



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Hochspezialisierte Medizin

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch

www.gdk-cds.ch

Reevaluation

Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie

Teilbereiche tiefe Rektumresektion

bei Erwachsenen und

komplexe bariatrische Chirurgie

Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung

SCHLUSSBERICHT

Bern, 2. Juni 2023

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Auftrag.....	8
3.	Ausgangslage.....	8
4.	Planungskriterien.....	10
4.1	Planungsgrundsätze gemäss IVHSM	10
4.2	Kriterien zur Versorgungsplanung	10
5.	Kriterien für die Evaluation der Leistungserbringer.....	11
6.	Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen.....	13
6.1	Analyse des Versorgungsbedarfs	13
6.1.1	Ist-Analyse	13
6.1.2	Bedarfsprognose	15
6.2	Auswertung der Bewerbungen.....	16
6.2.1	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags	17
6.2.2	Qualität.....	17
6.2.3	Mindestfallzahlen	18
6.2.4	Lehre, Weiterbildung und Forschung	19
6.2.5	Wirtschaftlichkeit.....	20
6.2.6	Zusammenfassung der Auswertung der Bewerbungen	23
6.3	Gewährung des rechtlichen Gehörs	27
6.3.1	Stellungnahmen.....	27
6.3.2	Beurteilung des HSM-Fachorgans	30
6.4	Zuteilung der HSM-Leistungserbringung	30
7.	Komplexe bariatrische Chirurgie	38
7.1	Analyse des Versorgungsbedarfs	38
7.1.1	Ist-Analyse	38
7.1.2	Bedarfsprognose	40
7.2	Auswertung der Bewerbungen.....	42
7.2.1	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags	43
7.2.2	Qualität.....	43
7.2.3	Mindestfallzahlen	43
7.2.4	Lehre, Weiterbildung und Forschung	44
7.2.5	Wirtschaftlichkeit.....	45
7.2.6	Zusammenfassung der Auswertung der Bewerbungen	48
7.3	Gewährung des rechtlichen Gehörs	51
7.3.1	Stellungnahmen.....	52
7.3.2	Beurteilung des HSM-Fachorgans	54

7.4	Zuteilung der HSM-Leistungserbringung	54
8.	Schlussbemerkung.....	63
Anhang	64
A1	Versorgungsanteil nach Leistungserbringer für die Bedarfsanalyse	64
	Tiefe Rektumresektion	64
	Komplexe bariatrische Chirurgie.....	70
A2	Fallzahlen der sich bewerbenden Leistungserbringer	76
	Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen	76
	Komplexe bariatrische Chirurgie.....	77
A3	Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	79
A4	Kapazitätsengpässe und prospektive Gesamtkapazität der Bewerbenden	82
	Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen	82
	Komplexe bariatrische Chirurgie.....	85
A5	Literaturverzeichnis	88
A6	Anhörungsadressaten	89
A7	Abkürzungen	93

1. Zusammenfassung

Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wurde der Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie («Grosse seltene viszeralchirurgische Eingriffe») im Jahr 2013 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen an verschiedene Zentren vergeben. Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spittalliste in diesem HSM-Bereich – waren bis zum 31. Dezember 2015 resp. 31. Dezember 2017 befristet. In der Folge wurde die erste Reevaluation an die Hand genommen. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet.

Der Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 21. Januar 2016 über das Weiterführen der Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM wurde am 9. Februar 2016 im Bundesblatt publiziert. Dabei wurden folgende Teilbereiche definiert:

- Oesophagusresektion
- Pankreasresektion
- Leberresektion
- Tiefe Rektumresektion
- Komplexe bariatrische Chirurgie

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

Das HSM-Beschlussorgan hat nach einem Bewerbungsverfahren am 31. Januar 2019 Leistungszuteilungen für die ersten drei Teilbereiche vorgenommen. Die Teilbereiche tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen und komplexe bariatrische Chirurgie wurden hingegen dem HSM-Fachorgan zur Neuüberprüfung zurückgegeben mit dem Auftrag, eine stärkere Konzentration vorzusehen.

Das HSM-Fachorgan ist diesem Auftrag nachgekommen, es hat neue Anforderungskriterien für diese beiden Teilbereiche ausgearbeitet und vom 16. Juni bis zum 17. September 2020 ein zweites Bewerbungsverfahren um die Aufnahme auf die HSM-Spittalliste durchgeführt. Dabei haben sich 43 Leistungserbringer beworben. Es sind 37 Bewerbungen für die tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen und 33 für die komplexe bariatrische Chirurgie eingegangen. Je eine Bewerbung wurde im Nachgang wieder zurückgezogen.

Bei der Erstellung der HSM-Spittalliste werden sowohl die Planungskriterien der IVHSM als auch die Kriterien der Versorgungsplanung gemäss KVG und KVV berücksichtigt. Die leistungsspezifischen Anforderungen, die das HSM-Fachorgan festgelegt hat, basieren auf diesen Kriterien, welche bei der Evaluation der Leistungserbringer miteinbezogen wurden.

Nach Analyse des Erfüllungsgrads der Anforderungen an die Leistungserbringer, der Versorgungslage und der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen bis 2028 wurde vom HSM-Fachorgan ein Zuteilungsvorschlag erarbeitet, der im Rahmen einer Anhörung vom 8. Dezember 2021 bis am 31. Januar 2022 einem breiten Adressatenkreis zur Stellungnahme unterbreitet wurde. Nach eingehender Analyse der Rückmeldungen kommt das HSM-Beschlussorgan zu folgenden Schlüssen:

Die Leistungsaufträge für die **tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen** sollen an 15 Leistungserbringer erteilt werden, und zwar an Kantonsspital Baden AG, Baden; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern; Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern; Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern; Kantonsspital Baselland, Liestal; St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel; Hôpitaux universitaires de Genève, Genève; Luzerner Kantonsspital, Luzern; Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; Kantonsspital Winterthur, Winterthur; Klinik Hirslanden AG, Zürich; Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich; Universitätsspital Zürich, Zürich. Diese Leistungserbringer erfüllen aktuell die Anforderungen und sind bedarfsnotwendig. Die Leistungsaufträge sollen für eine Leistungsperiode von sechs Jahren erteilt werden.

Da eine zusätzliche Anforderung prospektiv gestellt wurde, dass nur Operateurinnen und Operateure die Eingriffe durchführen dürfen, die mindestens zehn Operationen pro Jahr durchführen, sollen alle Leistungsaufträge mit der Auflage verknüpft werden, dass nach Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten des

Auftrags über die Erfüllung dieser Anforderung rapportiert werden muss. Bei der Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern und dem Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich kommt als besondere Auflage zudem noch die Verbesserung der Mortalität hinzu, verknüpft mit einer Berichterstattungspflicht.

Die übrigen sich bewerbenden Leistungserbringer, welche sich für einen Leistungsauftrag beworben haben, erfüllen eine oder mehrere der Anforderungen für den Erhalt eines Leistungsauftrages im Teilbereich der tiefen Rektumresektion bei Erwachsenen nicht und sind für die Abdeckung des Versorgungsbedarfs nicht relevant. Diese sollen daher keinen Leistungsauftrag erhalten.

Für die **komplexe bariatrische Chirurgie** kommt das HSM-Beschlussorgan zum Schluss, dass die Leistungsaufträge an 21 Leistungserbringer erteilt werden sollen. Die Spitäler Kantonsspital Baden AG, Baden; Stiftung Spital Muri, Muri; Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern; Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern; Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern; St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel; Hôpitaux universitaires de Genève, Genève; Luzerner Kantonsspital, Luzern; Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel; Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten; Spital Thurgau AG, Frauenfeld; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; Klinik Hirslanden AG, Zürich, Spital Limmattal, Schlieren sowie Universitätsspital Zürich, Zürich, erfüllen alle Anforderungen und sind bedarfsnotwendig. Sie sollen einen Leistungsauftrag für sechs Jahre erhalten. Ebenfalls bedarfsnotwendig sind die Spitäler Klinik Stephanshorn, St. Gallen; Spital Lachen AG, Lachen, Hôpital Riviera-Chablais – Vaud-Valais; Rennaz und GZO AG, Wetzikon. Diese weisen aber noch Defizite im Bereich Lehre, Weiterbildung und Forschung auf; ihnen soll ein Leistungsauftrag mit einer besonderen Auflage erteilt werden, wonach sämtliche Anforderungen innerhalb von drei Jahren erfüllt sein müssen. Auch in der italienischsprachigen Schweiz soll einem Spital ein Leistungsauftrag erteilt werden. Dieser soll an das Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano, gehen. Im Gegensatz zu seinem Mitbewerber erfüllt es alle Anforderungen mit Ausnahme der Mindestfallzahlen. Aufgrund der Konzentration der Leistungsaufträge ist davon auszugehen, dass die Mindestfallzahlen ab Inkrafttreten erfüllt werden. Das Spital muss dies nach drei Jahren belegen, andernfalls ist die Situation neu zu beurteilen.

