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

Reevaluation

Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie

Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung

SCHLUSSBERICHT

Bern, 31. Januar 2019

Haus der Kantone
Speichergasse 6
Postfach
CH-3001 Bern

+41 (0)31 356 20 20

office@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

Impressum

Autorenschaft	Erarbeitet durch das HSM-Fachorgan im Rahmen der Planungsarbeiten zur Umsetzung der IVHSM, verabschiedet vom HSM-Beschlussorgan. Dieses Dokument liegt auch in französischer Sprache vor. Verbindlich ist die deutsche Version.
Projektleitung	Katharina Schönbucher Seitz, Matthias Fügi, PhD
Projektmitarbeit	Florian Remund, Florian Eberhard
Korrespondenzadresse	HSM-Projektsekretariat, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Speichergasse 6, Postfach, 3001 Bern
Bezugsquelle	Diese Publikation kann beim HSM-Projektsekretariat in deutscher und französischer Sprache bezogen werden.
Dateiname	10-9-11/BT_Visz_Re1_Zuteil_SchlussBT_Pub_20190219_def_d.docx

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Auftrag	5
3	Ausgangslage	5
4	Resultate der Anhörung	13
4.1	Stellungnahmen	13
4.1.1	Generelles / alle Teilbereiche betreffend	13
4.1.2	Oesophagusresektion	16
4.1.3	Pankreasresektion	18
4.1.4	Leberresektion	19
4.1.5	*Tiefe Rektumresektion*	*20*
4.1.6	*Komplexe bariatrische Chirurgie*	*22*
4.2	Beurteilung des HSM-Fachorgans	24
4.3	Fazit	28
5	Planungskriterien	31
5.1	Planungsgrundsätze gemäss IVHSM	31
5.2	Kriterien zur Versorgungsplanung	31
5.3	Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer	32
6	Analyse des Versorgungsbedarfs	34
6.1	Ist-Analyse	34
6.1.1a	Oesophagusresektion: Fallzahlen pro Spital	35
6.1.1b	Oesophagusresektion: Patientenströme	37
6.1.2a	Pankreasresektion: Fallzahlen pro Spital	39
6.1.2b	Pankreasresektion: Patientenströme	42
6.1.3a	Leberresektion: Fallzahlen pro Spital	45
6.1.3b	Leberresektion: Patientenströme	48
6.1.4a	*Tiefe Rektumresektion: Fallzahlen pro Spital*	*50*
6.1.4b	*Tiefe Rektumresektion: Patientenströme*	*54*
6.1.5a	*Komplexe bariatrische Chirurgie: Fallzahlen pro Spital*	*58*
6.1.5b	*Komplexe bariatrische Chirurgie: Patientenströme*	*61*
6.2	Bedarfsprognose	65
6.2.1	Oesophagusresektion	65
6.2.2	Pankreasresektion	66
6.2.3	Leberresektion	66
6.2.4	*Tiefe Rektumresektion*	*67*
6.2.5	*Komplexe bariatrische Chirurgie*	*67*

6.3	Zukünftiger Versorgungsbedarf: zusätzliche Kapazitäten der Bewerber	68
6.3.1	Oesophagusresektion	68
6.3.2	Pankreasresektion	69
6.3.3	Leberresektion	70
6.3.4	*Tiefe Rektumresektion*	*71*
6.3.5	*Komplexe bariatrische Chirurgie*	*73*
7	Auswertung der eingegangenen Bewerbungen	74
7.1	Oesophagusresektion	74
7.2	Pankreasresektion	79
7.3	Leberresektion	84
8	Evaluationsverfahren	90
9	Zuteilungen der HSM-Leistungserbringung	91
9.1	Oesophagusresektion	91
9.2	Pankreasresektion	93
9.3	Leberresektion	95
10	Schlussbemerkung	97
11	Anhang	98
A1	Bereichsspezifische Anforderungen an die Leistungserbringer	98
B1	Verbindliche Anforderungen an HSM-Tumorboards	106
B2	Minimaldatensatz	109
B3	Literaturverzeichnis	112
A2	Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung	133
A3	Methodik der Bedarfsanalyse	137
A4	Adressatenkreis	139
A5	Abkürzungen	144

1 Zusammenfassung

Die grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe wurden erstmals 2013 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) zugeordnet. Gleichzeitig erfolgten die ersten Leistungszuteilungen in fünf hochspezialisierten viszeralchirurgischen Teilbereichen Oesophagusresektion, Pankreasresektion, Leberresektion, tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie an verschiedene Zentren. Diese Entscheide und die damit verbundenen provisorischen und definitiven Leistungsaufträge waren bis zum 31. 12. 2015 resp. 31. 12. 2017 befristet und werden im Zuge dieser Reevaluation neu beurteilt.

Der Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 21. Januar 2016 über die Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM wurde am 9. Februar 2016 im Bundesblatt publiziert. Diesem Beschluss zufolge umfasst der ausgewählte HSM-Bereich die folgenden Therapien:

Oesophagusresektion;
Pankreasresektion;
Leberresektion;
Tiefe Rektumresektion;
Komplexe bariatrische Chirurgie.

Zuordnungsbeschlüsse sind gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (C-2251/2015) vom 9. Juni 2016 nicht anfechtbar und werden daher mit der Beschlussfassung durch das HSM-Beschlussorgan rechtskräftig.

Ende 2016 wurde ein Bewerbungsverfahren durchgeführt. Dabei haben sich 52 Spitäler resp. Spitalstandorte um die Aufnahme auf die HSM-Spitalliste für einen Leistungsauftrag in HSM-Viszeralchirurgie beworben. Für die Oesophagusresektion sind 20 Bewerbungen eingegangen, für die Pankreasresektion 29, für die Leberresektion 26[1], für die tiefe Rektumresektion 47 und für komplexe bariatrische Chirurgie 35, insgesamt somit 157 Bewerbungen.

Bei der Erstellung der HSM-Spitalliste wurden sowohl die Planungskriterien der IVHSM[2] als auch Kriterien der Versorgungsplanung gemäss KVG[3] und KVV[4] berücksichtigt. Basierend auf diesen Kriterien legte das HSM-Fachorgan leistungsspezifische Anforderungen fest, die ein Spital erfüllen muss, um einen HSM-Leistungsauftrag zu erhalten. Die Anforderungen wurden aufgrund wissenschaftlicher Literatur festgelegt und vorgängig mit den Bewerbungsunterlagen bekanntgegeben. Bei der Evaluation der Leistungserbringer wurde deren Erfüllung geprüft. Dabei ist das HSM-Fachorgan strikt kriteriengeleitet vorgegangen.

Unter Berücksichtigung der Empfehlung des HSM-Fachorgans beschliesst das HSM-Beschlussorgan folgenden Leistungserbringern einen auf sechs Jahre befristeten Leistungsauftrag zu erteilen:

Oesophagusresektion: 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.

[1] Ein Bewerber hat die Bewerbung für die Leberresektion anlässlich der Anhörung zurückgezogen.
[2] Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin.
[3] Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG); SR 832.10.
[4] Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV); SR 832.102.

Pankreasresektion: 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; Les 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.

Leberresektion: Kantonsspital Aarau AG; St. Claraspital AG, Basel; Universitätsspital Basel; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern; Les 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; Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; Hirslanden Klinik AG, Zürich; Kantonsspital Winterthur; Stadtspital Triemli, Zürich; Universitätsspital Zürich.

Weitere Leistungsaufträge können aufgrund der vom KVG vorgeschriebenen Konzentration sowie/oder aufgrund Nichterfüllens der Kriterien nicht vergeben werden.

Für die tiefe Rektumresektion und die komplexe bariatrische Chirurgie hat das HSM-Beschlussorgan noch keine Entscheide getroffen, sondern das HSM-Fachorgan beauftragt, die Anforderungen für einen Leistungsauftrag noch einmal zu überprüfen.

Einige Passagen, die die Evaluation dieser beiden Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie betreffen, wurden aus Transparenzgründen den sich bewerbenden Spitälern gegenüber nicht aus dem vorliegenden Bericht entfernt. Um sie zu kennzeichnen, werden sie in grauer, kursiver Schrift wiedergegeben.

2 Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM)[5], in Kraft seit dem 1. Januar 2009, unterzeichnet und sich damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügten Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Artikel 9 Absatz 2 IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor.

3 Ausgangslage

Die grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffe wurden erstmals 2013 als medizinischer Bereich der hochspezialisierten Medizin zugeordnet. Gleichzeitig erfolgten die ersten Leistungszuteilungen in fünf hochspezialisierten viszeralchirurgischen Teilbereichen Oesophagusresektion, Pankreasresektion, Leberresektion, tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie an verschiedene Zentren.[6] Diese Entscheide und die damit verbundenen provisorischen und definitiven Leistungsaufträge waren bis zum 31. 12. 2015 resp. 31. 12. 2017 befristet und werden im Zuge einer Reevaluation neu beurteilt.

Diverse Bewerber hatten gegen die Nichtzuteilung eines (definitiven) Leistungsauftrags Beschwerde eingelegt, worauf das Bundesverwaltungsgericht im 2014 fast alle angefochtenen Beschlüsse aufgehoben hat. Diese Spitäler konnten, gestützt auf einen allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrag, weiterhin Leistungen in diesem Bereich erbringen. Davon betroffen sind

- im Bereich Oesophagusresektion: Kantonsspital Aarau, Lindenhofspital, Privatklinik Linde, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Spital Thurgau AG, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Zuger Kantonsspital Baar;
- im Bereich Pankreasresektion: Hirslanden Klinik Aarau, Privatklinik Linde, Hôpital fribourgeois, Clinique la Colline, Clinique Générale-Beaulieu, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Spital Schwyz, Spital Thurgau AG, Kantonsspital Uri, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Zuger Kantonsspital Baar, Klinik Im Park AG;
- im Bereich Leberresektion: Hirslanden Klinik Aarau, Privatklinik Linde, Clinique la Colline, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Zuger Kantonsspital Baar, Klinik Im Park AG;

[5] http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf

[6] https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/6792.pdf,
https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/6801.pdf,
https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/6809.pdf,
https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/6817.pdf,
https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/6826.pdf.

- im Bereich tiefe Rektumresektion: Hirslanden Klinik Aarau, Regionalspital Emmental, Spitalzentrum Biel-Bienne, Privatklinik Linde, Hôpital Daler, Clinique Générale-Beaulieu, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Glarus, Kantonsspital Graubünden, Klinik Stephanshorn (Hirslanden), Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Clinica Luganese SA, Kantonsspital Uri, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA, Hôpital Riviera Chablais, Zuger Kantonsspital Baar, Spitalverband Bülach, Spital Männedorf;
- im Bereich komplexe bariatrische Chirurgie: Privatklinik Linde, Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Hôpital Daler, La Tour Réseau de Soins SA, Kantonsspital Graubünden, Luzerner Kantonsspital, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Klinik Stephanshorn (Hirslanden), Krankenhausgesellschaft Schwyz, Spital Thurgau AG, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois Standort Yverdon-les-Bains, Clinique de la Source, Hirslanden Lausanne SA.

Leistungsaufträge für vier Jahre («definitive Leistungsaufträge»), das heisst befristet bis zum 31. 12. 2017, erhielten

- im Bereich Oesophagusresektion: Inselspital Bern/Spital Netz Bern Standort Inselspital, St. Claraspital Basel, Hôpital fribourgeois Standort Fribourg, Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital St. Gallen Standort St. Gallen, Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur;
- im Bereich Pankreasresektion: Inselspital Bern/Spital Netz Bern Standort Inselspital, St. Claraspital Basel, Hôpitaux Universitaires de Genève, Luzerner Kantonsspital Standort Luzern, Kantonsspital St. Gallen Standort St. Gallen, Spital Thurgau AG Standort Kantonsspital Münsterlingen,[7] Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Kantonsspital Winterthur;
- im Bereich Leberresektion: Inselspital Bern/Spital Netz Bern Standort Inselspital, Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Universitätsspital Basel, Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital St. Gallen, Centre hospitalier universitaire vaudois, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli.

Leistungsaufträge für zwei Jahre («provisorische Leistungsaufträge»), das heisst befristet bis zum 31. 12. 2015 und mit zusätzlichen Auflagen, erhielten

- im Bereich Oesophagusresektion: Kantonsspital Baden, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Universitätsspital Basel, Luzerner Kantonsspital Standort Luzern, Hôpital du Valais Standort Hôpital de Sion, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG;
- im Bereich Pankreasresektion: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Spital Netz Bern/Inselspital Standort Tiefenauspital, Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Universitätsspital Basel, Kantonsspital Graubünden Standort Chur,[8] Solothurner Spitäler AG Standort Bürgerspital Solothurn, Ente Ospedaliero Cantonale Standort Ospedale Regionale di Bellinzona, Hôpital du Valais Standort Hôpital de Sion, Klinik Hirslanden Zürich AG;
- im Bereich Leberresektion: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), St. Claraspital Basel, Kantonsspital Graubünden Standort Chur,[8] Luzerner Kantonsspital Standort Luzern, Spital Thurgau AG Standort Kantonsspital Münsterlingen,[7] Ente Ospedaliero Cantonale Standort Ospedale Regionale di Bellinzona,

[7] Die Spital Thurgau AG hat zwar einen Leistungsauftrag erhalten, hat dennoch Beschwerde eingelegt, und das Bundesverwaltungsgericht hat den Leistungsauftrag aufgehoben (siehe Auflistung Spitäler auf S. 5/6).

[8] Das Kantonsspital Graubünden hat zwar einen Leistungsauftrag erhalten, hat dennoch Beschwerde eingelegt, und das Bundesverwaltungsgericht hat den Leistungsauftrag aufgehoben (siehe Auflistung Spitäler auf S. 5/6).

Hôpital du Valais Standort Hôpital de Sion, Klinik Hirslanden Zürich AG, Kantonsspital Winterthur;

- im Bereich tiefe Rektumresektion: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Inselspital/Spital Netz Bern Standort Inselspital, Spital Netz Bern/Inselspital Standort Tiefenauspital, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), Spitalregion Oberaargau SRO Standort Spital Langenthal, Spital STS AG Standort Spital Thun, Kantonsspital Baselland Standort Liestal, Universitätsspital Basel, St. Claraspital Basel, Hôpital fribourgeois Standort Fribourg, Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital Graubünden Standort Chur,[8] Luzerner Kantonsspital Standorte Luzern/Sursee, Hirslanden Klinik St. Anna AG, Hôpital Neuchâtelois Standort Neuchâtel, Kantonsspital St. Gallen Standort St. Gallen, Spitäler Schaffhausen Standort Schaffhausen, Solothurner Spitäler AG Standorte Bürgerspital Solothurn/Kantonsspital Olten, Spital Thurgau AG Standort Kantonsspital Münsterlingen,[7] Ente Ospedaliero Cantonale Standort Ospedale Regionale di Lugano, Centre hospitalier universitaire vaudois, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois Standort Yverdon-les-Bains, Ensemble Hospitalier de La Côte Standort Morges, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique Standort Hôpital de Nyon, Hôpital du Valais Standort Hôpital de Sion, Zuger Kantonsspital Baar,[9] Kantonsspital Winterthur, Spital Limmattal, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Klinik Hirslanden Zürich AG, Spital Uster, Stadtspital Waid;
- im Bereich komplexe bariatrische Chirurgie: Kantonsspital Aarau, Kantonsspital Baden, Inselspital/Spital Netz Bern Standort Inselspital, Spital Netz Bern/Inselspital Standort Tiefenauspital, Spitalzentrum Biel-Bienne, Lindenhofspital, Klinik Beau-Site (Hirslanden Bern AG), St. Claraspital Basel, Universitätsspital Basel, Hôpital fribourgeois Standort Fribourg, Hôpitaux Universitaires de Genève, Kantonsspital Graubünden Standort Chur,[8] Luzerner Kantonsspital Standort Luzern,[10] Kantonsspital St. Gallen Standort St. Gallen, Spitäler Schaffhausen Standort Schaffhausen, Solothurner Spitäler AG Standort Kantonsspital Olten, Spital Thurgau AG Standort Kantonsspital Frauenfeld,[7] Ente Ospedaliero Cantonale Standort Ospedale Regionale di Bellinzona, Centre hospitalier universitaire vaudois, Hôpital du Chablais, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique Standort Hôpital de Nyon, Spital Lachen, Universitätsspital Zürich, Stadtspital Triemli, Spital Limmattal, Klinik Hirslanden Zürich AG, GZO Spital Wetzikon.

Um die Spitäler mit einem provisorischen Leistungsauftrag für Oesophagus-, Pankreas- und Leberresektion nicht schlechterzustellen als diejenigen, die aufgrund ihrer erfolgreichen Beschwerde und einem allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrag die entsprechenden Leistungen zulasten der OKP vorerst weiterhin abrechnen dürfen, hat das HSM-Beschlussorgan an seiner Sitzung vom 19. November 2015 entschieden, die provisorischen Leistungsaufträge um zwei Jahre zu verlängern. Die Leistungsaufträge für tiefe Rektumresektion und bariatrische Chirurgie sind Ende 2015 ausgelaufen, entsprechende Leistungsaufträge richteten sich wieder nach kantonalen Aufträgen. Im August 2017 verabschiedete das HSM-Beschlussorgan ein Schreiben, welches die Spitäler und Kantone dahingehend informierte, dass dies ab 1. Januar 2018 ebenfalls für Oesophagus-, Pankreas- und Leberresektion Geltung haben würde, bis Neuzuteilungen im Rahmen dieses Verfahrens rechtskräftig werden.

Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts (BVGE C-6539/2011) ist bei der Planung der hochspezialisierten Medizin ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das

[9] Das Zuger Kantonsspitals Baar hat zwar einen Leistungsauftrag erhalten, hat dennoch Beschwerde eingelegt, und das Bundesverwaltungsgericht hat die Zuteilungsverfügung aufgehoben (siehe Auflistung Spitäler auf S. 5/6).

[10] Das Luzerner Kantonsspital hat zwar einen Leistungsauftrag erhalten, hat dennoch Beschwerde eingelegt, und das Bundesverwaltungsgericht hat die Zuteilungsverfügung aufgehoben (siehe Auflistung Spitäler auf S. 5/6).

zwischen Zuordnung (Definition des HSM-Bereichs) und Zuteilung (Vergabe der Leistungsaufträge an die Leistungserbringer) unterscheidet. Der Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 21. Januar 2016 über die Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM wurde am 9. Februar 2016 im Bundesblatt publiziert.[11] Diesem Beschluss zufolge umfasst der ausgewählte HSM-Bereich die folgenden Therapien:[12]

Oesophagusresektion;
Pankreasresektion;
Leberresektion;
Tiefe Rektumresektion;
Komplexe bariatrische Chirurgie.

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

Im Rahmen des **Bewerbungsverfahrens** vom 25. Oktober 2016 bis zum 20. Dezember 2016 hatten die Leistungserbringer die Gelegenheit, sich um die Aufnahme auf die HSM-Liste im Bereich der komplexen Viszeralchirurgie zu bewerben.

Es haben sich beworben:

für die Oesophagusresektion:

- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Kantonsspital St. Gallen
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

für die Pankreasresektion:

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG

[11] https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2016/813.pdf.

[12] vgl. auch den Erläuternden Bericht für die Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/HSM-Bereiche/bt_viszchir_re1_zuord_schlussbericht_pub_20160209_d_def.pdf.

- Kantonsspital Baden AG
- Kantonsspital Baselland, Standort Liestal
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Spitalzentrum Biel AG
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Kantonsspital St. Gallen
- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn
- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano
- Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Hôpital du Valais, Sion
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

für die Leberresektion:

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- *Lindenhof AG, Bern*[13]
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Kantonsspital St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano
- Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld
- Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Hôpital du Valais, Sion

[13] Die Lindenhof AG hat im Rahmen der Anhörung (Gewährung des rechtlichen Gehörs) den Verzicht auf die Bewerbung für diesen Teilbereich bekanntgegeben.

- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

für die tiefe Rektumresektion:

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kantonsspital Baselland, Standort Liestal
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
- Spitalzentrum Biel AG
- SRO AG, Langenthal
- Spital STS AG, Thun
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Glarus
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee
- Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen
- Krankenhausgesellschaft Schwyz
- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano
- Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld
- Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen
- Kantonsspital Uri, Altdorf
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges
- Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon
- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey
- Hôpital du Valais, Sion
- Zuger Kantonsspital AG, Baar
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Spital Bülach AG
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Männedorf AG

- Spital Uster
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Stadtspital Waid, Zürich
- Universitätsspital Zürich

für die komplexe bariatrische Chirurgie:

- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kreisspital für das Freiamt, Muri
- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Spitalzentrum Biel AG
- SRO AG, Langenthal
- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg
- Les hôpitaux universitaires de Genève
- Kantonsspital Graubünden, Chur
- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee
- Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
- Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano
- Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil
- Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne
- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey
- GZO AG, Wetzikon
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Männedorf AG
- Stadtspital Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Nicht wieder beworben haben sich:

- Spital Netz Bern/Inselspital Standort Tiefenauspital
- Privatklinik Linde, Biel
- Hôpital Daler, Fribourg
- Hirslanden Clinique La Colline, Genève
- Clinique Générale-Beaulieu, Genève
- Hôpital de la Tour, Meyrin
- Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen

– Spital Lachen AG, Lachen[14]
– Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Yverdons-les-Bains[15]

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

Vor Erlass der Zuteilungsverfügungen wurde ein Bericht mitsamt den Zuteilungsvorschlägen im Rahmen einer Anhörung einem breiten Adressatenkreis (Anhang A4) zur Stellungnahme unterbreitet. Der vorliegende Schlussbericht zur Leistungszuteilung, welcher die während der Anhörung vorgebrachten Einwände berücksichtigt, wird auf der Webseite der GDK veröffentlicht und der definitive Zuteilungsbeschluss im Bundesblatt publiziert. Die nicht berücksichtigten Bewerber erhalten eine separate, individuelle Begründung in Form einer anfechtbaren Verfügung.

[14] vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 24.
[15] vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 24.

4 Resultate der Anhörung

Der Vorschlag, die Leistungsaufträge in den fünf Teilbereichen Oesophagus-, Pankreas-, Leber-, tiefe Rektumresektion sowie komplexe bariatrische Chirurgie an die oben genannten Spitäler resp. Spitalstandorte zu vergeben, wurde in die Anhörung gegeben, welche vom 12. Dezember 2017 bis am 29. Januar 2018 dauerte.

Zur Teilnahme an der Anhörung wurden die 26 Kantone, 52 Spitäler oder Spitalstandorte, fünf Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, 23 Fachverbände, Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen eingeladen. Eingetroffen sind insgesamt 78 Stellungnahmen von 23 Kantonen (alle ausser Appenzell Innerhoden, Genf und Schaffhausen), 48 Spitälern oder Spitalstandorten, einem Versichererverband, einer medizinischen Fakultät sowie fünf Fachgesellschaften (vgl. Tabellen 1 bis 5).[16]

Die vorliegende Auflistung ist eine Zusammenstellung der wichtigsten Argumente.

4.1 Stellungnahmen

4.1.1 Generelles / alle Teilbereiche betreffend

Zuordnung

ZH bemerkt, dass die Fallzahlen, mit denen gerechnet werden muss, nicht mehr denjenigen des Zuordnungsbeschlusses entsprechen würden. Zudem sei die Zuordnung der Teilbereiche Oesophagus-, Leber- und Pankreasresektion bei der nächsten Reevaluation aufgrund der Fallzahlen zu überprüfen. Diverse Zentralschweizer Kantone möchten die Zuordnung auf seltenere Eingriffe beschränken. Vier Spitäler (KSGL, KSU, STG, ZKS) sind der Ansicht, dass die Seltenheit nach einer falschen Methode geprüft worden sei und schlagen eine eigene vor. Zudem seien CHOP- und ICD-Codes nicht geeignet, hochspezialisierte Leistungen abzugrenzen. Auch die Kriterien Innovationspotential, hoher personeller und technischer Aufwand, Komplexität, technologisch-ökonomische Lebensdauer und Kosten der Leistung seien beim Zuordnungsbeschluss nicht korrekt bearbeitet worden. Die Weiterbildung von Ärzten würde mit der Regelung nicht gefördert, sondern behindert. Gesamthaft sei der Zuordnungsbeschluss widerrechtlich, er verletze die Bundesverfassung (Art. 117a Abs. 1 Medizinische Grundversorgung), das gesamte Dossier sei an das HSM-Beschlussorgan zurückzuweisen.

Anforderungen (Bewerbung)

Diverse Spitäler stossen sich daran, dass eine Anforderung für einen Leistungsauftrag die erreichten Mindestfallzahlen der vergangenen drei Jahre ist. Damit gibt es keine Möglichkeit, neu/wieder in die Leistungserbringung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie einzusteigen. Als Lösung wird von verschiedenen Spitälern und Kantonen vorgeschlagen, «provisorische» Leistungsaufträge mit einer verkürzten Laufdauer zu erteilen mit der Auflage oder Bedingung, die bisher nicht erfüllten Kriterien während dieser Zeit zu erfüllen.

[16] Die in diesem Kapitel verwendeten Abkürzungen werden in Anhang A5, Seite 145 f., aufgelistet.

Von verschiedenen Seiten wird verlangt, dass nicht Fallzahlen, sondern Qualitätskriterien (Ergebnisqualität) geprüft werden sollten. Ein Spital (soH) würde es als sinnvoll erachten, ein Spektrum von angebotenen Teilbereichen zu verlangen. Zudem soll die Zugänglichkeit für Notfälle beachtet werden. Ein anderes (KSGR) möchte die Angebotspalette in einen Zusammenhang mit der Schwerverletztenversorgung stellen. KSB ist der Meinung, dass Eingriffe am tiefen Rektum und Leberresektionen zusammengehören, da Leberresektionen in vielen Fällen auf kolorektale Metastasen zurückzuführen sind. ZH erachtet die Mindestfallzahl von zwölf als zu tief angesetzt. Dagegen halten die Spitäler KSGL, KSU, STG, ZKS Mindestfallzahlen pro Zentrum für falsch, sie plädieren anstelle dessen für Mindestfallzahlen pro Operateur. KSA möchte beides berücksichtigt haben und führt eine Studie an, die belegt, dass damit die postoperative Mortalitätsrate sinkt. Insel empfiehlt, die Mindestfallzahlen ausser in der Bariatrie auf mindestens 20 Fälle pro Institution und zehn Fälle pro Operateur pro Jahr festzusetzen.

TI ist nicht einverstanden mit der Mandatsdauer von sechs Jahren, weil das Verfahren noch nicht ausreichend gefestigt ist, das Triemli möchte auch zwischenzeitlich die Möglichkeit für eine Bewerbung haben.

Versorgung, Bedarfsplanung

ZH erachtet die Konzentrationswirkung als ungenügend und befürchtet, dass mit diesen Vorschlägen Strukturen zementiert würden. Zudem sollten seiner Meinung nach, sowie derjenigen des KSGR, der Planung Versorgungsregionen zugrunde gelegt werden. Einige (ZH, ZKS, KSGL) sind von der Ermittlung der Kapazitätsreserven nicht überzeugt, da diese auf einer Selbstdeklaration der sich bewerbenden Spitäler beruht. Es wird die Befürchtung geäussert, dass eine Unterversorgung resultieren könnte. Dies werde dadurch verschärft, dass die Bedarfsanalyse lediglich auf ein Erhebungsjahr als Berechnungsgrundlage abstelle. Die Prognosen würden keine genügend lange Zeitspanne abdecken und die Wahl der Kriterien für die Analyse sei falsch, die Planungskriterien inkonsistent, die Analyse der Evaluation der Leistungserbringer unwissenschaftlich und mangelhaft. Die Ausführungen zur Prognose seien nicht konsistent, unwissenschaftlich, willkürlich und nicht nachvollziehbar (KSGL, KSU, STG, ZKS). Source weist darauf hin, dass sie und das CHUV gemeinsam ein Zentrum für die robotische Chirurgie betreibe. Sollten sie keinen Leistungsauftrag erhalten, wäre die Versorgung in der Region mit solchen Leistungen gefährdet.

Fallzahlen

Immer wieder und für alle Teilbereiche wird der Wunsch angebracht, die 2017er-Zahlen auch zu berücksichtigen.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

L'hof und HL-AG monieren, dass Belegarztspitäler bei der Anerkennung als Weiterbildungsstätten benachteiligt würden. L'hof habe zwar eine Einsprache eingereicht, diese sei jedoch für das Gesuch nicht rechtzeitig behandelt worden. Auch HL-AG hat ähnliche Erfahrungen gemacht und sei trotz diverser frühzeitiger Bemühungen um eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte immer wieder aufgelaufen, sodass am Ende keine Anerkennung erzielt worden sei. Dies sei umso unverständlicher, als innerhalb der Klinikgruppe ein Weiterbildungsverbund geschaffen worden sei. KSGL, KSU, STG, ZKS sorgen sich um die Verfügbarkeit von Ärzten in Regionalspitälern ohne HSM-Leistungsauftrag, welche somit ihre Attraktivität für gut qualifizierte Ärzte verlieren würden. Damit würden sich auch die Weiterbildungsmöglichkeiten der Assistenzärzte verschlechtern.

Hinsichtlich Forschungstätigkeit beteilige sich das Tumorzentrum der HL-AG regelmässig an wissenschaftlichen Forschungsprojekten. In der Forschung des L'hof seien vermehrt Aktivitäten zu verzeichnen. Sie verweisen auf das Programm ERAS®, das sie etabliert hätten; dieses diene auch der Forschungsförderung. Es werden zusätzlich Publikationen zu kolorektalen Erkrankungen, welche durch Ärzte der Spitalgruppe verfasst wurden, nachgereicht. Auch STG (Standort Münsterlingen) gibt an, Forschung zu betreiben.

Von mehreren Spitälern wird grundsätzlich angezweifelt, ob Weiterbildung, Lehre und Forschung sinnvollerweise als Bedingung für einen Leistungsauftrag gesetzt werden sollen resp. ob das KVG hierfür eine Gesetzesgrundlage enthalte, zumal diese Bereiche nicht via KVG finanziert würden (L'hof, Lug, Source). Wenn schon, müsste zuerst eine Bedarfsplanung für Weiterbildungsstätten durchgeführt werden. L'hof verlangt, ein behördlich einzuholendes Gutachten zur Frage zu erstellen, ob sich Forschung positiv auf die Versorgungssicherheit und Qualität auswirke. Santésuisse will die Kriterien Lehre, Weiterbildung und Forschung weniger stark gewichten als die Qualitätskriterien.

Wirtschaftlichkeit

AR vermisst eine Begründung, weshalb die Wirtschaftlichkeit nicht als ausschlaggebendes Kriterium zum Zug kommt. TI weist darauf hin, dass die nachgewiesene Wirtschaftlichkeit vom KVG verlangt wird. Diverse Rückmeldungen verlangen, die Wirtschaftlichkeit bei der Zuteilung stärker zu gewichten, insbesondere angesichts der grossen Anzahl vergebener Mandate. Das KVG sieht nicht vor, dass Leistungsaufträge an unwirtschaftliche Leistungserbringer vergeben werden. KSGL, KSU, STG, ZKS sind der Ansicht, das Wirtschaftlichkeitsgebot des KVG werde durch die erfolgte Zuordnung nicht-seltener Leistungen torpediert, weil somit die Zentrumsspitäler so viele Fälle erbringen müssten, dass das wirtschaftliche Optimum überschritten werde. Zahlreiche Spitäler sind nicht damit einverstanden, dass die Wirtschaftlichkeit nicht als diskriminierendes Kriterium gewertet wurde, insbesondere diejenigen, die dabei gut abgeschnitten haben. KSA lehnt die Methode der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung ab, die Methode «SwissDRG Baserate» sei zu wenig differenziert, die Methode «SwissDRG Fallkosten» verzerrungsanfällig. KSB weist darauf hin, dass die Methode ITAR_K die Anlagenutzungskosten beinhalte, welche von den Spitälern auf verschiedene Art und Weise ermittelt werden. Die Wirtschaftlichkeit einer einzelnen Leistung sei wegen der vielen Interdependenzen mit verwandten Leistungen schwierig zu differenzieren.

Weitere Argumente

Zahlreiche Spitäler verweisen auf ihre exzellenten Chirurgen, deren Know-how und Erfahrung einen Leistungsauftrag rechtfertige und das Erreichen der verlangten Minimalfallzahlen garantiere.

UKBB und SGKC ersuchen um Klarstellung, dass Oesophagus-, Pankreas-, Leber- und tiefe Rektumresektion von Kindern nicht von der vorgeschlagenen Regulierung erfasst sind, wie die Nennung der reinen Kinderspitäler in den Tabellen der medizinischen Statistik glauben machen können. Bei den Kindern werden andere Typen von Operationen durchgeführt, mit anderen Indikationen, die sehr selten sind. Keines der Kinderspitäler hat sich um einen Leistungsauftrag beworben.

KSGL, KSU, STG, ZKS verlangen, der Entwurf der Zuteilungsverfügung sei zur Neubeurteilung an das HSM-Beschlussorgan zurückzuweisen.

4.1.2 Oesophagusresektion

Tabelle 1. Befürwortung/Ablehnung der vorgeschlagenen Zuteilung

	Zustimmung	Ablehnung	keine Stellungnahme
Kantone	19 BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, AR, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, JU	4 ZH, FR, BS, BL	0
Spitäler	12 CHUV, eHnv, EOC, HRC, Insel, KSSG, HL-Z, LUKS-Lu, LUKS-Sur, Limm, Triemli, USZ	13 HFR, HL-BE, HUG, KSGR, HL-LU, KSA, KSW, L'hof, USB, ZKS, KSBL, KSGL, KSU	22 Lug, Source, EHC, HIB, HL-AG, HVS, HNE, KSB, HL-SG, soH, RSE, Lach, Muri, Männ, KgSZ, STS, STG, Uster, Bül, SRO, Waid, SZB
Versicherer	1 santésuisse	0	0
Medizinische Fakultäten	1 Uni Zürich	0	0
Fachverbände	1 SGG	0	4 AQC, SGED, SGKC, SMOB
Total	**34 (44 %)**	**17 (22 %)**	**26 (34 %)**

Eine Mehrheit der Anhörungsteilnehmer begrüsst die vorgeschlagene Zuteilung, von den Spitälern wird sie jedoch knapp abgelehnt. Naturgemäss sind es zum grössten Teil Spitäler, deren Bewerbung um einen Leistungsauftrag im Anhörungsverfahren nicht vorgesehen war.

Zuordnung

L'hof ist der Ansicht, dass die endoskopische Submucosadissektion, die endoskopische Mucosaresektion sowie die endoskopische Radiofrequenz-Ablation BarrX ebenfalls der HSM zugeordnet (und bei der Zählung der Oesophagusfälle) berücksichtigt werden sollten. HL-LU verweist ebenfalls auf diese Verfahren sowie auf die von ihnen angewandten minimalinvasiven und teilweise roboterunterstützten Techniken.

Anforderungen (Bewerbung)

KSA plädiert für eine Vergabe des Oesophagusresektions-Leistungsauftrags nur an Zentren, die auch andere Bereiche abdecken, weil die Qualität im multidisziplinären Umfeld steige.

