalisiert. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens haben die Spitäler den Erfüllungsgrad der gestellten Anforderungen zu dokumentieren und die zur Beurteilung notwendigen Unterlagen einzureichen. Unter Berücksichtigung der eingegangenen Bewerbungen sowie des ermittelten Bedarfs werden schliesslich die Leistungszuteilungen vorgenommen.

Die HSM-Planung wird nach dem vom Bundesverwaltungsgericht (BVGer) mit Urteil vom 26. November 2013 (BVGer, C-6539/2011)¹² vorgegebenen, zweistufigen Verfahren durchgeführt, das zwischen der Zuordnung eines Leistungsbereichs zur HSM und der Erteilung eines Leistungsauftrags an die Leistungserbringer unterscheidet. An den Kriterien für die Zuordnung der Teilbereiche der HSM, die sich auf die Grundsätze der IVHSM stützen, hat sich nichts geändert.

Die Klassifizierung anhand CHOP und ICD erlaubt eine Kohärenz bei der Zuordnung der weiteren Teilbereiche des akutstationären somatischen Bereichs der Spitäler. In diesem Sinne sind die HSM-Teilbereiche auch als Leistungsgruppen in der Systematik der Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) der Akutsomatik integriert und können mit den kantonal zugelassenen Leistungen dargestellt werden¹³, was der Bundesrat als sehr wichtig erachtet.

Gemäss obgenanntem Urteil des BVGer überprüfen die HSM-Organen auch die Wirtschaftlichkeit der Institutionen. Qualität und der Zugang zu den Leistungen innert nützlicher Frist sind ebenfalls wichtige Kriterien bei der Auswahl der Leistungserbringer. Diese Anforderungen sind in den neuen, per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Bestimmungen (Art. 58b Abs. 4 und 58d) der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) enthalten (vgl. Ziff. 3.2). Im Übrigen stellte der Bundesrat in seinem Bericht aus dem Jahr 2019 fest, dass die Verbesserung der Beurteilung der Leistungserbringer Verbesserungen der Datengrundlagen erforderten. Nach der Prüfung dieses Aspekts (vgl. Ziff. 7.1) geht der Bundesrat davon aus, dass sich die Evaluation und Auswahl der Leistungserbringer im HSM-Leistungsbereich weiter verbessern wird.

3.2 Anpassungen der Planungsinstrumente und Planungsmethoden in Bezug auf die Änderung der Planungskriterien per 1. Januar 2022 (AS 2021 439)

Seit 1. Januar 2022 sind neue Bestimmungen der KVV mit einer Änderung bei den Spitalplanungskriterien basierend auf den im Planungsbereich entwickelten Instrumenten und der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts (Art. 58a bis 58f) in Kraft getreten. Sie sollen die Unterschiede zwischen den Planungskonzepten der Kantone verringern und den effizienten Mitteleinsatz fördern. Damit sind die aktualisierten Mindestanforderungen transparent in der KVV festgehalten. Sie sollen den Kantonen erlauben, eine gesetzeskonforme Planung zu erstellen. Die Planungskriterien beziehen sich sowohl auf eine kantonale Planung als

¹² Vgl. BVGer unter <https://www.bvger.ch/bvger/de/home.html>

¹³ Vgl. GDK unter <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/splg>

auch auf eine gemeinsame Planung mehrerer Kantone einschliesslich der gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung des HSM-Bereichs.

Das HSM-Beschlussorgan macht in seinem Statusbericht folgende Angaben zu allfälligen Anpassungen der Planungsinstrumente und Planungsmethoden in Bezug auf diese Änderung der KVV (vgl. Frage 1.2 des BAG im Anhang 1):

Einzelne der Anpassungen der KVV sind für die HSM nicht neu, beispielsweise Artikel 58b, respektive finden keine Anwendung (Art. 58b Abs. 3, Art. 58e), da die HSM-Planung sowieso die ganze Schweiz beschlägt. Die übrigen Qualitätsanforderungen sind übergeordneter Natur im Sinne, dass sie nicht nur die Abteilungen eines Spitals betreffen, die die spezifische HSM-Leistung erbringen, sondern sinnvollerweise den gesamten medizinischen, pflegerischen und pharmazeutischen Bereich des Spitals. Für die spezifischen HSM-Bereiche werden im Rahmen der Bewerbung Anforderungen gestellt, die insbesondere auch die personelle und infrastrukturelle Ausstattung betreffen. Da in den allermeisten Fällen der Leistungsauftragsvergabe Listenspitäler zum Zug kommen, kann davon ausgegangen werden, dass die Kantone dafür sorgen, dass die übergeordneten Anforderungen eingehalten werden. Es ist vorgesehen, dies künftig zu überprüfen. Sollten ausnahmsweise Leistungsaufträge an Nicht-Listen-Spitäler vergeben werden, würden diese zur Einhaltung der Anforderungen speziell verpflichtet.

Die für die HSM geltenden Kriterien betreffen die Bedarfsplanung sowie die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität. In Bezug auf die Bedarfsplanung sehen die geänderten Bestimmungen der KVV vor, dass die Kantone namentlich die für die Prognose des Bedarfs relevanten Einflussfaktoren berücksichtigen (Art. 58b Abs. 1 KVV). Die vom Obsan durchgeführte Bedarfsermittlung (vgl. Ziff. 3.1) erfüllt diese Bedingung. Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler hält Artikel 58d Absatz 1 KVV fest, dass diese namentlich durch Vergleiche der schweregradbereinigten Kosten erfolgt. Die von der Gruppe von Expertinnen und Experten im Auftrag des HSM-Beschlussorgans durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl. Ziff. 3.1) erfüllt diese Bedingung. Bei der Beurteilung der Qualität der Spitäler ist nach Artikel 58d Absatz 2 KVV insbesondere zu prüfen, ob die gesamte Einrichtung die Anforderungen nach den Buchstaben a-e erfüllt. Zudem sind die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nach der am 21. Juni 2019 in Kraft getretenen Änderung des KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit neu dazu verpflichtet, gesamtschweizerische Qualitätsverträge abzuschliessen (Art. 58a Abs. 1 KVG). Ziel dieser Qualitätsverträge ist es unter anderem, einheitliche und verbindliche qualitätsverbessernde Massnahmen zur Qualitätsentwicklung festzulegen. Das Gesetz hält Mindestregelungen für die Qualitätsverträge fest (Art. 58a Abs. 2 KVG). Die Einhaltung der Regeln zur Qualitätsentwicklung bildet eine Voraussetzung für die Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 58a Abs. 7 KVG).

Die neuen Planungskriterien enthalten zudem eine beispielhafte Aufzählung von Auflagen, die die Kantone in den Leistungsaufträgen an die Leistungserbringer vorsehen können. Die entsprechenden KVV-Bestimmungen erlegen den Kantonen somit keine neuen Planungspflichten auf, mit Ausnahme von Artikel 58f Absatz 7 KVV. Nach diesem Artikel sehen die Kantone vor, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Artikel 41a KVG führen. Der Bundesrat erinnert daran, dass die HSM-Planung der Einhaltung dieses Kriterium unterliegt und ersucht deshalb das HSM-Beschlussorgan, eine entsprechende Auflage in seine Leistungsaufträge aufzunehmen.

3.3 Probleme bei der Umsetzung der HSM-Planung

Im Statusbericht weist das HSM-Beschlussorgan auf die folgenden Probleme bei der Umsetzung der Planung hin (vgl. Frage 1.3 des BAG im Anhang 1):

Das vom Bundesverwaltungsgericht auferlegte zweistufige Verfahren ist sehr aufwändig. Die Umsetzung der erlassenen prozeduralen und inhaltlichen Anforderungen an das Planungsverfahren und die damit verbundenen Erhebungen, deren Auswertung sowie die in verfahrensrechtlicher Hinsicht zu gewährenden Rechte führen zu einer deutlich längeren Bearbeitungszeit. Weil dadurch Reevaluationen nicht fristgerecht abgeschlossen werden können, entstehen HSM-Regulierungslücken, während derer die kantonalen Leistungsaufträge zum Tragen kommen. Diese subsidiäre Zuständigkeit gilt bis zum Zeitpunkt einer Neuzuteilung durch die IVHSM-Organen und der Verabschiedung der neuen HSM-Leistungsaufträge. In den meisten Kantonen wurden die Leistungen bzw. die übergeordneten Leistungsbereiche bereits unter Vorbehalt von IVHSM-Entscheidungen auf kantonaler Ebene geregelt. Das HSM-Beschlussorgan hat den Kantonen empfohlen, eine entsprechende Klausel in die kantonale Spitalliste aufzunehmen. Wo dies allenfalls noch nicht der Fall ist, müssten die Spitäler mit den Gesundheitsdirektionen entsprechende (provisorische) Überbrückungsvereinbarungen treffen.