Da eine zusätzliche Anforderung prospektiv gestellt wurde, dass nur Operateurinnen und Operateure die Eingriffe durchführen dürfen, die mindestens zehn Operationen pro Jahr durchführen, werden alle Leistungsaufträge mit der Auflage verknüpft, dass nach Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten des Auftrags über die Erfüllung dieser Anforderung rapportiert werden muss.

Die übrigen sich bewerbenden Leistungserbringer, welche sich für einen Leistungsauftrag beworben haben, erfüllen eines oder mehrere der Anforderungen für den Erhalt eines Leistungsauftrages im Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie nicht und sind für die Abdeckung des Versorgungsbedarfs nicht relevant. Diese sollen daher keinen Leistungsauftrag erhalten.

Mit diesen Leistungsaufträgen wird in beiden Teilbereichen eine wesentliche Konzentration erzielt, was auch eine Anpassung der Kapazitäten bei den Leistungserbringern zur Folge hat. Beim Ansetzen der Frist für das Inkrafttreten ist darauf zu achten, dass ihnen genügend Zeit eingeräumt wird, sich darauf einzustellen. Im Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie ist zu beobachten, ob in einem nächsten Schritt eine weitere Konzentration angezeigt wäre (Planung in Stufen nach Artikel 7 Absatz 8 IVHSM).

Zuteilungsbeschluss

Auf Grundlage der Analyse des Erfüllungsgrads der Anforderungen an die Leistungserbringer, der Versorgungslage und der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen sowie der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der sich bewerbenden Leistungserbringer sowie unter Berücksichtigung der Empfehlung des HSM-Fachorgans erteilt das HSM-Beschlussorgan folgenden Leistungserbringern einen auf sechs Jahre befristeten HSM-Leistungsauftrag:

Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage*)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Stadtpital Zürich, Triemli, Zürich (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage*)
- Universitätsspital Zürich, Zürich

Komplexe bariatrische Chirurgie

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (*Leistungsauftrag mit besonderen Auflagen*)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
- Spital Lachen AG, Lachen (*Leistungsauftrag mit besonderen Auflagen*)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage*)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud-Valais; Rennaz (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage*)
- GZO AG, Wetzikon (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage*)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Spital Limmattal, Schlieren
- Universitätsspital Zürich, Zürich

2. Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG¹). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² 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 verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Artikel 9 Absatz 2 IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor.

3. Ausgangslage

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM wurde der Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie («Grosse seltene viszeralchirurgische Eingriffe») im Jahr 2013 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen an verschiedene Zentren vergeben.³ Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spittalliste in diesem HSM-Bereich – waren bis zum 31. Dezember 2015 resp. 31. Dezember 2017 befristet.

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 resp. können, gestützt auf einen allfällig vorhandenen kantonalen Leistungsauftrag, weiterhin Leistungen in ihrem Teilbereich erbringen. Davon betroffen waren resp. sind

- in den Teilbereichen Oesophagus-, Pankreas- und Leberresektion: diverse Spitäler, siehe Schlussbericht für die Leistungszuteilung vom 31. Januar 2019;⁴
- im Teilbereich 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 Teilbereich 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.

In der Folge wurde die erste Reevaluation an die Hand genommen. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet.

Der Beschluss des HSM-Beschlussorgans vom 21. Januar 2016 über das Weiterführen der Zuordnung der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie zur HSM wurde am 9. Februar 2016 im Bundesblatt publiziert.⁵ Dabei wurden erneut folgende Teilbereiche definiert:

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10.

² Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008.

³ Die ersten Leistungszuteilungen für den Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie wurden im Bundesblatt publiziert (BBI 2013 6792, BBI 2013 6809, BBI 2013 6801, BBI 2013 6817 und BBI 2013 6826) und finden sich hier: [Oesophagusresektion](#), [Pankreasresektion](#), [Leberresektion](#), [Tiefe Rektumresektion](#), [Komplexe bariatrische Chirurgie](#). Ebenfalls sind sie auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spittalliste> resp. <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/archiv/ivhsm-beschluesse>).

⁴ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spittalliste/BT_Visz_Re1_Zuteil_SchlussBT_Pub_20190219_def_d.pdf, Seite 5 ff.

⁵ Die Zuordnung für den Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie wurde im Bundesblatt publiziert (BBI 2016 813) und ist auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/bereiche>).

- Oesophagusresektion
- Pankreasresektion
- Leberresektion
- Tiefe Rektumresektion
- Komplexe bariatrische Chirurgie

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

Die medizinischen Leistungen, welche in die einzelnen Teilbereiche fallen, sind anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) und des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD) genau definiert. Beide Klassifizierungssysteme werden periodisch angepasst. Aus diesem Grund muss auch die Abbildung der HSM-Leistungen in diesen beiden Klassifikationssystemen jährlich aktualisiert werden. Die aktuell gültige Definition (zurzeit 2023) ist auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (<https://www.gdk-cds.ch>) publiziert.

Das HSM-Beschlussorgan hat nach einem Bewerbungsverfahren am 31. Januar 2019 Leistungszuteilungen für die Teilbereiche Oesophagus-, Pankreas- und Leberresektion vorgenommen.⁶ In elf Fällen wurde gegen die Beschlüsse beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingelegt, ein Verfahren ist noch hängig.⁷ Dieses Spital darf die entsprechenden Leistungen nach Massgabe eines kantonalen Leistungsauftrags weiterhin erbringen (vgl. HSM-Spittalliste auf der GDK-Webseite). Die übrigen Zuteilungsbeschlüsse sind in Rechtskraft erwachsen.

Das HSM-Beschlussorgan hat bei den Teilbereichen tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen und komplexe bariatrische Chirurgie hingegen noch keine Zuteilungsentscheide getroffen, weil es nicht damit einverstanden war, so viele Leistungserbringer zu berücksichtigen und damit Überkapazitäten zuzulassen. Es hat das HSM-Fachorgan beauftragt, diese Teilbereiche noch einmal zu überprüfen, mit dem Ziel, eine stärkere Konzentration zu erreichen.

Das HSM-Fachorgan ist diesem Auftrag nachgekommen. Es hat die Anforderungskriterien für diese beiden Teilbereiche überarbeitet. Vom 16. Juni bis zum 17. September 2020 wurde ein zweites Bewerbungsverfahren um die Aufnahme auf die HSM-Spittalliste durchgeführt. Die Möglichkeit, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben, steht grundsätzlich allen Spitälern offen. Ein Anspruch auf Erteilung von Leistungsaufträgen besteht allerdings nicht (vgl. BGE 133 V 123 E. 3.3 sowie BVGer, Urteil C-401/2012 E. 10.2 vom 28. Januar 2014 oder C-4967/2019 E. 10 vom 8. Juni 2021). Zu den Zielen der Spitalplanung gehören neben der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten (vgl. BVGer, Urteil C-6266/2013 vom 29. September 2015, insb. E. 4.3 ff. sowie 4.5). Deshalb ist vorgesehen, nicht alle sich bewerbenden Leistungserbringer zu berücksichtigen, sondern den Planungsentscheid auf die Leistungserbringer zu konzentrieren, die in ihrer Gesamtheit die Versorgung am besten abdecken. Die Zulassung nicht bedarfsnotwendiger Spitäler ist ausgeschlossen. Jedoch kann nach Artikel 7 Absatz 8 IVHSM die Planung auch in Stufen erfolgen.

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.

Ein erläuternder Bericht mitsamt den Zuteilungsvorschlägen wurde im Rahmen einer Anhörung einem breiten Adressatenkreis (Anhang A6) zur Stellungnahme unterbreitet. Der vorliegende Schlussbericht zur Leistungszuteilung, welcher die während der Anhörung vorgebrachten Einwände berücksichtigt, wird auf der Webseite der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren veröffentlicht (www.gdk-cds.ch) und der definitive Zuteilungsbeschluss im Bundesblatt publiziert. Die nicht berücksichtigten Bewerber erhalten eine separate, individuelle Begründung in Form einer anfechtbaren Verfügung.

⁶ Die Leistungszuteilungen für die Teilbereiche Oesophagus-, Pankreas- und Leberresektion wurden im Bundesblatt publiziert (BBI 2019 1496, BBI 2019 1492 und BBI 2019 1488) und sind auf der Webseite der Gesundheitsdirektorenkonferenz aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spittalliste>).