Versorgung, Bedarfsplanung

Verschiedene Kantone und Spitäler beklagen, ihre Region (Nordwestschweiz, Romandie, Tessin/Graubünden) sei bezüglich Oesophagusresektionen unterversorgt. Es sei stossend, dass dagegen in der Stadt Zürich drei Spitäler einen entsprechenden Leistungsauftrag erhalten sollen. Ebenso seien die Sprachregionen zu berücksichtigen. Aber auch in der ganzen Schweiz decke die Planung den Bedarf nicht ab, was gegen das KVG verstosse. Deshalb seien zusätzliche Leistungsaufträge zu vergeben (z. B. USB, KSA). ZH regt dagegen an, zur Schliessung der Deckungslücke die Vorhaltekapazitäten der berücksichtigten Zentren zu erhöhen.

Fallzahlen

BS, BL, USB und KSBL ersuchen in der Anhörung darum, dass ihr Kooperationsvertrag berücksichtigt werde und die bisher erbrachten Fallzahlen zusammengezählt werden sollten. In Zukunft sollen die Oesophagusresektionen nur noch am USB durchgeführt werden (der Zusammenschluss «Clarunis» wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt bekanntgegeben, wie in der folgenden Fussnote ausgeführt).[17] Sie verweisen auch darauf, dass die Fallzahlen im AQC-Register aus technischen Gründen fehlerhaft gewesen seien. HL-BE ist ebenfalls der Ansicht, dass sie die Fallzahlen erfüllt hätten, dies im Register aber nicht korrekt abgebildet gewesen sei. Diverse Spitäler erklären, dass sich die Fallzahlen entwickeln würden und in Zukunft sicher erreicht würden; sei es, weil das Bevölkerungswachstum besonders hoch sei, nur ein vorübergehender Einbruch wegen eines Chirurgenwechsels zu verzeichnen gewesen sei oder eine Umstrukturierung stattgefunden habe. HUG verweist zudem auf eine Änderung der TNM-Klassifikation und auf eine Änderung der Operationsstrategie in der internationalen Literatur, was zu mehr Operationen führen würde. Ihre Qualität sei zudem ausgezeichnet. HFR ist der Ansicht, dass «intention-to-treat»-Fälle auch gezählt werden sollten. Es rechnet zudem damit, dass sich aufgrund eines Zusammenarbeitsvertrags mit HIB die Patientenzahlen erhöhen. L'hof und HL-BE möchten auch die minimal-invasiv durchgeführten Operationen zählen können. Zudem dürften nicht die Fallzahlen des AQC-Registers verwendet werden – dieses sei noch nicht genügend ausgereift –, sondern sie sollten der medizinischen Statistik entnommen werden, wie dies bei kantonalen Leistungsaufträgen erfolge. Die erforderliche Minimalfallzahl sei bei ihnen mehr als erreicht. KSA erachtet eine vergangenheitsbezogene Betrachtung nicht als sinnvoll, vielmehr müssten die erwarteten Entwicklungen berücksichtigt werden. Die Minimalfallzahl von zwölf Eingriffen sei nicht fachlich begründet.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

Das USB macht geltend, als eines der sechs grössten Spitäler der Schweiz und Zentrum der universitären Medizin auf einen Leistungsauftrag in allen fünf Teilbereichen angewiesen zu sein, um auch Lehre und Forschung sicherzustellen. FR argumentiert, dass Zuteilungen in den Teilbereichen Oesophagus-, Pankreasresektion und komplexe bariatrische Chirurgie nötig seien, um den geplanten Studiengang Medizin (Master) zu konstituieren.

Weitere Argumente

HUG hat 2016 einen international bekannten Chirurgen als Chefarzt gewinnen können, der sich auch international um die Oesophaguschirurgie und die Forschung verdient gemacht hat. Die Fallzahlen steigen, und ohne Leistungsauftrag wäre die Region unterversorgt.

[17] Mit Schreiben vom 28. August 2018 – unabhängig vom Zusammenschlussprojekt Universitätsspital Basel und Kantonsspital Baselland und zeitlich nach der Anhörung, deren Argumente im Haupttext wiedergegeben werden – an den Präsidenten des HSM-Fachorgans haben das St. Claraspital und das Universitätsspital Basel über die Schaffung eines gemeinsamen Bauchzentrums Basel «Clarunis» informiert, in dem sämtliche Aktivitäten der Viszeralchirurgie und der Gastroenterologie per 1. 1 2019 zusammengefasst werden sollen. Dieses Zentrum wird über eine einheitliche Geschäftsleitung und je eine einheitliche Klinik für Viszeralchirurgie und Gastroenterologie mit einheitlichen Standards und einheitlicher Führung verfügen; die beiden Standorte sollen jedoch bestehen bleiben. Regulatorisch soll es kein «neues Spital» sein, die Regulierung der Spitallisten, einschliesslich der HSM-Spitalliste, die Verträge und Abrechnungen mit den Krankenversicherern erfolgen weiterhin über die beiden gründenden Spitäler. Die Bewerbungen der beiden Spitäler sollen deshalb auch unverändert beurteilt werden. Mittelfristig (im Hinblick auf die nächste Reevaluationsrunde), nach erfolgter Konsolidierung, würde dann ein Teil der Leistungsaufträge auf den einen oder anderen Standort konzentriert werden. Allerdings sollen ab 1. 1. 2019 im Sinne einer «freiwilligen Konzentration» das St. Claraspital keine Leberresektionen und das Universitätsspital Basel keine Oesophagusresektionen und keine komplexen bariatrischen Eingriffe mehr durchführen.

4.1.3 Pankreasresektion

Tabelle 2. Befürwortung/Ablehnung der vorgeschlagenen Zuteilung

	Zustimmung	Ablehnung	keine Stellungnahme
Kantone	20 BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, AR, SG, GR, AG, TI, VD, VS, NE, JU	3 ZH, FR, TG	0
Spitäler	22 CHUV; eHnv, EOC, HL-BE, HUG, HVS, HRC, Insel, KSB, KSBL, KSGR, KSSG, HL-Z, HL-LU, KSA, KSW, LUKS-Lu, LUKS-Sur, Limm, Triemli, USB, USZ	9 HFR, HL-AG, L'hof, soH, STG, SZB, ZKS, KSU, KSGL	16 Lug, Source, EHC; HIB, HNE, HL-SG, RSE, Lach, Muri, Männ, KgSZ, STS, Uster, Bül, SRO, Waid
Versicherer	1 santésuisse	0	0
Medizinische Fakultäten	1 Uni Zürich	0	0
Fachverbände	2 SGED, SGG	0	3 AQC, SGKC, SMOB
Total	**46 (60 %)**	**12 (15 %)**	**19 (25 %)**

Eine Mehrheit der Anhörungsteilnehmer begrüsst die vorgeschlagene Zuteilung, auch bei den Spitälern stösst sie auf Zustimmung von über zwei Drittel (ohne Berücksichtigung der sich enthaltenden Spitäler).

Zuordnung

KSGL, KSU, STG, ZKS sind der Ansicht, die Pankreas- und die Leberresektionen seien nicht selten. Zudem würde die Inzidenz der abdominellen Tumore aufgrund des Lifestyles und der Demographie weiter zunehmen.

Versorgung, Bedarfsplanung

UR ist nicht einverstanden mit der geografischen Verteilung der Leistungserbringer: vier Zentren im Raum Zürich und drei Zentren im Raum Basel erhielten den gleichen Leistungsauftrag. ZH moniert ein Überangebot, die Planung sei somit nicht bedarfsgerecht. SZB sieht sich für einen Leistungsauftrag qualifiziert, weil aufgrund der sprachlichen Region oder der geografischen Lage ein Bedarf für Leistungserbringung bestehe.

Fallzahlen

Auch im Bereich der Pankreasresektion sind diverse Spitäler überzeugt, dass sie die erforderlichen Fallzahlen aufgrund eines steigenden Trends und neu angestellter Viszeralchirurgen oder Gastroenterologen in naher Zukunft erreichen würden. SoH ist der Ansicht, es habe die Mindestfallzahlen erfüllt; es wird geltend gemacht, dass sich nur noch der Standort Solothurn bewerbe, Olten aber auch noch einige Fallzahlen beisteuern könne. Eine ähnliche Situation besteht beim STG, mit den Standorten Münsterlingen und Frauenfeld, wie TG und STG bemerken.

Auch HFR glaubt die Minimalfallzahlen erreicht zu haben. L'hof ist zwar grundsätzlich einverstanden, Minimalfallzahlen zu verlangen, hält aber dafür, die Zahlen einer möglichen Entwicklung mit zu berücksichtigen. Nur die im definierten Zeitraum erbrachten Fallzahlen zu betrachten, sei überspitzt formalistisch, ungerecht und willkürlich. Es sei ein entsprechendes Gutachten einzuholen.

Wirtschaftlichkeit

SoH bemängelt, dass mit der angewandten Methodik die Wirtschaftlichkeit beider Standorte zusammengemengt werde, obwohl sich die beiden Standorte diesbezüglich unterscheiden würden – die Bewerbung betrifft nur einen Standort.

Weitere Argumente

SZB stellt in Aussicht, bei einer Leistungszuteilung sicherzustellen, dass in Kooperation mit regionalen Stakeholdern auch ein interventioneller Radiologe 24 h/7 d zur Verfügung stehen würde. SoH bemängelt, dass bei der vorgeschlagenen Zuteilung die Gewichtung der Kriterien nicht ersichtlich sei.

4.1.4 Leberresektion

Tabelle 3. Befürwortung/Ablehnung der vorgeschlagenen Zuteilung

	Zustimmung	Ablehnung	keine Stellungnahme
Kantone	22 BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, SO, BS, BL, AR, SG, GR, AG, TG, TI, VD, VS, NE, JU	1 ZH	0
Spitäler	23 CHUV, eHnv, EOC, HFR, HL-BE, HUG, HVS, HRC, Insel, KSGR, KSSG, HL-Z, HL-LU, KSA, KSW, L'hof, LUKS-Lu, LUKS-Sur, Limm, STG, Triemli, USB, USZ	5 HL-AG, KSB, ZKS, KSU, KSGL	19 Lug, Source, EHC, HIB, HNE, KSBL, HL-SG, RSE, Lach, Muri, Männ, KgSZ, STS, Uster, Bül, SRO, Waid, SZB, soH
Versicherer	1 santésuisse	0	0
Medizinische Fakultäten	1 Uni Zürich	0	0
Fachverbände	1 SGG	0	4 AQC, SGED, SGKC, SMOB
Total	**48 (62 %)**	**6 (8 %)**	**23 (30 %)**

Die überwiegende Mehrheit der sich äussernden Anhörungsteilnehmer stimmt der vorgeschlagenen Zuteilung zu, nur der Kanton Zürich und fünf Spitäler haben grundsätzliche Einwände.

Versorgung, Bedarfsplanung

UR und ZG monieren, dass ein Leistungsauftrag an vier Zentren im Raum Zürich, drei davon in der Stadt, gehen soll. ZH weist darauf hin, dass eine Überkapazität geschaffen werde. KSB geht davon aus, dass die Bevölkerungsentwicklung nicht gleichmässig über die Schweiz verteilt erfolge, und deshalb auch nicht auf die gesamtschweizerischen Zahlen des BFS abgestellt werden solle. Ihr Kerneinzugsgebiet sei wachstumsstark, somit sollten lokal auch mehr Kapazitäten angeboten werden.

Fallzahlen

KSB bekundet Schwierigkeiten mit der Zählweise der Fälle, weil per 1. Januar 2016 die CHOP-Codes revidiert wurden und für sie nicht klar war, ob die Zahlen des AQC-Registers oder der medizinischen Statistik berücksichtigt wurden. Sie plädieren dafür, nur zertifizierte und aktuelle Zahlen (von 2015–2017) zu verwenden.

Weitere Argumente

KSBL will sich nachträglich für den Leistungsauftrag Leberresektion wiederbewerben, weil sie in der Zwischenzeit mit einem neuen Chefarzt Chirurgie die Fallzahlen wieder erreichen.

4.1.5 Tiefe Rektumresektion

Tabelle 4. Befürwortung/Ablehnung der vorgeschlagenen Zuteilung

	Zustimmung	*Ablehnung*	*keine Stellungnahme*
Kantone	*13* *GL, FR, SO, BS, BL, AR, SG, GR, AG, TI, VD, NE, JU*	*10* *ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, TG, VS*	*0*
Spitäler	*25* *CHUV, eHnv, EOC, HFR, HL-BE, HUG, HNE, Insel, KSB, KSGR, KSSG, HL-Z, HL-LU, KSA, KSBL, KSW, LUKS-Lu, soH, Limm, STS, Uster, SZB, USB, USZ, Triemli*	*19* *Lug, Source, EHC, HL-AG, HVS, HRC, HL-SG, L'hof, LUKS-Sur, RSE, Männ, KgSZ, STG, Bül, SRO, Waid, ZKS, KSU, KSGL*	*3* *HIB, Lach, Muri*
Versicherer	*1* *santésuisse*	*0*	*0*
Medizinische Fakultäten	*1* *Uni Zürich*	*0*	*0*
Fachverbände	*1* *SGG*	*0*	*4* *AQC, SGED, SGKC, SMOB*
Total	***41 (53 %)***	***29 (38 %)***	***7 (9 %)***

Der Zuteilungsvorschlag für die tiefe Rektumresektion findet mehrheitlich Zustimmung. Auffällig ist jedoch, dass ihn nicht nur Spitäler, sondern auch diverse Kantone ablehnen.

Zuordnung

Verschiedene Kantone sowie Lug und LUKS-Sur erachten die Zuteilung an 27 Zentren als Indiz, dass dieser Teilbereich der HSM nicht hätte zugeordnet werden dürfen, weil offenbar die Seltenheit nicht gegeben sei. Eine Reihe von Spitälern sind der Ansicht, dass weil das Colon-Karzinom häufig sei, auch das Rektumkarzinom nicht als selten gelten könne und damit auch die Zuordnung nicht zu Recht erfolgt sei. KgSZ könnte sich mit einer Zuordnung einverstanden erklären, wenn die Definition des tiefen Rektums auf Beckenbodenniveau, d. h. auf ca. 6 cm, geändert würde. ZH vermisst eine Begründung für die Abweichung der Ist-Zahlen 2013 von denen von 2015 und hält die Seltenheit auch nicht für gegeben. OW weist auf den Widerstand aus der Zentralschweiz hin und will die Zuordnung neu diskutieren. Zudem sollten die Leistungsaufträge gleichmässiger über die Regionen verteilt werden.

Anforderungen (Bewerbung)

NW und LUKS-Sur halten die Anforderungen bezüglich Mindestfallzahlen für fragwürdig. Wichtiger sei die Expertise des Chirurgen und die Gesamtfallzahl am Standort über die Jahre.

Versorgung, Bedarfsplanung

ZH ist der Ansicht, dass der prognostizierte Bedarf mit weniger Leistungserbringern abgedeckt werden könne, die Angebotskapazität übersteige die Nachfrage um 28 %. HRC legt die spezielle Situation seiner Spitalgruppe dar, welche aus einer Fusion hervorgeht. Es ist eine Verlagerung von aktuell fünf Standorten an den Standort Rennaz für Frühjahr/Sommer 2019 geplant. Bereits jetzt wurden innerhalb der Spitalgruppe die HSM-Angebote auf einen Standort (Monthey) konzentriert, wo auch alle Anforderungen erfüllt werden mit Ausnahme der Anerkennung als Weiterbildungsstätte. Dieses Spitalprojekt sei wichtig für die ganze Region, welche besonders stark wachse.

Fallzahlen

HVS, Männ und Bül erklären, dass ihre Fallzahlen nur vorübergehend tief ausfielen, aufgrund chefärztlicher Vakanzen, die nun aber wieder besetzt seien. Auch bei Waid seien die Fallzahlen steigend, es bestehe eine besondere Expertise für betagte Patientinnen und Patienten. Sie seien Pioniere der minimal-invasiven kolorektalen Chirurgie, und ein Leistungsauftrag sei sehr wichtig für sie als Weiterbildungsklinik. L'hof verweist auf seine hohen Fallzahlen.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

HRC ist bestrebt, eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte so rasch wie möglich für den Standort Monthey zu erhalten, im Wissen darum, dass diese nach Umzug nach Rennaz wieder erneuert werden muss. Es soll Weiterbildung in den Bereichen Kolorektalchirurgie und Bariatrie angeboten werden, weshalb ein Leistungsauftrag in diesen Bereichen wichtig sei. Sie arbeiten auch mit CHUV und HVS zusammen. BE kann nicht nachvollziehen, weshalb RSE keine Anerkennung als Weiterbildungsstätte haben soll. Lug erklärt, dass zu Beginn niemand die Weiterbildung zusatzfinanziert habe, dass sich dies verbessert habe und sie in naher Zukunft beabsichtigen, ein Anerkennungsgesuch einzureichen. Es wird bestritten, dass die Forschung ungenügend sei und eine Reihe von Forschungsprojekten aufgeführt, an denen die Klinik beteiligt gewesen sei. EHC weist darauf hin, dass sie gemeint hätten, sie dürften nur Forschung aufführen, die sie allein durchgeführt haben, sie hätten aber einen Zusammenarbeitsvertrag mit dem CHUV, sodass auch ihre Patienten in die Studien aufgenommen würden. Zudem nähmen sie auch an ERAS® teil. Bül ist der Ansicht, dass sie die Kriterien für eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte erfüllen, es handle sich nur noch um eine Formsache diese zu erhalten.

Wirtschaftlichkeit

RSE kann die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht nachvollziehen, gemäss schweizerischem Spitalbenchmark seien sie eines der wirtschaftlichsten Spitäler der Schweiz.

Weitere Argumente

LUKS-Sur beruft sich auf früher gemachte Zusagen. Lach wäre auch interessiert an einem Leistungsauftrag für tiefe Rektumchirurgie. Männ verweist darauf, dass sie über eine Radioonkologie verfügten und legt zwei Empfehlungsschreiben anderer Spitäler bei.

4.1.6 Komplexe bariatrische Chirurgie

Tabelle 5. Befürwortung/Ablehnung der vorgeschlagenen Zuteilung

	Zustimmung	***Ablehnung***	***keine Stellungnahme***
Kantone	*11* *BE, OW, GL, SO, BS, BL, AR, SG, AG, TG, JU*	*12* *ZH, LU, UR, SZ, NW, ZG, FR, GR, TI, VD, VS, NE*	*0*
Spitäler	*17* *CHUV, HL-BE, HUG, Insel, KSB, KSSG, HL-Z, HL-SG, KSA, KSW, LUKS-Lu, soH, Limm, STG, SZB, USB, USZ*	*18* *Lug, Source, eHnv, EOC, HFR, HIB, HNE, HRC, KSGR, HL-LU, L'hof, LUKS-Sur, Lach, Muri, Männ, SRO, KSU, KSGL*	*12* *EHC, HL-AG, HVS, KSBL, RSE, KgSZ, STS, Uster, Bül, Triemli, Waid, ZG KS*
Versicherer	*1* *santésuisse*	*0*	*0*
Medizinische Fakultäten	*1* *Uni Zürich*	*0*	*0*
Fachverbände	*2* *SGED, SGG*	*1* *SMOB*	*2* *AQC. SGKC*
Total	***32 (42 %)***	***31 (40 %)***	***14 (18 %)***

Der Zuteilungsvorschlag für die die komplexe bariatrische Chirurgie stösst nicht auf eine mehrheitliche Zustimmung, Befürworter und Gegner halten sich ungefähr die Waage. Sowohl bei den Kantonen als auch bei den Spitälern überwiegt die Ablehnung um eine Stimme. Auch die Fachgesellschaft für Bariatrie ist mit den Vorschlägen nicht einverstanden.

Zuordnung

Eine Reihe von Kantonen und Spitälern (LU, UR, SZ, NW, ZG, L'hof, LUKS-Sur, Lug) sind der Ansicht, dass eine Regelung nebst derjenigen der Fachgesellschaft SMOB weder nötig noch sinnvoll sei. Diese Regelung geniesse bei allen Stakeholdern grosse Akzeptanz, die komplexe bariatrische Chirurgie sei von der HSM-Liste zu streichen. Zudem verweise auch die Krankenpflege-Leistungsverordnung[18] auf die SMOB-Anerkennung.

[18] *Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV); SR 832.112.31.*

Anforderungen (Bewerbung)

SMOB ist der Ansicht, dass die Anforderung «Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie» manchen Kliniken zu wenig bekannt gewesen sei. Die Expertise komme zudem nicht nur von der Durchführung komplexer Eingriffe, sondern auch von der Durchführung der Standardeingriffe in grosser Fallzahl. Auch könnten nicht alle Kliniken eigenständige Forschungsvorhaben durchführen. Kliniken, die erst kürzlich SMOB-Referenzzentren geworden seien, könnten die verlangten Fallzahlen noch gar nicht vorweisen. HNE sieht sich als solchen Fall. Sie haben ein Kompetenzzentrum aufgebaut, der Viszeralchirurg hat die hochspezialisierten Eingriffe jeweils in einem Spital mit HSM-Bariatrie-Leistungsauftrag durchgeführt. NE unterstützt diese Argumentation.

Versorgung, Bedarfsplanung

HIB, KSGR und SMOB weisen darauf hin, dass die Vor- und Nachsorge in der Bariatrie einen besonderen Stellenwert hat und eine örtliche Nähe zu den Patienten sehr wichtig ist. Deshalb dürften die Kompetenzzentren nicht zu stark konzentriert werden, sondern sollten dezentral vorhanden sein. TI verweist darauf, dass die italienischsprachige Schweiz über kein HSM-Bariatrie-Angebot verfügen würde, was aber notwendig sei. Die beiden Spitäler erfüllen je einen Teil der Anforderungen und sollten deshalb einen provisorischen oder allenfalls gemeinsam einen Leistungsauftrag erhalten, der auch an Auflagen zur Weiterentwicklung geknüpft werden könne. Lug argumentiert gleich und verlangt ein auf drei Jahre befristetes Mandat oder, falls dem nicht entsprochen wird, ein vorläufiges Mandat zusammen mit EOC. VD erläutert, dass im Kanton drei Kompetenzzentren für Bariatrie geplant sind, eines im Norden des Kantons, das die angrenzende Region Freiburg zusammenführt, eines im Zentrum/Osten, das das Zentrum und die Riviera umfasst, und eines im Westen rund um die Universitätskliniken Genf. Diese Zentralisierung zielt auch darauf ab, auf den Fachkräftemangel zu reagieren, indem diese Zentren in der Lage sind, einen Ausbildungsauftrag umzusetzen. Aus diesem Grund unterstützt VD die Erteilung eines Leistungsauftrags an HIB, allenfalls mit Auflagen, nebst demjenigen an CHUV, welches nicht alle Fälle übernehmen könnte. HIB verweist auf seine Zusammenarbeit mit dem CHUV und die geplante Aufteilung. NE identifiziert in der Romandie eine Unterversorgung, es gibt nur für drei Viertel der Patientinnen und Patienten Kapazitäten in der Region. Auch HIB erachtet es als nicht möglich, die 200 Fälle der Romandie in den zwei Universitätsspitälern zu konzentrieren. ZH erkennt eine prognostizierte Überkapazität von rund 25 % und plädiert für eine geringere Zahl an Leistungserbringern.

Fallzahlen

HFR und FR macht auf einen neu angestellten spezialisierten Chirurgen aufmerksam, mit dem die Fallzahlen steigen würden, SRO hofft dies mit einer vertraglichen Zusammenarbeit mit RSE zu erreichen. Lug konstatiert, dass die Mindestfallzahl 2016 und 2017 erreicht worden sei. Muri ist der Ansicht, dass die Fälle nicht korrekt gezählt wurden.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

EOC verweist auf seine HSM-Leistungsaufträge in neurochirurgischer Behandlung von Gefässerkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) ohne komplexe Gefässanomalien, die Behandlung von Schwerverletzten sowie die komplexe Behandlung von Hirnschlägen. Dadurch ergäben sich Synergien mit der epidemiologischen und Grundlagenforschung der neuen Medical Master School der Universität der italienischen Schweiz. Muri reicht neue Unterlagen zur Forschungstätigkeit ein, der Bewerbungsfragebogen sei nicht korrekt ausgefüllt gewesen. Es ruft in Erinnerung, dass sie sehr hohe Fallzahlen haben. SRO sieht sich in der Lage, eine Weiterbildungsstätte

der Kategorie V1 zu werden. HIB verweist auf das Gesuch um Anerkennung als Weiterbildungsstätte und die Zusammenarbeit mit dem CHUV. LUKS-Sur ist der Ansicht, dass die Anerkennung als Weiterbildungsstätte des LUKS-Lu ausreichend sei, abgesehen davon aber diese Anforderung als Qualitätskriterium wenig geeignet und nicht aussagekräftig sei. HRC verweist auf die exzellente chirurgische Equipe (vgl. zudem Ausführungen beim Rektum zur Standortfrage).

Wirtschaftlichkeit

HL-LU weist auf seine Baserate hin, die tiefer sei als diejenige von Mitbewerbern aus der Zentralschweiz. Muri zweifelt die Methodik an, weil in den DRG-Daten die HSM-Daten nicht spezifisch erfasst und diese grundsätzlich die teureren Fälle seien. Zudem müsste auch die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit in die Betrachtungen einfliessen.

Weitere Argumente

Einige Spitäler erfüllen das Kriterium Anerkennung als SMOB-Referenzzentrum nicht, beteuern aber, auf dem Weg dazu zu sein oder es in der Zwischenzeit erfüllt haben. FR und HFR sind der Ansicht, dass eine Anerkennung als SMOB-Referenzzentrum automatisch einen HSM-Leistungsauftrag für komplexe bariatrische Chirurgie nach sich ziehen müsste. Lach hat es versäumt, sich zu bewerben, weil ihnen nicht bewusst war, dass die Bewerbungsfrist läuft. Sie führen seit elf Jahren ein interdisziplinäres Adipositaszentrum und erfüllen ihrer Ansicht nach alle Anforderung, inklusive einer jährlichen Fallzahl von durchschnittlich 47 Fällen. Auch eHnv hat sich nicht beworben, weil sie in einem Fusionsprozess der Chirurgie der Spitäler St-Loup und Yverdon standen. Sie sind zwar ein SMOB-Referenzzentrum, erfüllen aber nicht alle Anforderungen für ein HSM-Mandat. Sie möchten wissen, ob es auch später noch eine Gelegenheit gibt, sich zu bewerben.

4.2 Beurteilung des HSM-Fachorgans

Die Empfehlungen des HSM-Fachorgans zur Zuteilung der Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie sowie die Würdigung der vorgebrachten Argumente zu diesen Teilbereichen werden nicht aufgeführt, weil das HSM-Beschlussorgan noch keine Zuteilungen vorgenommen hat.

Zuordnung

Das Fachorgan sieht keinen Grund, die Zuordnung der fünf HSM-Teilbereiche in der Viszeralchirurgie wieder in Zweifel zu ziehen. Viele Argumente wurden bereits in der Vernehmlassung zur Zuordnung vorgebracht und teils bereits berücksichtigt oder als nicht stichhaltig beurteilt. Neue Argumente können zum jetzigen Zeitpunkt nicht berücksichtigt werden: Könnte jetzt nicht auf diese erfolgte Zuordnung abgestellt werden, müsste das gesamte Verfahren wieder ganz von vorne begonnen werden. In der nächsten Reevaluation wird die Zuordnung wieder hinsichtlich aller Kriterien überprüft und via Vernehmlassung zur Debatte gestellt.

Die endoskopische Submukosadissektion, die endoskopische Mukosaresektion sowie die endoskopische Radiofrequenz-Ablation BarrX im Magen-Darm-Trakt sind bislang der HSM nicht zugeordnet. Obwohl die Verfahren erhebliche technische Erfahrung benötigen, sind sie mindestens teilweise weniger komplex als beispielsweise eine Oesophagektomie. Ferner können einzelne dieser Eingriffe ambulant oder teil-stationär durchgeführt werden. Und schliesslich ist beispielsweise der definitive Stellenwert der endoskopischen Submukosadissektion im Dickdarm

noch unklar und Gegenstand weiterer klinischen Forschung. Diese Verfahren können somit momentan von allen Spitälern mit einem entsprechenden kantonalen Leistungsauftrag angeboten werden. Eine allfällige Zuordnung dieser Eingriffe zur HSM kann erst in einem zukünftigen Zuordnungsverfahren geprüft werden.

Anforderungen (Bewerbung)

«Provisorische» Leistungsaufträge zu erteilen ist nicht notwendig, da keine Unterversorgung besteht. Leistungsaufträge von verschiedener Laufdauer zu erteilen, ist verfahrensökonomisch nicht sinnvoll, müsste dann doch nach Ablauf der kürzesten Lauffrist dennoch die gesamte Versorgungslage wieder überprüft werden.

Da Outcome-Qualitätsdaten aktuell noch nicht in ausreichend verlässlicher Qualität verfügbar sind, muss wie bisher auf Mindestfallzahlen als Qualitätsindikator abgestellt werden. Diese wurden nur leicht höher als bei den Beschlüssen von 2013 angesetzt, auf zwölf. Dies kann als Zwischenstufe auf dem Weg zu einer stärkeren Konzentration gesehen werden. Etliche Spitäler konnten, nachdem das Bundesverwaltungsgericht im 2014 fast alle angefochtenen Beschlüsse aufgehoben hat, gestützt auf einen allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrag weiterhin Leistungen in diesem Bereich erbringen. Die Auflage, nach zwei Jahren höhere Fallzahlen[19] zu erreichen, konnte nicht umgesetzt werden. Nun wird das Verfahren wie vom Bundesverwaltungsgericht vorgegeben zweistufig durchgeführt. Mit den letzten Beschlüssen wurde eine Registerführungspflicht eingeführt. Bei der nächsten Reevaluation wird die Qualität der Daten so gut sein, dass Zuteilungen darauf abgestützt vergeben werden können, und zwar was die Outcome-Daten als auch die Fallzahlen betrifft.

Weitere Anforderungen, welche Disziplinen gleichzeitig angeboten werden sollen, wurden nur insoweit gestellt, als es für eine gute Behandlung der Patientinnen und Patienten nötig ist, so zum Beispiel das Vorhandensein einer zertifizierten Intensivstation, einer Onkologie im Haus, etc. Im Detail sind diese Anforderungen im Anhang A1 aufgelistet.

Die Zuteilungsdauer von sechs Jahren gibt zum einen den Spitälern Planungssicherheit, zum andern erlaubt es diese Frist, bereits frühzeitig die Anforderungen im Hinblick auf die nächste Evaluation zu erarbeiten und bekanntzugeben, damit ausreichend Zeit für den Dateneintrag ins Register besteht und die nächste Zuteilung basiert darauf erfolgen kann.

Versorgung, Bedarfsplanung

Die Versorgungsregion für hochspezialisierte Medizin ist grundsätzlich die ganze Schweiz. Bei Notfalleingriffen und dort, wo der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle spielt, ist die rasche Erreichbarkeit zu beachten. Bei planbaren Eingriffen spielt diese eine untergeordnete Rolle. Dennoch ist darauf zu achten, dass ein ausreichendes Angebot zum Beispiel in den Sprachregionen zur Verfügung steht, soweit dies unter qualitativen Aspekten möglich und die Erreichbarkeit innert nützlicher Frist für die Patientinnen und Patienten gegeben ist. Die fünf HSM-Teilbereiche in der Viszeralchirurgie stellen allesamt planbare elektive Eingriffe dar, und keine Notfallinterventionen.

Für die Zuteilung wurden auch die Kapazitätsreserven der sich bewerbenden Spitäler abgefragt. Wenn das Angebot konzentriert wird, ergibt das für die Spitäler mit einem HSM-Leistungsauftrag mehr Patientinnen und Patienten. Wie in der Anhörung richtig festgestellt wurde, beruhen diese Angaben auf Selbstdeklaration und Schätzungen. Ob diese der Realität entsprechen, ist

[19] bei der Oesophagus-Resektion 15, bei der Pankreas- und der Leber Resektion 20, bei der Resektion des tiefen Rektums und in der komplexen bariatrischen Chirurgie 25.

nicht von vornherein gegeben. Deshalb sind auch die «Überkapazitäten», die sich daraus ergeben, mit Vorsicht zu betrachten. Mit den vorliegenden Zuteilungen werden diverse bisherige Leistungserbringer keinen Leistungsauftrag mehr erhalten, was von den anderen aufgefangen werden muss. In der nächsten Reevaluation sollen diese Entwicklungen genau analysiert und die entsprechenden Schlüsse daraus gezogen werden.

Das HSM-Fachorgan ist der Ansicht, dass die für einen Leistungsauftrag vorgesehenen Spitäler genug Kapazitäten haben oder schaffen können, um die zu erwartenden Oesophagusresektionen durchführen zu können. Grundsätzlich soll für alle fünf Teilbereiche eine Übergangsfrist eingeräumt werden, damit sich alle Spitäler auf die veränderte Situation einstellen können. Dies betrifft auch die Spitäler, die einen bestehenden Leistungsauftrag nicht mehr erhalten. Dies kann erreicht werden, indem die Leistungszuteilungen erst sechs Monaten nach dem erfolgten Beschluss in Kraft treten.

Fallzahlen

Bei der nun sehr tief angesetzten Minimalfallzahl in allen fünf Bereichen können keine Ausnahmen oder Übergangsfristen in Form von provisorischen Leistungsaufträgen mehr gewährt werden. Um allfällige Chefarztwechsel oder sonstige Umstrukturierungsmassnahmen aufzufangen, wurden die Fallzahlen als Durchschnitt über drei Jahre ermittelt, vom 21. 12. 2013 bis zum 20. 12. 2016. Die Fallzahlen von 2017 mit zu verwenden, wäre nicht möglich gewesen, weil diese frühestens im Mai 2018 zur Verfügung stehen und die Bearbeitung ebenfalls Zeit benötigt.

Fallzahlen von zwei Spitalstandorten eines Spitals oder zwei Spitälern mit einem Kooperationsvertrag können dann zusammengezählt werden, wenn sich nur noch einer der beiden Standorte um einen Leistungsauftrag bewirbt und die Patientenströme es als plausibel erscheinen lassen, dass sich die Patientinnen und Patienten tatsächlich an diesem Standort behandeln lassen werden. Selbstverständlich müssen an diesem Standort auch alle übrigen Kriterien erfüllt werden.