Im Übrigen gilt dies auch für Leistungserbringer, die eine Nichtzuteilung erfolgreich vor Gericht angefochten haben. Auch bei ihnen bestimmen sich die entsprechenden Leistungsaufträge, die zum Abrechnen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung berechtigen, nach Massgabe eines allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrags; dies bis zum Zeitpunkt einer Neuzuteilung durch das HSM-Beschlussorgan.

Die Konzentrationsbemühungen führen zu Verlustängsten. Gegen eine (drohende) Nichtzuteilung können rechtliche Schritte unternommen werden. Beschwerden gegen die Entscheide des Beschlussorgans waren bisher eher der Ausnahme- denn der Regelfall; mit den nun anstehenden Zuteilungsentscheiden in umstrittenen Bereichen muss aber vermehrt mit Beschwerden gerechnet werden, was zu einer Verzögerung der Verfahren und damit des Konzentrationsziels, welches der Gesetzgeber gesetzt hat, führt.

In seinem Bericht aus dem Jahr 2019 stellte der Bundesrat fest, dass trotz intensiver Arbeit noch Lücken bei abgelaufenen Leistungszuteilungen bestanden. Es konnte noch keine dem aktuellen Stand der medizinischen und technischen Entwicklung entsprechende HSM-Liste für eine qualitative, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Spitalversorgung erstellt werden.

Beschwerdeverfahren führen weiterhin zu Verzögerungen bei der Ausarbeitung und Umsetzung der Planung der HSM. Beschwerden reichen Spitäler ein, die im Zuge des HSM-Konzentrationsprozesses Leistungsaufträge abgeben müssen. Im Rahmen der Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung wurden Arbeiten zur Schaffung eines Beschwerderechts für Versichererverbände eingeleitet. Damit soll das Gleichgewicht zwischen den - neben den Kantonen - wichtigsten Akteuren im Spital- und Pflegeheimbereich gewährleistet werden. Ein solches Beschwerderecht könnte auch bei der HSM-Planung die Prozesse bis zur Umsetzung der HSM-Beschlüsse verlängern. Die entsprechende Bestimmung (Art. 53, Abs. 1^{bis}, n-KVG) wurde vom Parlament akzeptiert. Die Schlussabstimmung über die gesamte Vorlage 1b über Massnahmen zur Dämpfung des Kostenanstiegs hat jedoch noch nicht stattgefunden. Der Zeitpunkt der Umsetzung dieser Bestimmung ist daher noch nicht bekannt. Zur Schliessung allfälliger Regulierungslücken im Rahmen von Reevaluationen im Zuge von Beschwerden gegen Entscheide des HSM-Beschlussorgans hat das EDI weiterhin die Möglichkeit, in der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)¹⁴) die Zentren zu benennen, welche die betreffenden Leistungen übergangsweise zulasten der OKP erbringen dürfen.

¹⁴ SR 832.112.31

4. Stand der HSM-Planung

In seinem Statusbericht aus dem Jahr 2022 erklärt das HSM-Beschlussorgan, dass für folgende HSM-Teilbereiche seit dem Jahr 2019 eine Reevaluation bzw. ein Planungsentscheid vorliegt (vgl. Frage 2.1 des BAG im Anhang 1):

Der Schwerpunkt der Arbeiten lag auch in den letzten drei Jahren auf den Reevalua-tionen; dies mit dem Ziel, Regulierungslücken möglichst zeitnah zu schliessen. Par-allel dazu wurden (in Erfüllung von Art. 4 Abs. 3 Ziff. 2 IVHSM) aber auch neue HSM-Bereiche bearbeitet. Seit 2019 wurden folgende Verfahrensschritte erfolgreich abge-schlossen:

Zuordnungsverfahren

Definitive Zuordnungen

- Cochlea-Implantate (CI) (Vernehmlassung zur Zuordnung: 12. Juni 2019 bis 27. August 2019)

Die erarbeitete Definition des HSM-Bereichs wurde im Juni 2019 den Kantonen, Spi-tälern und weiteren interessierten Kreisen zur Vernehmlassung unterbreitet. Die über-wiegende Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden befürwortete die Zuordnung zur HSM. Die Definition des HSM-Bereichs hat sich im Vergleich zur letzten Reeva-luation im Jahr 2013 nicht geändert. Mit Beschluss vom 28. November 2019 hat das HSM-Beschlussorgan die CI erneut der HSM zugeordnet.

- Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (Vernehmlassung zur Zuord-nung: 4. Juni 2019 bis 20. August 2019)

2013 wurde der HSM-Leistungsauftrag in der Herztransplantation erneut an das Cen-tre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), das Inselspital Universitätsspital Bern und das Universitätsspital Zürich vergeben.¹⁵ Mit der Vergabe wurden die drei Trans-plantationszentren damit beauftragt, ein umfassendes Versorgungskonzept zur Be-handlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer und schwerster (terminaler) Herzinsuffizienz an speziellen Kompetenzzentren zu erarbeiten. Im Dezember 2015 legten die Transplantationszentren gemeinsam mit dem Verband Universitäre Medi-zin Schweiz (unimedsuisse) das Konzept «Comprehensive Heart Failure Centers (CHFC)» vor. Das HSM-Fachorgan hat, gestützt auf dieses Konzept, diejenigen Leis-tungen identifiziert, die der HSM zugeordnet werden können (implantierbare, mecha-nische Herzunterstützungssysteme). Die erarbeitete Definition wurde im Juni 2019 den Kantonen, Spitälern sowie anderen Institutionen und Organisationen zur Ver-nehmlassung unterbreitet. Die überwiegende Mehrheit der Vernehmlassungsteilneh-menden befürwortete die Zuordnung zur HSM, darunter auch 20 Kantone. Mit Be-schluss vom 23. Januar 2020 hat das HSM-Beschlussorgan die Herzunterstützungs-systeme bei Erwachsenen der HSM zugeordnet.

- Komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen (Vernehmlassung zur Zuordnung: 17. September 2019 bis 29. Oktober 2019)

Die Zuordnungsarbeiten dieses neuen HSM-Bereichs konnten in den Jahren 2019 und 2020 bedeutend vorangetrieben werden. Der Bereich umfasst zwei Teilbereiche. Der erste Teilbereich, die retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie, stellt mit ca. 30 Fällen pro Jahr einen äusserst seltenen Eingriff dar. Der zweite Teilbereich umfasst die radikale und einfache Zystektomie. Auch diese Eingriffe sind mit ca. 550 Fällen pro Jahr selten. Beide Arten von Eingriffen sind komplex und verlangen eine multidisziplinäre Behandlung. Der Zuordnungsbericht wurde den Kantonen, Spitälern sowie anderen Institutionen und Organisationen im Herbst 2019 zur Vernehmlassung unterbreitet. Die Mehrheit der Vernehmlassungs-teilnehmenden befürworteten die Zuordnung dieses Bereichs zur HSM, darunter auch

¹⁵ Dieser Beschluss wurde 2018 erneuert.

21 Kantone. Der Vorschlag wurde nach der Vernehmlassung nicht angepasst. Die Code-Liste wurde jedoch ergänzt, so dass der Bereich vollständig abgebildet ist und sich eindeutig von anderen HSM-Bereichen abgrenzt. Auf Empfehlung des HSM-Fachorgans hat das HSM-Beschlussorgan an seiner Sitzung vom 12. März 2020 die beiden Teilbereiche der komplexen Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen der HSM zugeordnet.

- Komplexe gynäkologische Tumoren (Vernehmlassung zur Zuordnung: 16. Juni 2020 bis 17. September 2020)

Der Bereich «Komplexe gynäkologische Tumoren» umfasst Eingriffe in den drei Teilbereichen «Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom», «Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome» und «Trophoblasttumoren». Der Zuordnungsbericht wurde Anfang Sommer 2020 den Kantonen, Spitälern sowie anderen Institutionen und Organisationen zur Stellungnahme unterbreitet. Die genannten gynäkologischen Tumoren sind alle selten, die Eingriffe sind komplex und bedingen eine Betreuung durch interdisziplinäre Teams und eine exzellente Nachversorgung. Von der überwiegenden Mehrheit der Kantone wird die Zuordnung zur HSM vollumfänglich oder zumindest im Grundsatz begrüsst. Bei den Spitälern zeigt sich ein zweigeteiltes Bild: die eine Hälfte begrüsst die Zuordnung, die andere Hälfte lehnt sie ab. Die grundsätzliche Definition der drei Teilbereiche wurde nach der Vernehmlassung beibehalten. Die Code-Liste wurde nur minimal angepasst, so dass sie die Teilbereiche korrekt abbilden. Am 19. April 2021 beschloss das HSM-Fachorgan, dem HSM-Beschlussorgan die Zuordnung der komplexen gynäkologischen Tumoren zur HSM zu empfehlen, was dieses mit Beschluss vom 20. Mai 2021 so vornahm.

- Invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie (Vernehmlassung zur Zuordnung: 7. Juli 2020 bis 7. Oktober 2020)

Beim Bereich «Invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie» handelt es sich um einen neuen HSM-Bereich, der im Rahmen der laufenden Evaluation erstmals verbindlich geregelt wird. Dieser umfasst die drei Teilbereiche «Invasive pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie», «Komplexe invasive Kardiologie und Herzchirurgie bei Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (ACHD)» und «Pädiatrische Herztransplantation». Der Zuordnungsbericht wurde im Juli 2020 den Kantonen, Spitälern sowie anderen Institutionen und Organisationen zur Stellungnahme unterbreitet. Die überwiegende Mehrheit der Vernehmlassungsvoten befürwortet die Zuordnung dieses neuen Bereichs zur HSM. Sowohl die medizinische Umschreibung des Bereichs in Worten als auch deren Abbildung gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und der International Classification of Diseases ICD wurden mehrheitlich begrüsst. Die vorgeschlagene Struktur des Bereichs beziehungsweise dessen Aufteilung in die vorgenannten drei Teilbereiche wurde auf Grundlage der Vernehmlassung beibehalten. Ebenso wurden an der Definition des HSM-Bereichs keine inhaltlichen Anpassungen, sondern lediglich geringfügige Präzisierungen der Beschreibung in Worten vorgenommen. Am 19. April 2021 verabschiedete das HSM-Fachorgan den Antrag an das HSM-Beschlussorgan über die Zuordnung der invasiven kongenitalen und pädiatrischen Kardiologie und Herzchirurgie zur HSM. Der Zuordnungsentscheid des HSM-Beschlussorgans erfolgte am 20. Mai 2021.

- Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie (Vernehmlassung zur Zuordnung: 16. Juni 2020 bis 17. September 2020)

Der HSM-Bereich «Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie» wurde im Jahr 2011 erstmals verbindlich geregelt. Die HSM-Leistungsaufträge waren bis Ende 2015 befristet und werden derzeit im Rahmen einer Reevaluation überprüft. Der überarbeitete Zuordnungsbericht wurde im Juni 2020 den Kantonen, Spitälern sowie anderen Institutionen und Organisationen in die Vernehmlassung geschickt. Anders als bei der ersten Zuordnung wurde der Bereich erstmals mittels der International Classification of Diseases (ICD und der schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP abgebil-

det. Dies erlaubt sowohl eine exakte Definition des HSM-Bereichs als auch ein systematisches Monitoring. Die überwiegende Mehrheit der Stellungnahmen befürwortete die erneute Zuordnung des genannten Bereichs zur HSM. Sowohl die medizinische Umschreibung in Worten als auch deren Abbildung gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und der International Classification of Diseases ICD wurden mehrheitlich begrüsst. An der vorgeschlagenen Definition des HSM-Bereichs wurde auf Grundlage der Vernehmlassung lediglich eine leichte strukturelle Anpassung vorgenommen, indem die komplexe Diagnostik und Therapie genetischer Knochen- und Bindegewebskrankheiten als separater Teilbereich definiert wurde. Des Weiteren wurden auf inhaltlicher Ebene lediglich geringfügige Anpassungen an der Definition einzelner Teilbereiche vorgenommen. Am 30. Juni 2021 verabschiedete das HSM-Fachorgan den Antrag an das HSM-Beschlussorgan über die erneute Zuordnung der hochspezialisierten Pädiatrie und Kinderchirurgie zur HSM. Der Zuordnungsentscheid des HSM-Beschlussorgans erfolgte am 28. August 2021.

- Pädiatrische Onkologie (Vernehmlassung zur Zuordnung: 16. Juni 2020 bis 17. September 2020)

Der HSM-Bereich «Pädiatrische Onkologie» wurde im Jahr 2013 erstmals verbindlich geregelt. Die HSM-Leistungsaufträge waren bis Ende 2015 – resp. für die autologen und allogenen hämatopoetischen Stammzelltransplantationen bis Ende 2016 – befristet und werden derzeit im Rahmen einer Reevaluation überprüft. Der überarbeitete Zuordnungsbericht wurde im Juni 2020 den Kantonen, Spitälern sowie anderen Institutionen und Organisationen zur Stellungnahme unterbreitet. Auch hier wurde der Bereich erstmals mittels der International Classification of Diseases (ICD und der schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) abgebildet. Die überwiegende Mehrheit der Vernehmlassungsvoten befürwortet die erneute Zuordnung der acht Teilbereiche der pädiatrischen Onkologie zur HSM. Sowohl die medizinische Umschreibung in Worten als auch deren Abbildung gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP und der International Classification of Diseases ICD werden mehrheitlich begrüsst. An der vorgeschlagenen Definition des HSM-Bereichs wurden auf Grundlage der Vernehmlassung keine strukturellen oder inhaltlichen Anpassungen vorgenommen. Am 30. Juni 2021 verabschiedete das HSM-Fachorgan den Antrag an das HSM-Beschlussorgan über die erneute Zuordnung der pädiatrischen Onkologie zur HSM. Der Zuordnungsentscheid des HSM-Beschlussorgans erfolgte am 28. August 2021.

Bewerbungsverfahren

- Cochlea-Implantate (Bewerbung: 8. Januar 2020 bis 4. März 2020) (vgl. auch Kapitel 2.1.1 und 2.1.3)
- Komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie (Bewerbung: 17. März 2020 bis 17. September 2020)

Der Bereich der komplexen Neurochirurgie und Neuroradiologie wurde im Jahr 2011 erstmals verbindlich geregelt. Die Leistungsaufträge waren bis zum 31. Dezember 2014 befristet und werden nun im Rahmen einer Reevaluation überprüft. Am 22. Oktober 2015 hat das HSM-Beschlussorgan beschlossen, die Zuordnung der komplexen Neurochirurgie und Neuroradiologie zur HSM weiterzuführen, das Bewerbungsverfahren wurde im Sommer 2020 durchgeführt.

- Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie (Bewerbung: 16. Juni 2020 bis 17. September 2020)

2019 hat das HSM-Beschlussorgan die Vergabe der neuen Leistungsaufträge in drei der fünf Teilbereichen der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie beschlossen (Leistungszuteilungen in den Teilbereichen «Oesophagusresektion bei Erwachsenen», «Pankreasresektion bei Erwachsenen» und «Leberresektion bei Erwachse-

nen»). In den Teilbereichen «Tiefe Rektumresektion» und «Komplexe bariatrische Chirurgie» nahm das HSM-Beschlussorgan noch keine neuen Leistungszuteilungen vor, sondern hat die beiden Teilbereiche an das HSM-Fachorgan zurückgewiesen zur Erarbeitung eines Vorschlags mit einer effektiveren Konzentration. Das HSM-Fachorgan hat 2020 strengere Anforderungskriterien erarbeitet und ein neues Bewerbungsverfahren durchgeführt.

- Komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen (Bewerbung: 30. Juni 2020 bis 30. September 2020)
- Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (Bewerbung: 22. September 2020 bis 23. November 2020)
- Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie (Bewerbung: 21. September 2021 bis 22. November 2021)
- Invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie (Bewerbung: 21. September 2021 bis 22. November 2021)
- Komplexe gynäkologische Tumoren (Bewerbung: 21. September 2021 bis 22. November 2021)
- Pädiatrische Onkologie (Bewerbung: 4. Oktober 2021 bis 6. Dezember 2021)

Zuteilungsverfahren

Anhörungen (Gewährung des rechtlichen Gehörs)

- Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen (Anhörung: 7. September 2021 bis 7. Oktober 2021)
- Komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen (Anhörung: 14. September 2021 bis 14. Oktober 2021)
- Komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie (Anhörung: 2. November 2021 bis 2. Dezember 2021)
- Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie (Anhörung: 8. Dezember 2021 bis 21. resp. 31. Januar 2022 [verlängert])

Definitive Zuteilungen

- Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen (Anhörung/Gewährung des rechtlichen Gehörs): 8. Mai 2018 bis 7. Juni 2018)

Das HSM-Beschlussorgan hat sich am 24. Oktober 2019 für die Zuteilung von neuen Leistungsaufträgen ausgesprochen. Einzig die beiden bisherigen Leistungserbringer, das Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) und das Universitätsspital Zürich, hatten sich für einen Leistungsauftrag beworben. Da keine Neubewerbungen vorlagen, stellte sich die Frage nach der Zulassung zusätzlicher Leistungserbringer nicht. Weiter gab es auch keinen Grund, einem bereits bestehenden HSM-Zentrum keinen Leistungsauftrag mehr zu erteilen; Überkapazitäten sind keine vorhanden. Die Zuteilungsentscheide sind am 1. Januar 2020 in Kraft getreten und für sechs Jahre, bis zum 31. Dezember 2025, befristet.

- Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie (Anhörung/Gewährung des rechtlichen Gehörs): 12. Dezember 2017 bis 29. Januar 2018)

Am 31. Januar 2019 hat das HSM-Beschlussorgan die Vergabe der neuen Leistungsaufträge in drei der fünf Teilbereichen der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie beschlossen: acht Leistungszuteilungen im Teilbereich «Oesophagusresektion bei Erwachsenen» (20 Bewerbungen), 18 Zuteilungen im Teilbereich «Pankreasresektion bei Erwachsenen» (29 Bewerbungen) und 17 Zuteilungen im Teilbereich

«Leberresektion bei Erwachsenen» (25 Bewerbungen). Die Leistungszuteilungen sind am 1. August 2019 in Kraft getreten und auf sechs Jahre, bis zum 31. Juli 2025, befristet.

In den Teilbereichen «tiefe Rektumresektion» und «komplexe bariatrische Chirurgie» hat das HSM-Beschlussorgan noch keine neuen Leistungszuteilungen vorgenommen. Diese beiden Teilbereiche wurden an das HSM-Fachorgan zurückgewiesen – zur Verschärfung der Anforderungskriterien für die Bewerbung und somit zur Erzielung einer effektiveren Konzentration.

- Cochlea-Implantate (Anhörung/Gewährung des rechtlichen Gehörs: 10. November 2020 bis 10. Dezember 2020)

Der Bereich der Cochlea-Implantate wurde im Jahr 2010 erstmals verbindlich geregelt. Der Entscheid vom Jahr 2010 wurde 2013 im Zuge einer ersten Reevaluation einer Neubeurteilung unterzogen, und es wurden Leistungsaufträge an fünf Zentren vergeben. Diese Leistungsaufträge waren bis zum 31. Dezember 2019 befristet und wurden im Rahmen einer zweiten Reevaluation erneut überprüft. Mit Beschluss vom 28. November 2019 wurde der Bereich der Cochlea-Implantate erneut der HSM zugeordnet. Das Bewerbungsverfahren wurde Anfang 2020 durchgeführt. Das HSM-Fachorgan schlug vor, den bisherigen fünf Leistungserbringern erneut einen auf sechs Jahre befristeten HSM-Leistungsauftrag zu erteilen. Die Anhörung (Gewährung des rechtlichen Gehörs) in Bezug auf die vorgeschlagenen Leistungszuteilungen konnte Ende 2020 durchgeführt werden. Der Schlussbericht zur Leistungszuteilung wurde unter Berücksichtigung der Antworten aus dieser Anhörung verfasst. Der Antrag des HSM-Fachorgans über die definitiven Zuteilungen wurde am 1. Februar 2021 zuhanden des HSM-Beschlussorgans verabschiedet. Das HSM-Beschlussorgan fällte am 4. März 2021 den Zuteilungsbeschluss und die Zuteilungen traten am 1. Juni 2021 in Kraft. Die Leistungsaufträge wurden dabei erneut für eine Laufzeit von sechs Jahren vergeben.

Die Details der HSM-Teilbereiche, die Gegenstand eines Zuteilungsentscheids sind, werden im Anhang 3 dieses Berichts aufgeführt. In der von der GDK publizierte HSM-Spitalliste¹⁶ sind auch Teilbereiche aufgeführt, für welche die HSM-Leistungszuteilung nicht rechtskräftig ist. Die folgende Tabelle führt neben den rechtsgültig geregelten Teilbereichen (schattiert) auch Teilbereiche auf, die nicht Gegenstand eines rechtskräftigen Zuteilungsentscheids sind.

Abbildung 6: Leistungsgruppen [schattiert die rechtsgültig geregelten Teilbereiche] (Stand 3. August 2022)

| | |
|---|---|
| Hochspezialisierte Viszeralchirurgie | Oesophagusresektion |
| | Pankreasresektion |
| | Leberresektion |
| | Tiefe Rektumresektion |
| | Komplexe bariatrische Chirurgie |
| Pädiatrische Onkologie | Stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit bösartigen Krebserkrankungen |

¹⁶ Vgl. GDK: Spitalliste für die HSM, unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste> [Übersicht in der Tabelle «interkantonale Spitalliste der hochspezialisierten Medizin (Excel)»].

| | |
|--|--|
| | Anwendung hämatopoetischen Stammzelltransplantationen (autolog und allogene) |
| | Behandlung von Neuroblastomen |
| | Behandlung von Weichteilsarkomen und malignen Knochentumoren |
| | Behandlung von Tumoren des zentralen Nervensystems |
| Hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie | Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma, inklusive Schädel-Hirn-Traumata bei Kindern |
| | Diagnostik und Betreuung spezieller angeborener Stoffwechselstörungen bei Kindern |
| | Spezifische präoperative Abklärungen für die neurochirurgische Epilepsie-Behandlung bei Kindern |
| | Spezielle Abklärungen bei Kindern mit primärer (genetischer) Immundefizienz |
| | Behandlungen von schweren Verbrennungen bei Kindern |
| | Elektive, komplexe Trachealchirurgie bei Kindern |
| | Elektive, komplexe Leber- und Gallengangschirurgie bei Kindern |
| | Neugeborenen-Intensivpflege |
| | Organtransplantationen (Lunge, Leber, Niere) bei Kindern |
| | Behandlung von Retinoblastomen bei Kindern |
| | Komplexe Diagnostik und Therapie genetischer Knochen- und Bindegewebskrankheiten |
| Neurochirurgie | Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie bei Erwachsenen |
| | Stereotaktische Chirurgie der anormalen / ungewollten Bewegungen und tiefe Hirnstimulation bei Erwachsenen |
| | Neurochirurgische Behandlung von vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne die komplexen vaskulären Anomalien |
| | Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (ZNS) |
| | Seltene Rückenmarkstumoren |

| | |
|---|--|
| Komplexe Behandlung von Hirnschlägen | Komplexe Behandlung von Hirnschlägen/Schlaganfällen |
| Schwerverletzte | Behandlung von Schwerverletzten |
| Schwere Verbrennungen | Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen |
| Organtransplantationen bei Erwachsenen | Herztransplantationen |
| | Lebertransplantationen |
| | Lungentransplantationen |
| | Pankreas- und Inseltransplantationen |
| | Nierentransplantationen |
| Hals-Nasen-Ohren | Cochlea-Implantate |
| Hämatologie | Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen |
| Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen | Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen |
| Invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie | Invasive pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie |
| | Komplexe invasive Kardiologie und Herzchirurgie bei Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (ACHD) |
| | Pädiatrische Herztransplantation |
| Komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen | Retroperitoneale Lymphadenektomie bei Hodentumoren nach Chemotherapie (2. Halbjahr 2022) |
| | Radikale und einfache Zystektomie |
| Komplexe gynäkologische Tumoren | Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinom |
| | Karzinome der Vulva und Vagina und Zervixkarzinome |
| | Trophoblasttumoren |

Gegenwärtig gibt es für 13 Teilbereiche einen rechtskräftigen Zuteilungsbeschluss, das ist ein Teilbereich mehr¹⁷ als bei der Verabschiedung des Berichts im Jahr 2019.

Im Jahr 2019 waren in 26 Teilbereichen Reevaluationen hängig, die fortgeführt wurden (komplexe Viszeralchirurgie [2 Teilbereiche]; hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie [11 Teilbereiche]; pädiatrische Onkologie [8 Teilbereiche]; komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie [5 Teilbereiche]). Die Regulierungslücken in diesen Bereichen konnten noch nicht geschlossen werden. In sieben dieser Teilbereiche

¹⁷ Zuteilungsbeschluss vom 24. Oktober 2019 für die Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen; der Teilbereich wurde 2019 reevaluiert.

(in den Bereichen komplexe Viszeralchirurgie und komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie) sind gemäss den IVHSM-Organen aber im Laufe des Jahres Zuteilungsbeschlüsse zu erwarten.¹⁸

Das Planungsverfahren für den neuen Bereich Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen wurde fortgeführt. Woraufhin am 20. Mai 2022 ein Zuteilungsentscheid getroffen wurde (geplantes Inkrafttreten am 1. Januar 2023). Weitere Planungsverfahren wurden für die Bereiche invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie (3 Teilbereiche), komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen (2 Teilbereiche) und komplexe gynäkologische Tumoren (3 Teilbereiche) eingeleitet. Der Entscheid über die Zuteilung im Bereich der komplexen Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen wird im Jahr 2022 erwartet.

Insgesamt werden somit gemäss Planung der IVHSM-Organen bis Ende des Jahres 2022 rechtskräftige Zuteilungsbeschlüsse für 23 Teilbereiche vorliegen, fast doppelt so viele wie beim Bericht des Jahres 2019. In 19 Teilbereichen, in denen Reevaluationsverfahren hängig sind, wird nach wie vor eine Regulierungslücke bestehen. Für sechs neue Bereiche werden Planungsverfahren laufen.