⁷ Es liegen fünf Urteile zur Oesophagusresektion, vier zur Pankreasresektion und eines zur Leberresektion vor (C-1313/2019 / C-2654/2019, C-1361/2019, C-1409/2019, C-2731/2019, C-3026/2019; C-1306/2017 / C-2651/2019, C-3194/2019, C-1405/2019, C-2759/2019; C-2585/2019). Mit einer Ausnahme hat das Bundesverwaltungsgericht alle Beschwerden abgewiesen.

4. Planungskriterien

4.1 Planungsgrundsätze gemäss IVHSM

Die IVHSM legt die Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung der HSM zu beachten sind (Art. 7 Abs. 1–3 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 ebenfalls die vom schweizerischen Gesundheitswesen erbrachten Leistungen für das Ausland (Art. 7 Abs. 6 IVHSM).

4.2 Kriterien zur Versorgungsplanung

Zusätzlich zu den Planungsgrundsätzen sind bei der Erstellung der interkantonalen HSM-Spittalliste grundsätzlich dieselben Anforderungen des KVG und seiner Ausführungsverordnungen zu beachten wie bei der Erstellung einer kantonalen Spittalliste (Art. 39 Abs. 1 KVG, Art. 58a ff. KVV⁸). Auch sind die besonderen Anforderungen an die Planung der Kapazitäten nach Artikel 8 IVHSM miteinzubeziehen. Nachstehend wird die Vorgehensweise der Anwendung dieser Planungskriterien erläutert.

Das zu *sichernde Angebot* wird anhand der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) des Bundesamtes für Statistik (BFS) eruiert. Die Abgrenzung der relevanten Fälle gemäss Definition des entsprechenden HSM-Bereichs (= Zuordnung) erfolgt dabei anhand der Gruppierung nach Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) mithilfe des Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. In der komplexen bariatrischen Chirurgie sind nebst durch CHOP- und ICD-Codes definierten Eingriffen jedoch auch sogenannte patientenzustandsbedingte Eingriffe als hochspezialisiert bezeichnet, also Eingriffe bei Patientinnen und Patienten («komplexe Patientinnen und Patienten»), die über 65 oder unter 18 Jahre alt sind, einen Body Mass Index von 50 oder mehr und/oder einen ASA Score⁹ von über 3 aufweisen. Diese Parameter sind in der Medizinischen Statistik nicht abgebildet. Aus diesem Grund wurden dafür deren Angaben mit aus dem Viszeralchirurgieregister der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie (SGVC)/ Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB) (nachfolgend «Register») extrapolierten Zahlen ergänzt.

Der *Bedarf der Bevölkerung* an Leistungen im entsprechenden HSM-Bereich ist mit der aktuellen und künftigen demographischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklung in der Schweiz verbunden. Bei der Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs, welche ausgehend von der Analyse der aktuellen Versorgungslage erfolgt, werden die demographischen Entwicklungen gemäss Bevölkerungsszenarien des BFS sowie Resultate von Expertenbefragungen zu den Auswirkungen epidemiologischer und medizintechnischer Entwicklungen miteinbezogen.

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

Zudem wird bei der Leistungszuteilung darauf geachtet, dass der *Zugang der Patientinnen und Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist* sichergestellt wird. Um die *Patientenströme* in Hinblick auf ein ausreichendes Angebot zu analysieren, sind gemäss BFS die folgenden Grossregionen definiert: Genferseeregion (GE, VD, VS); Espace Mittelland (BE, JU, NE, FR, SO); Nordwestschweiz (BS, BL, AG); Zürich (ZH); Ostschweiz (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR); Zentralschweiz (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ); Tessin (TI).

⁸ Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV); SR 832.102.

⁹ Ein Risikoklassifikationssystem der American Society of Anesthesiologists (ASA). Das perioperative Risiko wird in sechs Schweregrade eingeteilt. ASA 1 = normale/r, sonst gesunde/r Patient/in; ASA 2 = Patient/in mit geringfügiger systemischer Erkrankung; ASA 3 = Patient/in mit schwerer systemischer Erkrankung; ASA 4 = Patient/in mit schwerer systemischer lebensbedrohlicher Erkrankung; ASA 5 = todkranke/r Patient/in, die/der ohne Operation voraussichtlich nicht überleben wird; ASA 6 = Patient/in mit festgestelltem Hirntod, deren/dessen Organe zur Spende entnommen werden (Quelle: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>; abgerufen am 6. Juli 2021).

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass es im Bereich der HSM keine vordefinierten Regionen oder Kantone mit obligatorischen Zuweisungen gibt. Die freie Spitalwahl gilt, und das behandelnde Spital resp. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt sind frei bei der Zuweisung der Patientinnen und Patienten an ein HSM-Zentrum. Dementsprechend wird mit einer jährlichen Variation der Herkunftskantone der Patientinnen und Patienten gerechnet. Ausserdem steht bei der HSM die gesamtschweizerische Planung im Vordergrund.

Die Verpflichtungserklärung 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).

Ferner werden bei der Zuteilung die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer berücksichtigt, wie dies im nachstehenden Kapitel erläutert wird.

5. 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 Bestimmungen in der KVV (Art. 58b Abs. 4 und 5). Diese massgebenden Vorschriften sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Gemäss Artikel 4 Absatz 3 Ziffer 3 der 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 definiert das HSM-Fachorgan basierend auf den Kriterien der IVHSM und der KVV für jeden HSM-Bereich bereichsspezifische Anforderungen an die Leistungserbringer (siehe Anforderungskatalog für die Bewerbung vom 12. Februar 2020¹⁰, in der Folge «Anforderungskatalog»). Der standardisierte Anforderungskatalog, welcher den interessierten Leistungserbringern im Rahmen des Bewerbungsverfahrens unterbreitet wurde, enthält unter anderem auch diese bereichsspezifischen Anforderungen.)

Tabelle 1: Anforderungen an die Leistungserbringer gemäss IVHSM und KVV

Anforderung	Operationalisierung der Anforderung
Qualität der Leistungserbringung, 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. Anforderungskatalog). Für die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen werden neben einer Selbstdeklaration der bewerbenden Spitäler Nachweise für die Anerkennung als Weiterbildungsstätte 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 komplexe bariatrische Chirurgie 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.

¹⁰ Zu finden unter https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/Konsultationen_und_Bewerbungen/Bewerbung_Zuteilung_ViszRB_d.zip.

Mindestfallzahlen

Durchführung von 20 Behandlungen im jeweiligen HSM-Teilbereich pro Jahr gemäss publizierter ICD/CHOP-Code-Liste (vgl. Anhang A1 im Schlussbericht zur Zuordnung vom 21. Januar 2016, jährlich aktualisiert auf der GDK-Website) oder in der komplexen bariatrischen Chirurgie zusätzlich bei «komplexen Patientinnen und Patienten».

Die Erhebung der Fallzahlen erfolgt aus den Registerdaten, massgeblich ist der Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2019. Die Fallzahl errechnet sich über den Durchschnitt dieser drei Jahre.

Zusätzlich wird eine Mindestfallzahl von zehn Eingriffen pro Jahr pro Operateurin oder Operateur in einem Spital mit dem entsprechenden HSM-Leistungsauftrag verlangt. Diese wird erst in den drei Jahren nach Erhalt des Leistungsauftrags erhoben. Die Zählweise richtet sich nach Anhang A3 des Anforderungskatalogs. Der Leistungserbringer muss sich dazu verpflichten, die entsprechenden Angaben ins Register einzutragen.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

Die Aktivitäten in Lehre, Weiterbildung und Forschung werden mit dem Bewerbungsfragebogen erhoben und anhand des standardisierten Evaluationsschemas des HSM-Fachorgans (vgl. Anhang A2 des Anforderungskatalogs) evaluiert. Zudem wird die Anerkennung durch das SIWF als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie (V1 oder V2) überprüft.

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 definierten HSM-Teilbereichen (vgl. Anhang A3).

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. Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

6.1 Analyse des Versorgungsbedarfs

Artikel 39 KVG und Artikel 58a–e KVV verpflichten die Kantone, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Im Rahmen der HSM-Planung ist bei der Analyse des Versorgungsbedarfs zu beachten, dass sich die Fälle der nicht auf der HSM-Spittalliste aufgeführten Einrichtungen in Zukunft 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 beispielsweise 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 Teilbereich der tiefen Rektumresektion durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt. Im ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungslage einschliesslich der aktuellen Fallzahlen (Leistungsnachfrage) untersucht. Bei der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen wurden der Einfluss der aktuellen und künftigen demographischen, epidemiologischen und medizinischen Entwicklung berücksichtigt.