Die Fallzahlen des AQC-Registers sind zu verwenden. Die Spitäler haben ausreichend Zeit zur Verfügung gehabt, diese zu korrigieren. In Zweifelsfällen wurden die Operationsberichte daraufhin überprüft, ob die gezählten Fälle auch tatsächlich HSM-Fälle waren. Künftige Fallzahlen können nicht angerechnet werden.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

In der IVHSM, welche den Artikel 39 Absatz 2^{bis} KVG umsetzt, wird das HSM-Fachorgan explizit damit beauftragt, bei der Aufbereitung der Zuordnungs- und Zuteilungsentscheide für das HSM-Beschlussorgan die Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Auch aus fachlichen Aspekten ist es essentiell, dass eine Weiterentwicklung der gebildeten Kompetenzzentren erfolgt – wenn diese «nur» die einmal definierten Versorgungsleistungen erbringen, kann das Innovationspotential nicht ausgeschöpft werden und verkümmert auf Dauer. Eine Weiterentwicklung ist nur möglich, wenn sich die Zentren auch in Lehre, Weiterbildung und Forschung engagieren. Auch die vorgebrachte Argumentation, dass wegen der IVHSM zu wenig Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte zu Verfügung stehen würden, muss in die Anforderung münden, dass sich die Kompetenzzentren tatsächlich in der Weiterbildung engagieren, weil nur sie diese Leistungsaufträge haben. Und nicht zuletzt hängen Qualität und Forschung auch zusammen. Klinische Studien sind nicht nur zur Erarbeitung neuer Diagnose- und Behandlungsstandards nötig; sie sind auch ein anerkanntes Instrument zur klinischen Qualitätssicherung. Patientinnen und Patienten, die in klinischen Studien behandelt werden, haben oftmals eine bessere Prognose als vergleichbare Patienten, die in der (durchaus gepflegten) Routine ihre Abklärung und Therapie erhalten. Die regelmässige sorgfältige Überprüfung der Studi-

endaten (abgeglichen mit Originaldaten aus den Krankengeschichten) durch externes Monitoring zeigt allfällige Mängel in der Betreuung detailliert auf, und sie zwingt die Behandlungsteams zur sorgfältigeren Planung und Durchführung von Diagnostik und Therapie als dies in der Routine gemeinhin möglich ist. Damit ist ein wichtiger HSM-Hebel zur Verbesserung der klinischen Qualität in den Spitälern angesetzt.

Einige Bewerber weisen auf Schwierigkeiten hin, die sie als Belegarztkliniken hatten, eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie zu erhalten. Diese Organisationsform verunmöglicht offensichtlich eine Anerkennung jedoch nicht, wie diverse Beispiele anderer Spitäler oder Kliniken zeigen.

Ist die Anerkennung als Weiterbildungsstätte bereits mit der Bewerbung erfolgt, zeigt dies, dass sich die Spitäler in der Weiterbildung engagieren und eine entsprechende längerfristige Strategie haben. Natürlich kann das Spitälern, die die Anerkennung erst später erlangt haben, nicht abgesprochen werden. Die diesbezüglichen Angaben und Dokumente, welche nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens von vereinzelten Spitälern eingereicht wurden, hat das Fachorgan entsprechend zur Kenntnis genommen. Unter Würdigung aller Umstände, insbesondere in Bezug auf die zu vermeidende Überkapazität, hat sich das HSM-Fachorgan dazu entschieden, keine weiteren Leistungsaufträge zu erteilen, und damit das sich bereits an der oberen Grenze befindende Leistungsangebot nicht noch zu vergrössern. Entsprechend wurden grundsätzlich diejenigen Bewerber berücksichtigt, die sämtliche Voraussetzungen bereits mit der Bewerbung erfüllt haben.

Wirtschaftlichkeit

Auch wenn nachvollziehbar ist, dass eine stärkere Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit wünschbar wäre, ist dies nicht umsetzbar. Die vorliegenden Daten erlauben es nicht, alle Spitäler gleich zuverlässig in die verschiedenen Wirtschaftlichkeitskategorien einzuteilen, sei es, weil gar keine Daten vorliegen, weil die Fallzahlen so klein sind, dass statistisch keine Aussage möglich ist, oder weil die einen ihre Standorte einzeln ausweisen und andere nicht. Aufgrund dieser Ausgangslage Kandidaten auszuschliessen, welche alle übrigen Anforderungen erfüllen, wäre nicht adäquat, insbesondere wenn die Versorgung dann mit Kandidaten sichergestellt werden müsste, die nicht alle anderen Kriterien erfüllen. Aus diesem Grund möchte das HSM-Fachorgan am bisherigen Vorgehen festhalten.

Weitere Argumente

Die vier Resektions-Teilbereiche sollen ausschliesslich die Erwachsenenmedizin umfassen. Die Beschlüsse sollen so gekennzeichnet werden. Die beiden Spitäler, die sich nicht beworben haben, das Spital Lachen AG sowie les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, können nicht berücksichtigt werden. Die Eröffnung des Bewerbungsverfahrens wurde offiziell im Bundesblatt[20] bekanntgegeben. Ebenso wird eine Anmeldung für einen zusätzlichen Teilbereich, die erst im März 2018 eingetroffen ist, nicht berücksichtigt.

[20] BBl 2016 8021.

4.3 Fazit

Nach eingehender Analyse der Versorgungslage und der voraussehbaren Entwicklung der Fallzahlen bis 2025 empfiehlt das HSM-Fachorgan, folgenden Leistungserbringern einen auf sechs Jahre befristeten Leistungsauftrag zu erteilen:

Oesophagusresektion: 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.

Pankreasresektion: 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; Les 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.

Leberresektion: Kantonsspital Aarau AG; St. Claraspital AG, Basel;[21] Universitätsspital Basel; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site; Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern; Les 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; Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; Hirslanden Klinik AG, Zürich; Kantonsspital Winterthur; Stadtspital Triemli, Zürich; Universitätsspital Zürich.

Weitere Leistungsaufträge können aufgrund der vom KVG vorgeschriebenen Konzentration sowie/oder aufgrund Nichterfüllens der Kriterien nicht vergeben werden.

Um den Spitälern, die durch die Leistungszuteilung resp. Nichtzuteilung eines Leistungsauftrags eine Veränderung erfahren, genügend Zeit zur Anpassung **zu geben, treten die Zuteilungen sechs Monate nach Beschluss in Kraft.**

Der Leistungsauftrag soll für sechs Jahre erteilt werden. Diese Mandatsdauer gibt zum einen den Spitälern Planungssicherheit. Zum andern ist das zweistufige Verfahren (Zuordnung und Zuteilung) zeitintensiv. Es ist vorgesehen, bereits frühzeitig die Anforderungen im Hinblick auf die nächste Evaluation zu erarbeiten und bekanntzugeben, damit ausreichend Zeit für den Dateneintrag ins Register besteht und die nächste Zuteilung basiert darauf erfolgen kann. Somit ist eine Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre angemessen. Mithilfe des Monitorings und der Überprüfung der Registerdaten soll die Einhaltung der Anforderungen über die gesamte Dauer überwacht werden.

[21] Das St. Claraspital und das Universitätsspital Basel sind darauf hinzuweisen, dass eine Erteilung eines Leistungsauftrags nicht nur ein Leistungsrecht, sondern auch eine Leistungspflicht bedeutet (vgl. Fussnote [17]), dass sie somit nicht davon absehen können, diese Leistung zu erbringen. Ansonsten müssen sie ihre Bewerbung zurückziehen. Dies ergibt sich aus Artikel 41a KVG (Aufnahmepflicht); es handelt sich um die Übernahme einer öffentlichen Aufgabe: durch die Übertragung eines Leistungsauftrags entsteht eine Erfüllungspflicht.

Der HSM-Leistungsauftrag ist an die Einhaltung der folgenden Auflagen gekoppelt, welche von den Leistungserbringern mit HSM-Leistungsauftrag während der gesamten Zuteilungsperiode kumulativ erfüllt sein müssen. Die Nichteinhaltung einer Auflage kann zum Entzug des Leistungsauftrags führen.

a. Jährliche Berichterstattung an die IVHSM-Organe bezüglich der Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität inkl. der Anzahl der behandelten Patienten (Fallzahlen) im Rahmen des Minimaldatensatzes[22]. Die Spitäler reichen die standardisierten, direkt vergleichbaren Daten beim HSM-Projektsekretariat koordiniert ein und bestimmen zu diesem Zweck eine verantwortliche Person.

b. Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung.

c. Zeitnahe Offenlegung von Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie strukturelle und personelle Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (z. B. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzen der Klinikdirektorin resp. des Klinikdirektors oder in der ärztlichen sowie pflegerischen Leitung).

d. Erhebung und Übermittlung der Angaben des Minimaldatensatzes an das Viszeralchirurgieregister der der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)/Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) (nachfolgend «Register») für jede HSM-Patientin oder jeden HSM-Patienten.

e. Anteilmässige Beteiligung an den Betriebskosten des Registers, dies umfasst auch die Kosten für Audits, Analysen und Berichterstattung zuhanden der IVHSM-Organe und die Koordination.

f. Regelmässige Audits der im Register erhobenen Daten zwecks Qualitätssicherung; Bekanntgabe der Auditresultate an die IVHSM-Organe bzw. Ermächtigung der Auditstelle, die Auditresultate den IVHSM-Organen bekannt zu geben sowie das auditierte Zentrum gegenüber den IVHSM-Organen namentlich zu nennen.

g. Durchführung von mindestens zwölf Eingriffen im jeweiligen Teilbereich pro Jahr am Standort.

h. Sicherstellung der Einhaltung der folgenden spezifischen Qualitätsanforderungen:

   *für die Teilbereiche **Oesophagusresektion, Pankreasresektion, Leberresektion:***

   h_1. Verantwortlicher Chirurgin oder verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalenter Qualifikation.

   h_2. Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln:

   h_{2a}. 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer diagnostischen und interventionellen Radiologie (oder Äquivalent).

   h_{2b}. 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines qualifizierten Chirurgen-Teams (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalente Qualifikation) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärztinnen oder Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder äquivalenter Ausbildung.

   h_3. Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.

[22] siehe Beilage B2 zu Anhang A1.

h_4. 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie.

h_5. Onkologie im Haus.

h_6. Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organe). Die Anforderungen sind in der Beilage B1 zu Anhang A1 definiert.

i. Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Schwerpunkt Viszeralchirurgie durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) am Standort der Leistungserbringung.

j. Berücksichtigung des jeweiligen viszeralchirurgischen Teilgebiets im öffentlich zugänglichen Weiterbildungskonzept.

k. Aktive Teilnahme an klinischen Forschungsstudien oder an anderen klinischen Forschungsprojekten.

l. Mitwirkungspflicht bei der Einhaltung der Auflagen und der Überprüfung der Einhaltung derselben.

5 Planungskriterien

5.1 Planungsgrundsätze gemäss IVHSM

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

5.2 Kriterien zur Versorgungsplanung

Bei der Erstellung der interkantonalen HSM-Spitalliste müssen dieselben Anforderungen des KVG und seiner Ausführungsverordnungen wie bei der Erstellung einer kantonalen Spitalliste beachtet werden (Art. 39 Abs. 1 KVG, Art. 58a ff. KVV). Auch sind die besonderen Anforderungen an die Planung der Kapazitäten nach Artikel 8 IVHSM miteinzubeziehen. Die nachstehenden Überlegungen sollen die Vorgehensweise bei der Anwendung dieser Planungskriterien illustrieren.

Die Hospitalisationsrate in einem HSM-Bereich wird durch die Anzahl Spitalaufenthalte mit einem HSM-Eingriff bestimmt. Die Anzahl der Spitalaufenthalte wird der medizinischen Statistik des Jahres 2015 entnommen, welche als Grundlage dient.

Der *Bedarf der Bevölkerung* an HSM-Eingriffen ist mit der aktuellen und künftigen demographischen Entwicklung in der Schweiz verbunden. Die Hospitalisationsrate jedes Eingriffs wurde pro Alterskategorie berechnet. Durch die Verknüpfung dieser Rate mit der schweizerischen Bevölkerungsentwicklung kann eine Prognose erstellt werden. Diese wurde mit Einschätzungen von Experten präzisiert, welche epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen einbezogen haben.

Es soll jedoch auf die Grenzen dieser Prognose hingewiesen werden, und zwar insbesondere auf die kleinen Fallzahlen pro Spital wie auch auf die kurzen Prognosenperioden.

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

Bei der Leistungszuteilung wird darauf geachtet, dass innerhalb einer sprachlichen Region oder eines geographischen Bereichs der *Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist* sichergestellt wird. In den HSM-Bereichen gibt es keine vordefinierten Regionen und Kantone mit obligatorischen Zuweisungen. Die freie Spitalwahl gilt, und das behandelnde Spital resp. der behandelnde Arzt sind frei bei der Zuweisung der Patientinnen und Pa-

tienten an ein HSM-Zentrum. Dementsprechend wird mit einer jährlichen Variation der Herkunftskantone der Patientinnen und Patienten gerechnet. Um die Patientenströme im Hinblick auf ein ausreichendes Angebot zu analysieren, wurden die folgenden Regionen definiert: Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR; Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU; Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR; Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ; Tessin: TI. Da es sich bei allen fünf Teilbereichen nicht um Notfall-, sondern planbare Eingriffe handelt, sind auch etwas längere Wege zumutbar.

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

Schliesslich werden auch Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer berücksichtigt, wie nachfolgend geschildert wird.

5.3 Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer

Die Evaluation der Leistungserbringer für die Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags richtet sich prinzipiell nach den Kriterien der IVHSM (Art. 4 Abs. 4) und den Verordnungsbestimmungen in der KVV (Art. 58b Abs. 4 und 5). Diese massgebenden Vorschriften sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

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

Tabelle 6. Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss IVHSM und KVV

Anforderung	Operationalisierung der Anforderung	Erfüllung der Anforderung
Qualität der Leitungserbringung, inklusive: Hochqualifiziertes Personal und Teambildung Unterstützende Disziplinen Nutzung von Synergien	Die Leistungserbringer deklarieren den Erfüllungsgrad der Struktur- und Prozessqualität und Effizienz der Leistungserbringung anhand der bereichsspezifischen Anforderungen (vgl. Anhang A1). Für die Prüfung der Kriterien wird daneben die Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie durch das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), die Anerkennung resp. Zertifizierung der Intensivstationen durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) sowie – für die Bariatrie – die Anerkennung als Referenzzentrum durch die Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) resp. die jeweils dazu gestellten Anforderungen als massgebender Qualitätsnachweis beigezogen.	Selbstdeklaration der Struktur- und Prozessqualität anhand des standardisierten Fragebogens in Kombination der Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie V1, V2 oder V3, dem Führen einer durch die SGI anerkannten/zertifizierten Intensivstation, sowie für die Bariatrie der Anerkennung als SMOB-Referenzzentrum.
Mindestfallzahlen	In den Entscheiden vom 10. September 2013 zur Planung der HSM im Bereich der grossen seltenen viszeralchirurgischen Eingriffen war nach einer Übergangszeit von zwei Jahren mit einer Mindestfallzahl von zehn Eingriffen pro Jahr eine Anhebung der Mindestfallzahlen vorgesehen (Oesophagus auf 15, Pankreas auf 20, Leber auf 20, Tiefes Rektum auf 25 sowie Bariatrie auf 25). Der Beobachtungszeitraum ist zu kurz, um eine umfassende Beurteilung des Konzentrationseffekts der festgelegten Mindestfallzahlen (zehn Eingriffe/Jahr) vornehmen zu können. Deshalb wird vorerst auf die Anhebung der Mindestfallzahlen auf das vorgesehene Niveau verzichtet und den Leistungserbringern eine längere Übergangszeit gewährt. Die Mindestfallzahlen werden für diese Übergangszeit nur leicht angehoben. In dieser Übergangszeit soll stattdessen ein enges Monitoring der Qualitätsdaten erfolgen mit dem Ziel, mittelfristig die Planung auf die Qualität der Leistungserbringung abstützen zu können. Mit der verbindlichen Dokumentation im HSM-Register und der Auditierung der Datenqualität wurde der Grundstein für ein umfassendes Qualitätsmonitoring gelegt.	Durchführung von zwölf Behandlungen des jeweiligen Bereichs pro Jahr gemäss publiziertem ICD/CHOP-Katalog (vgl. Anhang A1 im Schlussbericht zur Zuordnung vom 21. Januar 2016). Die Erhebung der Fallzahlen erfolgt aus den Registerdaten, massgeblich ist der Zeitraum vom 21. 12. 2013 bis zum 20. 12. 2016. Die Fallzahl errechnet sich über den Durchschnitt dieser drei Jahre.
Lehre, Weiterbildung und Forschung	Die Aktivitäten in Lehre, Weiterbildung und Forschung wurden mittels eines separaten standardisierten Fragebogens erhoben und evaluiert. Zudem wird die Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie durch das SIWF überprüft.	Nachweis der Forschung und Lehre gemäss standardisiertem Fragebogen in Kombination mit Anerkennung SIWF.

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

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

6 Analyse des Versorgungsbedarfs

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

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

Diesen Überlegungen folgend, wurde die Analyse des Versorgungsbedarfs im Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie in allen fünf Teilbereichen durchgeführt. Im ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungslage einschliesslich der aktuellen Fallzahlen (Leistungsnachfrage) untersucht. Bei der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen wurde der Einfluss der Epidemiologie, des Alters und der medizinischen Entwicklung berücksichtigt. Schliesslich wurde das am besten nachvollziehbare Szenario des zukünftigen Versorgungsbedarfs in der Schweiz festgelegt.

6.1 Ist-Analyse

Obwohl es sich vorliegend um eine Reevaluation eines HSM-Bereichs handelt, ist es noch nicht möglich, die Zahlen des SGVC/AQC-Registers einer Ist-Analyse zugrunde zu legen. Da bei der Leistungszuteilung von 2013 diverse abgewiesene Bewerber Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht eingelegt hatten und dieses die Beschlüsse mehrheitlich aufgehoben hat, konnten in diesen Fällen bis zum Vorliegen eines anderslautenden Beschlusses des HSM-Beschlussorgans die Standortkantone Leistungsaufträge für diese Bereiche erteilen. Deshalb wurde für die Bedarfserhebung auf die Fallzahlen der medizinischen Statistik aus dem Jahr 2015 abgestellt, damit die aufgrund eines kantonalen Leistungsauftrags erbrachten Leistungen ebenfalls einfliessen können. Im Folgenden werden deshalb zum einen die Zahlen der medizinischen Statistik aufgeführt als Grundlage für die Bedarfsermittlung, zum andern die erbrachten Fälle der sich bewerbenden Leistungserbringer, um Aussagen zur Bedarfsabdeckung zu machen.

6.1.1a Oesophagusresektion: Fallzahlen pro Spital

Medizinische Statistik

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS) führt für das Jahr 2015 353 Fälle auf, welche der hochspezialisierten Medizin im Bereich Oesophagusresektion zugerechnet werden können (siehe Tabelle 7).[23] Diese verteilten sich auf 34 Spitäler, wovon gut zwei Drittel weniger als zehn Fälle behandelten. 44 % der Spitäler weisen nicht mehr als drei Fälle pro Jahr aus. 80 Fälle, also mehr als ein Fünftel aller Fälle wurden in Spitälern behandelt, die 2015 weniger als zehn Fälle behandelten.

Tabelle 7. Oesophagusresektion. Fallzahlen 2015 pro Spital (gemäss medizinischer Statistik)[24]

Spital	Fall-zahl	Spital	Fall-zahl
CHUV somatique, Lausanne	51	Basel Universitätsspital	6
Universitätsspital Zürich	43	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	5
Inselspital Bern	37	Hôpital de la Tour, Meyrin	3
Klinik Hirslanden AG, Zürich	26	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	3
Hirslanden Bern AG	22	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	3
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	22	Hôpital Riviera – A, Vevey	3
St. Claraspital, Basel	18	Spital Lachen, Lachen SZ	2
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	16	Clinique la Colline, Genève	2
Stadtspital Triemli	14	Hôpital du Valais – Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	1
Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	12	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1
Luzerner Kantonsspital, Luzern	12	Spital Davos, Davos Platz	1
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	9	Klinik Lindberg AG, Winterthur	1
Kantonsspital Baselland, Liestal	8	Kantonsspital Baden AG	1
Kantonsspital Winterthur	7	Klinik «Im Park» AG	1
Klinik St. Anna, Luzern	7	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	1
Kantonsspital Graubünden, Chur	7	Clinique de la Source, Lausanne	1
Lindenhofspital, Bern	6	Zuger Kantonsspital	1
		TOTAL SCHWEIZ	**353**

Die Zuordnung der medizinischen Leistungen zum HSM-Bereich erfolgt anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD). Für die

[23] In der medizinischen Statistik sind zusätzlich drei Kinderspitäler enthalten (das Universitäts-Kinderspital beider Basel mit 7 Fällen, das Kinderspital Zürich mit 5 Fällen und das Ostschweizer Kinderspital mit 1 Fall). Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurden diese 13 Fälle (3.5 % aller Fälle) nicht aufgeführt.

[24] Die Bezeichnungen der Spitäler werden der medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS entnommen und können Abweichungen zur von der HSM verwendeten Nomenklatur enthalten.

Zuordnung wurden der CHOP-Katalog 2016 und die Klassifikation ICD-10 GM 2014 zugrunde gelegt.[25] Beide Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) werden jährlich angepasst, und demzufolge muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesen beiden Klassifikationssystemen jedes Jahr aktualisiert werden. Die Abbildung der medizinischen Leistungen anhand von CHOP und ICD ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz (www.gdk-cds.ch) publiziert.

Wie unter 6.1 (Seite 34) ausgeführt, interessieren auch die durch die Bewerber erbrachte und ins SGVC/AQC-Klinikregister eingetragenen Fallzahlen. Die Leistungserbringer mit einem HSM-Leistungsauftrag wurden 2014 schriftlich darüber informiert, welche Daten im Register zu erfassen sind.

Abdeckung der Versorgung durch die sich bewerbenden Leistungserbringer

Tabelle 8. Oesophagusresektion. Fallzahlen der Bewerber pro Jahr

Oe

Bewerber	Fallzahl*	Bewerber	Fallzahl*
Kantonsspital Aarau AG	11[x, a]	Klinik St. Anna AG, Luzern	9
Kantonsspital Baden AG	3	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	16
St. Claraspital AG, Basel	21	Kantonsspital St. Gallen	20
Universitätsspital Basel	4[x, b]	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	36
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	9[x]	Clinique de la Source, Lausanne	2
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	33	Zuger Kantonsspital AG, Baar	1
Lindenhof AG, Bern	7	Hirslanden Klinik AG, Zürich	29
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	6	Kantonsspital Winterthur	9
Les hôpitaux universitaires de Genève	8[x]	Stadtspital Triemli, Zürich	17
Kantonsspital Graubünden, Chur	5	Universitätsspital Zürich	39
		TOTAL	**285**

* Die Fallzahlen entstammen dem SGVC/AQC-Klinikregister, ermittelt als Jahresdurchschnitt über den Zeitraum vom 21. 12. 2013 bis 20. 12. 2016.

[x] Bei diesem Bewerber wurden die Fallzahlen mittels Analyse der entsprechenden Operationsberichte überprüft (vgl. Kapitel Auswertung der eingegangenen Bewerbungen; Mindestfallzahlen; Registerzahlen [SGVC/AQC-Klinikstatistik]); die hier eingetragenen Fälle stützen sich auf das Resultat dieser Überprüfung.

[a] Möglicherweise sind drei dieser Fälle an einem anderen Standort durchgeführt worden (Operationsberichte auf Papier der Chirurgie Baden), dann wären es im Durchschnitt über drei Jahre 10 Fälle.

[b] Das Universitätsspital Basel hat darum ersucht, seine Fälle mit denen des Kantonsspitals Baselland zusammenzuzählen, da die beiden Spitäler eine Zusammenarbeitsvereinbarung unterzeichnet haben und sie diese Leistung nur noch am Universitätsspital Basel erbringen wollen. Falls man dies berücksichtigt, sind es im Dreijahresdurchschnitt 7 Fälle.

In den Jahren 2014 und 2015 mussten laut den sich bewerbenden HSM-Leistungserbringern keine Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine Oesophagusresektion aufgrund

[25] vgl. Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 9). Kapazitätsengpässe bestanden also keine.

Tabelle 9. Oesophagusresektion. Kapazitätsengpässe in den Jahren 2014 und 2015

Oe

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*	Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Kantonsspital Aarau AG	0	Klinik St. Anna AG, Luzern	0
Kantonsspital Baden AG	0	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Kantonsspital St. Gallen	0
Universitätsspital Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Lindenhof AG, Bern	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	Kantonsspital Winterthur	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Stadtspital Triemli, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Universitätsspital Zürich	0

* Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine HSM-Oesophagusresektion, welche in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.

6.1.1b Oesophagusresektion: Patientenströme

Die folgenden zwei Tabellen zeigen die Patientenmigration im Jahr 2015. Die meisten Patienten aus der West-, Nordwest- und Ostschweiz wurden in einem Spital ihrer Versorgungsregion behandelt. Patientenmigration über die Grenzen der Versorgungsregionen findet nur in sehr geringem Masse statt (Eigenversorgungsgrad rund 95 %). Die Zentralschweizer Patientinnen und Patienten hingegen lassen sich nur rund zur Hälfte in ihrer Herkunftsregion behandeln. Im Tessin wurden 2015 sogar gar keine Oesophagusresektionen durchgeführt. Alle Tessiner Patientinnen und Patienten liessen sich in anderen Kantonen, hauptsächlich in der Ostschweiz behandeln. Einzelne Spitäler haben einen relevanten Anteil an Patienten aus anderen Versorgungsregionen behandelt. Überregionale Versorgungsrelevanz weist jedoch nur das Universitätsspital Zürich auf, das 15 Patienten aus anderen Regionen behandelte.

Tabelle 10. Oesophagusresektion. Patientenmigration nach Herkunfts- und Versorgungsregion

Oe

Versorgungsregion	Herkunft der Patientinnen und Patienten						
	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR	75	1	0	0	4	2	**82**
Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU	5	110	2	3	0	3	**123**

Versorgungsregion	Herkunft der Patientinnen und Patienten						
	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	6	98	11	9	2	**126**
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	0	3	18	1	0	**22**
Tessin: TI	0	0	0	0	0	0	**0**
Total Schweiz	**80**	**117**	**103**	**32**	**14**	**7**	**353**

Tabelle 11. Oesophagusresektion. Patientenmigration nach Herkunftsregion und Spital

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
West-schweiz	Hôpital Riviera – A, Vevey	2	0	0	0	1	0	3
	Clinique Bois-Cerf SA, Lau-sanne	3	0	0	0	0	0	3
	Clinique la Colline, Genève	1	0	0	0	0	1	2
	Hôpital de la Tour, Meyrin	3	0	0	0	0	0	3
	Clinique de la Source, Lau-sanne	1	0	0	0	0	0	1
	CHUV somatique, Lausanne	47	1	0	0	3	0	51
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1	0	0	0	0	0	1
	Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Va-lais (CHCVs)	1	0	0	0	0	0	1
	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	5	0	0	0	0	0	5
	Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	11	0	0	0	0	1	12
Nord-west-schweiz	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	7	1	1	0	0	9
	St. Claraspital, Basel	0	16	0	0	0	2	18
	Inselspital Bern	2	35	0	0	0	0	37
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	16	0	0	0	0	16
	Kantonsspital Baden AG, Ba-den	0	1	0	0	0	0	1
	Basel Universitätsspital	0	5	0	0	0	1	6
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	7	1	0	0	0	8

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
	Hirslanden Bern AG	2	18	0	2	0	0	22
	Lindenhofspital, Bern	1	5	0	0	0	0	6
Ost-schweiz	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	3	0	0	0	3
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	5	1	0	1	7
	Stadtspital Triemli	0	1	9	2	2	0	14
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	3	21	2	0	0	26
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	0	1	0	0	0	1
	Klinik «Im Park» AG	0	0	1	0	0	0	1
	Universitätsspital Zürich	0	2	28	6	7	0	43
	Kantonsspital Winterthur	0	0	7	0	0	0	7
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	21	0	0	1	22
	Klinik Lindberg AG, Winterthur	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Davos, Davos Platz	0	0	1	0	0	0	1
Zen-tral-schweiz	Zuger Kantonsspital	0	0	0	1	0	0	1
	Klinik St. Anna, Luzern	0	0	1	6	0	0	7
	Spital Lachen, Lachen SZ	0	0	2	0	0	0	2
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	11	1	0	12
	Total Schweiz	**80**	**117**	**103**	**32**	**14**	**7**	**353**

6.1.2a Pankreasresektion: Fallzahlen pro Spital

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS führt für das Jahr 2015 729 Fälle auf, welche der hochspezialisierten Medizin im Bereich Pankreasresektion zugerechnet werden können (siehe Tabelle 12).[26] Diese verteilten sich auf 43 Spitäler, wovon rund die Hälfte weniger als zehn Fälle behandelte. Mehr als ein Drittel der Spitäler weist nicht mehr als drei Fälle aus.

[26] In der medizinischen Statistik sind zusätzlich zwei Kinderspitäler enthalten (das Universitäts-Kinderspital beider Basel und das Ostschweizer Kinderspital mit je 1 Fall). Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurden diese zwei Fälle (0.3 % aller Fälle) nicht aufgeführt.

Tabelle 12. Pankreasresektion. Fallzahlen 2015 pro Spital (gemäss medizinischer Statistik)[24]

Spital	Fall-zahl	Spital	Fall-zahl
Inselspital Bern	78	Lindenhofspital, Bern	9
Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	62	Zuger Kantonsspital	9
CHUV somatique, Lausanne	60	Hôpital de la Tour, Meyrin	8
Hirslanden Bern AG	56	Kantonsspital Glarus, Glarus	7
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	49	Klinik «Im Park» AG	7
Stadtspital Triemli	44	Clinique de la Source, Lausanne	7
Klinik Hirslanden AG, Zürich	40	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	3
Universitätsspital Zürich	38	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	3
Kantonsspital Winterthur	31	Clinique la Colline, Genève	3
Luzerner Kantonsspital, Luzern	28	Spital Netz Bern AG, Bern	2
St. Claraspital, Basel	26	Spital Thun-Simmental, Thun	2
Kantonsspital Graubünden, Chur	18	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	2
Kantonsspital Baselland, Liestal	16	Spital Oberengadin, Samedan	2
Basel Universitätsspital	14	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	2
EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	13	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1
Solothurner Spitäler AG	13	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	1
Kantonsspital Baden AG, Baden	13	Klinik Lindberg AG, Winterthur	1
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	12	Spital Zollikerberg	1
Klinik St. Anna, Luzern	12	Spital Limmattal	1
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	12	Clinique de Genolier SA	1
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	11	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	1
HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	10		
		TOTAL SCHWEIZ	**729**

Die Zuordnung der medizinischen Leistungen zum HSM-Bereich erfolgt anhand des CHOP-Katalogs und des ICD. Für die Zuordnung wurden der CHOP-Katalog 2016 und die Klassifikation ICD-10 GM 2014 zugrunde gelegt.[27] Beide Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) werden jährlich angepasst, und demzufolge muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesen beiden Klassifikationssystemen jedes Jahr aktualisiert werden. Die Abbildung der medizinischen Leistungen anhand von CHOP und ICD ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz (www.gdk-cds.ch) publiziert.

[27] Vgl. Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

Wie unter 6.1 (Seite 34) ausgeführt, interessieren auch die durch die Bewerber erbrachte und ins SGVC/AQC-Klinikregister eingetragenen Fallzahlen. Die Leistungserbringer mit einem HSM-Leistungsauftrag wurden 2014 schriftlich darüber informiert, welche Daten im Register zu erfassen sind.

Abdeckung der Versorgung durch die sich bewerbenden Leistungserbringer

Tabelle 13. Pankreasresektion. Fallzahlen der Bewerber pro Jahr

Bewerber	Fallzahl*	Bewerber	Fallzahl*
Hirslanden Klinik Aarau AG	14	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	37
Kantonsspital Aarau AG	14	Kantonsspital St. Gallen	55
Kantonsspital Baden AG	15	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	9
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	16	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	12
St. Claraspital AG, Basel	25	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	8[x, a]
Universitätsspital Basel	17	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	58
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	52	Clinique de la Source, Lausanne	3
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	78	Hôpital du Valais, Sion	2
Lindenhof AG, Bern	8	Zuger Kantonsspital AG, Baar	6
Spitalzentrum Biel AG	6	Hirslanden Klinik AG, Zürich	41
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	9	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	8
Les hôpitaux universitaires de Genève	51	Kantonsspital Winterthur	31
Kantonsspital Glarus	5	Stadtspital Triemli, Zürich	42
Kantonsspital Graubünden, Chur	23	Universitätsspital Zürich	37
Klinik St. Anna AG, Luzern	12	**TOTAL**	**694**

* Die Fallzahlen entstammen dem SGVC/AQC-Klinikregister, ermittelt als Jahresdurchschnitt über den Zeitraum vom 21. 12. 2013 bis 20. 12. 2016.

[x] Bei diesem Bewerber wurden die Fallzahlen mittels Analyse der entsprechenden Operationsberichte überprüft (vgl. Kapitel Auswertung der eingegangenen Bewerbungen; Mindestfallzahlen; Registerzahlen [SGVC/AQC-Klinikstatistik]); die hier eingetragenen Fälle stützen sich auf das Resultat dieser Überprüfung.

[a] Es wurden zwar noch zusätzlich 5 Fälle pro Jahr durchgeführt, diese jedoch am Standort Frauenfeld.

In den Jahren 2014 und 2015 mussten laut den sich bewerbenden HSM-Leistungserbringern nur wenige Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine Pankreasresektion aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 14), wobei der Ente Ospedaliero Cantonale die Weiterverlegung an die hôpitaux universitaires de Genève bereits vorgängig geplant und vertraglich geregelt hatte. Bedeutende Kapazitätsengpässe bestanden also keine.

Tabelle 14. Pankreasresektion. Kapazitätsengpässe in den Jahren 2014 und 2015

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*	Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Hirslanden Klinik Aarau AG	0	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	0
Kantonsspital Aarau AG	0	Kantonsspital St. Gallen	0
Kantonsspital Baden AG	0	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	0
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	12[28]
St. Claraspital AG, Basel	0	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	0
Universitätsspital Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Hôpital du Valais, Sion	4
Lindenhof AG, Bern	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Spitalzentrum Biel AG	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Kantonsspital Winterthur	0
Kantonsspital Glarus	0	Stadtspital Triemli, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Universitätsspital Zürich	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0		

* Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine HSM-Pankreasresektion, welche in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.

6.1.2b Pankreasresektion: Patientenströme

Die folgenden zwei Tabellen zeigen die Patientenmigration im Jahr 2015. Die meisten Patientinnen und Patienten wurden in einem Spital ihrer Versorgungsregion behandelt. Patientenmigration über die Grenzen der Versorgungsregionen findet nur in sehr geringem Masse statt. Einzig im Tessin wurden weniger als die Hälfte der dort wohnenden Patienten behandelt. Einzelne Spitäler, insbesondere das Inselspital, das HUG und das Unispital Zürich haben einen relevanten Anteil an Patientinnen und Patienten aus anderen Versorgungsregionen behandelt.