Der Planungsprozess befindet sich in steter Entwicklung, sowohl in Bezug auf die Methode (Bedarfsprognose, Wirtschaftlichkeitsprüfung usw.) als auch in Bezug auf das Spektrum der berücksichtigten Teilbereiche (weitere der HSM zugeordnete Teilbereiche). Die Ziele müssen somit in Etappen erreicht werden. Der Bericht 2019 wies darauf hin, dass ein Teil der bisher durchgeführten Planungsarbeiten der Vorbereitung von künftigen rechtsgültigen Beschlüssen dienen und ihre Effekte auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erst anschliessend entfalten. Ausserdem könne bei den Neubeurteilungen auf die bei der ersten Planung gewonnene Erfahrung zurückgegriffen werden. Der Bundesrat ging deshalb davon aus, dass die rechtsgültig geregelten Teilbereiche in den Folgejahren stärker steigen würden als der Planungsaufwand.

Seit dem letzten Bericht haben die HSM-Organen intensiv gearbeitet, wie die Zahl der Teilbereiche mit rechtskräftigen Zuteilungsbeschlüssen nach der Planung der IVHSM-Organen bis Ende 2022 zeigt, die sich gegenüber 2019 von 12 auf 23 fast verdoppeln wird. Die durchgeführten Arbeiten sind in Bezug auf das Ziel einer qualitativ guten und wirtschaftlichen Leistungserbringung im HSM-Bereich zweckmässig.

5. Nächste Schritte

Der Statusbericht 2022 des HSM-Beschlussorgans beschreibt die zum Zeitpunkt seiner Erstellung (am 28. Februar 2022) vorgesehenen nächsten Schritte der HSM-Planung (vgl. Fragen 2.2 des BAG im Anhang 1):

Die HSM-Planung ist grundsätzlich nie abgeschlossen. Zuteilungsentscheide sind befristet und müssen daher in regelmässigen Abständen reevaluiert werden. Dabei muss jeweils auch die Zuordnung wieder überprüft werden. Es ist denkbar, dass aufgrund von epidemiologischen oder technologischen Entwicklungen ein Bereich nicht mehr unter die hochspezialisierte Medizin fällt, sei es, weil beispielsweise das Kriterium der Seltenheit nicht mehr gegeben ist oder weil neue Operationsmethoden die Komplexität des Eingriffs vermindern.

Momentan in Reevaluation befinden sich die komplexe Neurochirurgie und Neuroradiologie, die komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, die hochspezialisierte Pädiatrie und Kinderchirurgie und die pädiatrische Onkologie. Zudem wird die Reevaluation der bis 2023 und 2024 befristeten Leistungsaufträge zeitnah in Angriff ge-

¹⁸ Zur Planung der IVHSM-Organen (Stand 5. April 2022) siehe GDK unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/aktuelles-planung>.

nommen werden müssen. Die Leistungsaufträge im Bereich der Behandlung von Schwerverletzten sind bis zum 31. Mai 2023 befristet, jene im Bereich der komplexen Behandlung von Hirnschlägen bis zum 8. März 2024 und jene in den Bereichen der Organtransplantationen und der allogenen hämatopoetischen Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen bis zum 30. Juni 2024. Die Reevaluation der Bereiche mit bis zum Jahr 2025 (Schwere Verbrennungen bei Erwachsenen) bzw. 2027 (Cochlea-Implantate) befristeten Leistungsaufträgen steht zu einem späteren Zeitpunkt an.

Die Verfahren zur erstmaligen Zuordnung und Zuteilung laufen in folgenden Bereichen: Herunterstützungssysteme bei Erwachsenen, komplexe Behandlungen in der Urologie bei Erwachsenen, komplexe gynäkologische Tumoren, und invasive kongenitale und pädiatrische Kardiologie und Herzchirurgie.

Neue potentielle HSM-Bereiche sind ebenfalls ein Thema im HSM-Fachorgan. Anträge um Aufnahme in die HSM werden von Spitälern, Fachgesellschaften aber auch Einzelpersonen gestellt. Zurzeit laufen Vorabklärungen für eine allfällige Zuordnung einzelner spezialisierter Leistungen aus der Gefässchirurgie und endovaskulärer Eingriffe und auch die Arbeiten im Bereich der Sarkombehandlung sollen zu gegebener Zeit wiederaufgenommen werden. Zudem hat das Fachorgan entschieden, nach Abschluss der laufenden Reevaluationen in den pädiatrischen HSM-Bereichen den Prozess zur Zuordnung von Behandlungen weiterer komplexer kongenitaler Fehlbildungen einzuleiten. Abgesehen davon sind derzeit keine weiteren neuen Bereiche in der Pipeline.

Es werden auch in den nächsten Jahren HSM-Planungsarbeiten erforderlich sein, um den Stand der HSM-Spitalliste der medizinischen und technischen Entwicklung anzupassen. Die HSM-Organen beschäftigen sich weiterhin mit Reevaluationen zur Schliessung von Regulierungslücken, die im Zuge abgelaufener Leistungsaufträge entstanden sind. Dank der Befristung der Leistungsaufträge und der Neubeurteilung der Planung eines Teilbereichs kann der Konzentrationsprozess verfeinert bzw. die HSM-Spitalliste in Bezug auf die Änderung der Bedarfs- oder Angebotssituation angepasst werden. Mit den Zuteilungen auf der HSM-Spitalliste steigt auch der Aufwand für die Reevaluationen, wodurch die Arbeit für die Planung neuer Teilbereiche verlangsamt wird.

Der Bundesrat stellt fest, dass die Reevaluationsarbeiten laufen und die nächsten HSM-Teilbereiche bereits für die Planung der HSM-Organen vorliegen. Wie auch das HSM-Beschlussorgan feststellt, wird es weiterhin nötig sein, die Zuordnung zu überprüfen. Zudem werden in Zukunft gewisse Leistungen in Folge der epidemiologischen und medizinischen Entwicklung neu in die HSM aufgenommen oder gegebenenfalls aus der HSM ausgeschlossen werden.

6. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates

Das KVG (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG) sieht vor, dass der Bundesrat subsidiär die Liste der HSM festlegt, falls die Kantone ihrer Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen. Dazu nimmt das HSM-Beschlussorgan in seinem Statusbericht 2022 wie folgt Stellung (vgl. Frage 4.1 des BAG im Anhang 1):

Die bundesrechtliche Kompetenzaufteilung für die Spitalplanung ordnet auch im Bereich der HSM den Kantonen die Verantwortung zu. Das ist sinnvoll und wird interkantonal durch die IVHSM auch vollzogen und verantwortungsbewusst wahrgenommen.

In seinem Bericht vom 13. September 2019 hat der Bundesrat festgestellt, dass die Kantone die nötigen Ressourcen und Kompetenzen mobilisiert haben, damit eine HSM-Planung und -Liste im Sinne des Gesetzes in einer nützlichen Frist erstellt werden kann. An dieser Ausgangslage hat sich nichts geändert, weshalb aus Sicht der

Kantone nach wie vor keine Notwendigkeit einer subsidiären Intervention des Bundesrates besteht. Bezüglich der gemäss Bundesrat nur kleinen Anzahl rechtskräftiger Leistungszuteilungen auf der HSM-Spittalliste gilt es anzumerken, dass der Planungsprozess in sämtlichen HSM-Bereichen grosse Vorschnitte gemacht hat und die Leistungszuteilungen – wo nicht bereits erfolgt – unmittelbar bevorstehen oder dann in den nächsten ein bis zwei Jahren absehbar sind.

Verbesserungspotenzial sehen die Kantone in der Abstimmung zwischen den Regulierungen über die IVHSM und den Anhang 1 der KLV. Zuweilen stellt sich die Frage, welcher Akteur (das HSM-Beschlussorgan über die IVHSM oder das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) via Anhang 1 der KLV) die Regulierung am sinnvollsten vornehmen soll. Unnötige Doppelregulierungen sollten vermieden werden.

So erfüllen bspw. Gentherapien (aktuell vor allem die CAR-T-Zell-Therapie) wohl sämtliche IVHSM-Kriterien, handelt es sich doch um eine Form der autologen Stammzelltransplantation. Dennoch ist – zumindest kurz- und mittelfristig – eine Regelung über die KLV, Anhang 1 unter Einschluss der Bezeichnung der abrechnungsberechtigten Leistungserbringer zweckmässiger, da sich gleichzeitig Fragen der KVG-Leistungsberechtigung wie auch der Tarifierung stellen und auch die Frage der Dauer der Verfahren hier einen höheren Stellenwert hat. Dazu muss die Regulierung via KLV aber verstärkt auf eine Leistungskonzentration ausgerichtet sein, d. h. die Leistungserbringung sollte auf wenige Leistungserbringer beschränkt werden.