6.1.1 Ist-Analyse

Die zentrale Grundlage für die Bedarfsanalyse bilden die Daten der MS. Die MS erfasst alle Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern. Mithilfe des SPLG-Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich werden alle Fälle der MS einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG) zugeordnet. Die HSM-Bereiche sind in der SPLG-Systematik abgebildet, indem diese jeweils einer oder mehrerer SPLG entsprechen. Die nachfolgenden Auswertungen stützen sich auf die gemäss SPLG-Systematik gruppierten Daten der MS.

Aktuelle Versorgungslage

Für die Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation wurden die aktuellsten zum Zeitpunkt des Bewerbungsverfahrens verfügbaren Datenjahre verwendet. Für den Teilbereich der tiefen Rektumresektion sind dies die Jahre 2016 bis 2018. Für alle nachfolgenden Analysen wurden also die Daten aus der MS aller Hospitalisierungen von 2016 bis 2018 verwendet, die gemäss SPLG-Groupen dem Teilbereich der tiefen Rektumresektion zugeordnet wurden (SPLG VIS1.5).

Die MS des BFS führt für die Jahre 2016 bis 2018 im Durchschnitt 783 Fälle auf, welche der hochspezialisierten Medizin im Teilbereich tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen zugerechnet werden können. Diese verteilen sich auf 89 Spitalstandorte, wovon 85 % jährlich weniger als 20 Fälle¹¹ behandelten. 50 Spitalstandorte wiesen sogar lediglich fünf oder weniger Fälle pro Jahr aus. Drei Spitalstandorte verfügen über einen Versorgungsanteil von mindestens 5 % im gesamten Analysezeitraum.

Patientenströme

Die folgende Tabelle 2 zeigt die Patientenströme der Jahre 2016 bis 2018 nach Grossregion des Spitalstandorts und Herkunftsgrossregion der Patientinnen und Patienten. Anhand der Versorgungsanteile pro Grossregion kann beurteilt werden, inwiefern einzelne Leistungserbringer eine überregionale Bedeutung für die Sicherstellung der Versorgung haben.

Die Exportquote gibt einen Hinweis darauf, inwiefern die Versorgung der Wohnbevölkerung einer Region von Leistungserbringern in anderen Regionen abhängig ist. In Ergänzung der Exportquote zeigt die Importquote den Anteil ausserregionaler Patienten am Total der Behandlungen in Spitälern mit Standort in einer Grossregion. Daraus lässt sich die überregionale Versorgungsrelevanz der Leistungserbringer ableiten (vgl. Tabelle 3).

¹¹ 20 = verlangte Mindestfallzahl.

Tabelle 2: Patientenströme nach Grossregion, 2016–2018 (gepoolt)

Grossregion Spitalstandort	Grossregion Patientinnen und Patienten								
	Genfersee-region	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentral-schweiz	Tessin	Übrige	Total
Genferseeeregion: GE, VD, VS	271	13		2				6	292
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	22	484	15	2	1	3		3	530
Nordwestschweiz: BS, BL, AG		42	380		4	5	2	10	443
Zürich: ZH		1	13	431	30	21	3	7	506
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR				3	293	1		8	305
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ		1	3	2	1	172		1	180
Tessin: TI							92		92
Total	293	541	411	440	329	202	97	35	2'348

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS). Datenaufbereitung und Abbildung durch das Obsan.

Tabelle 3: Export- und Importquote nach Grossregion, 2016–2018 (gepoolt)

Grossregion Spitalstandort	Exportquote	Importquote
Genferseeeregion: GE, VD, VS	8 %	7 %
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	11 %	9 %
Nordwestschweiz: BS, BL, AG	8 %	14 %
Zürich: ZH	2 %	15 %
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	11 %	4 %
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	15 %	4 %
Tessin: TI	5 %	0 %

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS). Datenaufbereitung durch das Obsan.

Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten wurde in einem Spital mit Standort innerhalb ihrer Wohnregion behandelt. Die Patientenströme in andere Regionen sind im HSM-Teilbereich VIS1.5 nicht von wesentlicher Bedeutung. Demgemäss beläuft sich die Exportquote für den Zeitraum zwischen

2016 und 2018 für sämtliche Grossregionen auf weniger als 20 %. Dasselbe gilt für die Importquote, also den Anteil Behandlungen in einem Spital, die auf Patientinnen und Patienten aus einer anderen Grossregion zurückzuführen sind. Auch dieser Anteil beträgt in keiner der Grossregionen mehr als 15 %. Die Grossregionen decken somit ihre Versorgung zum überwiegenden Teil selbst ab. Der Versorgungsanteil pro Leistungserbringer ist in Anhang A1 ersichtlich.

6.1.2 Bedarfsprognose

Ausgehend von der Analyse der aktuellen Versorgungssituation (vgl. Kapitel 6.1.1 «Ist-Analyse») wurde der zukünftige Versorgungsbedarf anhand der zu erwartenden demographischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen prognostiziert. Als Referenzjahr für die Bedarfsprognose dient das Jahr 2018 und als Prognosehorizont das Jahr 2028. Für die Beurteilung der aktuellen Versorgungssituation wurden die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland im Rahmen der Ist-Analyse im vorangehenden Kapitel miteinbezogen. Für die Prognose wird hingegen nur der Versorgungsbedarf der schweizerischen Wohnbevölkerung geschätzt. Nachfolgend werden in einem ersten Schritt die Auswirkungen der Einflussfaktoren (Demografie, epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen) auf die Bedarfsprognose einzeln analysiert. In einem zweiten Schritt erfolgt eine konsolidierte Prognose des Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren.

Demografie

Unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wird für den HSM-Teilbereich VIS1.5 eine Zunahme der Fallzahlen bis 2028 um 21 % auf 936 Fälle prognostiziert. Die erwartete Zunahme liegt damit über dem erwarteten Wachstum der Gesamtbevölkerung (+10 %). Der Grund dafür liegt darin, dass die Gruppe der 60–79-Jährigen, bei denen diese Eingriffe schwergewichtig vorgenommen werden, bis 2028 überdurchschnittlich wächst (+23 %).

Epidemiologie und Medizintechnik

Zu den Einflussfaktoren, welche den künftigen Versorgungsbedarf in der HSM bestimmen werden, gehört die Entwicklung epidemiologischer Faktoren wie etwa relevante Risikofaktoren (z. B. Umweltbelastung), Veränderungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen (z. B. Rauchen oder Ernährung) sowie allfällige Präventionsmassnahmen. Zur Quantifizierung dieser Auswirkungen wurde eine Expertenbefragung durchgeführt. Insgesamt wird aufgrund der epidemiologischen Entwicklungen ein Anstieg der Fallzahlen um 5.9 % erwartet. Je nach Altersgruppe unterscheidet sich die erwartete Zunahme gemäss den Experteneinschätzungen. Die grösste Zunahme wird für die Altersgruppe der 40–59-Jährigen erwartet (9 %).

In Ergänzung wurden bei den Experten die zu erwarteten Auswirkungen durch Entwicklungen im Bereich der Medizintechnik abgefragt. Demgemäss ist für den HSM-Teilbereich VIS1.5 von einer Zunahme der Fallzahlen um 5.6 % bis zum Jahr 2028 aufgrund medizintechnischer Entwicklungen auszugehen (Mittelwert der Experteneinschätzungen). Wesentlicher Treiber dieser Entwicklung ist die erwartete Zunahme von Screening-Untersuchungen, mitunter auch bei jüngeren Patientinnen und Patienten. Dadurch werden mehr Rektumkarzinome diagnostiziert und können dank der frühzeitigen Diagnose (operativ) therapiert werden.

Konsolidierte Prognose

Gestützt auf die Bevölkerungsprognosen des BFS sowie unter Einbezug der Experteneinschätzungen hinsichtlich der epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen ist gemäss Obsan mit einem Anstieg der Fallzahlen im HSM-Teilbereich VIS1.5 um 34 %¹² zu rechnen. Konkret wird bis im Jahr 2028 ein Anstieg um 262 Fälle prognostiziert. Die prognostizierte Zunahme ist massgeblich durch die Bevölkerungsentwicklung bedingt.

Auch wenn aus einer Punktprognose jeweils eine konkrete Zahl für den künftigen Bedarf resultiert, sollte daraus nicht der Eindruck entstehen, dass die vorliegende Bedarfsprognose die künftige Entwicklung der Fallzahlen präzise vorhersagen kann. Um einem solchen Fehlschluss vorzubeugen, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der künftige Bedarf in der hochspezialisierten Medizin von verschiedenen Entwicklungen abhängig ist, die zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschliessend vorhergesagt werden können. Hinzu kommen zufällige Schwankungen, wie sie teilweise bereits aus der retrospektiven Analyse deutlich

¹² Einschliesslich eines Interaktionseffekts Demografie und Epidemiologie von 1 %.

werden. Mit vergleichsweise hoher Sicherheit kann die demografische Entwicklung und deren Auswirkungen auf den zu erwartenden Versorgungsbedarf abgeschätzt werden (demografische Prognose). Mehr Unsicherheit besteht in Bezug auf die epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen, deren Auswirkungen auf den künftigen Bedarf ausgehend von einer Expertenbefragung in die Prognoseschätzung integriert wurden.