[28] « 12 opérés aux HUG dans le cadre de la collaboration ‹ Unità cantonale epatopancreatica (UCEP) en collaboration avec le Centre hépatobiliopancréatique, le Service Transplantation et chirurgie viscérale des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ›. Il s'agit de patients particulièrement fragiles et/ou opérations spécialement complexes. »

Tabelle 15. Pankreasresektion. Patientenmigration nach Herkunfts- und Versorgungsregion

Versorgungsregion	Herkunft der Patientinnen und Patienten						
	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR	137	0	1	0	9	6	**153**
Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU	17	226	4	5	1	3	**256**
Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	9	220	10	7	9	**255**
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	2	0	46	1	0	**49**
Tessin: TI	0	0	2	0	13	1	**16**
Total Schweiz	**154**	**237**	**227**	**61**	**31**	**19**	**729**

Tabelle 16. Pankreasresektion. Patientenmigration nach Herkunftsregion und Spital

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
West-schweiz	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique la Colline, Genève	2	0	0	0	0	1	3
	Hôpital de la Tour, Meyrin	8	0	0	0	0	0	8
	Clinique de la Source, Lau-sanne	7	0	0	0	0	0	7
	Clinique de Genolier SA	1	0	0	0	0	0	1
	CHUV somatique, Lausanne	58	0	1	0	1	0	60
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	1	0	0	0	0	0	1
	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	10	0	0	0	0	0	10
	Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	49	0	0	0	8	5	62
Nord-west-schweiz	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	10	1	0	0	0	11
	Klinik St. Anna, Luzern	0	1	0	11	0	0	12
	St. Claraspital, Basel	0	24	0	0	0	2	26
	Inselspital Bern	15	58	3	1	1	0	78
	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	0	2	0	0	0	0	2
	Spitalzentrum Biel, Biel/Bi-enne	0	2	0	0	0	0	2
	Spital Thun-Simmental-, Thun	0	2	0	0	0	0	2

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	**Spital**	**West-CH**	**Nordwest-CH**	**Ost-CH**	**Zentral-CH**	**Tessin**	**Weitere**	**Total**
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	10	0	2	0	0	12
	Kantonsspital Baden AG, Baden	0	13	0	0	0	0	13
	Basel Universitätsspital	0	12	0	1	0	1	14
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	2	0	0	0	0	2
	Solothurner Spitäler AG	0	13	0	0	0	0	13
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	16	0	0	0	0	16
	Hirslanden Bern AG	2	53	0	1	0	0	56
	Lindenhofspital, Bern	0	9	0	0	0	0	9
Ostschweiz	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	12	0	0	0	12
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	17	0	0	1	18
	Stadtspital Triemli	0	1	41	1	0	1	44
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	3	30	3	2	2	40
	Klinik «Im Park» AG	0	1	5	1	0	0	7
	Universitätsspital Zürich	0	2	25	5	5	1	38
	Kantonsspital Winterthur	0	0	30	0	0	1	31
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	1	46	0	0	2	49
	Spital Oberengadin, Samedan	0	0	1	0	0	1	2
	Spital Limmattal	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Zollikerberg	0	0	1	0	0	0	1
	Klinik Lindberg AG, Winterthur	0	0	1	0	0	0	1
	Kantonsspital Glarus, Glarus	0	0	7	0	0	0	7
	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	0	0	1	0	0	0	1
	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	0	1	2	0	0	0	3
Zentralschweiz	Zuger Kantonsspital	0	1	0	7	1	0	9
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	28	0	0	28
Tessin	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	0	0	0	0	3	0	3

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
	EOC Ente ospedaliero canto-nale, Bellinzona	0	0	2	0	10	1	13
	Total Schweiz	**154**	**237**	**227**	**61**	**31**	**19**	**729**

6.1.3a Leberresektion: Fallzahlen pro Spital

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS führt für das Jahr 2015 650 Fälle auf, welche der hochspezialisierten Medizin im Bereich Leberresektion zugerechnet werden können (siehe Tabelle 17).[29] Diese verteilten sich auf 39 Spitäler, wovon über die Hälfte weniger als zehn Fälle behandelte. Ein Drittel der Spitäler weist nicht mehr als drei Fälle aus.

Tabelle 17. Leberresektion. Fallzahlen 2015 pro Spital (gemäss medizinischer Statistik)[24]

Spital	Fall-zahl	Spital	Fall-zahl
Inselspital Bern	83	Luzerner Kantonsspital, Luzern	7
Universitätsspital Zürich	66	Kantonsspital Glarus, Glarus	4
Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	57	Kantonsspital Baden AG, Baden	4
CHUV somatique, Lausanne	57	Clinique de la Source, Lausanne	4
Klinik Hirslanden AG, Zürich	39	Zuger Kantonsspital	4
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	34	Spital Männedorf	4
Kantonsspital Winterthur	30	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	3
Hirslanden Bern AG	28	Hôpital de la Tour, Meyrin	3
EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	28	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	3
Klinik St. Anna, Luzern	28	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	2
St. Claraspital, Basel	22	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	1
Stadtspital Triemli	20	Spital Netz Bern AG, Bern	1
Basel Universitätsspital	18	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhau-sen	1
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	18	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	1
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	16	Hôpital de Zone Morges	1
Klinik «Im Park» AG	16	Clinique Generale-Beaulieu, Genève	1
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	16	Spital Schwyz	1
Lindenhofspital, Bern	10	Clinique la Colline, Genève	1

[29] In der medizinischen Statistik ist zusätzlich das Kinderspital Zürich mit 1 Fall enthalten. Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurde dieser Fall nicht aufgeführt.

Spital	Fall-zahl	Spital	Fall-zahl
Kantonsspital Graubünden, Chur	9	Hôpital Riviera - A, Vevey	1
Kantonsspital Baselland, Liestal	8		
		TOTAL SCHWEIZ	**650**

Die Zuordnung der medizinischen Leistungen zum HSM-Bereich erfolgt anhand des CHOP-Katalogs und des ICD. Für die Zuordnung wurden der CHOP-Katalog 2016 und die Klassifikation ICD-10 GM 2014 zugrunde gelegt.[30] Beide Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) werden jährlich angepasst, und demzufolge muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesen beiden Klassifikationssystemen jedes Jahr aktualisiert werden. Die Abbildung der medizinischen Leistungen anhand von CHOP und ICD ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz (www.gdk-cds.ch) publiziert.

Wie unter 6.1 (Seite 34) ausgeführt, interessieren auch die durch die Bewerber erbrachte und ins SGVC/AQC-Klinikregister eingetragenen Fallzahlen. Die Leistungserbringer mit einem HSM-Leistungsauftrag wurden 2014 schriftlich darüber informiert, welche Daten im Register zu erfassen sind.

Abdeckung der Versorgung durch die sich bewerbenden Leistungserbringer

Tabelle 18. Leberresektion. Fallzahlen der Bewerber pro Jahr

Bewerber	Fall-zahl*	Bewerber	Fall-zahl*
Hirslanden Klinik Aarau AG	15	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	21
Kantonsspital Aarau AG	14	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	13
Kantonsspital Baden AG	8[x]	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	9
St. Claraspital AG, Basel	24	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	47
Universitätsspital Basel	25	Clinique de la Source, Lausanne	2
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	25	Hôpital du Valais, Sion	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	80	Zuger Kantonsspital AG, Baar	3
Les hôpitaux universitaires de Genève	58	Hirslanden Klinik AG, Zürich	35
Kantonsspital Glarus	3	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	16
Kantonsspital Graubünden, Chur	16	Kantonsspital Winterthur	37
Klinik St. Anna AG, Luzern	25	Stadtspital Triemli, Zürich	24
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	25	Universitätsspital Zürich	64
Kantonsspital St. Gallen	30	**TOTAL**	**619**

* Die Fallzahlen entstammen dem SGVC/AQC-Klinikregister, ermittelt als Jahresdurchschnitt über den Zeitraum vom 21. 12. 2013 bis 20. 12. 2016.

[30] vgl. Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

[x] Bei diesem Bewerber wurden die Fallzahlen mittels Analyse der entsprechenden Operationsberichte überprüft (vgl. Kapitel Auswertung der eingegangenen Bewerbungen; Mindestfallzahlen; Registerzahlen [SGVC/AQC-Klinikstatistik]); die hier eingetragenen Fälle stützen sich auf das Resultat dieser Überprüfung.

In den Jahren 2014 und 2015 mussten laut den sich bewerbenden HSM-Leistungserbringern nur ganz wenige Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine Leberresektion aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 19), wobei der Ente Ospedaliero Cantonale die Weiterverlegung an die hôpitaux universitaires de Genève bereits vorgängig geplant und vertraglich geregelt hatte. Bedeutende Kapazitätsengpässe bestanden also keine.

Tabelle 19. Leberresektion. Kapazitätsengpässe in den Jahren 2014 und 2015

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*	Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Hirslanden Klinik Aarau AG	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	13[31]
Kantonsspital Aarau AG	0	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	0
Kantonsspital Baden AG	0	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Universitätsspital Basel	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Hôpital du Valais, Sion	3
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Kantonsspital Glarus	0	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Kantonsspital Winterthur	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Stadtspital Triemli, Zürich	0
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	0	Universitätsspital Zürich	0
Kantonsspital St. Gallen	0		

* Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine HSM-Leberresektion, welche in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.

[31] « 13 opérés aux HUG dans le cadre de la collaboration ‹ Unità cantonale epatopancreatica (UCEP) en collaboration avec le Centre hépatobiliopancréatique, le Service Transplantation et chirurgie viscérale des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ›. Il s'agit de patients particulièrement fragiles et/ou opérations spécialement complexes. »

6.1.3b Leberresektion: Patientenströme

Die folgenden zwei Tabellen zeigen die Patientenmigration im Jahr 2015. Die meisten Patientinnen und Patienten wurden in einem Spital ihrer Versorgungsregion behandelt. Patientenmigration über die Grenzen der Versorgungsregionen ist eher die Ausnahme. Insbesondere die Ostschweiz sticht mit einem Eigenversorgungsgrad von 98 % heraus. Aber auch im Tessin wurden zwei Drittel der dort wohnenden Patienten behandelt. Die restlichen Regionen bewegen sich zwischen diesen beiden Extremen. Einzelne Spitäler, insbesondere das Inselspital, das HUG und das Unispital Zürich haben einen relevanten Anteil an Patienten aus anderen Versorgungsregionen behandelt.

Tabelle 20. Leberresektion. Patientenmigration nach Herkunfts- und Versorgungsregion

Versorgungsregion	Herkunft der Patientinnen und Patienten						
	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR	107	5	1	0	9	6	128
Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU	30	167	2	2	3	4	208
Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	1	17	208	13	2	5	246
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	1	0	38	0	1	40
Tessin: TI	0	0	1	0	27	0	28
Total Schweiz	**138**	**190**	**212**	**53**	**41**	**16**	**650**

Tabelle 21. Leberresektion. Patientenmigration nach Herkunftsregion und Spital

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	Spital	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
Westschweiz	Hôpital Riviera – A, Vevey	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	3	0	0	0	0	0	3
	Clinique la Colline, Genève	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique Generale-Beaulieu, Genève	1	0	0	0	0	0	1
	Hôpital de la Tour, Meyrin	2	0	0	0	0	1	3
	Hôpital de Zone Morges	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique de la Source, Lausanne	4	0	0	0	0	0	4
	CHUV somatique, Lausanne	55	0	0	0	2	0	57
	Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	39	5	1	0	7	5	57
	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	18	0	0	0	0	18

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	**Spital**	**West-CH**	**Nordwest-CH**	**Ost-CH**	**Zentral-CH**	**Tessin**	**Weitere**	**Total**
Nordwestschweiz	St. Claraspital, Basel	0	17	0	0	2	3	22
	Inselspital Bern	28	51	2	1	1	0	83
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	15	0	1	0	0	16
	Kantonsspital Baden AG, Baden	0	4	0	0	0	0	4
	Basel Universitätsspital	0	17	0	0	0	1	18
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	1	0	0	0	0	1
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	8	0	0	0	0	8
	Hirslanden Bern AG	0	28	0	0	0	0	28
	Lindenhofspital, Bern	2	8	0	0	0	0	10
Ostschweiz	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	1	15	0	0	0	16
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	8	0	0	1	9
	Spital Männedorf	0	0	4	0	0	0	4
	Stadtspital Triemli	0	0	18	0	1	1	20
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	4	35	0	0	0	39
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	0	1	0	0	0	1
	Klinik «Im Park» AG	0	0	14	1	0	1	16
	Universitätsspital Zürich	1	12	39	12	1	1	66
	Kantonsspital Winterthur	0	0	30	0	0	0	30
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	34	0	0	0	34
	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	0	0	1	0	0	1	2
	Kantonsspital Glarus, Glarus	0	0	4	0	0	0	4
	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	0	0	1	0	0	0	1
	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	0	0	3	0	0	0	3
	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	0	0	1	0	0	0	1
Zentralschweiz	Zuger Kantonsspital	0	0	0	4	0	0	4
	Klinik St. Anna, Luzern	0	1	0	26	0	1	28
	Spital Schwyz	0	0	0	1	0	0	1

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	**Spital**	**West-CH**	**Nord-west-CH**	**Ost-CH**	**Zen-tral-CH**	**Tessin**	**Wei-tere**	**Total**
	Luzerner Kantonsspital, Lu-zern	0	0	0	7	0	0	7
Tessin	EOC Ente ospedaliero canto-nale, Bellinzona	0	0	1	0	27	0	28
	Total Schweiz	**138**	**190**	**212**	**53**	**41**	**16**	**650**

6.1.4a Tiefe Rektumresektion: Fallzahlen pro Spital

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS führt für das Jahr 2015 1170 Fälle auf, welche der hochspezialisierten Medizin im Bereich tiefe Rektumeingriffe zugerechnet werden können (siehe Tabelle 22).[32] Diese verteilten sich auf 75 Spitäler, wovon rund die Hälfte weniger als zehn Fälle behandelte. 28 % der Spitäler weisen nicht mehr als drei Fälle aus.

Tabelle 22. Tiefe Rektumresektion. Fallzahlen 2015 pro Spital (gemäss medizinischer Statistik)[24]

Spital	*Fall-zahl*	*Spital*	*Fall-zahl*
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	*75*	*Hôpital du Valais – Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)*	*9*
St. Claraspital, Basel	*67*	*Privatklinik Bethanien AG, Zürich*	*9*
CHUV somatique, Lausanne	*54*	*Spitalregion Rheintal-, Rebstein*	*9*
Universitätsspital Zürich	*54*	*Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon*	*8*
Kantonsspital Winterthur	*44*	*Kantonsspital Glarus, Glarus*	*7*
Inselspital Bern	*39*	*Kantonsspital Uri, Altdorf UR*	*7*
Klinik Hirslanden AG, Zürich	*39*	*Clinique la Colline, Genève*	*7*
Lindenhofspital, Bern	*38*	*Spital Männedorf*	*7*
Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	*38*	*Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhau-sen*	*6*
Luzerner Kantonsspital, Luzern	*37*	*Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne*	*6*
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	*36*	*Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau*	*5*
Kantonsspital Baselland, Liestal	*34*	*Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains*	*5*
Kantonsspital Baden AG, Baden	*33*	*Spital Schwyz*	*5*
Stadtspital Triemli	*32*	*Spital Bülach*	*4*

R

[32] *In der medizinischen Statistik sind zusätzlich drei Kinderspitäler enthalten (das Ostschweizer Kinderspital mit 5 Fällen, das Universitäts-Kinderspital beider Basel und das Kinderspital Zürich mit je 3 Fällen). Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurden diese 11 Fälle (1 % aller Fälle) nicht aufgeführt.*

Spital	Fall-zahl	Spital	Fall-zahl
Hirslanden Bern AG	27	Klinik «Im Park» AG	4
Solothurner Spitäler AG	27	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	4
Spital Limmattal	24	Spital Wallis – Spitalzentrum Oberwallis (SZO), Visp	3
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	24	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	3
HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	23	Spital Netz Bern AG, Bern	3
EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	23	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	3
Clinique de la Source, Lausanne	23	Salus Medica Clinic SA, Sorengo	3
Klinik St. Anna, Luzern	19	Spitäler FMI AG, Unterseen	3
Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	18	Spital Zofingen AG, Zofingen	2
Kantonsspital Graubünden, Chur	18	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	2
Spital Thun-Simmental-, Thun	17	Clinique de Valère SA, Sion	2
Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	17	Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	2
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	15	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	2
Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	14	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	2
Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	14	GZO Spital Wetzikon	1
Hôpital de Zone Morges	13	Spital Lachen, Lachen SZ	1
Hôpital Riviera - A, Vevey	13	Bezirksspital Affoltern	1
Basel Universitätsspital	12	Kantonsspital Nidwalden, Stans	1
Hôpital de la Tour, Meyrin	12	Spital Linth, Uznach	1
Clinique Generale-Beaulieu, Genève	12	Humaine Clinica, Locarno	1
Zuger Kantonsspital	12	Clinique de Genolier SA	1
Stadtspital Waid	11	Flury Stiftung, Schiers	1
Spital Uster	11	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	1
Hôpital Jules Daler, Fribourg	10	**TOTAL SCHWEIZ**	**1170**

Die Zuordnung der medizinischen Leistungen zum HSM-Bereich erfolgt anhand des CHOP-Katalogs und des ICD. Für die Zuordnung wurden der CHOP-Katalog 2016 und die Klassifikation ICD-10 GM 2014 zugrunde gelegt.[33] Beide Klassifizierungssysteme (CHOP und ICD) werden jährlich angepasst, und demzufolge muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesen beiden Klassifikationssystemen jedes Jahr aktualisiert werden. Die Abbildung der medizinischen Leistungen anhand von CHOP und ICD ist auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz (www.gdk-cds.ch) publiziert.

[33] *vgl. Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Januar 2016.*

Wie unter 6.1 (Seite 34) ausgeführt, interessieren auch die durch die Bewerber erbrachte und ins SGVC/AQC-Klinikregister eingetragenen Fallzahlen. Die Leistungserbringer mit einem HSM-Leistungsauftrag wurden 2014 schriftlich darüber informiert, welche Daten im Register zu erfassen sind.

Abdeckung der Versorgung durch die sich bewerbenden Leistungserbringer

Tabelle 23. Tiefe Rektumresektion. Fallzahlen der Bewerber pro Jahr

Bewerber	*Fall-zahl**	*Bewerber*	*Fall-zahl**
Hirslanden Klinik Aarau AG	*20*	*Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn*	*14*
Kantonsspital Aarau AG	*21*	*Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten*	*14*
Kantonsspital Baden AG	*26*	*Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano*	*13*
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	*27*	*Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano*	*23*
St. Claraspital AG, Basel	*48*	*Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld*	*12*
Universitätsspital Basel	*13*	*Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen*	*13*
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	*25*	*Kantonsspital Uri, Altdorf*	*4*
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	*29*	*Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne*	*33*
Lindenhof AG, Bern	*41*	*Clinique de la Source, Lausanne*	*16*
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	*15*	*Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges*	*12*
Spitalzentrum Biel AG	*14*	*Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon*	*5*
SRO AG, Langenthal	*8*	*Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey*	*12*
Spital STS AG, Thun	*19*	*Hôpital du Valais, Sion*	*8*
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	*19*	*Zuger Kantonsspital AG, Baar*	*11[x]*
Les hôpitaux universitaires de Genève	*39*	*Hirslanden Klinik AG, Zürich*	*31*
Kantonsspital Glarus	*5*	*Kantonsspital Winterthur*	*39*
Kantonsspital Graubünden, Chur	*14*	*Spital Bülach AG*	*10*
Klinik St. Anna AG, Luzern	*25*	*Spital Limmattal, Schlieren*	*20*
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	*24*	*Spital Männedorf AG*	*8[x]*
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	*10[x]*	*Spital Uster*	*12[x]*
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	*17*	*Stadtspital Triemli, Zürich*	*32*
Kantonsspital St. Gallen	*70*	*Stadtspital Waid, Zürich*	*7*
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	*5*	*Universitätsspital Zürich*	*34*
Krankenhausgesellschaft Schwyz	*10*	***TOTAL***	***927***

** Die Fallzahlen entstammen dem SGVC/AQC-Klinikregister, ermittelt als Jahresdurchschnitt über den Zeitraum vom 21. 12. 2013 bis 20. 12. 2016.*

[x] Bei diesem Bewerber wurden die Fallzahlen mittels Analyse der entsprechenden Operationsberichte überprüft (vgl. Kapitel Auswertung der eingegangenen Bewerbungen; Mindestfallzahlen; Registerzahlen [SGVC/AQC-Klinikstatistik]); die hier eingetragenen Fälle stützen sich auf das Resultat dieser Überprüfung.

In den Jahren 2014 und 2015 mussten laut den sich bewerbenden HSM-Leistungserbringern nur ganz wenige Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine tiefe Rektumresektion aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 24). Bedeutende Kapazitätsengpässe bestanden keine.

Tabelle 24. Tiefe Rektumresektion. Kapazitätsengpässe in den Jahren 2014 und 2015

Leistungserbringer	Kapazitätseng-pass*	Leistungserbringer	Kapazitätseng-pass*
Hirslanden Klinik Aarau AG	0	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	0
Kantonsspital Aarau AG	0	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	0
Kantonsspital Baden AG	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	0
Universitätsspital Basel	0	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Kantonsspital Uri, Altdorf	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Lindenhof AG, Bern	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	0	Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges	0
Spitalzentrum Biel AG	0	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	0
SRO AG, Langenthal	0	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	0
Spital STS AG, Thun	max. 1–2	Hôpital du Valais, Sion	3
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	Zuger Kantonsspital AG, Baar	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Kantonsspital Glarus	0	Kantonsspital Winterthur	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Spital Bülach AG	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	0	Spital Männedorf AG	0
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	0	Spital Uster	0

Leistungserbringer	Kapazitätseng-pass*	Leistungserbringer	Kapazitätseng-pass*
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	1	Stadtspital Triemli, Zürich	0
Kantonsspital St. Gallen	0	Stadtspital Waid, Zürich	0
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	Universitätsspital Zürich	0
Krankenhausgesellschaft Schwyz	0		

** Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für eine HSM-Resektion tiefes Rektum, welche in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.*

6.1.4b Tiefe Rektumresektion: Patientenströme

Die folgenden zwei Tabellen zeigen die Patientenmigration im Jahr 2015. Die meisten Patientinnen und Patienten wurden in einem Spital ihrer Versorgungsregion behandelt. Patientenmigration über die Grenzen der Versorgungsregionen findet nur in geringem Masse statt. Die Eigenversorgungsquote liegt in allen Regionen über 90 %. Lediglich in der Zentralschweiz wurden nur 82 % der dort wohnenden Patienten behandelt. Einzig die universitären Spitäler USZ, Inselspital, CHUV sowie die Klinik Hirslanden erfüllen eine relevante überregionale Versorgungsfunktion.

Tabelle 25. Tiefe Rektumresektion. Patientenmigration nach Herkunfts- und Versorgungsregion

R

Versorgungsregion	Herkunft der Patientinnen und Patienten						
	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR	245	5	1	0	0	12	**263**
Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU	15	370	2	3	0	5	**395**
Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	12	354	14	2	7	**389**
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	0	3	77	1	1	**82**
Tessin: TI	0	0	1	0	40	0	**41**
Total Schweiz	**260**	**387**	**361**	**94**	**43**	**25**	**1170**

Tabelle 26. Tiefe Rektumresektion. Patientenmigration nach Herkunftsregion und Spital

R

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
West-schweiz	Hôpital Riviera - A, Vevey	13	0	0	0	0	0	13
	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	8	0	0	0	0	0	8
	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	1	0	0	0	0	0	1

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	Spital	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	6	0	0	0	0	0	6
	Clinique des Grangettes, Chêne-Bougeries	2	0	0	0	0	0	2
	Clinique la Colline, Genève	7	0	0	0	0	0	7
	Clinique Generale-Beaulieu, Genève	10	0	0	0	0	2	12
	Hôpital de la Tour, Meyrin	9	0	0	0	0	3	12
	Hôpital de Zone Morges	13	0	0	0	0	0	13
	Clinique de la Source, Lausanne	23	0	0	0	0	0	23
	Clinique de Valère SA, Sion	2	0	0	0	0	0	2
	Clinique de Genolier SA	0	0	0	0	0	1	1
	Hôpital Jules Daler, Fribourg	10	0	0	0	0	0	10
	CHUV somatique, Lausanne	48	2	1	0	0	3	54
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	5	0	0	0	0	0	5
	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	0	3	0	0	0	0	3
	Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	18	0	0	0	0	0	18
	Spital Wallis - Spitalzentrum Oberwallis (SZO), Visp	3	0	0	0	0	0	3
	Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	9	0	0	0	0	0	9
	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	23	0	0	0	0	0	23
	Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	35	0	0	0	0	3	38
Nordwestschweiz	Spitäler FMI AG, Unterseen	0	3	0	0	0	0	3
	Hirslanden Klinik Aarau, Aarau	0	16	0	1	0	0	17
	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	0	2	0	0	0	0	2
	Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	0	2	0	0	0	0	2
	St. Claraspital, Basel	0	61	1	0	0	5	67
	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	0	4	0	0	0	0	4

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
	Inselspital Bern	12	27	0	0	0	0	39
	Gesundheitszentrum Fricktal, Rheinfelden	0	3	0	0	0	0	3
	Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	0	15	0	0	0	0	15
	Spitalzentrum Biel, Biel/Bi-enne	0	14	0	0	0	0	14
	Spital Thun-Simmental-, Thun	0	17	0	0	0	0	17
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	35	0	1	0	0	36
	Kantonsspital Baden AG, Ba-den	0	33	0	0	0	0	33
	Spital Zofingen AG, Zofingen	0	2	0	0	0	0	2
	Basel Universitätsspital	0	12	0	0	0	0	12
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	3	0	0	0	0	3
	Solothurner Spitäler AG	0	27	0	0	0	0	27
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	33	1	0	0	0	34
	Hirslanden Bern AG	2	24	0	1	0	0	27
	Lindenhofspital, Bern	1	37	0	0	0	0	38
Ost-schweiz	Flury Stiftung, Schiers	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	24	0	0	0	24
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	18	0	0	0	18
	Spital Uster	0	0	10	0	0	1	11
	Spital Männedorf	0	0	7	0	0	0	7
	Stadtspital Waid	0	0	11	0	0	0	11
	Stadtspital Triemli	0	0	29	3	0	0	32
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	4	30	3	0	2	39
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	0	1	0	1	0	2
	Klinik «Im Park» AG	0	0	4	0	0	0	4
	Spital Linth, Uznach	0	0	1	0	0	0	1
	Universitätsspital Zürich	0	4	41	8	1	0	54
	Kantonsspital Winterthur	0	1	43	0	0	0	44

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	Spital	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	72	0	0	3	75
	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	0	0	9	0	0	0	9
	Bezirksspital Affoltern	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Bülach	0	0	4	0	0	0	4
	Spital Limmattal	0	2	22	0	0	0	24
	Kantonsspital Glarus, Glarus	0	0	7	0	0	0	7
	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	0	0	5	0	0	1	6
	GZO Spital Wetzikon	0	0	1	0	0	0	1
	Privatklinik Bethanien AG, Zürich	0	1	8	0	0	0	9
	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	0	0	5	0	0	0	5
Zentralschweiz	Zuger Kantonsspital	0	0	2	10	0	0	12
	Klinik St. Anna, Luzern	0	0	0	18	0	1	19
	Spital Schwyz	0	0	0	5	0	0	5
	Kantonsspital Nidwalden, Stans	0	0	0	1	0	0	1
	Spital Lachen, Lachen SZ	0	0	1	0	0	0	1
	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	0	0	0	7	0	0	7
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	0	0	36	1	0	37
Tessin	Salus Medica Clinic SA, Sorengo	0	0	0	0	3	0	3
	Humaine Clinica, Locarno	0	0	1	0	0	0	1
	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	0	0	0	0	14	0	14
	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	0	0	0	0	23	0	23
	Total Schweiz	**260**	**387**	**361**	**94**	**43**	**25**	**1170**

6.1.5a Komplexe bariatrische Chirurgie: Fallzahlen pro Spital

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS führt für das Jahr 2015 791 Fälle auf, welche sie der hochspezialisierten Medizin im Bereich bariatrische Chirurgie zurechnet (siehe Tabelle 27). Diese verteilten sich auf 56 Spitäler, wovon rund die Hälfte weniger als zehn Fälle behandelte. Mehr als ein Drittel der Spitäler weist nicht mehr als drei Fälle aus.

Tabelle 27. Komplexe bariatrische Chirurgie. Fallzahlen 2015 pro Spital (gemäss medizinischer Statistik)[24]

Spital	Fallzahl	Spital	Fallzahl
Hirslanden Bern AG	125	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	5
Spital Limmattal	60	Hôpital Riviera – A, Vevey	5
Lindenhofspital, Bern	43	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	4
Luzerner Kantonsspital, Luzern	41	Spital Männedorf	4
Inselspital Bern	41	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	3
St. Claraspital, Basel	38	Spital Zofingen AG, Zofingen	3
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	32	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	3
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	31	Kantonsspital Nidwalden, Stans	3
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	28	Hirslanden, Schaffhausen	3
Universitätsspital Zürich	25	Clinique la Colline, Genève	3
Klinik Hirslanden AG, Zürich	24	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	2
Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	23	Hôpital du Valais – Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	2
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	22	Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	2
Clinique de la Source, Lausanne	21	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	2
Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	21	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	2
Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	19	Klinik Lindberg AG, Winterthur	2
Solothurner Spitäler AG	19	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	2
Kantonsspital Baden AG, Baden	17	Hôpital de la Tour, Meyrin	2
Basel Universitätsspital	16	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	2
Spital Lachen, Lachen SZ	14	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	2
GZO Spital Wetzikon	13	Spital Netz Bern AG, Bern	1
Kantonsspital Baselland, Liestal	10	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	1
Hôpital Jules Daler, Fribourg	10	Spital Thun-Simmental-, Thun	1
CHUV somatique, Lausanne	9	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	1
Klinik St. Anna, Luzern	8	Clinique de Genolier SA	1
Stadtspital Triemli	6	Clinique de Valère SA, Sion	1
Kantonsspital Graubünden, Chur	6	Spital Uster	1

Spital	Fall-zahl	Spital	Fall-zahl
Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	5	Hôpital du Jura bernois S.A., St-Imier	1
		TOTAL SCHWEIZ	**791**

Die HSM-Definition der komplexen bariatrischen Chirurgie ist jedoch weitergefasst als in der medizinischen Statistik abgebildet. Zusätzlich zu den CHOP- und ICD-Klassifikationen, welche komplexe Eingriffe abbilden, sind auch Eingriffe an Patientinnen und Patienten, welche aufgrund ihres Zustands den Eingriff komplexer machen, in der Definition eingeschlossen. Patienten unter 18 oder über 65 Jahren und/oder mit einem BMI 50 oder grösser und/oder einem ASA score[34] über 3 fallen darunter. Aus diesem Grund sind die Fallzahlen für die Abdeckung der Versorgung höher anzusetzen. Wie aus Tabelle 28 ersichtlich, streut dabei der Prozentanteil der nach CHOP-/ICD- und nach patientenzustandsbedingten Fällen über die Spitäler beträchtlich, wobei bei den Spitälern mit nur sehr wenigen Eingriffen durch die kleine Zahl eine Verzerrung stattfindet. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass ca. ein Drittel der Fälle patientenzustandsbedingte sind. Somit muss ca. mit der Hälfte mehr HSM-Fälle gerechnet werden als in der medizinischen Statistik erhoben.

Abdeckung der Versorgung durch die sich bewerbenden Leistungserbringer

Tabelle 28. Komplexe bariatrische Chirurgie. Fallzahlen der Bewerber pro Jahr

Bewerber	Fall-zahl *	davon pzb[35]	Bewerber	Fall-zahl *	davon pzb[35]
Kantonsspital Aarau AG	29	11 (38 %)	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	67	17 (25 %)
Kantonsspital Baden AG	26	7 (27 %)	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	46	15 (33 %)
Kreisspital für das Freiamt, Muri	53	15 (28 %)	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	7[x]	laut Register 3/5 (60 %)
St. Claraspital AG, Basel	68	30 (44 %)	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Bellinzona	14	9 (64 %)
Universitätsspital Basel	27	8 (30 %)	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	45	10 (22 %)
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	192	35 (18 %)	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	22	5 (23 %)
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	57	33 (58 %)	Clinique de la Source, Lausanne	29	1 (3 %)
Lindenhof AG, Bern	89	36 (40 %)	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	15	3 (20 %)
Spitalzentrum Biel AG	12[x]	laut Register 7/10 (70 %)	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	4	3 (75 %)

[34] *ein Risikoklassifikationssystem der American Society of Anesthesiologists. Das perioperative Risiko wird in sechs Schweregrade eingeteilt.*

[35] *«patientenzustandsbedingt», d. h. Patient/in mit Alter > 65 oder < 18 und/oder BMI ≥ 50 und/oder ASA score > 3.*

Bewerber	Fallzahl *	davon pzb[35]	Bewerber	Fallzahl *	davon pzb[35]
SRO AG, Langenthal	6	4 (67 %)	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	25	14 (56 %)
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	6	2 (33 %)	GZO AG, Wetzikon	25	17 (68 %)
Les hôpitaux universitaires de Genève	27	9 (33 %)	Hirslanden Klinik AG, Zürich	126	11 (9 %
Kantonsspital Graubünden, Chur	9	6 (67 %)	Kantonsspital Winterthur	0	–
Klinik St. Anna AG, Luzern	5	4 (80 %)	Spital Limmattal, Schlieren	89	15 (17 %)
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	35	14 (40 %)	Spital Männedorf AG	8	4 (50 %)
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	21	15 (71 %)	Stadtspital Triemli, Zürich	9	5 (56 %)
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	3	1 (33 %)	Universitätsspital Zürich	53	22 (42 %)
Kantonsspital St. Gallen	56	23 (41 %)	**TOTAL**	**1305**	**ca. 415**

** Die Fallzahlen entstammen dem SGVC/AQC-Klinikregister, ermittelt als Jahresdurchschnitt über den Zeitraum vom 21. 12. 2013 bis 20. 12. 2016.*

[x] Bei diesem Bewerber wurden die Fallzahlen mittels Analyse der entsprechenden Operationsberichte überprüft (vgl. Kapitel Auswertung der eingegangenen Bewerbungen; Mindestfallzahlen; Registerzahlen [SGVC/AQC-Klinikstatistik]); die hier eingetragenen Fälle stützen sich auf das Resultat dieser Überprüfung.

In den Jahren 2014 und 2015 mussten laut den sich bewerbenden HSM-Leistungserbringern nur wenige Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für einen komplexen bariatrischen Eingriff aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 29). Bedeutende Kapazitätsengpässe bestanden also keine. Das Kantonsspital Winterthur verfügte über keinen Leistungsauftrag und hat entsprechend auch keine komplexen bariatrischen Eingriffe durchgeführt. Es arbeitet in einem Adipositas-Netzwerk mit dem Kantonsspital Schaffhausen und dem GZO Wetzikon zusammen. Solange diese Spitäler einen Leistungsauftrag für komplexe bariatrische Eingriffe erhalten, verzichtet es auf eine Bewerbung, möchte andernfalls aber einen Leistungsauftrag erhalten. Das Hôpital neuchâtelois verfügte ebenfalls nicht über einen HSM-Leistungsauftrag in komplexer bariatrischer Chirurgie.