Ziel von Anhang 1 KLV ist die Regelung der Vergütungspflicht. Bei besonders kostspieligen oder komplexen Leistungen können zur Gewährleistung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes die zur Erbringung zulasten der OKP berechtigten Leistungserbringer näher bezeichnet werden. Aufgrund der inhaltlichen Nähe zur bereits etablierten HSM-Regelung für die autologe Stammzelltransplantation können auch die Leistungen der CAR-T-Zelltherapie nach Artikel 39 KVG in die Planung und die Zuordnungs- und Zuteilungsbeschlüsse der HSM-Organen einbezogen werden. Für den Teilbereich der CAR-T-Zelltherapie wurden in der KLV qualitative Voraussetzungen festgelegt. So können nur Zentren, die von «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» für die allogene und/oder autologe Stammzelltransplantation akkreditiert sind, die entsprechende Leistung zulasten der OKP erbringen, was der HSM-Regelung für die Leistungszuteilung im Bereich der Stammzelltransplantation entspricht. Eine weitergehende Beschränkung auf weniger Leistungserbringer ist nicht vorgesehen, da sich diese Leistung in der Einführungsphase befindet und keine qualitativen Kriterien für eine solche Beschränkung vorliegen.

Sehr wichtig ist schliesslich die Koordination zwischen den Regulierungen im Anhang 1 KLV und derjenigen im Rahmen der IVHSM. Zur Vermeidung von Doppelregelungen wird die Zuordnung von Leistungserbringern zur stationären Erbringung der Leistung im Anhang 1 KLV aufgehoben, sobald die Zuteilung im Rahmen der IVHSM rechtskräftig wird.

Der Bundesrat ist zuversichtlich, dass der Konzentrationsprozess dank der durch die Kantone mobilisierten Ressourcen und gewonnenen Kompetenzen mit der Schliessung der Regulierungslücken und der Ergänzung der HSM-Planung in weiteren Teilbereichen unter guten Voraussetzungen weitergeführt wird. Die HSM-Organen werden die geplanten Arbeiten mit der nötigen Qualität fortführen.

7. Auswirkungen und Evaluation

7.1 Konzentration des Angebots

Zur Frage der Auswirkungen der Konzentration des Angebots (vgl. Frage 3.1 des BAG im Anhang 1) macht das HSM-Beschlussorgan im Statusbericht 2022 folgende Angaben:

Eine quantitative Beurteilung der Auswirkungen der HSM-Leistungszuteilung auf die Kosten und die Qualität der Leistungserbringung ist aufgrund der fehlenden bzw. unvollständigen Datengrundlagen und der kurzen Beobachtungsdauer nach Leistungszuteilung zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Eine entsprechende Begleitforschung wurde nicht eingeleitet. Mit der Schaffung von Qualitätsregistern und der konsequenten jährlich aktualisierten Abbildung der HSM-Leistungen in den Klassifikationssystemen CHOP und ICD, welche die Abstützung auf Routinedaten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser erlaubt, wurden aber in vielen Bereichen die Grundlagen für ein umfassendes Monitoring der Leistungszuteilungen geschaffen.

Die HSM-Planung führt im Übrigen nicht zwangsläufig in allen Teilbereichen zu einer Konzentration des Angebots. Es ist auch möglich, dass der Status quo verbindlich geregelt und dadurch eine zukünftige Ausweitung der Leistungserbringung auf zusätzliche Leistungserbringer verhindert wird. Damit kann einer weiteren Verzettelung der meist schon sehr kleinen Fallzahlen vorgebeugt werden. Ein solches Vorgehen erlaubt es, während einer ersten Phase Daten zur Qualität der Leistungserbringung zu sammeln, um dann in einem zweiten Schritt (Reevaluation) das Angebot evidenzbasiert zu konzentrieren.

Ein HSM-Leistungsauftrag ist deshalb auch immer mit der verbindlichen Auflage zur Führung eines HSM-Registers verbunden. Die HSM-Zentren verpflichten sich zur einheitlichen, standardisierten und strukturierten Erfassung vorgegebener Daten, zum Beispiel zur Prozess- und Ergebnisqualität. Ziel dieser Registerpflicht ist die Schaffung einer Grundlage zur:

- Beurteilung, Sicherstellung und Verbesserung der Ergebnisqualität der HSM-Leistungserbringer;*
- Beurteilung der Erfüllung von bereichsspezifischen Qualitätsanforderungen (Mindestfallzahlen, Mortalitätsraten o.ä.);*
- prospektiven Planung des HSM-Bereichs (Zuteilung im Hinblick auf Ergebnisqualität).*

Die IVHSM-Organe verfolgen also das Ziel, die Qualität der Leistungserbringung anhand von Registerdaten beurteilen und die Resultate dieser Beurteilung als Grundlage für Auflagen zur Verbesserung der Ergebnisqualität oder für zukünftige Zuteilungsentscheide verwenden zu können. Dafür muss sichergestellt sein, dass die Daten im Register vollständig und korrekt sind, was nur mit regelmässigen Audits durch unabhängige Drittstellen gewährleistet werden kann. Bis Outcome-Daten für Zuteilungsentscheide herangezogen werden und damit die als Surrogat-Marker für Qualität verwendeten Mindestfallzahlen ersetzen können, sind oft mehrjährige Vorarbeiten notwendig; diese Vorlaufzeit verlängert sich weiter, wenn in einem bestimmten Bereich noch kein Register besteht und dieses zuerst aufgebaut werden muss.

Für die Zuteilung der medizinischen Teilbereiche der HSM zu den mit der Erbringung der definierten Leistungen beauftragten Zentren (Art. 3 Abs. 4 IVHSM) haben die Kantone in der IVHSM die Berücksichtigung des Kriteriums «Qualität» an erster Stelle aufgeführt (Art. 4 Abs. 4 Ziff. 2 und 3 IVHSM). Im Rahmen der Befristung der Leistungsaufträge und der vorgesehenen Neubeurteilung der Ausgestaltung von Leistungsbereichen werden die Auswirkungen der getroffenen Massnahmen geprüft. In der Folge kann der Konzentrationsprozess gestützt auf die gewonnenen Daten bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit angepasst werden.

Wie der Bundesrat in seinem Bericht 2019 festhielt, würden sich die HSM-Organe durch die Schaffung der Qualitätsregister und die Aktualisierung der Klassifikationssysteme mit der Zeit auf bessere Daten und eine längere Beobachtungsdauer stützen können. Nach den Angaben des HSM-Projektsekretariats gibt es heute für alle HSM-Bereiche mit rechtskräftigen Zuteilungsbeschlüssen Register, in denen die Leistungs-

erbringer für alle HSM-Patientinnen und -Patienten den von den IVHSM-Organen definierten Minimaldatensatz erfassen. Die HSM-Zentren haben gemäss den Zuteilungsbeschlüssen den IVHSM-Organen jährlich über ihre Tätigkeit Bericht zu erstatten. In der Regel umfasst die Berichterstattung die im Rahmen des medizinischen Registers erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität. Zwei und fünf Jahre nach der Leistungszuteilung ist zu Lehre, Weiterbildung und Forschung Bericht zu erstatten. Weitere Berichtspflichten bleiben vorbehalten. Anhand der jährlichen Berichterstattung können die IVHSM-Organen prüfen, wie sich die Qualität mit der Zeit mit der Konzentration der HSM-Leistungen entwickelt.

Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, dass nun für alle Teilbereiche mit rechtskräftigem Zuteilungsbeschluss Qualitätssicherungssysteme und Datenerhebungen bestehen. Damit wurden in allen Teilbereichen die Grundlage für ein umfassendes Monitoring der Leistungszuteilungen geschaffen.

In seinem Bericht aus dem Jahr 2019 hielt der Bundesrat zudem die Nutzung der Daten zur Evaluation des Zusammenhangs zwischen der Fallzahl pro Zentrum und dem Risiko für unerwünschte Ereignisse¹⁹ für zentral. Diese Daten sind ein Schlüsselkriterium für die Qualität der Leistungserbringung und für die Definition von Mindestfallzahlen im HSM-Bereich. Zur Definition dieser Kriterien hält das HSM Projektsekretariat heute fest, dass für die meisten Behandlungen kein exakter Schwellenwert abgeleitet werden kann und somit keine Aussagen gemacht werden können, ab welcher Fallzahl die Qualität offensichtlich steigt bzw. unterhalb welcher Fallzahl die Qualität eines bestimmten Eingriffs mit hoher Wahrscheinlichkeit ungenügend wird. Im Optimalfall werden die Mindestfallzahlen anhand der einschlägigen Literatur und anerkannter Richtlinien festgelegt. So stützt sich beispielsweise die Mindestzahl von 20 Fällen pro Jahr für den HSM-Teilbereich «Ovarial-/Tuben-/Peritonealkarzinome» auf die European Society of Gynaecological Oncology (ESGO). Die Mindestfallzahlen können auch auf einem Expertenkonsens beruhen und von den Fallzahlen auf nationaler Ebene abgeleitet werden, wobei die Versorgungssituation in der Schweiz (Bedeutung einer regionalen Abdeckung) zu berücksichtigen ist. Dies gilt insbesondere für Leistungsbereiche mit ungenügender wissenschaftlicher Evidenz bezüglich der Fallzahlen. Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, dass auch nach Ansicht des HSM-Projektsekretariats künftig ausreichend zuverlässige Daten aus den Qualitätsregistern als Entscheidungsgrundlage vorliegen sollten, die das Kriterium der Mindestfallzahl ersetzen können.