6.2 Auswertung der Bewerbungen

Im Verlaufe des Bewerbungsverfahrens vom 16. Juni bis zum 17. September 2020 sind beim HSM-Projektsekretariat 37 Bewerbungen für den Erhalt eines HSM-Leistungsauftrages im Teilbereich tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen eingegangen. Folgende Spitäler haben sich für einen Leistungsauftrag im HSM-Bereich beworben:

- Kantonsspital Aarau AG, Aarau (KSA)
- Kantonsspital Baden AG, Baden (KSB)
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern (HL-BS)
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (INSEL)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (LiH)
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf (RSE)
- Spital STS AG, Spital Thun, Thun (STS)
- Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel (SZB-CHB)
- Kantonsspital Baselland, Liestal (KSBL)
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel (CLARU)
- Hôpital Fribourgeois, Fribourg (HFR)
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève (HUG)
- Kantonsspital Graubünden, Chur (KSGR)
- Klinik St. Anna AG, Luzern (HL-StA)
- Luzerner Kantonsspital, Luzern (LUKS-Lu)
- Luzerner Kantonsspital, Sursee (LUKS-Sur)
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel (RHNe)¹³
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen (KSSG)
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (HL-Steph)
- Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn (BSS)
- Spital Lachen AG, Lachen (LACH)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld (STG-F)
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano (MONCUC)
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (EOC)
- Kantonsspital Uri, Altdorf (KSU)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne (CHUV)
- Clinique de la Source, Lausanne (SOURCE)
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges (EHC)

¹³ Das Réseau hospitalier neuchâtelois hat seine Bewerbung mit Schreiben vom 18. Februar 2021 wieder zurückgezogen.

- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne (HL-Ce)
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz (HRC)
- Hôpital du Valais, Sion (HVS)
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur (KSW)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (HL-Z)
- Spital Limmattal, Schlieren (LIMM)
- Spital Uster, Uster (UST)
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (TRIEM)
- Universitätsspital Zürich, Zürich (USZ)

Nachfolgend werden die Resultate der Evaluation der Bewerbungen dargelegt. Zudem wird aufgeführt, wenn Spitäler im Rahmen der Anhörung zusätzliche Informationen oder Unterlagen eingereicht haben, die einen Einfluss darauf haben, ob eine Anforderung als erfüllt betrachtet wird.

6.2.1 Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags

Alle Bewerbenden verpflichten sich, die im Zuordnungsbericht¹⁴ definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen zu erfüllen (siehe Anforderungskatalog).

6.2.2 Qualität

Berichterstattung an die IVHSM-Organe und Registerteilnahme

Alle Bewerbenden erklären sich einverstanden, die Berichterstattungspflichten an die IVHSM-Organe zu erfüllen sowie die erforderlichen Registerführungspflichten einschliesslich Finanzierung wahrzunehmen.

Strukturqualität und Prozessqualität

Fast alle Bewerbenden erfüllen die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, welche im Anforderungskatalog festgelegt wurden. Sie verfügen sowohl über die zur Durchführung von Eingriffen im Teilbereich der tiefen Rektumresektion erforderlichen Fachärztinnen und Fachärzte und weiteren Fachpersonen, welche am HSM-Zentrum oder vertraglich verpflichtet zur Verfügung stehen müssen, als auch über die notwendige Infrastruktur. Zudem stellen sie die Fälle im interdisziplinären Tumorboard vor. Eine Ausnahme bildet KSU, welches weder über ein Chirurgenteam noch über eine diagnostische Radiologie 24 h/7 d verfügt.

Ergebnisqualität

Erstmals wurde als Anforderung eine Mortalität von höchstens 3 % verlangt. Bei der Auswertung hat sich gezeigt, dass dieser Wert nicht absolut gesetzt werden kann, weil die Mortalität von Risikofaktoren bei den Patientinnen und Patienten abhängt, und zwar direkt vom Alter, der Komorbidität der Patientinnen und Patienten (Charlson-Index, ASA), sowie von der Art des Eingriffs (palliativ, Notfall- und Rezidiveingriff). Keinen Einfluss hat der BMI. Dazu existiert diverse Literatur, diese Publikationen zeigen alle dasselbe Resultat [1–6]. Um sicherzustellen, dass künftig die Spitäler auch Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko versorgen, soll eine Risikogewichtung vorgenommen werden. Deshalb erteilt das HSM-Beschlussorgan, Spitälern, die ausser diesem Parameter alle Anforderungen erfüllen und bedarfsnotwendig sind, dennoch einen Leistungsauftrag mit einer besonderen Auflage. Eine genauere Analyse der Mortalitätsdaten wurde nur bei denjenigen Spitälern durchgeführt, die für einen Leistungsauftrag aufgrund der übrigen erfüllten Anforderungen in Frage kamen.

Die Angaben aus den Fragenbogen und im Register stimmen nicht immer überein. Es wird auf die Registerzahlen abgestellt. Diese enthalten zwar auch die Angaben der Spitäler selbst, werden aber auditiert.

¹⁴ Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

Bei der Beurteilung wird nicht jedes Jahr einzeln überprüft, sondern alle drei Jahre zusammen, damit eine gewisse Glättung erzielt wird. Da die Mortalität in Prozent der behandelten Patientinnen und Patienten angegeben wird, fällt ein Todesfall bei sehr kleinen Fallzahlen stark ins Gewicht.

Einige Spitäler haben ihre erhöhten Mortalitätszahlen bereits kommentiert. Die INSEL erläutert, dass die zwei innerhalb der drei Jahre verstorbenen Patienten, die bereits erhebliche Leiden aufwiesen, keine weiteren Therapien mehr in Anspruch nehmen wollten. LUKS-Sur hat im Fragebogen keine verstorbenen Patientinnen bzw. Patienten angegeben, zeigt im Register jedoch eine zu hohe Mortalität. BSS gibt eine kleinere Mortalität an als im Register. Seine Erklärung für den Todesfall liegt in der schweren Grunderkrankung. Auch STG-F und HVS haben im Register eine beträchtlich höhere Mortalität als im Fragebogen deklariert. Umgekehrt geben HRC und UST je einen Todesfall an, der im Register nicht enthalten ist. UST erklärt die Todesfälle ebenfalls mit der fortgeschrittenen Grunderkrankung, in einem Fall sei der Tod nicht auf die Operation zurückzuführen. TRIEM überschreitet die Mortalität ebenfalls. Es gibt als Grund die hohen Risiken der Patient/innen an (hohes Alter, hoher ASA-Score, Notfall, Rezidive, palliative Situation), zudem bestätigte die internationale Literatur, dass diese Faktoren zu erhöhter Mortalität führten.

Die Mortalität – und überhaupt Ergebnisqualitätsdaten – werden zum ersten Mal für die Beurteilung eines Leistungserbringers herangezogen. Es erscheint angebracht, eine Risikoadjustierung durchzuführen, wurde doch gezeigt, dass Patientinnen und Patienten mit bestimmten Merkmalen ein viel höheres Risiko aufweisen nach einem Eingriff zu versterben. Die Einführung dieses Kriteriums soll nicht dazu führen, dass die Leistungserbringer solche Patientinnen und Patienten nicht mehr behandeln wollen. Es wird deshalb vorgeschlagen, dass Spitäler, die alle übrigen Anforderungen erfüllen, einen Leistungsauftrag mit einer besonderen Auflage erhalten sollen, der nach vier Jahren daraufhin überprüft wird, ob sich die Situation in den drei vorangegangenen Jahren verbessert hat und die Auflage erfüllt ist.

6.2.3 Mindestfallzahlen

Selbstdeklaration

Nach eigenen Angaben erfüllen 17 Bewerbende die Mindestfallzahl von 20 Fällen pro Jahr (Dreijahresdurchschnitt vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2019), 19 hingegen nicht.