Tabelle 29. Komplexe bariatrische Chirurgie. Kapazitätsengpässe in den Jahren 2014 und 2015

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*	Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Kantonsspital Aarau AG	0	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0
Kantonsspital Baden AG	0	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	0
Kreisspital für das Freiamt, Muri	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
St. Claraspital AG, Basel	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Bellinzona	0
Universitätsspital Basel	0	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	0

Leistungserbringer	Kapazitätseng-pass*	Leistungserbringer	Kapazitätseng-pass*
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Lindenhof AG, Bern	0	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	0
Spitalzentrum Biel AG	0	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	3
SRO AG, Langenthal	0	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	0
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	0	GZO AG, Wetzikon	0
Les hôpitaux universitaires de Genève	0	Hirslanden Klinik AG, Zürich	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Kantonsspital Winterthur	alle
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	0	Spital Männedorf AG	0
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	0	Stadtspital Triemli, Zürich	0
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	36	Universitätsspital Zürich	0
Kantonsspital St. Gallen	0		0

** Anzahl Patientinnen und Patienten mit einer Indikation für einen Eingriff der komplexen bariatrischen Chirurgie, welche in den Jahren 2014 und 2015 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten.*

6.1.5b Komplexe bariatrische Chirurgie: Patientenströme

Die folgenden zwei Tabellen zeigen die Patientenmigration im Jahr 2015. Die meisten Patientinnen und Patienten wurden in einem Spital ihrer Versorgungsregion behandelt. Trotzdem zeigen sich klare Muster der Patientenmigration über die Grenzen der Versorgungsregionen hinweg. Während die Nordwest- und die Ostschweiz einen Eigenversorgungsanteil von rund 95 % aufweisen, lassen sich in den anderen Regionen nur drei Viertel der Patienten in ihrer Wohnregion behandeln. Die übrigen Patienten dieser Regionen wandern grossmehrheitlich in die Nordwestschweiz ab. Einzelne Spitäler haben einen relevanten Anteil an Patienten aus anderen Versorgungsregionen behandelt. Besonders hervorzuheben gilt es hier die Hirslanden Klinik Bern, die neben 104 Patienten aus der Versorgungsregion Nordwestschweiz auch 21 aus anderen Regionen behandelt hat.

Tabelle 30. Komplexe bariatrische Chirurgie. Patientenmigration nach Herkunfts- und Versorgungsregion

B

Versorgungsregion	Herkunft der Patientinnen und Patienten						
	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR	105	2	0	0	0	1	**108**
Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU	37	307	5	11	3	2	**365**
Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	0	14	220	5	0	4	**243**
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	0	3	6	57	0	1	**67**
Tessin: TI	0	0	0	0	8	0	**8**
Total Schweiz	**142**	**326**	**231**	**73**	**11**	**8**	**791**

Tabelle 31. Komplexe bariatrische Chirurgie. Patientenmigration nach Herkunftsregion und Spital

B

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versor-gungs-region	Spital	West-CH	Nord-west-CH	Ost-CH	Zen-tral-CH	Tessin	Wei-tere	Total
West-schweiz	Hôpital Riviera - A, Vevey	5	0	0	0	0	0	5
	Hôpital Intercantonal de la Broye, Payerne	2	0	0	0	0	0	2
	Clinique Bois-Cerf SA, Lausanne	22	0	0	0	0	1	23
	Clinique la Colline, Genève	3	0	0	0	0	0	3
	Hôpital de la Tour, Meyrin	2	0	0	0	0	0	2
	Clinique de la Source, Lausanne	21	0	0	0	0	0	21
	Clinique de Valère SA, Sion	1	0	0	0	0	0	1
	Clinique de Genolier SA	1	0	0	0	0	0	1
	Hôpital Jules Daler, Fribourg	10	0	0	0	0	0	10
	CHUV somatique, Lausanne	9	0	0	0	0	0	9
	Etablissements Hospitaliers, Yverdon-les-Bains	2	0	0	0	0	0	2
	Hôpital Neuchâtelois HNE, Fontaines NE	2	0	0	0	0	0	2
	Hôpital du Valais - Centre Hospitalier du Centre du Valais (CHCVs)	2	0	0	0	0	0	2
	HFR – Hôpital fribourgeois, Fribourg	4	0	0	0	0	0	4
	Les hôpitaux universitaires de Genève HUG	19	0	0	0	0	0	19

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	Spital	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
Nordwestschweiz	Hôpital du Jura bernois S.A., St-Imier	0	1	0	0	0	0	1
	Klinik Linde AG, Biel/Bienne	0	2	0	0	0	0	2
	Kreisspital für das Freiamt, Muri AG	0	21	0	0	0	0	21
	St. Claraspital, Basel	0	35	0	0	3	0	38
	SRO Spital Region Oberaargau AG, Langenthal	0	2	0	0	0	0	2
	Inselspital Bern	10	29	0	2	0	0	41
	Spitalzentrum Biel, Biel/Bienne	1	2	0	0	0	0	3
	Spital Thun-Simmental-, Thun	0	1	0	0	0	0	1
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	18	0	4	0	0	22
	Kantonsspital Baden AG, Baden	0	17	0	0	0	0	17
	Spital Zofingen AG, Zofingen	0	0	0	3	0	0	3
	Basel Universitätsspital	0	16	0	0	0	0	16
	Spital Netz Bern AG, Bern	0	1	0	0	0	0	1
	Solothurner Spitäler AG	0	19	0	0	0	0	19
	HJU Hôpital du Jura, Porrentruy	0	2	0	0	0	0	2
	Kantonsspital Baselland, Liestal	0	8	1	0	0	1	10
	Hirslanden Bern AG	14	104	4	2	0	1	125
	Lindenhofspital, Bern	12	31	0	0	0	0	43
Ostschweiz	Spitalregion Rheintal-, Rebstein	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	0	27	1	0	0	28
	Kantonsspital Graubünden, Chur	0	0	6	0	0	0	6
	Spital Uster	0	0	1	0	0	0	1
	Spital Männedorf	0	2	2	0	0	0	4
	Stadtspital Triemli	0	0	6	0	0	0	6
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0	1	21	1	0	1	24
	Hirslanden, Schaffhausen	0	0	3	0	0	0	3

		Herkunft der Patientinnen und Patienten						
Versorgungsregion	Spital	West-CH	Nordwest-CH	Ost-CH	Zentral-CH	Tessin	Weitere	Total
	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	0	3	27	1	0	0	31
	Universitätsspital Zürich	0	2	22	1	0	0	25
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	0	29	0	0	3	32
	Spital Limmattal	0	6	54	0	0	0	60
	Klinik Lindberg AG, Winterthur	0	0	1	1	0	0	2
	Spitäler Schaffhausen Kantonsspital Schaffhausen	0	0	5	0	0	0	5
	GZO Spital Wetzikon	0	0	13	0	0	0	13
	Spitalverbund AR Akutsomatisches Spital Heiden / Herisau	0	0	2	0	0	0	2
Zentralschweiz	Klinik St. Anna, Luzern	0	0	0	8	0	0	8
	Kantonsspital Nidwalden, Stans	0	0	0	3	0	0	3
	Spital Lachen, Lachen SZ	0	2	6	5	0	1	14
	Kantonsspital Uri, Altdorf UR	0	0	0	1	0	0	1
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	1	0	40	0	0	41
Tessin	Clinica Luganese SA Moncucco, Lugano	0	0	0	0	5	0	5
	EOC Ente ospedaliero cantonale, Bellinzona	0	0	0	0	3	0	3
	Total Schweiz	**142**	**326**	**231**	**73**	**11**	**8**	**791**

6.2 Bedarfsprognose

Die Voraussagen der Spezialisten zum zukünftigen Bedarf im Bereich der komplexen Viszeralchirurgie variieren sehr stark, wie das in anderen Spezialgebieten ebenfalls festgestellt werden kann. Die Entwicklung der Fallzahlen ist primär abhängig vom Bevölkerungswachstum, der Alterung der Bevölkerung, der altersspezifischen Erkrankungs- (oder Sterbe-)Wahrscheinlichkeit (epidemiologische Faktoren) sowie den medizintechnischen Entwicklungen. Bevölkerungszunahme und -alterung haben einen Anstieg der Fallzahlen zur Folge, ebenso die epidemiologischen Faktoren. Bei der Betrachtung der medizintechnischen Entwicklung stehen folgende Aspekte des technologischen Fortschritts im Vordergrund: neue Behandlungsmethoden, neue Diagnostik, Substitution ausserhalb HSM sowie Substitution ambulant. Im Folgenden werden die Einschätzungen zu den fünf Teilbereichen separat aufgelistet.

6.2.1 Oesophagusresektion

Unter alleiniger Berücksichtigung der **demographischen Entwicklung** kann über die ganze Schweiz mit einer Steigerung der Fallzahlen bis 2025 um 19 % gerechnet werden, d. h. einer jährlichen Zunahme von 1.7 %.

In einer Befragung wurden vom Fachorgan ausgewählte Experten zu ihrer Einschätzung der **epidemiologischen Entwicklung** befragt. Dabei wurde unterstellt, dass es nur zwischen den Altersgruppen unterschiedliche Entwicklungen gibt, nicht aber zwischen den Regionen. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Wachstum der Fallzahlen in den einzelnen Alterskategorien von +14 % bis ins Jahr 2025. Die Experten sind sich in ihrer Einschätzung der epidemiologischen Entwicklung einig, dass es in allen Altersgruppen ausser bei den Jüngsten einen Anstieg geben wird. Einzig bezüglich Ausmass weichen die Einschätzungen etwas voneinander ab. Die Expertenschätzungen wurden vom HSM-Fachorgan bestätigt. Da das prozentuale Fallwachstum in den Altersgruppen mit höherer Hospitalisierungsrate besonders hoch ist und aufgrund der Annahme einer national einheitlichen Hospitalisierungsrate, ergibt sich im Total eine Zunahme der Fälle um 17 %.

Bei der Betrachtung der **medizintechnischen Entwicklung** waren sich die befragten Experten einig darüber, dass keine Substitution ausserhalb HSM oder Substitution ambulant zu erwarten ist. Hingegen könnten neue Behandlungen oder neue Diagnostik die künftigen Fallzahlen beeinflussen, diese könnten sich im Rahmen einer Zunahme von 10 % bewegen.

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der besprochenen Faktoren ist mit einer starken Zunahme der Fallzahlen bis 2025 um 51 % zu rechnen. Die Fallzahlen werden von 353 im 2015 auf ca. 530 ansteigen, was einer jährlichen Wachstumsrate von 4.2 % entspricht.[36] Dieses Wachstum wird hauptsächlich durch die demographische und epidemiologische Entwicklung begründet, während die medizintechnischen Einflüsse in geringerem Masse zum Wachstum beitragen.

[36] In der medizinischen Statistik sind zusätzlich drei Kinderspitäler enthalten (das Universitäts-Kinderspital beider Basel mit 7 Fällen, das Kinderspital Zürich mit 5 Fällen und das Ostschweizer Kinderspital mit 1 Fall). Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurden diese 13 Fälle (3.5 % aller Fälle) nicht aufgeführt. Die Bedarfsprognose wurde jedoch mit der Gesamtheit der Zahlen, also ausgehend von 366 Fällen durchgeführt. Sie wird entsprechend um 3.5 % reduziert.

6.2.2 Pankreasresektion

Unter alleiniger Berücksichtigung der **demographischen Entwicklung** kann über die ganze Schweiz mit einer Steigerung der Fallzahlen bis 2025 um 22 % gerechnet werden, d. h. einer jährlichen Zunahme von 2 %.

In einer Befragung wurden vom Fachorgan ausgewählte Experten zu ihrer Einschätzung der **epidemiologischen Entwicklung** befragt. Dabei wurde unterstellt, dass es nur zwischen den Altersgruppen unterschiedliche Entwicklungen gibt, nicht aber zwischen den Regionen. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Wachstum der Fallzahlen in den einzelnen Alterskategorien von +4% bis ins Jahr 2025. Da das prozentuale Fallwachstum in den Altersgruppen mit höherer Hospitalisierungsrate besonders hoch ist, ergibt sich im Total eine Zunahme der Fälle um 6 %.

Bei der Betrachtung der **medizintechnischen Entwicklung** waren sich die befragten Experten einig darüber, dass keine Substitution ausserhalb HSM oder Substitution ambulant zu erwarten ist. Hingegen könnten neue Behandlungen oder neue Diagnostik die künftigen Fallzahlen beeinflussen, diese könnten sich im Rahmen einer Zunahme von 5–10 % bewegen.

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der besprochenen Faktoren ist mit einer starken Zunahme der Fallzahlen bis 2025 um 34 % zu rechnen. Die Fallzahlen werden von 729 im 2015 auf ca. 980 ansteigen, was einer jährlichen Wachstumsrate von 3 % entspricht.[37] Dieses Wachstum wird hauptsächlich durch die demographische und epidemiologische Entwicklung begründet, während die medizintechnischen Einflüsse in geringerem Masse zum Wachstum beitragen.

6.2.3 Leberresektion

Unter alleiniger Berücksichtigung der **demographischen Entwicklung** kann über die ganze Schweiz mit einer Steigerung der Fallzahlen bis 2025 um 19.5 % gerechnet werden, d. h. einer jährlichen Zunahme von 1.8 %.

In einer Befragung wurden vom Fachorgan ausgewählte Experten zu ihrer Einschätzung der **epidemiologischen Entwicklung** befragt. Dabei wurde unterstellt, dass es nur zwischen den Altersgruppen unterschiedliche Entwicklungen gibt, nicht aber zwischen den Regionen. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Wachstum der Fallzahlen in den einzelnen Alterskategorien von +6.5% bis ins Jahr 2025. Da das prozentuale Fallwachstum in den Altersgruppen mit höherer Hospitalisierungsrate besonders hoch ist, ergibt sich im Total eine Zunahme der Fälle um 11 %.

Bei der Betrachtung der **medizintechnischen Entwicklung** waren sich die befragten Experten einig darüber, dass keine Substitution ausserhalb HSM oder Substitution ambulant zu erwarten ist. Hingegen könnten neue Behandlungen oder neue Diagnostik die künftigen Fallzahlen beeinflussen, diese könnten sich im Rahmen einer Zunahme von 5–10 % bewegen.

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der besprochenen Faktoren ist mit einer starken Zunahme der Fallzahlen bis 2025 um 48 % zu rechnen. Die Fallzahlen werden von 650 im 2015 auf ca. 960 ansteigen, was einer jährlichen Wachstumsrate von 4 % entspricht.[38] Dieses starke

[37] In der medizinischen Statistik sind zusätzlich zwei Kinderspitäler enthalten (das Universitäts-Kinderspital beider Basel und das Ostschweizer Kinderspital mit je 1 Fall). Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurden diese 2 Fälle (0.3 % aller Fälle) nicht aufgeführt. Die Bedarfsprognose wurde jedoch mit der Gesamtheit der Zahlen, also ausgehend von 731 Fällen durchgeführt. Die beiden Eingriffe fallen nicht ins Gewicht, sodass auf eine Anpassung der Bedarfsprognose verzichtet wurde.

[38] In der medizinischen Statistik ist zusätzlich das Kinderspital Zürich mit 1 Fall enthalten. Da die Behandlungen von Kindern

Wachstum wird durch alle Einflussfaktoren getrieben. Den stärksten Einfluss auf das Wachstum haben die demographischen Entwicklungen.

6.2.4 Tiefe Rektumresektion

*Unter alleiniger Berücksichtigung der **demographischen Entwicklung** kann über die ganze Schweiz mit einer Steigerung der Fallzahlen bis 2025 um 23 % gerechnet werden, d. h. einer jährlichen Zunahme von 2.1 %.*

*In einer Befragung wurden vom Fachorgan ausgewählte Experten zu ihrer Einschätzung der **epidemiologischen Entwicklung** befragt. Dabei wurde unterstellt, dass es nur zwischen den Altersgruppen unterschiedliche Entwicklungen gibt, nicht aber zwischen den Regionen. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Wachstum der Fallzahlen in den einzelnen Alterskategorien von +1.7% bis ins Jahr 2025.*

*Bei der Betrachtung der **medizintechnischen Entwicklung** waren sich die befragten Experten einig darüber, dass keine Substitution ausserhalb HSM oder neue Diagnostik zu erwarten ist. Ein Experte prognostizierte, dass rund die Hälfte der Behandlungen 2025 ambulant durchgeführt werden könnten. Neue Behandlungen könnten die künftigen Fallzahlen im Sinne einer Steigerung im einstelligen Prozentbereich beeinflussen. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Medizintechnik einen Einfluss von −5 % auf die Fallzahlen 2025 haben wird.*

Unter Berücksichtigung der Auswirkungen der besprochenen Faktoren ist mit einer Zunahme der Fallzahlen bis 2025 um 10 % zu rechnen. Die Fallzahlen werden von 1170 im 2015 auf ca. 1300 ansteigen, was einer jährlichen Wachstumsrate von 1 % entspricht.[39] Dieses Wachstum wird hauptsächlich durch die demographischen Entwicklungen begründet, während epidemiologischen Einflüsse vernachlässigbar sind. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die medizintechnischen Entwicklungen aufgrund der Verschiebung in den ambulanten Bereich das Wachstum bremsen werden.

6.2.5 Komplexe bariatrische Chirurgie

*Unter alleiniger Berücksichtigung der **demographischen Entwicklung** kann über die ganze Schweiz mit einer Steigerung der Fallzahlen bis 2025 um 8 % gerechnet werden, d. h. einer jährlichen Zunahme von 0.7 %. Dieses Wachstum liegt etwas unter dem erwarteten Wachstum der Gesamtbevölkerung. Der Grund dafür liegt darin, dass die Gruppe der 40–59-Jährigen, bei denen diese Eingriffe schwergewichtig vorgenommen werden, bis 2025 nur gering wächst (+3 %).*

nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurde dieser Fall nicht aufgeführt. Die Bedarfsprognose wurde jedoch mit der Gesamtheit der Zahlen, also ausgehend von 651 Fällen durchgeführt. Dieser Eingriff fällt nicht ins Gewicht, sodass auf eine Anpassung der Bedarfsprognose verzichtet wurde.

[39] *Da die Bedarfsprognose die Zahlen von 2015 zugrunde legt, wird der im Zuordnungsbericht (siehe http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/dokumentation/bt_viszchir_re1_zuord_schlussbericht_pub_20160209_d_def.pdf) beschriebene Effekt durch die neuen, im CHOP-Katalog 2016 eingeführten Codes für die Abbildung der Resektion des tiefen Rektums noch nicht abgebildet. Demnach dürfte die Fallzahl ab 2016 beträchtlich sinken. Dies wird bei den Registerzahlen von 2016 auch schon sichtbar. Um nicht die Regeln während des Spiels zu ändern, wird dennoch auf den über die drei Jahre vom 21. 12. 2013 bis 20. 12. 2016 ermittelten Fallzahlen abgestellt und auch die genannten Bedarfszahlen nicht angepasst. In der medizinischen Statistik sind zusätzlich drei Kinderspitäler enthalten (das Ostschweizer Kinderspital mit 5 Fällen, das Universitäts-Kinderspital beider Basel und das Kinderspital Zürich mit je 3 Fällen). Da die Behandlungen von Kindern nicht von der HSM-Regelung erfasst werden sollen (vgl. Zusammenfassung der Antworten aus der Anhörung, unter «Weitere Argumente», S. 15), wurden diese 11 Fälle (1 % aller Fälle) nicht aufgeführt. Wegen den oben beschriebenen Prognoseunsicherheiten wurde darauf verzichtet, die Bedarfsprognose gestützt darauf anzupassen, um nicht eine Scheingenauigkeit vorzugeben.*

*In einer Befragung wurden zwei Experten zu ihrer Einschätzung der **epidemiologischen Entwicklung** befragt. Dabei wurde unterstellt, dass es nur zwischen den Altersgruppen unterschiedliche Entwicklungen gibt, nicht aber zwischen den Regionen. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Wachstum der Fallzahlen in den einzelnen Alterskategorien von +9 % bis ins Jahr 2025. Da das prozentuale Fallwachstum in den Altersgruppen mit höherer Hospitalisierungsrate besonders hoch ist, ergibt sich im Total eine Zunahme der Fälle um 10 %.*

*Bei der Betrachtung der **medizintechnischen Entwicklung** waren sich die befragten Experten einig darüber, dass keine neuen Behandlungen, neue Diagnostik oder Substitution ambulant zu erwarten sind. Ein Experte prognostizierte, dass rund 10 % der Behandlungen 2025 mit anderen Operationstechniken ausserhalb der HSM durchgeführt werden könnten. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Medizintechnik einen Einfluss von −5 % auf die Fallzahlen 2025 haben wird.*

Gesamthaft werden nach diesem Modell die Fallzahlen im HSM-Bereich «Komplexe bariatrische Chirurgie» in der Schweiz bis 2025 um voraussichtlich um 13 % auf ca. 890 Fälle steigen.

Diese Betrachtungen legen die medizinische Statistik zugrunde. Wie oben ausgeführt, sind darin die patientenzustandsbedingten HSM-Fälle nicht erfasst. Das HSM-Fachorgan geht nicht davon aus, dass dies eine grundlegende Auswirkung auf die Fallzahlveränderung aufgrund der demographischen, epidemiologische oder medizintechnischen Entwicklung hat.[40] Nimmt man als Ausgangsbasis für die Berechnung nicht die Fallzahlen der medizinischen Statistik, sondern den Jahresdurchschnitt der Registerzahlen aus den Jahren 2014 bis 2016 (d. h. jährlich 1305 Fälle) und zählt die prognostizierte Steigerung von 13 % dazu, ergäbe dies für das Jahr 2025 in einer groben Annäherung 1475 Patientinnen und Patienten.

6.3 Zukünftiger Versorgungsbedarf: zusätzliche Kapazitäten der Bewerber

6.3.1 Oesophagusresektion

Die Bedarfsprognose zeigt, dass zwischen 2015 und 2025 mit einer Zunahme von etwa 4.2 % pro Jahr zu rechnen ist, d. h., dass die Fallzahlen von 353 im 2015 auf ca. 530 im 2025 ansteigen könnten. Um zu beurteilen, ob der künftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, wenn Leistungsaufträge an diejenigen Bewerber vergeben werden, die alle verlangten Kriterien erfüllen, muss erhoben werden, welche zusätzlichen Kapazitäten die Bewerber zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben.

Tabelle 32. Mögliche Kapazitätssteigerung pro Jahr und Spital für die Oesophagusresektion

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Kantonsspital Aarau AG	mind. 30[41]	Klinik St. Anna AG, Luzern	10
Kantonsspital Baden AG	20	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	10
St. Claraspital AG, Basel	30	Kantonsspital St. Gallen	35

Oe

[40] *Zudem basiert die Definition der Leistungsgruppe auf dem CHOP-Katalog 2016. Für die Bedarfsanalyse lagen jedoch erst die Daten der medizinischen Statistik 2015 vor. Da der CHOP-Katalog in diesem Bereich von 2015 auf 2016 einige Änderungen erfahren hat, kann die verabschiedete Definition nicht auf die Daten 2015 angewendet werden. Stattdessen stützen sich die Auswertungen auf die Leistungsgruppendefinition 2015.1 der Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG.*

[41] in der Anhörung korrigiert von 10.

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Universitätsspital Basel	30	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	25
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ca. 10	Clinique de la Source, Lausanne	pas de limitation
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	60	Zuger Kantonsspital AG, Baar	10
Lindenhof AG, Bern	20+	Hirslanden Klinik AG, Zürich	20
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	12	Kantonsspital Winterthur	30
Les hôpitaux universitaires de Genève	24	Stadtspital Triemli, Zürich	30
Kantonsspital Graubünden, Chur	10	Universitätsspital Zürich	30

* Anzahl der Patient/innen, die künftig pro Jahr zusätzlich zum bisherigen Behandlungsvolumen für eine Oesophagusresektion aufgenommen werden können.

6.3.2 Pankreasresektion

Die Bedarfsprognose zeigt, dass zwischen 2015 und 2025 mit einer Zunahme von etwa 3 % pro Jahr zu rechnen ist, d. h., dass die Fallzahlen von 729 im 2015 auf ca. 980 im 2025 ansteigen könnten. Um zu beurteilen, ob der künftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, wenn Leistungsaufträge an diejenigen Bewerber vergeben werden, die alle verlangten Kriterien erfüllen, muss erhoben werden, welche zusätzlichen Kapazitäten die Bewerber zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben.

Tabelle 33. Mögliche Kapazitätssteigerung pro Jahr und Spital für die Pankreasresektion

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Hirslanden Klinik Aarau AG	20	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	15
Kantonsspital Aarau AG	50[42]	Kantonsspital St. Gallen	100
Kantonsspital Baden AG	20	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	20
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	30	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	6
St. Claraspital AG, Basel	30	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	10
Universitätsspital Basel	40	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	20
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ca. 15	Clinique de la Source, Lausanne	pas de limitation
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	80	Hôpital du Valais, Sion	15
Lindenhof AG, Bern	20+	Zuger Kantonsspital AG, Baar	20
Spitalzentrum Biel AG	10	Hirslanden Klinik AG, Zürich	30
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	12	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	20

[42] in der Anhörung korrigiert von 10.

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Kantonsspital Winterthur	50
Kantonsspital Glarus	20	Stadtspital Triemli, Zürich	50
Kantonsspital Graubünden, Chur	10	Universitätsspital Zürich	60
Klinik St. Anna AG, Luzern	20		

* Anzahl der Patient/innen, die künftig pro Jahr zusätzlich zum bisherigen Behandlungsvolumen für eine Pankreasresektion aufgenommen werden können.

6.3.3 Leberresektion

Die Bedarfsprognose zeigt, dass zwischen 2015 und 2025 mit einer Zunahme von etwa 4 % pro Jahr zu rechnen ist, d. h., dass die Fallzahlen von 650 im 2015 auf ca. 960 im 2025 ansteigen könnten. Um zu beurteilen, ob der künftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, wenn Leistungsaufträge an diejenigen Bewerber vergeben werden, die alle verlangten Kriterien erfüllen, muss erhoben werden, welche zusätzlichen Kapazitäten die Bewerber zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben.

Tabelle 34. Mögliche Kapazitätssteigerung pro Jahr und Spital für die Leberresektion

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Hirslanden Klinik Aarau AG	20	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	10
Kantonsspital Aarau AG	50[43]	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	10
Kantonsspital Baden AG	20	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	10
St. Claraspital AG, Basel	30	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	20
Universitätsspital Basel	40	Clinique de la Source, Lausanne	pas de limitation
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ca. 20	Hôpital du Valais, Sion	20
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	100	Zuger Kantonsspital AG, Baar	30
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Hirslanden Klinik AG, Zürich	30
Kantonsspital Glarus	20	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	15
Kantonsspital Graubünden, Chur	10	Kantonsspital Winterthur	50
Klinik St. Anna AG, Luzern	20	Stadtspital Triemli, Zürich	50
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	10	Universitätsspital Zürich	100
Kantonsspital St. Gallen	40		

* Anzahl der Patient/innen, die künftig pro Jahr zusätzlich zum bisherigen Behandlungsvolumen für eine Leberresektion aufgenommen werden können.

[43] in der Anhörung korrigiert von 10.

6.3.4 Tiefe Rektumresektion

Die Bedarfsprognose zeigt, dass zwischen 2015 und 2025 mit einer Zunahme von etwa 1 % pro Jahr zu rechnen ist, d. h., dass die Fallzahlen von 1170 im 2015 auf ca. 1300 im 2025 ansteigen könnten. Um zu beurteilen, ob der künftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, wenn Leistungsaufträge an diejenigen Bewerber vergeben werden, die alle verlangten Kriterien erfüllen, muss erhoben werden, welche zusätzlichen Kapazitäten die Bewerber zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben.

Tabelle 35. Mögliche Kapazitätssteigerung pro Jahr und Spital für die tiefe Rektumresektion

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Hirslanden Klinik Aarau AG	40	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	40
Kantonsspital Aarau AG	50[44]	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	40
Kantonsspital Baden AG	20	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	20
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	50	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	Steigerung möglich
St. Claraspital AG, Basel	30	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	15
Universitätsspital Basel	40	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	15
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ca. 15	Kantonsspital Uri, Altdorf	20
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	80	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	30
Lindenhof AG, Bern	100	Clinique de la Source, Lausanne	pas de limitation
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	40	Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges	12–20
Spitalzentrum Biel AG	20	Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon	20
SRO AG, Langenthal	20	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	30
Spital STS AG, Thun	ca. 25	Hôpital du Valais, Sion	15
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	15	Zuger Kantonsspital AG, Baar	30
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Hirslanden Klinik AG, Zürich	20
Kantonsspital Glarus	20	Kantonsspital Winterthur	50
Kantonsspital Graubünden, Chur	15	Spital Bülach AG	25
Klinik St. Anna AG, Luzern	20	Spital Limmattal, Schlieren	32
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	15	Spital Männedorf AG	mind. 20
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	10	Spital Uster	5–10
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	12–15	Stadtspital Triemli, Zürich	50
Kantonsspital St. Gallen	110	Stadtspital Waid, Zürich	>10

[44] in der Anhörung korrigiert von 20.

Leistungserbringer	*Anzahl Pat./J**	*Leistungserbringer*	*Anzahl Pat./J**
Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	*20*	*Universitätsspital Zürich*	*30*
Krankenhausgesellschaft Schwyz	*5–6*		

** Anzahl der Patient/innen, die künftig pro Jahr zusätzlich zum bisherigen Behandlungsvolumen für eine tiefe Rektumresektion aufgenommen werden können.*

6.3.5 Komplexe bariatrische Chirurgie

Die Bedarfsprognose zeigt, dass zwischen 2015 und 2025 mit einer Zunahme von etwa 13 % zu rechnen ist. Ebenfalls einberechnet werden müssen die Eingriffe, die aufgrund des Patientenzustands zur hochspezialisierten Medizin gezählt werden. Dies ergibt grob geschätzt bis zum Jahr 2025 einen Bedarf von 1475 Fällen. Um zu beurteilen, ob der künftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, wenn Leistungsaufträge an diejenigen Bewerber vergeben werden, die alle verlangten Kriterien erfüllen, muss erhoben werden, welche zusätzlichen Kapazitäten die Bewerber zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben.

Tabelle 36. Mögliche Kapazitätssteigerung pro Jahr und Spital für die komplexe bariatrische Chirurgie

Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*	Leistungserbringer	Anzahl Pat./J*
Kantonsspital Aarau AG	100[45]	Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen	50–100
Kantonsspital Baden AG	20	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten	50
Kreisspital für das Freiamt, Muri	50	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	40
St. Claraspital AG, Basel	keine Antwort	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Bellinzona	Steigerung möglich
Universitätsspital Basel	90	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	50
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	50–100	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	40
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	120	Clinique de la Source, Lausanne	pas de limitation
Lindenhof AG, Bern	100	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil	Steigerung möglich
Spitalzentrum Biel AG	20	Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne	15
SRO AG, Langenthal	20	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey	>50
Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	15	GZO AG, Wetzikon	50
Les hôpitaux universitaires de Genève	36	Hirslanden Klinik AG, Zürich	50
Kantonsspital Graubünden, Chur	15	Kantonsspital Winterthur	–
Klinik St. Anna AG, Luzern	30	Spital Limmattal, Schlieren	50
Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	15	Spital Männedorf AG	mind. 30
Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee	10–20	Stadtspital Triemli, Zürich	30
Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès	15–20	Universitätsspital Zürich	30
Kantonsspital St. Gallen	70		

** Anzahl der Patient/innen, die künftig pro Jahr zusätzlich zum bisherigen Behandlungsvolumen für eine Behandlung mittels komplexer bariatrischer Chirurgie aufgenommen werden können.*

[45] *in der Anhörung korrigiert von 10.*

7 Auswertung der eingegangenen Bewerbungen

Im Verlaufe des Bewerbungsverfahrens vom 25. Oktober bis 20. Dezember 2016 haben sich beim HSM-Projektsekretariat 52 Spitäler resp. Spitalstandorte um Aufnahme auf die HSM-Spitalliste für einen Leistungsauftrag in HSM-Viszeralchirurgie beworben. Für die Oesophagusresektion sind 20 Bewerbungen eingegangen, für die Pankreasresektion 29, für die Leberresektion 26[46], für die tiefe Rektumresektion 47 und für komplexe bariatrische Chirurgie 35, insgesamt somit 157 resp. 156[46] Bewerbungen (siehe Kapitel «Ausgangslage»). Nachfolgend werden die Resultate der Evaluation der eingegangenen Bewerbungen geschildert.

7.1 Oesophagusresektion

Bereitschaft, den Leistungsauftrag zu erfüllen. Alle Bewerber sind bereit, die im Zuordnungsbericht[47] definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen (siehe Anhang A1) zu erfüllen (vgl. Tabelle 38).

Qualität:

Berichterstattung an die HSM-Organe, Registerteilnahme. Alle Bewerber erklären sich einverstanden, die Berichterstattungspflichten an die HSM-Organe zu erfüllen sowie die erforderlichen Registerführungspflichten einschliesslich Finanzierung wahrzunehmen.

Strukturqualität und Prozessqualität. Die meisten Bewerber erfüllen die Anforderungen bezüglich Struktur- und Prozessqualität nach Anhang A1, mit Ausnahme des Zuger Kantonsspitals, welches weder über eine diagnostische und interventionelle Radiologie (oder Äquivalent) noch über eine interventionelle Endoskopie im 24 h/7 d-Betrieb verfügt.

Mindestfallzahlen:

Selbstdeklaration. Nach eigenen Angaben erfüllen zehn Bewerber die Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen pro Jahr (Dreijahresdurchschnitt), zehn hingegen nicht. Das Kantonsspital Aarau, das Kantonsspital Baden sowie das Kantonsspital Winterthur nennen einen Chefarztwechsel resp. auch weiterer Schlüsselpersonen als Grund, ebenso les hôpitaux universitaires de Genève, welche seit Mai 2016 einen erfahrenen Oesophaguschirurgen beschäftigen und die Fallzahlen 2017 erreichen würden. Das Spital Freiburg plädiert dafür, nicht die Mindestfallzahl, sondern die Qualität der durchgeführten Operationen zu bewerten. Das Universitätsspital Basel möchte die Zahlen des Kantonsspitals Baselland mitzählen, weil die beiden Spitäler eine schriftliche Zusammenarbeit vereinbart haben und diese HSM-Leistung künftig nur noch am Universitätsspital Basel durchgeführt werden soll.

Registerzahlen (SGVC/AQC-Klinikstatistik). Die Mindestfallzahlen wurden anhand der im Register eingetragenen Fälle überprüft, dabei war der Zeitraum vom 21. Dezember 2013 bis zum 20. Dezember 2016 massgeblich. Über diese drei Jahre wurde der Jahresdurchschnitt errechnet. Bei dieser Überprüfung haben noch acht Bewerber die nötigen Minimalfallzahlen erreicht, die anderen zwölf nicht. Bei den Kliniken, die bei der Selbstdeklaration angegeben hatten, die Zah-

[46] Die Lindenhof AG hat ihre Bewerbung anlässlich der Anhörung zurückgezogen, es bleiben 25 Bewerbungen.
[47] Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Februar 2016.

len zu erreichen, wurden die entsprechenden Operationsberichte einverlangt und durch Experten daraufhin überprüft, ob es sich um HSM-Fälle nach Zuordnungsdefinition handelt. Das Kantonsspital Graubünden und die Clinique de la Source haben daraufhin die Selbstdeklaration berichtigt. Ebenfalls wurden die Operationsberichte des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Baselland geprüft. Die Fallzahl wurde auch durch die Summierung der Behandlungen der beiden Spitäler nicht erreicht.