Wie schon in den Berichten aus den Jahren 2016 und 2019 hält der Bundesrat fest, dass HSM-Zentren, die erst mit Qualitätsregistern beginnen und aufgrund der kurzen Beobachtungsdauer nur über wenig Daten verfügen, für die Beurteilung der Qualität auch die Umsetzung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen transparent ausweisen sollen. Dazu gehört die Umsetzung von Vorgaben, die sich auf die bestehenden Richtlinien von Fachgesellschaften oder auf andere national oder international anerkannte Standards stützen.

7.2 Kompetenzzentren

Zur Frage, inwieweit die HSM-Leistungserbringer als Kompetenzzentren eine Schlüsselfunktion für die weiteren stationären und ambulanten Leistungserbringer übernommen haben (vgl. Frage 3.2 des BAG im Anhang 1), macht das HSM-Beschlussorgan im Statusbericht 2022 folgende Angaben:

Es ist zu erwarten, dass sich die Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen nicht nur auf die HSM-Leistungserbringer, sondern auch auf die weiteren Leistungserbringer und somit auch auf die Spitallandschaft auswirkt. So hat bspw. die Aufnahme der komple-

¹⁹ Vgl. Bericht 2016, S. 20 f.

zen Behandlung von Hirnschlägen in die HSM zur Entwicklung und Implementierung des Konzepts der Stroke Centers und Stroke Units geführt, auch wenn nur die Behandlung in Stroke Centers der HSM zugeordnet ist. Die Aufnahme der komplexen Behandlung von Hirnschlägen in die HSM sowie die darauf basierende Stroke Center-Zertifizierung durch die Swiss Federation of Clinical Neuro Societies (SFNCS) führten bei den Stroke Centern zu einem strukturierten Ausbau der Kooperation mit zuweisenden Spitälern als auch nachbetreuenden Rehabilitationszentren. Dies hat zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungsqualität von Hirnschlagpatienten in der Schweiz geführt.

Ein weiteres Beispiel ist die komplexe Diagnostik und Therapie angeborener Stoffwechselstörungen bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten. 2011 wurden drei HSM-Zentren bezeichnet, welche gemeinsam mit weiteren Leistungserbringern und Akteuren in den vergangenen zehn Jahren ein nationales Netzwerk für die stationäre und ambulante Behandlung von Stoffwechselkrankheiten aufgebaut haben. Dieser Prozess wurde durch die Nationale Koordination Seltene Krankheiten kosek eng begleitet und gefördert, die HSM-Zuteilungen bildeten dabei indes die Basis, auf deren Grundlage die Rolle der Kompetenzzentren im Netzwerk festgelegt wurde.

Die Leistungsaufträge im Bereich der Behandlung von Hirnschlägen sehen namentlich vor, dass sich die HSM-Zentren in der Region mit anderen Spitälern und Rehabilitationskliniken als Netzwerk organisieren. Die HSM-Zentren definieren, organisieren und gewährleisten in ihrem Netzwerk die stufengerechte Versorgung der Hirnschlagpatientinnen und -patienten und organisieren gemeinsam die Eigenschaften und Pflichten des Netzwerks für die Versorgung. Der Bundesrat begrüsst die Schaffung solcher Strukturen. Die Beispiele zeigen, wie die geplanten Ziele der HSM, die auf einer Steigerung der Qualität und Effizienz der Leistungen abzielen, erreicht werden können. Dies gilt auch für die Arbeit der HSM-Leistungserbringer in Zusammenarbeit mit der Nationalen Koordination seltener Krankheiten (kosek) zur Schaffung eines nationalen Netzwerks für die Diagnosestellung, Behandlung, Information und Forschung angeborener Stoffwechselstörungen. Der Bundesrat ermutigt die HSM-Organe, solche Kooperationen in allen Bereichen, in denen sie sich als zweckmässig erweisen, weiter zu fördern.

7.3 Weitere stationäre Bereiche und ambulanter Bereich

Zur Frage der Auswirkungen der HSM-Planung auf die Leistungserbringung in den weiteren stationären Bereichen und im ambulanten Bereich (vgl. Frage 3.3 des BAG im Anhang 1) präzisiert der Statusbericht 2022 Folgendes:

Nach unserer Kenntnis sind keine Auswirkungen auf den ambulanten Bereich festzustellen. Die HSM-Planung ist auf die stationäre Versorgung beschränkt. Um eine optimale patientenzentrierte Betreuung gewährleisten zu können, wäre eine Koordination der gesamten Behandlungskette nötig. Durch zweckmässige Auflagen oder Empfehlungen für eine verbindliche Vernetzung der HSM-Zentren mit ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen, die in die Vor- und Nachbehandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten involviert sind, kann die Qualität der Gesamtversorgung verbessert werden. Deshalb wurde der Netzwerkgedanke im Austausch mit den verschiedenen Anspruchsgruppen thematisiert. Netzwerke müssen aber in jedem Fall einzelfallweise beurteilt werden. Ein Leistungsauftrag geht nur an das HSM-Spital, die vor- und nachgelagerten Stufen (im ambulanten Bereich) können nicht verbindlich geregelt werden. Die ausschliesslich auf stationäre Eingriffe begrenzte Reichweite der HSM-Entscheidung erschwert so eine verstärkte koordinierte Planung der gesamten Behandlungskette.

Mit dem Konzentrationsprozess im HSM-Bereich wird eine Steigerung der Qualität und der Effizienz im Bereich der seltenen, komplexen und kostenintensiven Interventionen und Therapien angestrebt. Die Steigerung der Kompetenz der zugelassenen

Zentren soll nicht nur eine Verbesserung der stationären Behandlung bewirken, sondern sich auch positiv auf die Vor- und Nachbehandlung bzw. auf die gesamte Behandlungskette auswirken. Eine optimale Pflege der Patientin oder des Patienten ist aber nur möglich, wenn die Koordination und der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern im stationären und im ambulanten Bereich optimiert wird.

Der Bundesrat teilt die Meinung, dass die HSM-Planung auf die stationäre Leistungserbringung beschränkt bleibt. Gleichzeitig unterstützt er die Bestrebungen, die Behandlung in qualifizierten Netzwerken bei der HSM-Planung zu fördern. Die HSM-Leistungserbringer nehmen als Kompetenzzentren eine Schlüsselfunktion wahr. Durch zweckmässige Auflagen oder Empfehlungen für eine verbindliche Vernetzung der HSM-Zentren mit ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen sollen die Kantone diese Entwicklung fördern.

8. Fazit

Die Planung ist ein kontinuierlicher Prozess. Nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG evaluiert der Bundesrat, ob die Kantone ihrer Aufgabe zeitgerecht nachkommen. Er kommt zum Schluss, dass die Kantone die nötigen Ressourcen und Kompetenzen mobilisiert haben, damit eine HSM-Planung und eine HSM-Liste im Sinne des Gesetzes innert nützlicher Frist erstellt werden können. Gemäss Planung der IVHSM-Organe wird sich die Zahl der rechtskräftigen Leistungszuteilungen bis Ende des Jahres 2022 von 12 auf 23 Teilbereiche gegenüber dem Planungsstand des Berichts aus dem Jahr 2019 nahezu verdoppelt haben. Acht der elf zusätzlichen Teilbereiche wurden wegen abgelaufener Zuteilungsbeschlüsse aus dem Jahr 2019 reevaluiert. In diesen acht Teilbereichen werden die Regulierungslücken somit geschlossen sein. In bestimmten neuen Teilbereichen besteht weiterhin Regulierungspotenzial.

Der Bundesrat ersucht deshalb die HSM-Planungsorgane, ihre Bemühungen in den nächsten Jahren fortzusetzen, damit die HSM-Planung und die HSM-Spittalliste dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung für eine qualitativ hochstehende, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen.

Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, dass nun für alle rechtsgültig geregelten Teilbereiche Qualitätssicherungssysteme und Datenerhebungen bestehen. Damit wurde in allen Teilbereichen die Grundlage für ein umfassendes Monitoring der Leistungszuteilung geschaffen. Weiter nimmt der Bundesrat zur Kenntnis, dass nach Ansicht der HSM-Organe künftig ausreichend zuverlässige Daten aus den Qualitätsregistern als Entscheidungsgrundlagen vorliegen, die das bislang nicht immer auf einer ausreichenden wissenschaftlichen Basis beruhende Kriterium der Mindestfallzahl ersetzen können. Schliesslich ist auch die Umsetzung der Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen transparent auszuweisen.