KSA und BSS erklären dies mit einem Chefarztwechsel im fraglichen Zeitraum und sind zuversichtlich, die Zahlen künftig zu erreichen. BSS verweist auf eine durchgeführte Strukturreform und darauf, dass beide Solothurner Spitäler und die Praxis des neuen Leiters 2017–2019 über 30 Fälle hatten. STS findet, man müsse die Fallzahl tiefer ansetzen, weil die Definition des Eingriffs der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), an die sich die verlangte Mindestfallzahl von 20 anlehnt, anders ist als die schweizerische. Diese definiere das tiefe Rektum bis 16 cm ab ano, wohingegen die HSM bis 12 cm vorgibt. Ausserdem sei die angehobene Mindestfallzahl vorher nicht bekannt gewesen, weshalb sie nicht rückwirkend umgesetzt werden dürfe, sondern prospektiv angewendet werden soll, analog zu den Fallzahlen pro Operateur. Zudem seien wieder «provisorische» Leistungsaufträge vorzusehen. SZB-CHB und RHNe gehen davon aus, dass sie ihre Fallzahlen zusammenzählen dürfen, weil sie eine Kooperation eingegangen sind. Gleich argumentiert KSGR, welches eine Kooperation mit dem Kantonsspital Glarus eingegangen ist. Auch LIMM möchte die Fallzahlen mit dem neuen Netzwerk ZHnet erreichen, die Spitäler Bülach und Zollikerberg überweisen die Patient/innen nun an sie. UST kündigt die Fusion mit dem GZO an, welche zu mehr Fällen führen soll, sogar im Fall, dass diese Fusion keine Mehrheit in einer Volksabstimmung finden würde, weil sie nun so oder so eng zusammenarbeiten würden. HFR erklärt, dass sich die Fallzahlen jährlich ändern, im 2020 würden es wohl 25–30 werden. HL-StA führt an, dass sie moderne, endoskopische Resektionsverfahren inkl. TEM anwenden würden, so dass sie weniger eigentliche HSM-Fälle hätten. LUKS-Sur zweifelt die Registerangaben an und will sich nur auf Operationsberichte verlassen; 2020 würden sie trotz Pandemie die verlangte Fallzahl erreichen. HRC verweist auf die Umstrukturierung und Neugruppierung der Spitallandschaft in der Region. In Bezug auf die tiefe Rektumresektion wurde zuerst Monthey zum Zentrum bestimmt. Allerdings hatte dies einen massiven Patientenverlust zur Folge. Vor zehn Monaten wurde Renaz eröffnet und entwickelt sich zum Referenzzentrum der Region. HVS verweist auf die positive Entwicklung der Fallzahlen.

Registerzahlen und weitere Überprüfungen

Die Einhaltung der Mindestfallzahl wurde anhand der im Register eingetragenen Fälle überprüft, zur Plausibilisierung wurde zudem ein Vergleich mit der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS) gemacht. Allerdings wurde nicht auf diese abgestellt, weil dies nicht als Anforderungskriterium gesetzt war. Dabei

war der Jahresdurchschnitt im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2019 massgeblich. Bei denjenigen Kliniken, die bei der Selbstdeklaration angegeben hatten, die Mindestfallzahl erreicht zu haben, die jährliche Fallzahl gemäss Register hingegen tiefer liegt als die Mindestfallzahl sowie stichprobenweise von weiteren Spitälern, wurden die entsprechenden Operationsberichte verlangt. Zusätzlich dazu sollten die Berichte zur starren Rektoskopie, oder, wenn nicht vorhanden, Kolonoskopieberichte sowie ein Printscreen eines seitlichen MRI vor neoadjuvanter Therapie mit Distanzangaben (Sphinkterober- und Tumorunterrand sichtbar) eingereicht werden, damit zweifelsfrei überprüft werden konnte, ob die HSM-Definition der tiefen Rektumresektion eingehalten wurde. Diese Dokumente wurden durch Experten daraufhin überprüft, ob es sich um HSM-Fälle nach Zuordnungsdefinition handelt. Diese Überprüfung wurde bei INSEL, KSBL, LUKS-Lu, BSS, STG-F, EOC und HVS durchgeführt. Bei diesen Bewerbern wurde die so überprüfte Fallzahl verwendet. Es wurden bei allen Spitälern nur die Fallzahlen akzeptiert, die am sich bewerbenden Standort erbracht wurden.

Gemäss Überprüfung der Registerzahlen resp. der Operationsberichte erreichen im Vergleich zur Selbstdeklaration noch 15 Bewerbende die Mindestfallzahl, 21 hingegen nicht (vgl. Tabelle 5 resp. Anhang A2).

Fallzahlen pro Operateurin oder Operateur

Neu wurde als Anforderung eine Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur festgelegt, und zwar bei zehn Eingriffen. Damit sollen die einzelnen Chirurginnen oder Chirurgen ihre Erfahrung mit der Durchführung dieser spezifischen Eingriffe belegen. Da diese Anforderung neu ist, wurde sie nicht retrospektiv bindend erhoben. Es wurde angekündigt, dass sie zwei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags überprüft werden soll. Ein Zentrum mit Leistungsauftrag für tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen verpflichtet sich dazu, nur Operateurinnen und Operateure einzusetzen, die diese Fallzahlen erreichen, sowie diese Fallzahlen im Register zu dokumentieren und dem HSM-Projektsekretariat gegenüber zuhanden des HSM-Fachorgans offenzulegen. Es wurde dennoch schon um die entsprechenden Angaben für die Jahre 2017–2019 gebeten. Die Spitäler haben die Angaben auch gemacht, zum Teil mit Erklärungen, weshalb die Zahl noch nicht (bei allen) erreicht werden konnte. Eine Überprüfung konnte jedoch aufgrund der schlechten diesbezüglichen Datenqualität im Register nicht durchgeführt werden. Somit wird auch darauf verzichtet, die einzelnen Bemerkungen dazu hier aufzulisten.

Im Anforderungskatalog wurde darauf hingewiesen, dass Leistungsaufträge automatisch wegfallen würden, wenn zwei Jahre nach Inkrafttreten die Anforderung nicht erfüllt wäre (bedingter Leistungsauftrag). Aufgrund der heute schlechten Datenlage und der damit verbundenen Unsicherheit der diesbezüglichen Entwicklung kann aus heutiger Sicht nicht abgeschätzt werden, ob ein wesentlicher Anteil der Spitäler diese Anforderung erfüllen wird. Um die Versorgung dazumal nicht zu gefährden, sollen die Leistungsaufträge somit nicht bedingt erteilt werden, sondern mit einer entsprechenden Auflage. Zudem wurde die Beobachtungsdauer auf drei Jahre erhöht, sodass die Überprüfung im vierten Jahr stattfinden wird. Dies ermöglicht es, die Erfüllung der Anforderung in ihrer Gesamtheit zu überprüfen und entsprechende Massnahmen zu treffen.

6.2.4 Lehre, Weiterbildung und Forschung

Die Erfüllung der Anforderungen an die Lehre, Weiterbildung und Forschung wurden anhand eines standardisierten Evaluationsschemas beurteilt, welches die Aktivitäten der Leistungserbringer in der Ausbildung, der Weiterbildung, der klinischen Forschung sowie die Publikationen im HSM-Bereich komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie berücksichtigt. Gemäss Auswertung des standardisierten Evaluationsschemas erfüllen 13 Bewerbende die Anforderungen, 23 hingegen nicht (vollumfänglich). In der Anhörung haben KSA, LiH, STS, SZB-CHB, HFR, KSGR, BSS und HL-Z Publikationen oder Studien nachgereicht oder sie wurden noch einmal überprüft, sodass diese Spitäler diese Anforderung neu erfüllen (vgl. Tabelle 5).

Ferner wurde die Anerkennung des SIWF als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie der Kategorien V1 oder V2 verlangt. Als gültig erachtet wurde der Status «anerkannt» und «in Reevaluation», der Status «provisorisch» war bei keinem Spital gegeben. Dabei wurde nicht auf die Selbstdeklaration abgestellt, sondern eine direkte Überprüfung mittels der Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten des SIWF vorgenommen, welche auf dessen Website publiziert ist. 26 Bewerbende verfügten zum Zeitpunkt der Bewerbung über eine SIWF-Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie V1 oder V2, 10 hingegen

nicht. Einige Bewerber haben angegeben, dass sie sich für eine Höherstufung von Kategorie V3 in Kategorie V2 angemeldet hätten resp. die Anforderung bereits erfüllen. In der Zwischenzeit haben auch RSE, MONCUC sowie HRC diese Anforderung erfüllt.¹⁵

Die Hirslanden-Kliniken bestreiten grundsätzlich, dass die Anforderungen zu Lehre, Weiterbildung und Forschung für einen Leistungsauftrag in HSM-Viszeralchirurgie verlangt werden dürfen und beantragen, von der Anwendung abzusehen. HFR verweist auf seine Rolle bei der Ausbildung der Medizinstudentinnen und -studenten an der Universität Fribourg, wo jetzt auch ein Masterstudiengang angeboten wird. HL-StA erläutert, dass sie die Anerkennung als Weiterbildungsstätte V3 haben und im Rahmen des HIMED-Netzwerks mit den anderen Hirslanden-Kliniken kooperieren. HL-Steph verweist ebenfalls darauf. Zudem stehen sie im Gespräch mit den Verantwortlichen zur Beteiligung am Joint Medical Master der Universität St. Gallen. LACH habe die Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie beim SIWF beantragt. MONCUC habe kürzlich die Anerkennung als Weiterbildungsstätte B2 erhalten und nun den Antrag für V2 eingereicht.¹⁶ HL-Ce verweist auf die enge Zusammenarbeit mit HL-BS bei Weiterbildung und Forschung. HRC erläutert, dass sie aufgrund der Umstrukturierungen in der Spitallandschaft ihrer Region, konkret der verschobenen Eröffnung des Standorts Rennaz noch kein Gesuch um Anerkennung als Weiterbildungsstätte einreichen konnten, dies aber geplant sei.¹⁷ HL-Z führt auf, dass sie Lehrspital der Universität Zürich sind. Die Lehre wird durch HIMED koordiniert. UST verweist auf Aktivitäten ihrer Ärzteschaft an Forschungsprojekten in Zusammenarbeit mit der Universität Basel und dem USZ.