Weiterbildung, Lehre und Forschung:

Anerkannte Weiterbildungsstätte: Verlangt wurde die Anerkennung als Weiterbildungsstätte durch das SIWF der Kategorien V1, V2 oder V3. Gezählt wurde der Status «anerkannt» und «in Reevaluation», der Status «provisorisch» war bei keinem Spital gegeben. Es wurde nicht auf die Selbstdeklaration abgestellt, sondern eine direkte Überprüfung beim SIWF vorgenommen. 18 Spitäler verfügen über eine SIWF-Anerkennung als Viszeralchirurgie-Weiterbildungsstätte, zwei nicht. Die Lindenhof AG hat ein Gesuch eingereicht; dieses wurde am 27. März 2018 gutgeheissen, und zwar für die Kategorie V2 (2 Jahre). Die Clinique de la Source ist der Überzeugung, dass die Anforderung dem KVG widerspreche.

Lehre und Forschung: Zum einen wurde bei den Bewerbern abgefragt, ob sie aktiv an klinischen Forschungsstudien, z. B. der SAKK[48], teilnehmen würden. Diverse Bewerber haben angegeben, dass es im Moment keine Forschungsprotokolle gebe, an denen sie sich beteiligen könnten. Weil den Bewerbern aus dieser Situation kein Nachteil erwachsen soll, wurde dieses Kriterium für den Zuteilungsvorschlag deshalb nicht separat gewichtet. Zum andern musste ein standardisierter Evaluationsfragebogen ausgefüllt werden. Dieser wurde ausgewertet, die Resultate finden sich in Tabelle 38. 17 Bewerber betätigen sich in Lehre und Forschung, drei nicht oder nicht in beiden Bereichen (wobei die Clinique de la Source aus obengenanntem Grund keine Angaben macht).

Wirtschaftlichkeit. Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Eine Expertengruppe begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Haupterkenntnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in Tabelle 37 und das methodische Vorgehen im Anhang A2 summarisch dargestellt.

Die Analysen beruhen auf Vergleichen der Casemix-bereinigten, spitalindividuellen mittleren Fallkosten (Basiswerte) des Jahres 2015. Neben der Beurteilung auf Stufe Gesamtspital wird auch die Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung betrachtet. Es werden also zwei unterschiedliche Herangehensweisen angewendet:

1. Methodik ITAR_K®: Bei der Auswertung von Kostendaten ITAR_K® werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Casemix-bereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung»[49] ermittelt. Als Referenzwerte dienen die die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 11'058, übrige Akutspitäler: CHF 9'851) (vgl. Tabelle 37, linke Spalte).
2. Methodik SwissDRG: Bei der Auswertung nach SwissDRG werden die kalkulatorischen Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dienen einerseits die die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler:

[48] Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung.
[49] Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind sinngemäss auch für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbar.

CHF 13'354, übrige Akutspitäler: CHF 12'133) (vgl. Tabelle 37, mittlere Spalte) und andererseits die die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 13'657, übrige Akutspitäler: CHF 11'811) (vgl. Tabelle 37, rechte Spalte).

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

Tabelle 37. Oesophagusresektion. Einteilung Spitäler in «wirtschaftlich»[a], «eher wirtschaftlich»[b], «neutral»[c], «eher nicht wirtschaftlich»[d] und «unwirtschaftlich»[e] nach drei verschiedenen Methoden

	Methode		
	ITAR_K®	SwissDRG	
Referenzwert / Spital	Median	Median	Median, Fallzahl-gewichtet
Kantonsspital Aarau AG	> R	> R	> R
Kantonsspital Baden AG	> R	*[< R]*	*[< R]*
St. Claraspital AG, Basel	> R	± R	> R
Universitätsspital Basel	± R	*[< R]*	*[< R]*
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site*	± R	< R	< R
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	< R	< R	< R
Lindenhof AG, Bern	< R	*[> R]*	*[> R]*
Hôpital fribourgeois	> R	*[< R]*	*[< R]*
Les hôpitaux universitaires de Genève	> R	*[± R]*	*[< R]*
Kantonsspital Graubünden, Chur	> R	*[< R]*	*[< R]*
Klinik St. Anna AG, Luzern	< R	*[± R]*	*[> R]*
Luzerner Kantonsspital*	± R	*[> R]*	*[> R]*
Kantonsspital St. Gallen	> R	< R	< R
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	> R	> R	± R
Clinique de la Source, Lausanne	> R	keine Daten geliefert ⇨ keine Aussage möglich	
Zuger Kantonsspital AG, Baar	> R	*[± R]*	*[± R]*
Hirslanden Klinik AG, Zürich	> R	> R	> R
Kantonsspital Winterthur	± R	*[< R]*	*[< R]*
Stadtspital Triemli, Zürich	> R	> R	> R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

[a] «< R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % unter der Bezugsgrösse.

[b] «< R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % unter der Bezugsgrösse.

[c] «± R»: Abweichung der mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals zur Bezugsgrösse von weniger als 1.0%

[d] «> R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % über der Bezugsgrösse.

[e] «> R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % über der Bezugsgrösse.

[xx R]: eckige Klammern bedeuten, dass die Fallzahl unter 12 liegt, eine statistische Aussage schwerlich möglich ist.

* nicht nach Standorten getrennt

Gemäss der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach ITAR_K® liegen von den 20 Bewerbern 13 im Bereich von −2 bis +6 % unter resp. über dem Referenzwert, vier Bewerber liegen 12 bis 25 % darüber. Bei der Auswertung der SwissDRG-Daten liegen die meisten der 19 auswertbaren Bewerber in einem Bereich von −19 % bis +8 % (nach Median SwissDRG) unter/über dem Referenzwert, das Universitätsspital Basel (USB) liegt 59 % darunter, das Universitätsspital Zürich (USZ) 17 % darüber. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Methode «Fallzahl-gewichteter Median SwissDRG», wobei das Universitätsspital Zürich damit etwas bessere Werte hat. Allerdings muss die Zahl beim USB stark relativiert werden, weil das USB nur ganz vereinzelte Oesophagusresektionen durchgeführt hat.

Beurteilung des HSM-Fachorgans zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wurden zwei verschiedene Methoden verwendet – die erste mit dem Einbezug des ganzen Spitals, die zweite mit spezifischeren Daten für den HSM-Bereich, bei dieser wurde zusätzlich mit zwei Sub-Methoden gearbeitet. Naturgemäss bestehen methodische Einschränkungen und Vereinfachungen, und die Verlässlichkeit der Kostenberechnungen ist aus Gründen der in vielen Häusern kleinen Zahl an betroffenen Patienten eingeschränkt. Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeit» ist der Ansicht, dass bei der doch grösseren Zahl an Bewerbern und teilweise deutlichen Unterschieden in der Wirtschaftlichkeit diese für den Zuteilungsentscheid stärker berücksichtigt werden sollte als in anderen HSM-Bereichen. Für die vorliegende Beurteilung empfiehlt sie, die die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mittel der sich bewerbenden Spitäler als Bezugsgrösse zu verwenden. Das HSM-Fachorgan berücksichtigt diese Empfehlung insofern, als die Methodik SwissDRG stärker gewichtet wird, die Methodik ITAR_K jedoch ebenfalls einfliesst, weil die Fallzahlen zum Teil so klein waren, dass keine statistisch verlässlichen Aussagen möglich waren, oder in einigen Fällen ganz fehlten. Fachliche und infrastrukturelle Bedingungen, die Minimalfallzahlen als Qualitätsmerkmal sowie die Abdeckung des Bedarfs, um einen gerechten Zugang zu ermöglichen, sollen bei der Vergabe der Leistungszuteilungen jedoch weiterhin prioritär gewichtet werden. Soweit danach noch Spielraum besteht, wird die Wirtschaftlichkeit für den Zuteilungsentscheid herangezogen.

Tabelle 38. Oesophagusresektion. Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft, Berichterstattung, Registerführung[1]	Selbstdeklaration Struktur-, Prozessqualität[1]	Fallzahlen Selbstdeklaration[1]	Fallzahlen Register resp. OP-Berichte[x]	anerkannte Weiterbildungsstätte[2]	Lehre + Forschung[3]	Wirtschaftlichkeit[4]
AG	Kantonsspital Aarau AG	ja	ja	nein	nein[x]	ja	ja	–
AG	Kantonsspital Baden AG	ja	ja	nein	nein	ja	ja	*[+]*
BS	St. Claraspital AG, Basel	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft, Berichterstattung, Registerführung[1]	Selbstdeklaration Struktur-, Prozessqualität[1]	Fallzahlen Selbstdeklaration[1]	Fallzahlen Register resp. OP-Berichte[x]	anerkannte Weiterbildungsstätte[2]	Lehre + Forschung[3]	Wirtschaftlichkeit[4]
BS	Universitätsspital Basel	ja	ja	nein	nein[x]	ja	ja	*[+]*
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ja	ja	ja	nein[x]	ja	ja	+ +
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+ +
BE	Lindenhof AG, Bern	ja	ja	nein	nein	nein	nein	*[–]*
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	ja	ja	nein	nein	ja	ja	*[+]*
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève	ja	ja	ja	nein[x]	ja	ja	*[–]*
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur	ja	ja	nein[y]	nein	ja	ja	*[+]*
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern	ja	ja	nein	nein	ja	ja	*[0]*
LU	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	*[–]*
SG	Kantonsspital St. Gallen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	0
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
VD	Clinique de la Source, Lausanne	ja	ja	nein[y]	nein	nein[z]	nein[z]	*kA*
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar	ja	nein	nein	nein	ja	nein	*[–]*
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
ZH	Kantonsspital Winterthur	ja	ja	nein	nein	ja	ja	*[+ +]*
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
ZH	Universitätsspital Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –

Hellblau unterlegt = Anforderung erfüllt

[1] Prüfung gemäss dem Katalog im Anhang A1; [2] zum Zeitpunkt der Bewerbung; falls «ja», überprüft, ob aktuell immer noch der Fall (nach Version 2018.9.12.1); [3] Evaluation basierend auf Angaben der Leistungserbringer im standardisierten Fragebogen zur Lehre, Weiterbildung und Forschung; [4] Die Angaben wurden wie folgt in dieser Tabelle umgesetzt: Die fünf Resultatekategorien wurden in Punkte übersetzt: +2 (für wirtschaftlich), +1 (für eher wirtschaftlich), 0 (für neutral), −1 (für eher nicht wirtschaftlich) und −2 (für nicht wirtschaftlich). Aus den drei Bewertungsmethoden wurde ein Durchschnitt gebildet. Dies ergibt für die Methode SwissDRG doppeltes Gewicht, was gerechtfertigt ist, weil diese Methode bereichsspezifisch ist. *[Eckige Klammern]* bedeuten, dass aufgrund tiefer Fallzahlen die Wirtschaftlichkeitsberechnungen statistisch auf schwachen Füssen stehen.

[x] nach Prüfung der Operationsberichte (vgl. Ist-Analyse, Tabelle 8)

[y] berichtigt nach Rückfrage

[z] sind der Ansicht, dass diese Anforderung dem KVG widerspricht

7.2 Pankreasresektion

Bereitschaft, den Leistungsauftrag zu erfüllen. Alle Bewerber sind bereit, die im Zuordnungsbericht[50] definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen (siehe Anhang A1) zu erfüllen (vgl. Tabelle 40).

Qualität:

Berichterstattung an die HSM-Organe, Registerteilnahme. Alle Bewerber erklären sich einverstanden, die Berichterstattungspflichten an die HSM-Organe zu erfüllen sowie die erforderlichen Registerführungspflichten einschliesslich Finanzierung wahrzunehmen.

Strukturqualität und Prozessqualität. Die meisten Bewerber erfüllen die Anforderungen bezüglich Struktur- und Prozessqualität nach Anhang A1, mit Ausnahme des Spitalzentrums Biel, das zwar über eine interventionelle Radiologie verfügt, jedoch mangels Radiologen nicht im 24 h/7 d-Betrieb, sowie des Zuger Kantonsspitals, welches weder über eine diagnostische und interventionelle Radiologie (oder Äquivalent) noch über eine interventionelle Endoskopie im 24 h/7 d-Betrieb verfügt.

Mindestfallzahlen:

Selbstdeklaration. Nach eigenen Angaben erfüllen 21 Bewerber die Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen pro Jahr (Dreijahresdurchschnitt), acht hingegen nicht. Das Hôpital fribourgeois ist der Ansicht, dass nicht nur die durchgeführten, sondern auch die unter «intention to treat» fallenden Fälle gezählt werden sollten. Zudem werde die Quantität zuungunsten der Qualität gewertet. Das Bürgerspital Solothurn möchte im Rahmen der Solothurner Spitäler AG seine ganze HSM-Viszeralchirurgie-Strategie neu ausrichten, wozu u. a. das Angebot der Pankreasresektion (mit Anstellung der entsprechenden Chefärzte) gehört – 2015 sei die Mindestfallzahl erreicht worden. Das Lindenhofspital und das Kantonsspital Glarus planen eine Erweiterung des Teams und erhoffen sich dadurch mehr Fälle. Das Zuger Kantonsspital beantragt, den Leistungsauftrag trotz nicht erreichter Fallzahlen zu erteilen, ihn im Gegenzug an einen bestimmten erfahrenen Chefarzt zu binden, der schon zahlreiche entsprechende Operationen durchgeführt habe. Das Hôpital du Valais erläutert, dass sie die vergangenen Jahre die Chirurgie umstrukturiert hätten und auch personelle Wechsel stattgefunden hätten, so dass erst seit 2016 wieder Pankreasoperationen durchgeführt wurden.

Registerzahlen (SGVC/AQC-Klinikstatistik). Die Mindestfallzahlen wurden anhand der im Register eingetragenen Fälle überprüft, dabei war der Zeitraum vom 21. Dezember 2013 bis zum 20. Dezember 2016 massgeblich. Über diese drei Jahre wurde der Jahresdurchschnitt errechnet. Bei dieser Überprüfung haben 20 Bewerber die nötigen Minimalfallzahlen erreicht, die anderen neun nicht. Bei den Kliniken, die bei der Selbstdeklaration angegeben hatten, die Zahlen zu erreichen, wurden die entsprechenden Operationsberichte einverlangt, um sie durch Experten daraufhin zu überprüfen, ob es sich um HSM-Fälle nach Zuordnungsdefinition handelt. Die Clinique de la Source hat daraufhin die Selbstdeklaration berichtigt, die Klinik Hirslanden im Park hat keine Berichte eingereicht. Die Operationsberichte der Spital Thurgau AG wurden nicht nach Standorten eingereicht, waren aber nach Standort bezeichnet. Daraus war ersichtlich, dass am Standort Münsterlingen allein die geforderte Fallzahl nicht erreicht würde, an beiden Standorten zusammengezählt jedoch schon. Der Standort Frauenfeld hat sich nicht beworben, seit 2017 würden diese Eingriffe nur noch in Münsterlingen durchgeführt.

[50] Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Februar 2016.

Weiterbildung, Lehre und Forschung:

Anerkannte Weiterbildungsstätte: Verlangt wurde die Anerkennung als Weiterbildungsstätte durch das SIWF der Kategorien V1, V2 oder V3. Gezählt wurde der Status «anerkannt» und «in Reevaluation», der Status «provisorisch» war bei keinem Spital gegeben. Es wurde nicht auf die Selbstdeklaration abgestellt, sondern eine direkte Überprüfung beim SIWF vorgenommen. 24 Spitäler verfügen über eine SIWF-Anerkennung als Viszeralchirurgie-Weiterbildungsstätte, fünf nicht. Die Lindenhof AG hat ein Gesuch eingereicht; dieses wurde am 27. März 2018 gutgeheissen, und zwar für die Kategorie V2 (2 Jahre). Die Clinique de la Source ist der Überzeugung, dass diese Anforderung dem KVG widerspreche.

Lehre und Forschung: Zum einen wurde bei den Bewerbern abgefragt, ob sie aktiv an klinischen Forschungsstudien, z. B. der SAKK[51], teilnehmen würden. Diverse Bewerber haben angegeben, dass es im Moment keine Forschungsprotokolle gebe, an denen sie sich beteiligen könnten. Weil den Bewerbern aus dieser Situation kein Nachteil erwachsen darf, wurde dieses Kriterium für den Zuteilungsvorschlag deshalb nicht separat gewichtet. Zum andern musste ein standardisierter Evaluationsfragebogen ausgefüllt werden. Dieser wurde ausgewertet, die Resultate finden sich in Tabelle 40. 23 Bewerber betätigen sich in Lehre und Forschung, sechs nicht oder nicht in beiden Bereichen (wobei die Clinique de la Source aus obengenanntem Grund keine Angaben macht).

Wirtschaftlichkeit. Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Eine Expertengruppe begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Haupterkenntnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in Tabelle 39 und das methodische Vorgehen im Anhang A2 summarisch dargestellt.

Die Analysen beruhen auf Vergleichen der Casemix-bereinigten, spitalindividuellen mittleren Fallkosten (Basiswerte) des Jahres 2015. Neben der Beurteilung auf Stufe Gesamtspital wird auch die Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung betrachtet. Es werden also zwei unterschiedliche Herangehensweisen angewendet:

1. Methodik ITAR_K®: Bei der Auswertung von Kostendaten ITAR_K® werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Casemix-bereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung»[52] ermittelt. Als Referenzwerte dienen die die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 11'058, übrige Akutspitäler: CHF 9'851) (vgl. Tabelle 39, linke Spalte).
2. Methodik SwissDRG: Bei der Auswertung nach SwissDRG werden die kalkulatorischen Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dienen einerseits die die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 12'968, übrige Akutspitäler: CHF 13'319) (vgl. Tabelle 39, mittlere Spalte) und andererseits die die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 14'476, übrige Akutspitäler: CHF 12'899) (vgl. Tabelle 39, rechte Spalte).

Weder bei Verwendung der Kostenausweise nach ITAR_K® noch bei den Daten SwissDRG werden für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Kostenunterschiede berücksichtigt, welche regio-

[51] Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung.
[52] Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind sinngemäss auch für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbar.

naler Natur sind. Zum Beispiel örtlich unterschiedliche Lohnkosten werden mangels breit akzeptierter Methodik nicht neutralisiert. Zudem ist bei niedrigen Fallzahlen mit der Auswertung nach SwissDRG keine statistisch gesicherte Aussage möglich. Die Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind daher zu relativieren.

Tabelle 39. Pankreasresektion. Einteilung Spitäler in «wirtschaftlich»[a], «eher wirtschaftlich»[b], «neutral»[c], «eher nicht wirtschaftlich»[d] und «unwirtschaftlich»[e] nach drei verschiedenen Methoden

	Methode		
	ITAR_K®	SwissDRG	
Referenzwert / Spital	Median	Median	Median, Fallzahl-gewichtet
Hirslanden Klinik Aarau AG	< R	*[< R]*	*[< R]*
Kantonsspital Aarau AG	> R	> R	> R
Kantonsspital Baden AG	> R	> R	> R
Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	± R	> R	> R
St. Claraspital AG, Basel	> R	± R	> R
Universitätsspital Basel	± R	< R	< R
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site*	± R	< R	< R
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	< R	± R	< R
Lindenhof AG, Bern	< R	*[> R]*	*[> R]*
Spitalzentrum Biel AG	± R	*[± R]*	*[> R]*
Hôpital fribourgeois	> R	*[± R]*	*[> R]*
Les hôpitaux universitaires de Genève	> R	> R	> R
Kantonsspital Glarus	> R	*[> R]*	*[> R]*
Kantonsspital Graubünden, Chur	> R	< R	< R
Klinik St. Anna AG, Luzern	< R	< R	< R
Luzerner Kantonsspital*	± R	± R	> R
Kantonsspital St. Gallen	> R	> R	> R
Solothurner Spitäler AG*	± R	< R	< R
Ente Ospedaliero Cantonale*	< R	< R	< R
Spital Thurgau AG*	> R	< R	< R
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	> R	< R	< R
Clinique de la Source, Lausanne	> R	keine Daten geliefert ⇨ keine Aussage möglich	
Hôpital du Valais, Sion	< R	keine Fälle im 2015 ⇨ keine Aussage möglich	
Zuger Kantonsspital AG, Baar	> R	*[< R]*	*[< R]*
Hirslanden Klinik AG, Zürich	> R	< R	< R
Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	> R	*[> R]*	*[> R]*

	Methode		
Kantonsspital Winterthur	± R	< R	< R
Stadtspital Triemli, Zürich	> R	± R	> R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

[a] «< R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % unter der Bezugsgrösse.

[b] «< R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % unter der Bezugsgrösse.

[c] «± R»: Abweichung der mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals zur Bezugsgrösse von weniger als 1.0%

[d] «> R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % über der Bezugsgrösse.

[e] «> R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % über der Bezugsgrösse.

[xx R]: eckige Klammern bedeuten, dass die Fallzahl unter 12 liegt, eine statistische Aussage schwerlich möglich ist.

* nicht nach Standorten getrennt

Gemäss der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach ITAR_K® liegen von den 29 Bewerbern 21 im Bereich von −4 bis +6 % unter resp. über dem Referenzwert, ein Bewerber liegt 11 %darunter, fünf Bewerber liegen 12 bis 25 % darüber. Bei der Auswertung der SwissDRG-Daten der 27 auswertbaren Bewerber ergibt sich ein recht heterogenes Bild. Drei Bewerber (Hirslanden Aarau und Bern, Spital Thurgau) liegen 25 bis 19 % unter dem Referenzwert, sechs 7 bis 12 % darunter, im Bereich von −5 bis +5 % liegen zwölf Spitäler, zwischen 10 und 12 % darüber liegen drei, und weitere drei (Universitätsspital Zürich, Hirslanden im Park und Les hôpitaux universitaires de Genève) weisen Werte von +23 bis 39 % über dem Referenzwert auf. Bei der Methode «Fallzahlgewichteter Median SwissDRG», bewegen sich die Werte in ähnlichen Dimensionen, wobei die Universitätsspitäler etwas günstiger werden.

Beurteilung des HSM-Fachorgans zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wurden zwei verschiedene Methoden verwendet – die erste mit dem Einbezug des ganzen Spitals, die zweite mit spezifischeren Daten für den HSM-Bereich, bei dieser wurde zusätzlich mit zwei Sub-Methoden gearbeitet. Naturgemäss bestehen methodische Einschränkungen und Vereinfachungen, und die Verlässlichkeit der Kostenberechnungen ist aus Gründen der in vielen Häusern kleinen Zahl an betroffenen Patienten eingeschränkt. Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeit» ist der Ansicht, dass bei der doch grösseren Zahl an Bewerbern und teilweise deutlichen Unterschieden in der Wirtschaftlichkeit diese für den Zuteilungsentscheid stärker berücksichtigt werden sollte als in anderen HSM-Bereichen. Für die vorliegende Beurteilung empfiehlt sie, die die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mittel der sich bewerbenden Spitäler als Bezugsgrösse zu verwenden. Das HSM-Fachorgan berücksichtigt diese Empfehlung insofern, als die Methodik SwissDRG stärker gewichtet wird, die Methodik ITAR_K jedoch ebenfalls einfliesst, weil die Fallzahlen zum Teil so klein waren, dass keine statistisch verlässlichen Aussagen möglich waren, oder in einigen Fällen ganz fehlten. Fachliche und infrastrukturelle Bedingungen, die Minimalfallzahlen als Qualitätsmerkmal sowie die Abdeckung des Bedarfs, um einen gerechten Zugang zu ermöglichen, sollen bei der Vergabe der Leistungszuteilungen jedoch weiterhin prioritär gewichtet werden. Soweit danach noch Spielraum besteht, wird die Wirtschaftlichkeit für den Zuteilungsentscheid herangezogen.

Tabelle 40. Pankreasresektion. Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft, Berichterstattung, Registerführun[1]	Selbstdeklaration Struktur-, Prozessqualität[1]	Fallzahlen Selbstdeklaration[1]	Fallzahlen Register resp. OP-Berichte[x]	anerkannte Weiterbildungsstätte[2]	Lehre + Forschung[3]	Wirtschaftlichkeit[4]
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG	ja	ja	ja	ja	nein	nein	+ +
AG	Kantonsspital Aarau AG	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
AG	Kantonsspital Baden AG	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
BL	Kantonsspital Baselland, Standort Liestal	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
BS	St. Claraspital AG, Basel	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
BS	Universitätsspital Basel	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+ +
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
BE	Lindenhof AG, Bern	ja	ja	nein	nein	nein	nein	*[–]*
BE	Spitalzentrum Biel AG	ja	nein	nein	nein	ja	ja	*[–]*
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg	ja	ja	nein	nein	ja	ja	*[–]*
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
GL	Kantonsspital Glarus	ja	ja	nein	nein	nein	nein	*[–]*
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
LU	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
SG	Kantonsspital St. Gallen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
SO	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn	ja	ja	nein	nein	ja	ja	+
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+ +
TG	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	ja	ja	ja	ja[x, a]	ja	nein	+
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
VD	Clinique de la Source, Lausanne	ja	ja	nein[y]	nein	nein[z]	nein[z]	*kA*
VS	Hôpital du Valais, Sion	ja	ja	nein	nein	ja	ja	*kA*

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft, Berichterstattung, Registerführung[1]	Selbstdeklaration Struktur-, Prozessqualität[1]	Fallzahlen Selbstdeklaration[1]	Fallzahlen Register resp. OP-Berichte[x]	anerkannte Weiterbildungsstätte[2]	Lehre + Forschung[3]	Wirtschaftlichkeit[4]
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar	ja	nein	nein	nein	ja	nein	*[+]*
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	ja	ja	ja	nein	nein	ja	*[– –]*
ZH	Kantonsspital Winterthur	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
ZH	Universitätsspital Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–

Hellblau unterlegt = Anforderung erfüllt

[1] Prüfung gemäss dem Katalog im Anhang A1; [2] zum Zeitpunkt der Bewerbung; falls «ja», überprüft, ob aktuell immer noch der Fall (nach Version 2018.9.12.1); [3] Evaluation basierend auf Angaben der Leistungserbringer im standardisierten Fragebogen zur Lehre, Weiterbildung und Forschung; [4] Die Angaben wurden wie folgt in dieser Tabelle umgesetzt: Die fünf Resultatekategorien wurden in Punkte übersetzt: +2 (für wirtschaftlich), +1 (für eher wirtschaftlich), 0 (für neutral), −1 (für eher nicht wirtschaftlich) und −2 (für nicht wirtschaftlich). Aus den drei Bewertungsmethoden wurde ein Durchschnitt gebildet. Dies ergibt für die Methode SwissDRG doppeltes Gewicht, was gerechtfertigt ist, weil diese Methode bereichsspezifisch ist. [Eckige Klammern] bedeuten, dass aufgrund tiefer Fallzahlen die Wirtschaftlichkeitsberechnungen statistisch auf schwachen Füssen stehen.
[a] Zusammengezählt mit Frauenfeld, welches sich nicht mehr für diesen Teilbereich bewirbt, vgl. Ausführungen des HMS-Fachorgans unter «Fallzahlen», S. 26.
[x] nach Prüfung der Operationsberichte (vgl. Ist-Analyse, Tabelle 13)
[y] berichtigt nach Rückfrage
[z] sind der Ansicht, dass diese Anforderung dem KVG widerspricht

7.3 Leberresektion

Bereitschaft, den Leistungsauftrag zu erfüllen. Alle Bewerber sind bereit, die im Zuordnungsbericht[53] definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen (siehe Anhang A1) zu erfüllen (vgl. Tabelle 42).

Qualität:

Berichterstattung an die HSM-Organe, Registerteilnahme. Alle Bewerber erklären sich einverstanden, die Berichterstattungspflichten an die HSM-Organe zu erfüllen sowie die erforderlichen Registerführungspflichten einschliesslich Finanzierung wahrzunehmen.

Strukturqualität und Prozessqualität. Die meisten Bewerber erfüllen die Anforderungen bezüglich Struktur- und Prozessqualität nach Anhang A1, mit Ausnahme des Zuger Kantonsspitals, welches weder über eine diagnostische und interventionelle Radiologie (oder Äquivalent) noch über eine interventionelle Endoskopie im 24 h/7 d-Betrieb verfügt.

[53] Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Februar 2016.

Mindestfallzahlen:

Selbstdeklaration. Nach eigenen Angaben erfüllen 20 Bewerber die Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen pro Jahr (Dreijahresdurchschnitt), fünf hingegen nicht. Das Kantonsspital Baden verweist auf einen Teamwechsel sowie auf die nach ihren Beobachtungen steigenden Lebermetastasenfällen, welche es ermöglichen würden, in Zukunft die Mindestfallzahlen zu erreichen. Das Kantonsspital Glarus plant eine Erweiterung des Teams, um die Fallzahlen zu erreichen. Das Hôpital du Valais verweist auf eine personelle Umstrukturierungsphase in der Viszeralchirurgie, welche – in Zusammenarbeit mit den hôpitaux universitaires de Genève – 2018 abgeschlossen sein soll.

Registerzahlen (SGVC/AQC-Klinikstatistik). Die Mindestfallzahlen wurden anhand der im Register eingetragenen Fälle überprüft, dabei war der Zeitraum vom 21. Dezember 2013 bis zum 20. Dezember 2016 massgeblich. Über diese drei Jahre wurde der Jahresdurchschnitt errechnet. Bei dieser Überprüfung haben 19 Bewerber die nötigen Minimalfallzahlen erreicht, die anderen sechs nicht. Bei den Kliniken, die bei der Selbstdeklaration angegeben hatten, die Zahlen zu erreichen, wurden die entsprechenden Operationsberichte einverlangt und durch Experten daraufhin überprüft, ob es sich um HSM-Fälle nach Zuordnungsdefinition handelt. Das Kantonsspital Graubünden und die Clinique de la Source haben daraufhin die Selbstdeklaration berichtigt.

Weiterbildung, Lehre und Forschung:

Anerkannte Weiterbildungsstätte: Verlangt wurde die Anerkennung als Weiterbildungsstätte durch das SIWF der Kategorien V1, V2 oder V3. Gezählt wurde der Status «anerkannt» und «in Reevaluation», der Status «provisorisch» war bei keinem Spital gegeben. Es wurde nicht auf die Selbstdeklaration abgestellt, sondern eine direkte Überprüfung beim SIWF vorgenommen via Publikation auf dessen Website. 21 Spitäler verfügen über eine SIWF-Anerkennung als Viszeralchirurgie-Weiterbildungsstätte, vier nicht. Die Clinique de la Source ist der Überzeugung, dass diese Anforderung dem KVG widerspreche.

Lehre und Forschung: Zum einen wurde bei den Bewerbern abgefragt, ob sie aktiv an klinischen Forschungsstudien, z. B. der SAKK[54], teilnehmen würden. Diverse Bewerber haben angegeben, dass es im Moment keine Forschungsprotokolle gebe, an denen sie sich beteiligen könnten. Weil den Bewerbern aus dieser Situation kein Nachteil erwachsen soll, wurde dieses Kriterium für den Zuteilungsvorschlag deshalb nicht separat gewichtet. Zum andern musste ein standardisierter Evaluationsfragebogen ausgefüllt werden. Dieser wurde ausgewertet, die Resultate finden sich in Tabelle 42. 20 Bewerber betätigen sich in Lehre und Forschung, sechs nicht oder nicht in beiden Bereichen (wobei die Clinique de la Source aus obengenanntem Grund keine Angaben macht).

Wirtschaftlichkeit. Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Eine Expertengruppe begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Haupterkenntnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in Tabelle 41 und das methodische Vorgehen im Anhang A2 summarisch dargestellt.

Die Analysen beruhen auf Vergleichen der Casemix-bereinigten, spitalindividuellen mittleren Fallkosten (Basiswerte) des Jahres 2015. Neben der Beurteilung auf Stufe Gesamtspital wird auch die Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung betrachtet. Es werden also zwei unterschiedliche Herangehensweisen angewendet:

[54] Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung.

1. Methodik ITAR_K®: Bei der Auswertung von Kostendaten ITAR_K® werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Casemix-bereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung»[55] ermittelt. Als Referenzwerte dienen die die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 11'058, übrige Akutspitäler: CHF 9'851) (vgl. Tabelle 41, linke Spalte).
2. Methodik SwissDRG: Bei der Auswertung nach SwissDRG werden die kalkulatorischen Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dienen einerseits die die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 13'434, übrige Akutspitäler: CHF 11'686) (vgl. Tabelle 41, mittlere Spalte) und andererseits die die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mediane der sich bewerbenden Spitäler (Universitätsspitäler: CHF 13'219, übrige Akutspitäler: CHF 11'694) (vgl. Tabelle 41, rechte Spalte).

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

Tabelle 41. Leberresektion. Einteilung Spitäler in «wirtschaftlich»[a], «eher wirtschaftlich»[b], «neutral»[c], «eher nicht wirtschaftlich»[d] und «unwirtschaftlich»[e] nach drei verschiedenen Methoden

	Methode		
	ITAR_K®	SwissDRG	
Referenzwert / Spital	Median	Median	Median, Fallzahl-gewichtet
Hirslanden Klinik Aarau AG	< R	< R	< R
Kantonsspital Aarau AG	> R	> R	± R
Kantonsspital Baden AG	> R	*[± R]*	*[± R]*
St. Claraspital AG, Basel	> R	> R	> R
Universitätsspital Basel	± R	< R	< R
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site*	± R	± R	± R
Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	< R	< R	< R
Les hôpitaux universitaires de Genève	> R	> R	> R
Kantonsspital Glarus	> R	*[< R]*	*[< R]*
Kantonsspital Graubünden, Chur	> R	*[± R]*	*[± R]*
Klinik St. Anna AG, Luzern	< R	< R	< R
Luzerner Kantonsspital*	± R	*[< R]*	*[< R]*
Kantonsspital St. Gallen	> R	< R	< R

[55] Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind sinngemäss auch für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbar.

	Methode		
Ente Ospedaliero Cantonale*	< R	> R	> R
Spital Thurgau AG*	> R	< R	< R
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	> R	± R	> R
Clinique de la Source, Lausanne	> R	keine Daten geliefert ⇨ keine Aussage möglich	
Hôpital du Valais	< R	keine Fälle im 2015 ⇨ keine Aussage möglich	
Zuger Kantonsspital AG, Baar	> R	*[< R]*	*[< R]*
Hirslanden Klinik AG, Zürich	> R	> R	> R
Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	> R	> R	> R
Kantonsspital Winterthur	± R	> R	> R
Stadtspital Triemli, Zürich	> R	< R	< R
Universitätsspital Zürich	± R	> R	> R

[a] «< R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % unter der Bezugsgrösse.
[b] «< R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % unter der Bezugsgrösse.
[c] «± R»: Abweichung der mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals zur Bezugsgrösse von weniger als 1.0%
[d] «> R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen zwischen 1 % und 10 % über der Bezugsgrösse.
[e] «> R»: Die mittleren, schweregradbereinigten Fallkosten des Spitals liegen mehr als 10 % über der Bezugsgrösse.
[xx R]: eckige Klammern bedeuten, dass die Fallzahl unter 12 liegt, eine statistische Aussage schwerlich möglich ist.
* nicht nach Standorten getrennt

Gemäss der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach ITAR_K® liegen von den 24 Bewerbern[56] 17 im Bereich von −4 bis +6 % unter resp. über dem Referenzwert, ein Bewerber liegt 11 % darunter, sechs Bewerber liegen 9 bis 25 % darüber. Bei der Auswertung der SwissDRG-Daten der 23 auswertbaren Bewerber ergibt sich ein recht heterogenes Bild. Zwei Bewerber (Universitätsspital Basel, Spital Thurgau) liegen 32 resp. 28 % unter dem Referenzwert, sechs 12 bis 18 % darunter, im Bereich von −7 bis +7 % liegen elf Spitäler, zwei liegen 14 % darüber und Hirslanden im Park weist einen Wert von 64 % über dem Referenzwert auf. Bei der Methode «Fallzahl-gewichteter Median SwissDRG», ergibt sich fast ein identisches Bild, wobei die Universitätsspitäler etwas günstiger werden.