Angesichts der positiven Entwicklung der Leistungszuordnung und –zuteilung in der aktuell gültigen Spittalliste und der bereits ausgeführten Planungsarbeiten hält der Bundesrat den Gebrauch seiner subsidiären Kompetenz nach Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG für nicht notwendig. Auch die weitere periodische Überprüfung der HSM-Planung erachtet der Bundesrat als nicht notwendig. Er behält sich aber vor, den Stand der HSM-Planung in Zukunft erneut zu prüfen. Das EDI hat zudem weiterhin die Möglichkeit, im Falle von Regulierungslücken infolge abgelaufener HSM-Zuteilungsent-scheide in der KLV die Zentren zu benennen, die die betreffenden Leistungen über-gangsweise zulasten der OKP erbringen dürfen.

Anhang 1: Fragenkatalog des BAG zuhanden der Kantone

(dem Statusbericht des HSM-Beschlussorgans 2022 zugrunde zu legende Fragen)

| Fragen des BAG an die Kantone | Ziffer im Bericht |
|--|-------------------|
| 1. Umsetzung | |
| 1.1 Sind seit der Berichterstattung des Bundesrates im Jahre 2019 Änderungen bei den Planungsgrundlagen und Planungsmassnahmen erfolgt (wie z. B. Qualitätssicherungssysteme, Datenerhebungen oder Wirtschaftlichkeitsprüfung) und wenn ja welche? | 3.1 |
| 1.2 Welche Anpassungen der Planungsinstrumente und der Planungsmethode sind in Bezug auf die Änderung der Planungskriterien per 1. Januar 2022 gemäss Verordnung über die Krankenversicherung (Art. 58a bis 58f KVV, AS 2021 439] vorgesehen (z. B. Qualitätssicherung)? | 3.2 |
| 1.3 Welche Probleme bestehen bei der Umsetzung der Planung? | 3.3 |
| 2. Stand der Planung | |
| 2.1 Welche HSM-Teilbereiche wurden seit dem Jahre 2019 neu evaluiert und für welche neuen HSM-Teilbereiche wurden in diesem Zeitraum Planungsentscheide getroffen? | 4. |
| 2.2 Bis wann wird die Planung deren Zielsetzung grundsätzlich entsprechen bzw. welche Teilbereiche müssen noch geplant werden? | 5. |
| 3. Auswirkungen | |
| 3.1 Welche Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität hatte bisher die Konzentration des Angebots der Leistungserbringung in den verschiedenen Teilbereichen? | 7.1 |
| 3.2 Inwieweit haben die HSM-Leistungserbringer als Kompetenzzentren eine Schlüsselfunktion für die weiteren stationären und die ambulanten Leistungserbringer übernommen? | 7.2 |
| 3.3 Welche Auswirkungen der HSM-Planung können auf die Leistungserbringung in den weiteren stationären Leistungsbereichen und im ambulanten Bereich festgestellt werden? | 7.3 |
| 4. Subsidiäre Kompetenz des Bundesrates | |
| 4.1 Sehen die Kantone die Notwendigkeit einer subsidiären Intervention des Bundesrates? Wenn ja, in welchen Teilbereichen und in welcher Form? | 6. |

Anhang 2: Ablauf des HSM-Planungsverfahrens²⁰



²⁰ GDK unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/hsm-planungsverfahren>

Anhang 3: Liste der HSM-Entscheide ab 2015 (Stand 3. August 2022)²¹

| Entscheid | Publikationsdatum | Bundesblatt | Leistungszuteilung an | Entscheid befristet bis |
|---------------------------------|-------------------|------------------------------------|---|-------------------------|
| Behandlung von Schwerverletzten | 28.3.2017 | BBI 2017 2527 ²² | <ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern - Hôpitaux universitaires de Genève - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich - Kantonsspital Aarau - Kantonsspital Graubünden - Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano - Hôpital du Valais, Standort Sion - Kantonsspital Winterthur | 31.5.2023 |

²¹ Vgl. GDK: <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste>

²² Die Beschlüsse sind im Bundesblatt publiziert: https://www.fedlex.admin.ch/de/fga?news_period=last_day&news_pageNb=1&news_order=desc&news_items-PerPage=10

| Entscheid | Publikationsdatum | Bundesblatt | Leistungszuteilung an | Entscheid befristet bis |
|--|-------------------|----------------------|--|-------------------------|
| Komplexe Behandlung von Hirnschlägen | 6.2.2018 | BBI 2018 770 | <ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau - Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern - Kantonsspital St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Ospedale Regionale di Lugano - Centre hospitalier universitaire vaudois - Klinik Hirslanden, Zürich - Universitätsspital Zürich | 8.3.2024 |
| Herztransplantationen bei Erwachsenen | 8.5.2018 | BBI 2018 2504 | <ul style="list-style-type: none"> - Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich | 30.6.2024 |
| Lebertransplantationen bei Erwachsenen | 8.5.2018 | BBI 2018 2507 | <ul style="list-style-type: none"> - Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern - Hôpitaux Universitaires de Genève - Universitätsspital Zürich | 30.6.2024 |
| Lungentransplantation bei Erwachsenen | 8.5.2018 | BBI 2018 2510 | <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich | 30.6.2024 |

| Entscheid | Publikationsdatum | Bundesblatt | Leistungszuteilung an | Entscheid befristet bis |
|---|-------------------|----------------------|--|-------------------------|
| Nierentransplantationen bei Erwachsenen | 8.5.2018 | BBI 2018 2513 | <ul style="list-style-type: none"> - Insel Gruppe AG, Standort Inselspital, Universitätsspital Bern - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital St. Gallen - Centre hospitalier universitaire vaudois - Universitätsspital Zürich | 30.6.2024 |
| Pankreas- und Inseltransplantationen bei Erwachsenen | 8.5.2018 | BBI 2018 2516 | <ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux universitaires de Genève - Universitätsspital Zürich | 30.6.2024 |
| Allogene hämatopoetische Stammzelltransplantationen bei Erwachsenen | 8.5.2018 | BBI 2018 2519 | <ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Universitätsspital Zürich | 30.6.2024 |
| Hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Leberresektion bei Erwachsenen | 19.2.2019 | BBI 2019 1488 | <ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau AG - St. Claraspital AG, Basel - Universitätsspital Basel - Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site - Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern - Hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital Graubünden, Chur - Klinik St. Anna AG, Luzern - Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern - Kantonsspital St. Gallen, Standort St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano | 31.7.2025 |

| Entscheid | Publikationsdatum | Bundesblatt | Leistungszuteilung an | Entscheid befristet bis |
|--|-------------------|----------------------|---|-------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne - Hirslanden Klinik AG, Zürich - Kantonsspital Winterthur - Stadtspital Triemli, Zürich - Universitätsspital Zürich | |
| Hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Pankreasresektion bei Erwachsenen | 19.2.2019 | BBI 2019 1492 | <ul style="list-style-type: none"> - Kantonsspital Aarau AG - Kantonsspital Baden AG, Standort Baden - Kantonsspital Baselland, Standort Liestal - St. Claraspital AG, Basel - Universitätsspital Basel - Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site - Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern - Hôpitaux universitaires de Genève - Kantonsspital Graubünden, Chur - Klinik St. Anna AG, Luzern - Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern - Kantonsspital St. Gallen, Standort St. Gallen - Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne - Hirslanden Klinik AG, Zürich - Kantonsspital Winterthur - Stadtspital Triemli, Zürich - Universitätsspital Zürich | 31.7.2025 |

| Entscheid | Publikationsdatum | Bundesblatt | Leistungszuteilung an | Entscheid befristet bis |
|--|-------------------|----------------------|--|-------------------------|
| Hochspezialisierte Viszeralchirurgie – Oesophagusresektion bei Erwachsenen | 19.2.2019 | BBI 2019 1496 | <ul style="list-style-type: none"> - St. Claraspital AG, Basel - Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern - Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern - Kantonsspital St. Gallen, Standort St. Gallen - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne - Hirslanden Klinik AG, Zürich - Stadtspital Triemli, Zürich - Universitätsspital Zürich | 31.7.2025 |
| Behandlung von schweren Verbrennungen bei Erwachsenen | 12.11.2019 | BBI 2019 7296 | <ul style="list-style-type: none"> - Centre hospitalier universitaire vaudois (Centre romand des grands brûlés) - Universitätsspital Zürich (Verbrennungszentrum) | 31.12.2025 |
| Cochlea-Implantate | 16.03.2021 | BBI 2021 516 | <ul style="list-style-type: none"> - Inselgruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern - Universitätsspital Basel - Hôpitaux universitaires de Genève - Luzerner Kantonsspital, Luzern - Universitätsspital Zürich | 31.05.2027 |
| Herzunterstützungssysteme bei Erwachsenen | 28.06.2022 | BBI 2022 1576 | <ul style="list-style-type: none"> - Inselspital Universitätsspital Bern, Bern - Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne - Universitätsspital Zürich, Zürich | 31.12.2028 |