6.2.5 Wirtschaftlichkeit

Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Haupterkennnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in Tabelle 4 und das methodische Vorgehen im Anhang A3 summarisch dargestellt.

Die Analysen beruhen auf Vergleichen der Fallmix-bereinigten, spitalindividuellen mittleren Fallkosten (Basiswerte) des Jahres 2018. Neben der Beurteilung auf Stufe Gesamtpital wird auch die Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung betrachtet. Es werden also zwei unterschiedliche Herangehensweisen angewendet:

1. **Methodik ITAR_K®:** Bei der Auswertung von Kostendaten nach ITAR_K® werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Fallmix-bereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung»¹⁸ ermittelt. Als Referenzwert dient der Median der sich bewerbenden Spitäler¹⁹ (CHF 9'873) (vgl. Tabelle 4, linke Spalte).
2. **Methodik SwissDRG:** Bei der Auswertung nach SwissDRG werden die kalkulatorischen Fallmix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dient einerseits der Median der sich bewerbenden Spitäler (CHF 12'029) (vgl. Tabelle 4, mittlere Spalte) und andererseits das Fallzahl-gewichtete Mittel der sich bewerbenden Spitäler¹⁹ (CHF 12'838) (vgl. Tabelle 4, 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. Örtlich unterschiedliche Lohnkosten beispielsweise werden mangels breit akzeptierter Methodik nicht neutralisiert. Ebenso findet im Rahmen der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung auch keine Betrachtung der medizinischen Outcome-Qualität statt. Zudem wird auf eine Unterscheidung von Spitalkategorien verzichtet. Zwar haben Universitätsspitäler in der Regel tendenziell höhere Basiswerte als Zentrums- und Regionalspitäler, aber es gibt keine vertretbare Methodik zur Normierung.

¹⁵ Die Abfrage wurde am 4 Januar 2023 und noch einmal am 8. Mai 2023 aktualisiert.

¹⁶ Mit der Abfrage vom 8. Mai 2023 wurde festgestellt, dass für MONCUC eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V2 vorliegt.

¹⁷ Mit der Abfrage vom 8. Mai 2023 wurde festgestellt, dass für HRC eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V2 vorliegt.

¹⁸ Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind sinngemäss auch für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbar.

¹⁹ Der Bericht zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde erstellt, bevor zwei Spitäler ihre Bewerbung für je einen Teilbereich zurückgezogen haben und sind daher in den Vergleichen noch enthalten.

Tabelle 4: Einteilung Spitäler in «wirtschaftlich»^a, «eher wirtschaftlich»^b, «neutral»^c, «eher unwirtschaftlich»^d und «unwirtschaftlich»^e nach drei verschiedenen Methoden

Leistungserbringer	Methodik		
	ITAR_K [®]	SwissDRG	
	Referenzwert Median	Median	Fallzahl- gewichtetes Mittel
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	–	0	+
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	+	+
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	0	+	++
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitäts- spital Bern	–	--	--
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	–	+	+
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	+	0	+
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	+	+	++
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	0	--	--
Kantonsspital Baselland, Liestal	--	--	--
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	–	--	–
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	–	0	+
Hôpitaux universitaires de Genève, Ge- nève	--	--	--
Kantonsspital Graubünden, Chur	+	+	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	+	+	+
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	(--)	(–)
Luzerner Kantonsspital, Sursee	+	(--)	(–)
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	+	[--]	[--]
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	–	+	++
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solo- thurn, Solothurn	(–)	(–)	(0)
Spital Lachen AG, Lachen	+	NA	NA
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0	+	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	+	[0]	[+]

Leistungserbringer	Referenzwert	Methodik		
		ITAR_K®	SwissDRG	
		Median	Median	Fallzahl-gewichtetes Mittel
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civ., Lugano		+	++	++
Kantonsspital Uri, Altdorf		0	[+]	[+]
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne		--	+	+
Clinique de la Source, Lausanne		--	NA	NA
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges		-	[-]	[-]
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne		+	[- -]	[- -]
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz		-	++	++
Hôpital du Valais, Sion		+	[+]	[+]
Kantonsspital Winterthur, Winterthur		0	--	--
Klinik Hirslanden AG, Zürich		-	--	--
Spital Limmattal, Schlieren		+	+	++
Spital Uster, Uster		0	[- -]	[-]
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich		-	0	+
Universitätsspital Zürich, Zürich		--	--	--

^a «+ +»: Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % tiefer ist als die Bezugsgrösse.

^b «+»: Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10 % tiefer und mind. 1.01 % tiefer ist als die Bezugsgrösse.

^c «0»: Das Spital hat einen Basiswert, der in etwa gleich ist wie die Bezugsgrösse, also bis 1 % tiefer und bis 1 % höher als die Bezugsgrösse.

^d «-»: Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10 % höher und mind. 1.01 % höher ist als die Bezugsgrösse.

^e «- -»: Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % höher ist als die Bezugsgrösse.

[]: Die Fallzahl liegt unter 12, eine statistische Aussage ist schwerlich möglich.

(): nicht standortspezifisch

NA: eine Aussage ist nicht möglich, da keine Daten vorliegen oder der Leistungserbringer im Analysejahr keine Fälle behandelte.

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wurden die obengenannten Methoden verwendet – die erste (ITAR_K®) mit dem Einbezug des Gesamspitals, die zweite (SwissDRG) mit spezifischeren Daten für den HSM-Bereich, bei dieser wurde zusätzlich mit zwei Sub-Methoden gearbeitet. Eine Eingrenzung der Fälle auf einen spezifischen HSM-Bereich oder -Teilbereich ist mit ITAR_K® nicht möglich. Dies bedeutet, dass sich der Fallkostenvergleich mit dieser Methodik auf das ganze akutstationäre Leistungsspektrum des Spitals, bzw. auf den betreffenden Standort bezieht. Mit der Methodik «SwissDRG» ist es hingegen möglich, Kostenvergleiche zwischen den Spitälern anzustellen, welche auf einen spezifischen HSM-Bereich oder -Teilbereich eingegrenzt sind. Da die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im vorliegenden HSM-Teilbereich und weniger jene des Gesamspitals berücksichtigt

werden sollte, ist die Methodik «SwissDRG» gegenüber «ITAR_K®» vorzuziehen. Innerhalb der Methodik «SwissDRG» werden bei Anwendung des «Fallzahl-gewichteten Mittels SwissDRG» Spitäler mit vielen Fällen stärker berücksichtigt, als wenn der «Median SwissDRG» angewendet würde. Für die vorliegende Beurteilung wurde auf Empfehlung der Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» die Methodik «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG» angewandt.

Resultate gemäss der Methodik «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG»

(vgl. Tabelle 4 rechte Spalte)

Von den 33 Spitälern, die in die Überprüfung einbezogen werden konnten, waren 40 % weniger wirtschaftlich als der Durchschnitt und 58 % wirtschaftlicher. Vier der unwirtschaftlichen waren über 20 % über dem Mittel, fünf über 10 %. Bei den wirtschaftlichen war die Streuung etwas geringer, acht Spitäler hatten Werte über 10 %, elf zwischen 5 und 10 % unter dem Durchschnitt. Am besten haben HRC, EOC und STG-F abgeschnitten, am schlechtesten HL-Ce, HL-Z und KSBL. Bei den Standorten des Luzerner Kantonsspitals und der Solothurner Spitäler waren keine nach Standort getrennten Zahlen verfügbar. Gar keine Zahlen waren von SOURCE verfügbar. LACH hatte im 2018 keine Fälle, weder bei SwissDRG noch im Register noch in der MS, auch wenn es im Fragebogen elf Fälle angegeben hatte. Unter zwölf Fälle waren bei HL-Steph, MONCUC, KSU, EHC, HVS und UST vorhanden. Bei niedrigen Fallzahlen ist mit der Auswertung nach SwissDRG keine statistisch gesicherte Aussage möglich. Die Verlässlichkeit der Kostenberechnungen ist daher eingeschränkt. Die Aussagen zur Wirtschaftlichkeit sind deshalb zu relativieren.