Beurteilung des HSM-Fachorgans zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wurden zwei verschiedene Methoden verwendet – die erste mit dem Einbezug des ganzen Spitals, die zweite mit spezifischeren Daten für den HSM-Bereich, bei dieser wurde zusätzlich mit zwei Sub-Methoden gearbeitet. Naturgemäss bestehen methodische Einschränkungen und Vereinfachungen, und die Verlässlichkeit der Kostenberechnungen ist aus Gründen der in vielen Häusern kleinen Zahl an betroffenen Patienten eingeschränkt. Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeit» ist der Ansicht, dass bei der doch grösseren Zahl an Bewerbern und teilweise deutlichen Unterschieden in der Wirtschaftlichkeit diese für den Zuteilungsentscheid stärker berücksichtigt werden sollte als in anderen HSM-Bereichen. Für die vorliegende Beurteilung empfiehlt sie, die die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mittel der sich bewerbenden Spitäler als Bezugsgrösse zu verwenden. Das HSM-Fachorgan berücksichtigt diese Empfehlung insofern, als die Methodik SwissDRG stärker gewichtet wird, die Methodik ITAR_K jedoch ebenfalls einfliesst, weil die Fallzahlen zum Teil so klein waren, dass keine statistisch verlässlichen Aussagen möglich

[56] Die Spital Thurgau AG bewirbt sich mit beiden Standorten Frauenfeld und Münsterlingen, sowohl die ITAR_K- als auch die SwissDRG-Daten vermögen dies aber nicht zu differenzieren.

waren, oder in einigen Fällen ganz fehlten. Fachliche und infrastrukturelle Bedingungen, die Minimalfallzahlen als Qualitätsmerkmal sowie die Abdeckung des Bedarfs, um einen gerechten Zugang zu ermöglichen, sollen bei der Vergabe der Leistungszuteilungen jedoch weiterhin prioritär gewichtet werden. Soweit danach noch Spielraum besteht, wird die Wirtschaftlichkeit für den Zuteilungsentscheid herangezogen.

Tabelle 42. Leberresektion. Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft, Berichterstattung, Registerführung[1]	Selbstdeklaration Struktur-, Prozessqualität[1]	Fallzahlen Selbstdeklaration[1]	Fallzahlen Register resp. OP-Berichte[x]	anerkannte Weiterbildungsstätte[2]	Lehre + Forschung[3]	Wirtschaftlichkeit[4]
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG	ja	ja	ja	ja	nein	nein	+ +
AG	Kantonsspital Aarau AG	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
AG	Kantonsspital Baden AG	ja	ja	nein	nein[x]	ja	ja	*[–]*
BS	St. Claraspital AG, Basel	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
BS	Universitätsspital Basel	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+ +
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site	ja	ja	ja	ja	ja	ja	0
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+ +
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –
GL	Kantonsspital Glarus	ja	ja	nein	nein	nein	nein	*[+]*
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur	ja	ja	ja	ja	ja	ja	*[–]*
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+ +
LU	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern	ja	ja	ja	ja	ja	ja	*[+ +]*
SG	Kantonsspital St. Gallen	ja	ja	ja	ja	ja	ja	0
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
TG	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
TG	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen	ja	ja	ja	nein	ja	nein	
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
VD	Clinique de la Source, Lausanne	ja	ja	nein[y]	nein	nein[z]	nein[z]	kA
VS	Hôpital du Valais, Sion	ja	ja	nein	nein	ja	ja	kA
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar	ja	nein	nein	nein	ja	nein	*[+]*

Kanton	Leistungserbringer	Bereitschaft, Berichterstattung, Registerführung[1]	Selbstdeklaration Struktur-, Prozessqualität[1]	Fallzahlen Selbstdeklaration[1]	Fallzahlen Register resp. OP-Berichte[x]	anerkannte Weiterbildungsstätte[2]	Lehre + Forschung[3]	Wirtschaftlichkeit[4]
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich	ja	ja	ja	ja	nein	ja	– –
ZH	Kantonsspital Winterthur	ja	ja	ja	ja	ja	ja	–
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	+
ZH	Universitätsspital Zürich	ja	ja	ja	ja	ja	ja	– –

Hellblau unterlegt = Anforderung erfüllt

[1] Prüfung gemäss dem Katalog im Anhang A1; [2] zum Zeitpunkt der Bewerbung; falls «ja», überprüft, ob aktuell immer noch der Fall (nach Version 2018.9.12.1); [3] Evaluation basierend auf Angaben der Leistungserbringer im standardisierten Fragebogen zur Lehre, Weiterbildung und Forschung; [4] Die Angaben wurden wie folgt in dieser Tabelle umgesetzt: Die fünf Resultatekategorien wurden in Punkte übersetzt: +2 (für wirtschaftlich), +1 (für eher wirtschaftlich), 0 (für neutral), −1 (für eher nicht wirtschaftlich) und −2 (für nicht wirtschaftlich). Aus den drei Bewertungsmethoden wurde ein Durchschnitt gebildet. Dies ergibt für die Methode SwissDRG doppeltes Gewicht, was gerechtfertigt ist, weil diese Methode bereichsspezifisch ist. [Eckige Klammern] bedeuten, dass aufgrund tiefer Fallzahlen die Wirtschaftlichkeitsberechnungen statistisch auf schwachen Füssen stehen.
[x] nach Prüfung der Operationsberichte (vgl. Ist-Analyse, Tabelle 18)
[y] berichtigt nach Rückfrage
[z] sind der Ansicht, dass diese Anforderung dem KVG widerspricht

Da das HSM-Beschlussorgan in den Teilbereichen tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie noch keine Leistungszuteilungen vorgenommen hat, wird die Auswertung der eingegangenen Bewerbungen hier nicht aufgeführt.

8 Evaluationsverfahren

Die Empfehlungen für die Zuteilung einer HSM-Leistungserbringung wurden nach dem folgenden Evaluationsschema (vgl. Abbildung 1) erarbeitet:

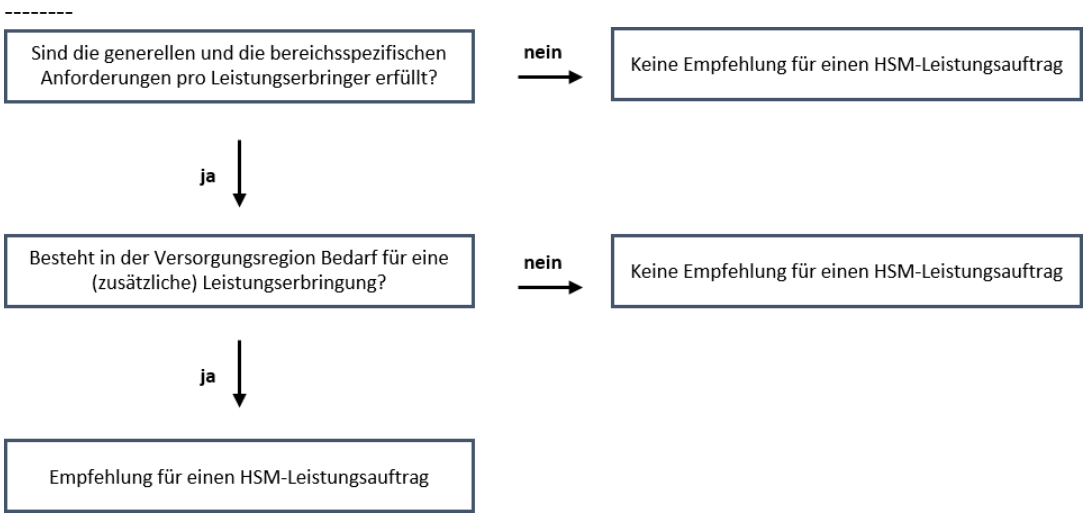


Abbildung 1. Evaluationsschema

Bei der Beurteilung des Bedarfs in einer Versorgungsregion werden nebst den Fallzahlen und den Patientenströmen auch folgende Kriterien berücksichtigt:

Vorhandensein eines HSM-Leistungserbringers in der Versorgungsregion
Besteht aufgrund der sprachlichen Region oder geographischen Lage Bedarf für Leistungserbringung

9 Zuteilungen der HSM-Leistungserbringung

Unter Berücksichtigung der Empfehlung des HSM-Fachorgans beschliesst das HSM-Beschlussorgan nachstehende Zuteilungen der HSM-Leistungserbringung. Der Leistungsauftrag soll für sechs Jahre erteilt werden. Damit wird für die Spitäler Planungssicherheit geschaffen. Zudem nimmt der Überprüfungsprozess im zweistufigen Verfahren viel Zeit in Anspruch. Für eine Neubeurteilung soll ausreichend Datenmaterial aus dem Viszeralchirurgieregister, das über eine genügend lange Zeit eingetragen wird, in guter Qualität zur Verfügung stehen. Somit ist eine Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre gerechtfertigt. Mithilfe des Monitorings und der Überprüfung der Registerdaten soll die Einhaltung der Anforderungen über die gesamte Dauer überwacht werden.

9.1 Oesophagusresektion

Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden acht Zentren:

Tabelle 43. Oesophagusresektion. Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Bereich «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie»

Kt	Leistungserbringer	Leistungsauftrag (Befristung, Auflagen/Bedingungen)	Begründung der Leistungszuteilung	Abdeckung Versorgung (353→530)*
BS	St. Claraspital AG, Basel[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	21 + 30
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	33 + 60
LU	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[z]	16 + 10
SG	Kantonsspital St. Gallen[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	20 + 35
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	36 + 25
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	29 + 20
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	17 + 30
ZH	Universitätsspital Zürich[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	39 + 30
			Total	211 + 240 = 451

Oe

Kt Westschweiz
Kt Nordwestschweiz
Kt Ostschweiz
Kt Zentralschweiz

* Die beiden Zahlen in der Titelzeile geben den Fallzahlen nach medizinischer Statistik (2015) an (vgl. Tabelle 7) resp. nach dem Pfeil den Bedarf nach Bedarfsanalyse im Jahr 2025 (siehe Seite 65), beides für die ganze Schweiz. Die Zahlen bei den Bewerbern geben ihre tatsächlich erbrachte Fallzahl (Registerdaten, über die drei 2014–2016 Jahre gemittelt, vgl. Tabelle 8) resp. die von ihnen selbst angegeben möglichen Kapazitätserhöhungen pro Jahr (vgl. Tabelle 32).

[d] bisher def. LA (4 Jahre)
[p] bisher prov. LA (2 Jahre; verlängert)
[x] Ausnahme: nicht wirtschaftlich
[y] Ausnahme: eher nicht wirtschaftlich
[z] Wirtschaftlichkeitsbeurteilung nicht aussagekräftig

Die vorgeschlagenen Bewerber erfüllen alle die gestellten Anforderungen. Allerdings konnte die Wirtschaftlichkeit nicht als ausschlaggebendes Kriterium gewertet werden, vgl. Ausführungen des HSM-Fachorgans auf S. 27. Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit sind als Fussnote vermerkt (detaillierte Angaben können der Tabelle 37 entnommen werden).

Werden die prognostizierten Bedarfszahlen mit den vorgeschlagenen Leistungszuteilungen verglichen, ist deren Anzahl nicht ausreichend. Dazu ist anzumerken, dass zum einen die Prognose naturgemäss diversen Unsicherheiten unterliegt. Zum andern sind Oesophagusresektionen ausgesprochen heikle und risikoreiche Eingriffe, so dass sie nicht an Zentren vergeben werden sollten, die nicht alle Kriterien vollständig erfüllen. Das HSM-Fachorgan geht davon aus, dass diese acht Zentren genügend Kapazitäten aufbauen können, um die Versorgung sicherzustellen und empfiehlt deshalb, Leistungsaufträge nur an diese zu erteilen. Dies auch angesichts der Tatsache, dass die zwölf abgelehnten Bewerber nur insgesamt 74 Oesophagusresektionen[57] durchgeführt haben, welche von den berücksichtigten Spitälern zusätzlich übernommen werden müssten.

Bei diesen Bewerbern können die Leistungsaufträge für sechs Jahre erteilt werden. Der Darstellung kann ebenfalls die Versorgungsabdeckung nach Regionen entnommen werden.

Tabelle 44. Oesophagusresektion. Nicht berücksichtigte Bewerber

Kt	Leistungserbringer	Begründung
AG	Kantonsspital Aarau AG[k]	Fallzahlen nicht erreicht
AG	Kantonsspital Baden AG[p]	Fallzahlen nicht erreicht
BS	Universitätsspital Basel[p]	Fallzahlen nicht erreicht
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site[p]	Fallzahlen nicht erreicht
BE	Lindenhof AG, Bern[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg[d]	Fallzahlen nicht erreicht
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève[d]	Fallzahlen nicht erreicht
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur[k]	Fallzahlen nicht erreicht
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern[k]	Fallzahlen nicht erreicht
VD	Clinique de la Source, Lausanne[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar[k]	keine 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines diagnostischen oder interventionellen Radiologen, keine 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie; Fallzahlen nicht erreicht; Lehre + Forschung ungenügend
ZH	Kantonsspital Winterthur[d]	Fallzahlen nicht erreicht

Kt Westschweiz
Kt Nordwestschweiz
Kt Ostschweiz
Kt Zentralschweiz

[d] bisher def. LA (4 Jahre)
[p] bisher prov. LA (2 Jahre; verlängert)
[k] bisher kein LA, allenfalls ein kantonaler

[57] Fallzahlen nach Register resp. Überprüfung Operationsberichte zwischen 1 und 11, im Durchschnitt 6.

Ausführlichere Begründungen für die Nichterteilung eines Leistungsauftrags werden in den individuellen Verfügungen dargelegt.

9.2 Pankreasresektion

Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden 18 Zentren:

Tabelle 45. Pankreasresektion. Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Bereich «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie»

Kt	Leistungserbringer	Leistungsauftrag (Befristung, Auflagen/Bedingungen)	Begründung der Leistungszuteilung	Abdeckung Versorgung (729→980)*
AG	Kantonsspital Aarau AG[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	14 + 50[42]
AG	Kantonsspital Baden AG[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	15 + 20
BL	Kantonsspital Baselland, Standort Liestal[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	16 + 30
BS	St. Claraspital AG, Basel[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	25 + 30
BS	Universitätsspital Basel[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	17 + 40
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	52 + 15
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	78 + 80
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	51 + 36
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur[k]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	23 + 10
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern[k]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	12 + 20
LU	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	37 + 15
SG	Kantonsspital St. Gallen[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	55 + 100
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	12 + 6
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	58 +20
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	41 + 30
ZH	Kantonsspital Winterthur[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	31 + 50
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	42 + 50
ZH	Universitätsspital Zürich[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	37 + 60
			Total	616 + 662 = 1278[42]

Kt Westschweiz
Kt Nordwestschweiz
Kt Ostschweiz
Kt Zentralschweiz
Kt Tessin

* Die beiden Zahlen in der Titelzeile geben den Fallzahlen nach medizinischer Statistik (2015) an (vgl. Tabelle 12) resp. nach dem Pfeil den Bedarf nach Bedarfsanalyse im Jahr 2025 (siehe Seite 66), beides für die ganze Schweiz. Die Zahlen bei den Bewerbern geben ihre tatsächlich erbrachte Fallzahl (Registerdaten, über die drei 2014–2016 Jahre gemittelt, vgl. Tabelle 13) resp. die von ihnen selbst angegeben möglichen Kapazitätserhöhungen pro Jahr (vgl. Tabelle 33).

[d] bisher def. LA (4 Jahre)
[p] bisher prov. LA (2 Jahre; verlängert)
[k] bisher kein LA, allenfalls ein kantonaler
[x] Ausnahme: nicht wirtschaftlich
[y] Ausnahme: eher nicht wirtschaftlich
[z] Wirtschaftlichkeitsbeurteilung nicht aussagekräftig

Die vorgeschlagenen Bewerber erfüllen alle die gestellten Anforderungen. Allerdings konnte die Wirtschaftlichkeit nicht als ausschlaggebendes Kriterium gewertet werden, vgl. Ausführungen des HSM-Fachorgans auf S. 27. Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit sind als Fussnote vermerkt (detaillierte Angaben können der Tabelle 39 entnommen werden).

Tabelle 46. Pankreasresektion. Nicht berücksichtigte Bewerber

Kt	Leistungserbringer	Begründung
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG[k]	keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
BE	Lindenhof AG, Bern[p]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
BE	Spitalzentrum Biel AG[p]	keine 24 h/7 d Verfügbarkeit einer interventionellen Radiologie (zu wenige Radiologen vorhanden/rekrutierbar); Fallzahlen nicht erreicht
FR	Hôpital fribourgeois, site de Fribourg[k]	Fallzahlen nicht erreicht
GL	Kantonsspital Glarus[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
SO	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn[p]	Fallzahlen nicht erreicht
TG	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen[k]	[Fallzahlen zusammen mit Frauenfeld erreicht, Konzentration auf Standort Münsterlingen, vgl. S. 26]; keine Lehre und Forschung
VD	Clinique de la Source, Lausanne[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
VS	Hôpital du Valais, Sion[p]	Fallzahlen nicht erreicht
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar[k]	keine 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines diagnostischen oder interventionellen Radiologen, keine 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie; Fallzahlen nicht erreicht; Lehre + Forschung ungenügend
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie

Kt Westschweiz
Kt Nordwestschweiz
Kt Ostschweiz
Kt Zentralschweiz
Kt Tessin

[p] bisher prov. LA (2 Jahre; verlängert)
[k] bisher kein LA, allenfalls ein kantonaler

Ausführlichere Begründungen für die Nichterteilung eines Leistungsauftrags werden in den individuellen Verfügungen dargelegt.

9.3 Leberresektion

Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden 17 Zentren:

Tabelle 47. Leberresektion. Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Bereich «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie»

Kt	Leistungserbringer	Leistungsauftrag (Befristung, Auflagen/Bedingungen)	Begründung der Leistungszuteilung	Abdeckung Versorgung (650→960)*
AG	Kantonsspital Aarau AG[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	14 + 50[43]
BS	St. Claraspital AG, Basel[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	24 + 30
BS	Universitätsspital Basel[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	25 + 40
BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	24 + 20
BE	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	81 + 100
GE	Les hôpitaux universitaires de Genève[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	58 + 36
GR	Kantonsspital Graubünden, Chur[k]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[z]	21 + 10
LU	Klinik St. Anna AG, Luzern[k]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	25 + 20
LU	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[z]	25 + 10
SG	Kantonsspital St. Gallen[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	30 + 40
TI	Ente Ospedaliero Cantonale, Standort Lugano[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	21 + 10
TG	Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld[k]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	13 + 10
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	47 + 20
ZH	Hirslanden Klinik AG, Zürich[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	35 + 30
ZH	Kantonsspital Winterthur[p]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[y]	37 + 50
ZH	Stadtspital Triemli, Zürich[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.	24 + 50
ZH	Universitätsspital Zürich[d]	auf sechs Jahre befristet	Alle Anforderungen erfüllt.[x]	64 + 100
			Total	568 + 626 = 1194[43]

Kt Westschweiz
Kt Nordwestschweiz
Kt Ostschweiz
Kt Zentralschweiz
Kt Tessin

* Die beiden Zahlen in der Titelzeile geben den Fallzahlen nach medizinischer Statistik (2015) an (vgl. Tabelle 17) resp. nach dem Pfeil den Bedarf nach Bedarfsanalyse im Jahr 2025 (siehe Seite 66), beides für die ganze Schweiz. Die Zahlen bei den Bewerbern geben ihre tatsächlich erbrachte Fallzahl (Registerdaten, über die drei 2014–2016 Jahre gemittelt, vgl. Tabelle 18) resp. die von ihnen selbst angegeben möglichen Kapazitätserhöhungen pro Jahr (vgl. Tabelle 34).

[d] bisher def. LA (4 Jahre)
[p] bisher prov. LA (2 Jahre; verlängert)
[k] bisher kein LA, allenfalls ein kantonaler
[x] Ausnahme: nicht wirtschaftlich
[y] Ausnahme: eher nicht wirtschaftlich
[z] Wirtschaftlichkeitsbeurteilung nicht aussagekräftig

Die vorgeschlagenen Bewerber erfüllen alle die gestellten Anforderungen. Allerdings konnte die Wirtschaftlichkeit nicht als ausschlaggebendes Kriterium gewertet werden, vgl. Ausführungen des HSM-Fachorgans auf S. 27. Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit sind als Fussnote vermerkt (detaillierte Angaben können der Tabelle 41 entnommen werden).

Tabelle 48. Leberresektion. Nicht berücksichtigte Bewerber

Kt	Leistungserbringer	Begründung
AG	Hirslanden Klinik Aarau AG[k]	keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
AG	Kantonsspital Baden AG[p]	Fallzahlen nicht erreicht
GL	Kantonsspital Glarus[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
TG	Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen[7]	Fallzahlen nicht erreicht; Lehre + Forschung ungenügend
VD	Clinique de la Source, Lausanne[k]	Fallzahlen nicht erreicht; keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie; Lehre + Forschung ungenügend
VS	Hôpital du Valais, Sion[p]	Fallzahlen nicht erreicht
ZG	Zuger Kantonsspital AG, Baar[k]	keine 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines diagnostischen oder interventionellen Radiologen, keine 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie; Fallzahlen nicht erreicht; Lehre + Forschung ungenügend
ZH	Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich[k]	keine Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie

Kt Westschweiz
Kt Nordwestschweiz
Kt Ostschweiz
Kt Zentralschweiz

[p] bisher prov. LA (2 Jahre; verlängert)
[k] bisher kein LA, allenfalls ein kantonaler

Ausführlichere Begründungen für die Nichterteilung eines Leistungsauftrags werden in den individuellen Verfügungen dargelegt.

In den Teilbereichen tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie hat das HSM-Beschlussorgan noch keine Leistungszuteilungen vorgenommen.

10 Schlussbemerkung

Der Entscheid des HSM-Beschlussorgans über die Leistungszuteilungen im HSM-Bereich «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie» wird im Bundesblatt veröffentlicht; die negativen Entscheide werden den Bewerbern separat mittels anfechtbarer Verfügung eröffnet.

11 Anhang

A1 Bereichsspezifische Anforderungen an die Leistungserbringer

Qualitätsanforderungen an Leistungserbringer für den HSM-Bereich «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie»

Aufgrund der Kriterien der IVHSM und der KVV legt das HSM-Fachorgan für den entsprechenden Bereich der hochspezialisierten Medizin leistungsspezifische Anforderungen fest. Die Auflagen, die für alle fünf Teilbereiche der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie Gültigkeit haben, sind nachstehend im Kapitel A1.1 detailliert aufgeführt, gefolgt von den teilbereichsspezifischen Auflagen (Kapitel A1.2 bis A1.6). Hierbei handelt es sich um den Anforderungskatalog, welcher das HSM-Fachorgan an seiner Sitzung vom 18. August 2016 verabschiedet hat.

A1.1 Qualitätsanforderungen für alle fünf Bereiche der «Komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie»

Berichterstattung an die IVHSM-Organe

	Jährliche Berichterstattung an die IVHSM-Organe zuhanden des HSM-Projektsekretariats. Die Berichterstattung umfasst insbesondere die Offenlegung: – der allfälligen Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie bedeutende strukturelle und personelle Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (bspw. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzen des Klinikdirektors oder in der ärztlichen sowie pflegerischen Leitung); – der im Rahmen des Minimaldatensatzregisters[58] erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität inkl. der Anzahl der behandelten Patienten (Fallzahlen). Dies beinhaltet eine Einwilligungserklärung, welche die Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft für Chirurgie (AQC) Adjumed Services AG ermächtigt, die in der SGVC/AQC-Klinikstatistik bzw. SMOB-Klinikstatistik erhobenen Daten an das HSM-Projektsekretariat weiterzuleiten. Die Berichterstattung erfolgt per Ende April.
	Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung

Mindestfallzahlen

Die KVV verordnet bei der Prüfung der Qualität im Spitalbereich auch Mindestfallzahlen zu beachten (Art. 58b KVV). Dies hat auch das Bundesverwaltungsgericht in seinen Urteilen bestätigt. Auch die allgemeine Akzeptanz der Beziehung zwischen Anzahl durchgeführter Interventionen in einem Zentrum und postoperativen Ergebnissen spricht aus medizinischer Sicht eindeutig für das Einführen der Mindestfallzahlen pro Zentrum [1]. Zahlreiche Untersuchungen zeigen eine

[58] siehe Beilage B2.

direkte und eindeutige Beziehung zwischen der Anzahl durchgeführter Interventionen in einem Zentrum und den postoperativen Ergebnissen inklusive postoperativer Komplikationen sowie Sterblichkeit während des Spitalaufenthalts [2, 3]. Dieser sogenannte «Volume-Outcome Effect» wurde auch für verschiedene viszeralchirurgische Behandlungen im Bereich der Oesophaguschirurgie [4–7], der Pankreaschirurgie [7–12], der resektiven Leberchirurgie [13], des kolorektalen Karzinoms [14–16] und der bariatrischen Chirurgie [17] demonstriert.

Im Entscheid vom 10. September 2013 war nach einer Übergangszeit von zwei Jahren mit einer Mindestfallzahl von zehn Eingriffen pro Jahr eine Anhebung der Mindestfallzahlen vorgesehen. Der Beobachtungszeitraum war zu kurz, um eine umfassende Beurteilung des Konzentrationseffekts der festgelegten Mindestfallzahlen (zehn Eingriffe/Jahr) vornehmen zu können. Das Fachorgan verzichtete aus dieser Überlegung vorerst auf die Anhebung der Mindestfallzahlen auf das vorgesehene Niveau und gewährt den Leistungserbringern eine längere Übergangszeit. Die Mindestfallzahlen werden für diese Übergangszeit nur leicht angehoben. In dieser Übergangszeit soll stattdessen ein enges Monitoring der Qualitätsdaten erfolgen, mit dem Ziel, mittelfristig die Planung auf die Qualität der Leistungserbringung abstützen zu können. Mit der verbindlichen Dokumentation im HSM-Register und der Auditierung der Datenqualität wurde der Grundstein für ein umfassendes Qualitätsmonitoring gelegt.

In den Kapiteln A1.2. bis A1.6. sind die Mindestfallzahlen für jeden der fünf Teilbereiche spezifisch aufgeführt.

Prozessqualität

Zwecks Qualitätssicherung wurde durch Hinzuziehen von Vertretern der SGC, SGVC und SMOB für jeden der fünf Teilbereiche der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie ein Minimaldatensatz erarbeitet und per 1. Juli 2014 zur Eingabe freigeschaltet. Der HSM-Datensatz ist in das bestehende SGVC-Register bzw. für die bariatrische Chirurgie in das SMOB-Register integriert, welches von der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie (AQC) getragen wird. Zur Sicherung der Datenqualität werden periodische Audits bei Leistungserbringern durchgeführt werden. Der neu definierte HSM-Datensatz wird für ein systematisches Benchmarking der Leistungserbringer und die Neubeurteilung der HSM-Leistungsaufträge beigezogen.

	Die Zentren verpflichten sich für jeden HSM-Eingriff[59] den definierten HSM-Minimaldatensatz zu erheben, welcher dem SGVC/AQC- bzw. SMOB/AQC-Register angeschlossen ist, und die erhobenen Daten an die IVSHM-Organe zu übermitteln.
	Die Zentren sind bereit, sich zwecks Qualitätssicherung der im SGVC/AQC- bzw. SMOB/AQC-Register erhobenen Daten einem regelmässigen Audit zu unterziehen und die daraus entstehenden Kosten zu übernehmen.
	Die Zentren sind bereit, die Betriebskosten des SGVC/AQC- bzw. SMOB/AQC-Registers anteilsmässig mitzutragen.

[59] Gemäss Anhang A1 des Berichts «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

Weiterbildung, Lehre und Forschung[60]

Für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen wird von den Zentren ein Engagement in Weiterbildung am Standort der Leistungserbringung erwartet, sowie aktive Teilnahme an Forschung und Entwicklung im betreffenden viszeralchirurgischen Bereich. Externe Vortragstätigkeiten im Ausland und/oder der Schweiz werden dabei nicht als ärztliche Weiterbildungstätigkeit betrachtet. Dies gilt ebenso für interne (geschlossene) sowie externe und/oder öffentliche Fortbildungsveranstaltungen.

	Die Zentren sind anerkannte Weiterbildungsstätten für Schwerpunkt Viszeralchirurgie (SIWF).
	Die Zentren haben das jeweilige viszeralchirurgische Teilgebiet in ihrem Weiterbildungskonzept speziell berücksichtigt. Das Weiterbildungskonzept ist öffentlich zugänglich.

A1.2 Spezifische Qualitätsanforderungen für den Bereich «Oesophagusresektion»

Strukturqualität

	Verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalenter Qualifikation.
	Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln: – 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer diagnostischen und interventionellen Radiologie (oder Äquivalent) – 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines qualifizierten Chirurgen-Teams (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalente Qualifikation) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder äquivalenter Ausbildung
	Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.
	24 h/7 d Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie
	Onkologie im Haus

[60] Die Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung an die IVHSM-Organe erfolgt zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung.

Mindestfallzahlen

	Für einen HSM-Leistungsauftrag im Bereich «Oesophagusresektion» muss pro Standort eine Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen[61] pro Jahr (Durchschnitt über die letzten drei Jahre)[62] erreicht werden.

Prozessqualität

	Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organe). Die Anforderungen sind in der Beilage B1 definiert.

Weiterbildung, Lehre und Forschung

	Aktive Teilnahme an klinischen Forschungsstudien (z. B. der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung [SAKK]) oder an anderen klinischen Forschungsprojekten).

A1.3 Spezifische Qualitätsanforderungen für den Bereich «Pankreasresektion»

Strukturqualität

	Verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalenter Qualifikation.
	Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln: – 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer diagnostischen und interventionellen Radiologie (oder Äquivalent) – 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines qualifizierten Chirurgen-Teams (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalente Qualifikation) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder äquivalenter Ausbildung
	Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.
	24 h/7 d Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie
	Onkologie im Haus

[61] gemäss Anhang A1 des Berichts «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

[62] Für die Analyse der Fallzahlen werden die verfügbaren Daten der letzten drei Jahre geprüft, gerechnet ab der Endfrist des Bewerbungsverfahrens.

Mindestfallzahlen

	Für einen HSM-Leistungsauftrag im Bereich «Pankreasresektion» muss pro Standort eine Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen[63] pro Jahr (Durchschnitt über die letzten drei Jahre)[64] erreicht werden.

Prozessqualität

	Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organe). Die Anforderungen sind im Beilage B1 definiert.

Weiterbildung, Lehre und Forschung

	Aktive Teilnahme an klinischen Forschungsstudien (z. B. der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung [SAKK]) oder an anderen klinischen Forschungsprojekten).

A1.4 Spezifische Qualitätsanforderungen für den Bereich «Leberresektion»

Strukturqualität

	Verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalenter Qualifikation.
	Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln: – 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer diagnostischen und interventionellen Radiologie (oder Äquivalent) – 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines qualifizierten Chirurgen-Teams (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalente Qualifikation) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder äquivalenter Ausbildung
	Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.
	24 h/7 d Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie
	Onkologie im Haus

[63] gemäss Anhang A1 des Berichts «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

[64] Für die Analyse der Fallzahlen werden die verfügbaren Daten der letzten drei Jahre geprüft, gerechnet ab der Endfrist des Bewerbungsverfahrens.

Mindestfallzahlen

	Für einen HSM-Leistungsauftrag im Bereich «Leberresektion» muss pro Standort eine Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen[65] pro Jahr (Durchschnitt über die letzten drei Jahre)[66] erreicht werden.

Prozessqualität

	Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organe). Die Anforderungen sind im Beilage B1 definiert.

Weiterbildung, Lehre und Forschung

	Aktive Teilnahme an klinischen Forschungsstudien (z. B. der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung [SAKK]) oder an anderen klinischen Forschungsprojekten).

A1.5 Spezifische Qualitätsanforderungen für den Bereich «Tiefe Rektumresektion»

Strukturqualität

	Verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalenter Qualifikation.
	Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln: – 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer diagnostischen Radiologie (oder Äquivalent) – 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines qualifizierten Chirurgen-Teams (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalente Qualifikation) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder äquivalenter Ausbildung
	Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.
	24 h/7 d Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie
	Onkologie im Haus
	Koordinierter Zugang zu Stomaberatung

[65] gemäss Anhang A1 des Berichts «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

[66] Für die Analyse der Fallzahlen werden die verfügbaren Daten der letzten drei Jahre geprüft, gerechnet ab der Endfrist des Bewerbungsverfahrens.

Mindestfallzahlen

	Für einen HSM-Leistungsauftrag im Bereich «Tiefe Rektumresektion» muss pro Standort eine Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen[67] pro Jahr (Durchschnitt über die letzten drei Jahre)[68] erreicht werden.

Prozessqualität

	Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organe). Die Anforderungen sind im Beilage B1 definiert.

Weiterbildung, Lehre und Forschung

	Aktive Teilnahme an klinischen Forschungsstudien (z. B. der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung [SAKK]) oder an anderen klinischen Forschungsprojekten).

A1.6 Spezifische Qualitätsanforderungen für den Bereich «Komplexe bariatrische Chirurgie»

Strukturqualität

	Verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalenter Qualifikation und mindestens fünfjähriger Erfahrung mit bariatrischen Operationen.
	Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln: – 24 h/7 d-Verfügbarkeit einer diagnostischen Radiologie (oder Äquivalent) – 24 h/7 d-Verfügbarkeit eines qualifizierten Chirurgen-Teams (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie oder äquivalente Qualifikation) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder äquivalenter Ausbildung
	24 h/7 d Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie
	Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.

[67] gemäss Anhang A1 des Berichts «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

[68] Für die Analyse der Fallzahlen werden die verfügbaren Daten der letzten drei Jahre geprüft, gerechnet ab der Endfrist des Bewerbungsverfahrens.

Mindestfallzahlen[69]

	Für einen HSM-Leistungsauftrag im Bereich «Komplexe bariatrische Chirurgie» muss pro Standort eine Mindestfallzahl von zwölf Eingriffen[70] pro Jahr (Durchschnitt über die letzten drei Jahre)[71] erreicht werden.

Prozessqualität

	Indikationsstellung durch interdisziplinäres Team gemäss den SMOB-Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2014 (medizinische Richtlinien, Kapitel 4.2 sowie administrative Richtlinien, Kapitel 3.1.2 und 3.1.3)
	Verpflichtung zur Abklärung, Behandlung und Nachkontrolle gemäss den Richtlinien der SMOB zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2014
	Dokumentation der Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der SMOB zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2014

Weiterbildung, Lehre und Forschung

	Aktive Teilnahme an klinischen Forschungsstudien oder an anderen klinischen Forschungsprojekten).

Anerkennung

	Anerkennung als bariatrisches Referenzzentrum durch die SMOB.[72]

[69] In den Richtlinien der SMOB zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2014 werden für Referenzzentren 50 Eingriffe, bzw. durchschnittlich 50 Fälle/Jahr während einer Zweijahresperiode empfohlen, allerdings ohne Angaben der Minimalfalzahlen für komplexe hochspezialisierte Eingriffe.

[70] gemäss Anhang A1 des Berichts «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Erläuternder Bericht für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin, Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

[71] Für die Analyse der Fallzahlen werden die verfügbaren Daten der letzten drei Jahre geprüft, gerechnet ab der Endfrist des Bewerbungsverfahrens.

[72] Liste der schweizerischen anerkannten bariatrischen Zentren (gültig ab 1. 5. 2016): www.smob.ch.

BEILAGEN ZU A1

B1 Verbindliche Anforderungen an HSM-Tumorboards[73]

Abschnitte 1 bis 3 stellen verbindliche Anforderungen an HSM-Tumorboards dar. Abschnitt 4 verweist auf weiterführende generelle Prinzipien, bei denen es sich um Empfehlungen des HSM-Fachorgans zur Organisation und Durchführung der HSM-Tumorboards handelt.

1. Begriffsklärung

Das Tumorboard ist ein interdisziplinäres medizinisches Fachgremium, welches bei Patienten mit einer bösartigen Erkrankung einen individuellen Behandlungsplan zu Diagnostik und Therapie entwickelt. Ein multidisziplinäres Tumorboard ist ein obligatorisches Kernelement der Prozessqualität für die folgenden vier Teilbereiche der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie:

- Oesophagusresektion
- Pankreasresektion
- Leberresektion
- Tiefe Rektumresektion

2. Funktionsweise und Qualitätsanforderungen an ein HSM-Tumorboard

2.1. Jede Primärdiagnose eines Malignoms wird an einem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt. Grundsätzlich wird jeder Patient vor der Initiierung von therapeutischen Schritten und Eingriffen vorgestellt und die Besprechung des Falls wird dokumentiert. Allfällige Ausnahmen von diesem Vorgehen sind in den SOPs der Institution festgehalten. Falls eine sofortige Intervention notwendig ist (z. B. Notfallindikation für sofortige Operation) wird der betreffende Primärfall post-interventionell im nächsten TB vorgestellt.
Postoperativ erfolgt eine erneute Vorstellung, um auf der Basis der pathologischen Aufarbeitung des Operationspräparates die weiteren therapeutischen Schritte (v. a. adjuvante Behandlungen und Nachsorge) interdisziplinär planen zu können.

2.2. Das multidisziplinäre Tumorboard stellt die Indikationen und legt auch indikationsspezifische resp. bereichsspezifische Richtlinien oder Arbeitsanweisungen (SOPs) fest. Dabei regeln die SOPs insbesondere:

- die Festlegung auf Diagnose- und Therapierichtlinien für Standardsituationen;
- den minimalen Datensatz, welcher für die Besprechung eines Patienten mit Primärdiagnose im Tumorboard vorhanden sein muss;
- die Kriterien für eine Wiedervorstellung eines Patienten im Tumorboard;
- die Kriterien für die Nachsorge;
- das Erfassen der Patientendaten;
- die Empfehlungen des Tumorboards und die durchgeführten Behandlungen, in einer Form, die Auswertungen des Behandlungserfolgs ermöglicht.

Diese Richtlinien und SOPs werden mindestens jährlich auf ihre Aktualität überprüft.

[73] Erarbeitet auf Grundlage der Empfehlung SAKK «Generelle Prinzipien und Anforderungen an ein interdisziplinäres Tumorboard».

2.3. Das Tumorboard trifft sich ohne zeitliche Verzögerung mindestens einmal pro Woche und kann bei Bedarf auch kurzfristig einberufen werden.

2.4. Das obligatorische Kernteam des Tumorboards setzt sich aus Vertretern der folgenden Fachdisziplinen zusammen:

- *2 Medizinische Onkologen*
- *2 Viszeralchirurgen*
- *1 Radioonkologe*
- *1 Radiologe*
- *1 Gastroenterologe*
- *1 Pathologe*

Jede Fachdisziplin des Kernteams ist an jedem Tumorboard vertreten. Mitglieder des Kernteams verfügen über einen Facharzttitel FMH (oder äquivalente Qualifikation) respektive über eine Weiterbildung in einem Schwerpunkt FMH (oder äquivalente Qualifikation) und haben abhängig von der Fachdisziplin Erfahrung mit der Behandlung/Diagnose der entsprechenden Erkrankung.

2.5. Das obligatorische Kernteam kann bei Bedarf (indikationsspezifisch) um weitere Fachärzte erweitert werden. So können je nach klinischer Situation bspw. Vertreter der Fachdisziplinen, der Querschnittsfächer oder andere Spezialisten am Tumorboard teilnehmen.

2.6. An der Sitzung ist mindestens ein Arzt präsent, welcher den zu besprechenden Patienten persönlich konsultiert hat.

2.7. Falls im Tumorboard keine Einigkeit betreffend die empfohlene Behandlung erreicht werden kann, oder mehrere Optionen in Frage kommen, so ist dem Patienten die ganze Breite der Möglichkeiten darzustellen (idealerweise interdisziplinär).

2.8. Ein Beschlussprotokoll, das die Namen der beteiligten Mitglieder des Kernteams und die Therapieempfehlung enthält, ist für jede Tumorboard-Vorstellung obligatorisch. Die elektronische Zugänglichkeit des Protokolls wird sichergestellt.

3. Organisation des Tumorboards

3.1. Das Tumorboard bestimmt einen Moderator. Dieser leitet das Tumorboard und ist für die Organisation und Durchführung des Tumorboard-Meetings verantwortlich.

3.2. Das Tumorboard bestimmt einen Koordinator, welcher den Moderator in seinen Aufgaben unterstützt. Der Moderator ist dem Koordinator gegenüber weisungsbefugt.

3.3. Das Tumorboard bestimmt einen Protokollführer, der mittels Protokollierung die nächsten Schritte sicherstellt.

3.4. Der fallführende Arzt, oder sein Stellvertreter, stellt den Fall im Tumorboard vor.

3.5. Die Fachdisziplinen des Kernteams des Tumorboards sind bei allen Sitzungen vollständig anwesend. Falls ein Tumorboard-Mitglied nicht anwesend sein kann, bezeichnet er seinen Stellvertreter.

4. Weiterführende Prinzipien und Anforderungen an ein interdisziplinäres Tumorboard

4.1. Die Anforderungen unter Ziffer 1 bis 3 sind verbindlich. Bei Bedarf können jedoch weitere Prinzipien bei der Organisation und Durchführung von Tumorboards gemäss den Empfehlungen des HSM-Fachorgans[74] angewendet werden.

[74] Empfehlungen des HSM-Fachorgans zur Organisation und Durchführung der HSM-Tumorboards vom 13. April 2015, http://www.gdk-cds.ch/.

B2 Minimaldatensatz

	Rektum Karzinom	Rektum Prokto-kolektomie	Pankreas maligne	Pankreas benigne	Leber maligne	Leber benigne	Oesophagus maligne	Oesophagus benigne	Bariatrie	Watch and Wait
Eintrittsinformationen										
Institutions-Nr.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fallnummer Spital	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*
Geburtsjahr	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Geschlecht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
ASA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Charlson Index	x	x	x	x	x	x	x	x		x
BMI (kg/m^2)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hauptdiagnose (ICD-Code)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hauptdiagnose Text	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*
Datum Tumordiagnose	x		x	x	x		x			x
Datum erstes Tumorboards	x		x		x		x			x
Neoadjuvante Therapie	x		x		x		x			x
Datum Ende neoadjuvante Therapie	x		x		x		x			x
Operation										
Operationsdatum	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Operationscode	x	x	x	x	x	x	x	x		
SMOB-Code									x	
Dringlichkeit Operation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Operations-Intention	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Operateur 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Level Weiterbildung Operateur 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Operateur 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Level Weiterbildung Operateur 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Teaching	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Hospitalisation										
Eintrittsdatum	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Austrittsdatum	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Komplikation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Komplikationsart	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	*x*	
Re-Operation gleiche Hospitalisation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Verlegungsort/Austritt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
30-Tage-Mortalität	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

	Rektum Karzinom	Rektum Prokto-kolektomie	Pankreas maligne	Pankreas benigne	Leber maligne	Leber benigne	Oesophagus maligne	Oesophagus benigne	Bariatrie	Watch and Wait
Pathologie										
Histologischer Tumortyp	x		x		x		x			x
TNM-Stadium	x		x		x		x			
Version TNM Klassifikation	x		x		x		x			
Anzahl reserzierter Lymphknoten	x		x				x			
Anzahl befallener Lymphknoten	x		x				x			
R-Resektion	x		x		x		x			
Follow-up										
Datum Follow-up 1 Jahr	x		x		x		x			x
Status 1 Jahr	x		x		x		x			x
Datum Follow-up 3 Jahre	x		x		x		x			x
Status 3 Jahre	x		x		x		x			x
Datum Follow-up 5 Jahre	x		x		x		x			x
Status 5 Jahre	x		x		x		x			x
Zusatz Rektum (Suppl 9)										
Distanz ab anokutan (starre Rektoskopie)	x									
Distanz ab ano anterior (Radiologie)	x									
Distanz ab ano posterior (Radiologie)	x									
Qualität TME	x									
distaler Resektionsrand	x									
CRM (circumferential resection margin)	x									
Anastomoseninsuffizienz	x	x								
Zusatz Pankreas										
Blutung			x	x						
Fistel			x	x						
verzögerte Magenentleerung			x	x						
Pfortaderresektion			x							
adjuvante Chemotherapie			x							
Datum Beginn adjuvante Chemotherapie			x							
Transfusion intraoperativ bis erste 24 h postoperativ			x	x						

	Rektum Karzinom	Rektum Prokto-kolektomie	Pankreas maligne	Pankreas benigne	Leber maligne	Leber benigne	Oesophagus maligne	Oesophagus benigne	Bariatrie	Watch and Wait
Zusatz Leber										
Transfusion intraoperativ bis erste 24 h postoperativ					x	x				
Gallenleck					x	x				
Leberversagen					x	x				
Resektionsrand					x					
Resezierte Segmente					x	x				
Zusatz Oesophagus										
Siewert Klassifikation							x			
Anastomoseninsuffizienz							x	x		
Verlust intestinale Kontinuität							x	x		
Tracheobronchiale Läsion							x	x		
Rekurrensparese							x	x		
neu aufgetretenes Vorhofflim-mern							x	x		
Stunden invasive Beatmung postoperativ							x	x		
Resektionsverfahren							x	x		
Rekonstruktionsverfahren 1							x	x		
Rekonstruktionsverfahren 2							x	x		
Rekonstruktionsverfahren 3							x	x		
Zusatz Bariatrie										
Datum Erstkontakt Zentrum									x	
Anastomoseninsuffizienz									x	
Typ Anastomoseninsuffizienz									x	
Blutung mit Transfusionsbedürf-tigkeit									x	
Wundinfekt									x	
Thrombose									x	
Ileus									x	
Zusatz Watch and Wait										
Organ Watch and Wait										x
Behandlungsintention kurativ										x
theoretische Operation										x
Studie/Register										x
Name Studie/Register										x
Nummer Studie/Register										x
Datum Tumorboard Watch and Wait										x

kursiv bedeutet fakultative Eingabe

B3 Literaturverzeichnis

1. *Jüni, P., et al., Inter-cantonal agreement on highly specialized Medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialized medicine. Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, 2014.*
2. *Birkmeyer, J.D., et al., Hospital volume and surgical mortality in the United States. N Engl J Med, 2002.* ***346****(15): p. 1128–37.*
3. *Birkmeyer, J.D., et al., Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States. The New England Journal of Medicine, 2003.* ***349****(22): p. 2117–27.*
4. *Rouvelas, I. and J. Lagergren, The impact of volume on outcomes after oesophageal cancer surgery. ANZ journal of surgery, 2010.* ***80****(9): p. 634–641.*
5. *Skipworth, R., et al., The relationship between hospital volume and post-operative mortality rates for upper gastrointestinal cancer resections: Scotland 1982–2003. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 2010.* ***36****(2): p. 141–147.*
6. *Metzger, R., et al., High volume centers for esophagectomy: what is the number needed to achieve low postoperative mortality? Diseases of the Esophagus, 2004.* ***17****: p. 310–314.*
7. *Mamidanna, R., et al., Surgeon Volume and Cancer Esophagectomy, Gastrectomy, and Pancreatectomy: A Population-based Study in England. Ann Surg, 2016.* ***263****(4): p. 727–32.*
8. *Fong, Y., et al., Long-term survival is superior after resection for cancer in high-volume centers. Annals of Surgery, 2005.* ***242****(4): p. 540.*
9. *Gooiker, G.A., et al., Systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in pancreatic surgery. Br J Surg, 2011.* ***98****(4): p. 485–94.*
10. *van der Geest, L.G., et al., Elderly Patients Strongly Benefit from Centralization of Pancreatic Cancer Surgery: A Population-Based Study. Ann Surg Oncol, 2016.*
11. *Hata, T., et al., Effect of Hospital Volume on Surgical Outcomes After Pancreatico-duodenectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg, 2016.* ***263****(4): p. 664–72.*
12. *Mathur, A., et al., Pancreaticoduodenectomy at High-volume Centers: Surgeon Volume Goes Beyond the Leapfrog Criteria. Ann Surg, 2015.* ***262****(2): p. e37-9.*
13. *McKay, A., et al., Impact of surgeon training on outcomes after resective hepatic surgery. Ann Surg Oncol, 2008.* ***15****(5): p. 1348–55.*
14. *Iversen, L.H., et al., Influence of caseload and surgical speciality on outcome following surgery for colorectal cancer: a review of evidence, Part 2: Long-term outcome. Blackwell Publishing Ltd. Colorectal Disease, 2007.* ***9****: p. 38–46.*
15. *Nugent, E. and P. Neary, Rectal cancer surgery: volume-outcome analysis. Int J Colorectal Dis, 2010.* ***25****(12): p. 1389–96.*
16. *Van Gijn, W., et al., Volume and outcome in colorectal cancer surgery. European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 2010.* ***36****: p. S55-S63.*
17. *Hollenbeak, C.S., et al., Surgical volume impacts bariatric surgery mortality: A case for centers of excellence. Surgery, 2008.* ***144****(5): p. 736–743.*

A2 Methodik der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeit» zusammengesetzt aus Vertretern der kantonalen Gesundheitsdirektionen (AG, BE, GE, TI, VD, ZH) wurde vom HSM-Beschlussorgan beauftragt, die sich bewerbenden Spitäler einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterziehen. Das BVGer verweist in seinem Urteil C-6539_2011 auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie in der kantonalen Spitalplanung durchzuführen ist (BVGE C547-2011), äussert sich jedoch nicht dazu, ob die Kostenvergleiche auf der Ebene einer einzelnen HSM-Leistung resp. einem bestimmten HSM-Bereich oder auf Ebene des Gesamtspitals zu ermitteln sind. Laut Urteil C-4232/2014 haben Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Spitalplanung auf der Basis eines Kosten-Benchmarkings zu erfolgen (E. 5.1.2). Angesichts dieser Tatsache und aufgrund der verfügbaren Datensätze hat die Expertengruppe die Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Leistungserbringer im Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie durch zwei unterschiedliche Herangehensweisen überprüft:

1. *Auswertung von Kostendaten ITAR_K®.*

    - *Welche Kosten werden verglichen?*

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit würde es aufgrund unterschiedlicher Grösse bzw. unterschiedlicher Fallzahl und unterschiedlichem Fallmix der Spitäler keinen Sinn machen, die gesamten Betriebskosten der Spitäler als Grundlage für den Vergleich heranzuziehen. Stattdessen werden die Fallmix-bereinigten mittleren Fallkosten, die sogenannten Basiswerte untereinander verglichen. Die relevanten Informationen stammen aus den Kostenausweisen ITAR_K® der sich bewerbenden Spitäler des Jahres 2015 bzw. aus den von den Kantonen aufbereiteten, plausibilisierten, auf die wesentlichen Parameter fokussierten Kostenausweisen. Die GDK hat eine Methodik vorgegeben, nach welcher die Kantone die Kostenausweise plausibilisieren. Zudem erstellen sie ein Profilblatt, in welchem die für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendeten Informationen enthalten sind, insbesondere die Kalkulationsmethode für die anrechenbaren Betriebskosten und die Ermittlung der Benchmarking-relevanten mittleren Fallkosten.

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

- *Plausibilisierung und Korrektur ITAR_K®*

Die Standortkantone der Spitäler prüfen die Kostenausweise ITAR_K® nach Vorgabe der GDK für den unter den Kantonen vereinbarten Austausch von Kostendaten zwecks Durchführung von Betriebsvergleichen. Mehrere Prüfbereiche bzw. Fragestellungen werden jeweils für die Plausibilisierung herangezogen. Für jedes Spital gibt es ein Plausibilisierungsprotokoll sowie eine Profildatei mit den relevanten, für die Betriebsvergleiche massgeblichen Parametern, im Bedarfsfall mit korrigierten Kostendaten. Beide Dokumente liegen dem HSM-Projektsekretariat in der Regel für jedes Spital vor. Das Kantonsspital Graubünden, das Hôpital neuchâtelois, die Clinique de la Source und das Zuger Kantonsspital AG haben ihre ITAR_K® Kostenausweise direkt dem Sekretariat IVHSM zugestellt. Diese sind vorgängig nicht durch die zuständigen Kantone nach Vorgabe der GDK vorplausibilisiert und korrigiert worden. Daher mussten diese nach Vorlage separat plausibilisiert/korrigiert und für die Weiterverwendung aufbereitet werden. Verschiedene Spitäler mit zwei oder mehreren Standorten haben keinen nur für den sich bewerbenden Standort gültigen Kostenausweis. Deshalb wurde in diesen Fällen der über alle Standorte vorliegende Kostenausweis verwendet. Es sind dies Hirslanden Bern AG (Standort Klinik Beau-Site),

Luzerner Kantonsspital (Standorte Luzern und Sursee), Solothurner Spitäler AG (Standorte Bürgerspital Solothurn und Kantonsspital Olten) sowie Spital Thurgau AG (Kantonsspital Frauenfeld und Kantonsspital Münsterlingen).

Die für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendeten, auf ITAR_K® basierenden Profiltabellen sind seitens GDK standardisiert. Für den Fallkostenvergleich wird die in der Profiltabelle «CMI-bereinigte Fallkosten» genannte Grösse verwendet.

- *Referenzwert*

Als Bezugsgrösse für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach ITAR_K® wird der Median der Benchmarking-relevanten Basiswerte, inkl. Anlagenutzungskosten (ANK) nach VKL[75] der sich bewerbenden Spitäler verwendet. Dabei wird zwischen Universitätsspitälern und übrigen Akutspitälern unterschieden.

2. Auswertung von Kostendaten der SwissDRG AG.

- *Vorbemerkungen*

Mit dem Kostenausweis ITAR_K® ist – wie weiter oben dargelegt – keine Eingrenzung der Fälle auf einen spezifischen HSM-Bereich möglich. Es kann also sein, dass ein Spital über sein gesamtes Leistungsspektrum nach ITAR_K® als «eher wirtschaftlich» eingestuft wird, im spezifischen HSM-Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie aber als «eher unwirtschaftlich» und umgekehrt.

Die Organe der IVHSM haben in Kooperation mit der GD Zürich unter Verwendung des SPL-Groupers definiert, welche Fälle dem Bereich komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie zuzuordnen sind. Die Zuordnung geschieht mittels der Klassifikationssysteme ICD-10 GM (für Diagnosen) und CHOP (für Operationen, Eingriffe und Therapien).

Der HSM-Bereich komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie untergliedert sich in die fünf Teilbereiche:

A. Oesophagusresektion
B. Leberresektion
C. Pankreasresektion
D. Tiefe Rektumresektion
E. Komplexe bariatrische Chirurgie (einschliesslich bariatrische Chirurgie bei komplexen Patienten)

Beim Teilbereich E. konnte ein einschränkendes Selektionskriterium, welches auf der ASA-Klassifikation (ein Schema zur Einteilung von Patienten in verschiedene Gruppen bezüglich des körperlichen Zustandes) beruht, nicht berücksichtigt werden, weil der Parameter nicht Bestandteil der medizinischen Statistik der Krankenhäuser ist. Die SwissDRG AG wurde vom IVHSM-Sekretariat damit beauftragt, die für die spätere Auswertung benötigten Basistabellen inkl. Fallkostendaten der sich bewerbenden Spitäler für das Jahr 2015 aufzubereiten. Die sich bewerbenden Spitäler haben eingewilligt, dass ihre SwissDRG-Daten für die Analysen der Wirtschaftlichkeitsprüfung verwendet werden. Damit wird es möglich, Kostenvergleiche zwischen den Spitälern anzustellen, welche auf den HSM-Bereich komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie bzw. auf die fünf oben genannten Teilbereiche eingegrenzt sind.

[75] Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL); SR 832.104.

Die Auswertungen erfolgen getrennt nach den fünf Teilbereichen, da sich die Spitäler für einzelne oder alle Teilbereiche separat beworben haben.

- *Welche Kosten werden verglichen?*

Verglichen werden die kalkulatorischen Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums. Dazu wurden nur SwissDRG-Fälle[76] akut stationär (KVG + KVG/Zusatzversicherung) des Jahres 2015 (Austritte) selektiert, welche dem HSM-Bereich Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie zugeordnet sind.

- *Referenzwert*

Als Bezugsgrössen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach SwissDRG dienen einerseits die Spitalkategorie berücksichtigenden Mediane der sich bewerbenden Spitäler und andererseits die Spitalkategorie berücksichtigenden Fallzahl-gewichteten Mediane der sich bewerbenden Spitäler.

- *Plausibilisierung*

Eine Kontrolle und Plausibilisierung der SwissDRG-Daten beschränkt sich auf folgende Elemente:
– Korrektheit der Programmierung (Überprüfung der Programmcodes im Statistikpaket R)
– Plausibilität der Fallzahl

Korrektheit der Programmierung: Die Korrektheit des Abfrage-Programmcodes wurde geprüft. Es konnten keine Programmierfehler entdeckt werden.

Plausibilität der Fallzahlen: Die Plausibilisierung der Fallzahlen basiert einerseits auf einem Vergleich mit einer Abfrage, welche die Gesundheitsdirektion Zürich mit ihrem SPL-Grouper für die betreffenden Leistungsbereiche aus der medizinischen Statistik des BFS für das Datenjahr 2015 vorgenommen hat. Andererseits wird mit den Registerdaten des SGVC/AQC-Registers für den Bereich Viszeralchirurgie für das Datenjahr 2015 verglichen.

Die Abweichungen in den Fallzahlen (SwissDRG-Abfrage versus BFS-Statistik und versus Registerdaten) bewegen sich durchwegs in einem vertretbaren Rahmen. Insgesamt können die Fallzahlen, welche die SwissDRG AG für IVHSM aufbereitet hat, als plausibel erachtet werden. Sie werden unverändert für die Analysen verwendet.

Hinweis: Die Clinique de la Source hat sich für alle fünf Teilbereiche beworben und das Hôpital neuchâtelois für zwei Teilbereiche. Die beiden Kliniken haben aber der SwissDRG AG für das Datenjahr 2015 ihre Falldaten nicht geliefert. Folglich können keine Auswertungen für diese Kliniken vorgenommen werden. Ebenfalls keine Auswertungen können vorgenommen werden, wenn im Datenjahr 2015 keine Behandlungen in den definierten Bereichen vorgenommen wurden.

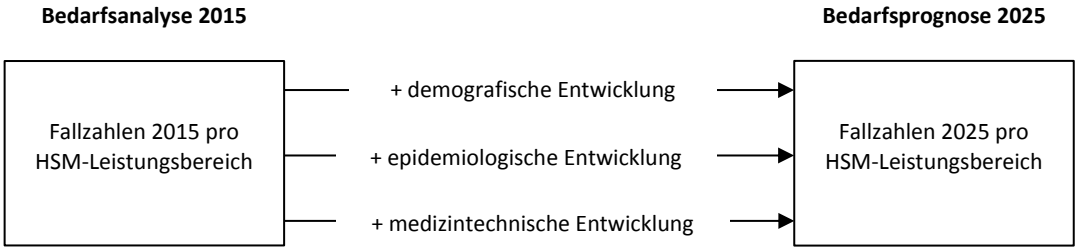
[76] Quelle: Plausibilisierte und unplausibilisierte Fälle aus der SwissDRG-Datenbank.

Die beiden Methoden liefern unterschiedliche Werte bei einzelnen Spitälern, mit zum Teil widersprüchlichen Resultaten. Dies ist nachvollziehbar, weil bei der ITAR_K-basierten Methode das ganze Spital, wohingegen bei der SwissDRG-basierten Methode nur das HSM-Leistungsspektrum untersucht wurde. Die Leistungsspektrum-bezogenen Betrachtungen «Median SwissDRG» (und auch «Fallzahl-gewichteter Median SwissDRG») sind im Zweifelsfall der Gesamtspital-bezogenen Betrachtung «Median ITAR_K®» vorzuziehen, da auf den spezifischen HSM-Bereich fokussiert wird.

A3 Methodik der Bedarfsanalyse

Das hier verwendete Prognosemodell lehnt sich am Modell der Zürcher Spitalplanung 2012 an, welches seither auch in vielen anderen Kantonen zur Anwendung kommt. Für die Bedarfsprognose steht im «Zürcher Modell» die Hospitalisationsrate im Zentrum. Anhand der Entwicklungen einzelner wichtiger Einflussfaktoren wird die Veränderung der Hospitalisationsrate geschätzt. Der Prognosehorizont wurde auf zehn Jahre festgelegt, so dass sich die Prognose gegenwärtig auf das Jahr 2025 bezieht.

Die Patientenzahlen im Jahr 2025 hängen davon ab, wie sich die Einwohnerzahl bis 2025 entwickelt und wie häufig die Einwohner im Spital behandelt werden (Hospitalisationsrate). Die Einwohnerzahl kann mittels statistischer Modelle relativ gut prognostiziert werden. Die Hospitalisationsrate wird dagegen neben der demographischen Entwicklung der zunehmenden Alterung der Schweizer Bevölkerung primär durch die epidemiologische und medizintechnische Entwicklung beeinflusst.



Die Prognose der Fallzahlen 2025 durch die Gesundheitsdirektion Zürich erfolgt in den folgenden drei Hauptschritten:

1. Die aktuelle Hospitalisationsrate der Schweizer Wohnbevölkerung im jeweiligen HSM-Leistungsbereich wird aus den Daten der medizinischen Statistik des BFS (definitive Daten des Jahres 2015) und der Bevölkerungsstatistik des Jahres 2015 verwendet.

2. Basierend auf der Hospitalisationsrate des Jahres 2014 wird die Hospitalisationsrate 2025 unter Berücksichtigung der erwarteten epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung prognostiziert. Weil dazu grösstenteils keine wissenschaftlich abgestützten Informationen im benötigten Umfang existieren, stützt die Einschätzung dieser Einflussfaktoren auf Expertenmeinungen ab. Für die Expertenbefragung wird ein an die Delphi-Methode angelehntes vierstufiges Verfahren angewendet:

   – Befragung führender Experten mittels standardisiertem Fragebogen mit Fokus auf relevanten medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen sowie der quantitativen Abschätzung deren Auswirkungen;
   – Aufzeigen der Auswirkung der Einschätzungen auf die prognostizierten Fallzahlen 2025 und eventuelle Anpassung ihrer Einschätzungen durch dieselben Experten;
   – bei Fortbestand grosser Unterschiede der Ergebnisse, Hinzuziehen der Mitglieder des HSM-Fachorgans mit Fokus auf die Einschätzung der quantitativen Auswirkungen der von den Experten genannten medizintechnischen Entwicklungen;
   – Diskussion der Resultate an einer Sitzung des HSM-Fachorgans und Eruieren des plausibelsten Szenarios zur epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung, sowie der Veränderungen der altersspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsraten.

3. Für die Prognose der Fallzahlen im Jahr 2025 wird die Hospitalisationsrate 2025 (wie sie im zweiten Schritt berechnet wurde) mit der erwarteten Wohnbevölkerung multipliziert. Die Prognose der demographischen Entwicklung stützt sich auf die Publikation «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045» (BFS, 2015)[77]. Für das Bedarfsprognosemodell wird das als «Referenzszenario» ausgewiesene mittlere Szenario verwendet.

HSM-Versorgungsregionen

Für die Analyse der Patientenströme wurden durch das HSM-Projektsekretariat die folgenden fünf HSM-Versorgungsregionen wurden definiert:

- Westschweiz: GE, VD, VS, NE, FR
- Nordwestschweiz: BE, BS, BL, SO, AG, JU
- Ostschweiz: ZH, SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR
- Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ
- Tessin: TI

[77] Bundesamt für Statistik (2015): «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045», Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.

A4 Adressatenkreis

Liste der Anhörungsadressaten / Liste des destinataires

1. Kantone / cantons

- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh.
- Departement Gesundheit Appenzell A.Rh.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé publique et des affaires sociales du canton du Fribourg
- Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé du canton de Genève
- Departement Finanzen und Gesundheit des Kantons Glarus
- Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden
- Département de la santé, des Affaires sociales et des Ressources humaines du canton du Jura
- Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Luzern
- Département de la santé et des affaires sociales du canton de Neuchâtel
- Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden
- Finanzdepartement des Kantons Obwalden
- Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen
- Departement des Innern des Kantons Schwyz
- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen
- Departement für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau
- Dipartimento della sanità et della socialità del Cantone Ticino
- Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
- Département des finances, des institutions et de la santé du canton du Valais
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

2. Spitäler / Hôpitaux

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

AG

- Hirslanden Klinik Aarau AG
- Kantonsspital Aarau AG
- Kantonsspital Baden AG
- Kreisspital für das Freiamt, Muri

BE

- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhof AG, Bern
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
- Spitalzentrum Biel AG
- SRO AG, Langenthal
- Spital STS AG, Thun

BL

- Kantonsspital Baselland, Standort Liestal

BS

- St. Claraspital AG, Basel
- Universitätsspital Basel

FR

- Hôpital fribourgeois, site de Fribourg

GE

- Les hôpitaux universitaires de Genève

GL

- Kantonsspital Glarus

GR

- Kantonsspital Graubünden, Chur

LU

- Klinik St. Anna AG, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee

NE

- Hôpital neuchâtelois, site de Pourtalès

SG

- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen

SO

- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten

SZ

- Krankenhausgesellschaft Schwyz

TG

- Spital Thurgau AG, Standort Frauenfeld
- Spital Thurgau AG, Standort Münsterlingen

TI

- Ente Ospedaliero Cantonale, sede di Bellinzona
- Ente Ospedaliero Cantonale, sede di Lugano
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano

UR

- Kantonsspital Uri, Altdorf

VD

- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges
- Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique S.A. (GHOL), Nyon
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil
- Hôpital intercantonal de la Broye, Payerne

VS

- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Monthey
- Hôpital du Valais, Sion

ZG

- Zuger Kantonsspital AG, Baar *(via Walder Wyss)*

ZH

- GZO AG, Wetzikon
- Hirslanden Klinik AG, Zürich
- Hirslanden Klinik im Park AG, Zürich
- Kantonsspital Winterthur
- Spital Bülach AG
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Männedorf AG
- Spital Uster

- Stadtspital Triemli, Zürich
- Stadtspital Waid, Zürich
- Universitätsspital Zürich

3. Versicherer / assurances

- Santésuisse
- SUVA
- Curafutura
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT)
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

4. Dekanate der medizinischen Fakultäten / décanats médicaux

- Medizinische Fakultät der Universität Zürich
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Medizinische Fakultät der Universität Genf
- Medizinische Fakultät der Universität Lausanne

5. Fachverbände und Fachorganisationen und andere interessierte Organisationen / associations et organisations spécialisées et autres organisations

**Mit Bitte um Weiterleitung an allfällige weitere sub-spezifische Arbeitsgruppen, die von den behandelten Themenbereichen betroffen sind. / Merci de bien vouloir faire suivre à d'éventuels autres groupes de travail sous-spécifiques concernés par les domaines traités.*

- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)
- Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)
- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG / SSG)
- Schweizerische Gesellschaft für medizinische Onkologie (SGMO)
- Schweizerische Arbeitsgruppe für klinische Krebsforschung (SAKK)
- Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR / SSR)
- Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie (AQC)
- Oncosuisse
- Krebsliga Schweiz
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)
- H plus Die Spitäler der Schweiz
- Privatkliniken Schweiz
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)

6. Weitere / autres

- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK)
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

A5 Abkürzungen

B	Komplexe bariatrische Chirurgie
L	Leberresektion
Oe	Oesophagusresektion
P	Pankreasresektion
R	Tiefe Rektumresektion
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
EHC	Ensemble Hospitalier de la Côte
eHnv	Établissements hospitaliers du Nord vaudois
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale
HFR	Hôpital fribourgeois
HIB	Hôpital intercantonal de la Broye
HL-AG	Hirslanden Klinik Aarau AG
HL-BE	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site
HL-LU	Klinik St. Anna AG
HL-SG	Klinik Stephanshorn AG
HL-Z	Hirslanden Klinik AG
HNE	Hôpital neuchâtelois
HRC	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais
HUG	Les hôpitaux universitaires de Genève
HVS	Hôpital du Valais
Insel	Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
KSA	Kantonsspital Aarau AG
KSB	Kantonsspital Baden AG
KSBL	Kantonsspital Baselland
KSGL	Kantonsspital Glarus
KSGR	Kantonsspital Graubünden
KSSG	Kantonsspital St. Gallen
KSU	Kantonsspital Uri
KSW	Kantonsspital Winterthur
Lach	Spital Lachen AG
L'hof	Lindenhof AG
Limm	Spital Limmattal
Lug	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
LUKS-Lu	Luzerner Kantonsspital, Standort Luzern
LUKS-Sur	Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee
Männ	Spital Männedorf AG

Muri	Kreisspital für das Freiamt
RSE	Regionalspital Emmental AG
Bül	Spital Bülach AG
KgSZ	Krankenhausgesellschaft Schwyz (Spital Schwyz)
soH	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn und Kantonsspital Olten
Source	Clinique de la Source
SRO	SRO AG
STG	Spital Thurgau AG, Kantonsspital Frauenfeld und Kantonsspital Münsterlingen
STS	Spital STS AG
SZB	Spitalzentrum Biel AG
Triemli	Stadtspital Triemli
UKBB	Universitäts-Kinderspital beider Basel
USB	Universitätsspital Basel
USZ	Universitätsspital Zürich
Waid	Stadtspital Waid
ZKS	Zuger Kantonsspital AG

AQC	Arbeitsgemeinschaft Qualität in der Chirurgie
SGED	Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie
SGKC	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie
SMOB	Swiss Study Group for Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)