6.2.6 Zusammenfassung der Auswertung der Bewerbungen

Tabelle 5 fasst die Auswertung der Bewerbungen zusammen.

Tabelle 5: Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozessqualität ^{1), 3)}	Ergebnisqualität (Mortalität) ²⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁴⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁵⁾	Wirtschaftlichkeit ⁶⁾
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	+
Kantonsspital Baden AG, Baden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	+
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	++
Insel Gruppe AG, In- selspital Universitäts- spital Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	--
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	+

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozessqualität ^{1), 3)}	Ergebnisqualität (Mortalität) ²⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁴⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁵⁾	Wirtschaftlichkeit ⁶⁾
Regionalspital Em- mental AG, Burgdorf	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Nein	+
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	++
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	--
Kantonsspital Basel- land, Liestal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	--
St. Claraspital, Cla- runis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	-
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	+
Hôpitaux universi- taires de Genève, Ge- nève	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	--
Kantonsspital Grau- bünden, Chur	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	+
Luzerner Kantonsspi- tal, Luzern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(-)
Luzerner Kantonsspi- tal, Sursee	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein ²⁾ *	Nein	Nein	(-)

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozessqualität ^{1), 3)}	Ergebnisqualität (Mortalität) ²⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁴⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁵⁾	Wirtschaftlichkeit ⁶⁾
<i>Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel</i> ²⁰								
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	++
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	[--]
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solo- thurn, Solothurn	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein ²⁾ *	Ja	Ja ^{neu}	(0)
Spital Lachen AG, Lachen	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	NA
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Nein	[+]
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	++
Kantonsspital Uri, Alt- dorf	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	[+]
Centre hospitalier uni- versitaire vaudois, Lausanne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	+
Clinique de la Source, Lausanne	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	NA

²⁰ Das Réseau hospitalier neuchâtelois hat seine Bewerbung mit Schreiben vom 18. Februar 2021 wieder zurückgezogen.

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstellung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozessqualität ^{1), 3)}	Ergebnisqualität (Mortalität) ²⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁴⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁵⁾	Wirtschaftlichkeit ⁶⁾
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	[-]
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	[- -]
Hôpital Riviera-Cha- blais – Vaud Valais, Rennaz	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja ^{2)*}	Ja ^{neu}	Nein	+ +
Hôpital du Valais, Sion	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	[+]
Kantonsspital Win- terthur, Winterthur	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	--
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	--
Spital Limmattal, Schlieren	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	+ +
Spital Uster, Uster	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	[-]
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	+
Universitätsspital Zü- rich, Zürich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	--

Grün unterlegt = Anforderung erfüllt.

Rot unterlegt = Anforderung nicht erfüllt.

¹⁾ Evaluation basierend auf Selbstdeklaration der Leistungserbringer.

²⁾ Beurteilung beruht auf Registerdaten. Fallzahlen: bei Diskrepanzen zur Selbstdeklaration wurden die Fallzahlen anhand der Operationsberichte (inkl. einem Bericht zur starren Rektoskopie oder zur Koloskopie und einem Printscreen eines seitlichen MRI) überprüft. Mortalität: Relevante Abweichungen («erfüllt»/«nicht erfüllt») zur Selbstdeklaration werden mit ^{2)*} markiert.

³⁾ Prüfung gemäss Anforderungskatalog.

⁴⁾ Überprüfung mittels der Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten des SIWF; aktualisiert am 4. Januar 2023 sowie am 8. Mai 2023.

⁵⁾ Prüfung gemäss standardisiertem Evaluationsschema zur Lehre, Weiterbildung und Forschung.

⁶⁾ Gemäss Empfehlung der Expertengruppe Wirtschaftlichkeit wurde das Fallzahl-gewichtete Mittel der SwissDRG berücksichtigt. Die fünf Resultatekategorien wurden in Punkte übersetzt: ++ (für wirtschaftlich), + (für eher wirtschaftlich), 0 (für neutral), – (für eher unwirtschaftlich) und – – (für unwirtschaftlich). [*Eckige Klammern*] bedeuten, dass aufgrund tiefer Fallzahlen unter 12 die Wirtschaftlichkeitsberechnungen statistisch auf schwachen Füßen stehen. (*Runde Klammern*) heissen, dass die Daten nicht standort-spezifisch vorlagen, sodass auch keine entsprechende Aussage gemacht werden kann. NA = keine Daten oder keine Fallzahlen. ^{neu} Aktualisierung seit der Bewerbung, z. B. weil im Rahmen der Anhörung zusätzliche Unterlagen eingereicht wurden. Die Anforderung war zum Zeitpunkt der ersten Auswertung der Bewerbung nicht erfüllt bzw. wurde als nicht erfüllt beurteilt, wird nach Auswertung der Anhörung jedoch als erfüllt betrachtet.

6.3 Gewährung des rechtlichen Gehörs

Der Berichtsentwurf für die vorgesehene Leistungszuteilung vom 4. Oktober 2021²¹ wurde am 8. Dezember 2021 in die Anhörung (Gewährung des rechtlichen Gehörs) gegeben. Das HSM-Fachorgan empfahl, folgenden Leistungserbringern einen auf sechs Jahre befristeten Leistungsauftrag zu erteilen:

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern, Bern (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Universitätsspital Zürich, Zürich

Zur Teilnahme an der Anhörung wurden alle Kantone, die betroffenen Leistungserbringer, fünf Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, zwölf Fachgesellschaften und 13 andere Institutionen und Organisationen eingeladen. Insgesamt sind 57 Stellungnahmen beim HSM-Projektsekretariat eingetroffen. Von den betroffenen Spitalern haben sich KSB, HUG, KSU, SOURCE und UST nicht an der Anhörung beteiligt. Zusätzlich hat sich das USB an der Anhörung beteiligt, obwohl es selber keine Bewerbung eingereicht hatte.

6.3.1 Stellungnahmen

Eine Mehrheit der Anhörungsteilnehmenden begrüsst die Leistungszuteilung im Teilbereich der tiefen Rektumresektion bei Erwachsenen, wobei sich bei den Spitalern eine knappe Mehrheit ablehnend geäussert hat. Die ablehnenden Stellungnahmen kommen aus naheliegenden Gründen meist von Spitalern, denen

²¹ Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Entwurf für die Gewährung des rechtlichen Gehörs, 4. Oktober 2021.

gemäss Berichtsentwurf keine Leistungszuteilung zugesprochen werden soll. Im Folgenden werden die kritischen Stellungnahmen summarisch abgebildet.

Die ablehnenden Kantone befürchten oftmals eine negative Auswirkung auf die Versorgung, sei es im Fachbereich selbst oder als Folgewirkung auf die Attraktivität ihrer Spitäler. Es gibt aber auch die Ansicht, dass eine stärkere Konzentration angezeigt wäre. Teilweise wird kritisiert, dass in den Siedlungszentren teilweise mehrere Leistungsaufträge vergeben werden, in den peripheren Regionen, z. B. in der Südostschweiz oder im Wallis, jedoch kein Leistungsauftrag mehr erteilt werde. Ein Kanton begrüsst es, dass die 30-d-Mortalität nicht als Ausschlusskriterium verwendet wird. Einige Kantone stellen sich hinter ihre Spitäler und setzen sich für Leistungsaufträge an sie ein.

Einzelne Anhörungsteilnehmer stellen die Zuordnung in Frage (Hirslanden-Kliniken, KSGR). Insbesondere sei die tiefe Rektumresektion nicht selten (HL-BS).

Einige Spitäler (KSA, RSE, STS, SZB-CHB, HFR, soH und STG) haben gemeinsam ein Schreiben mit Beilagen («Grundlagenpapier») verfasst, mit dem sie eine Stellungnahme zu den Anforderungskriterien und deren Auswertung abgeben. Bemängelt wird, dass das HSM-Fachorgan als Qualitätsmarker lediglich die Mindestfallzahlen heranziehe, obwohl in der Rektumchirurgie auch direkte Parameter verfügbar seien. Die Mortalität zähle eher nicht dazu, diese sei eher ein Marker der Indikations- denn der Behandlungsqualität. Die Mindestfallzahlen hätten im ganzen Verfahren eine herausragende Stellung, deren festgesetzte Höhe sei aber nicht wissenschaftlich fundiert. Wenn man sich an die Vorgaben der DKG anlehne, müsste man sich aber auch auf dieselbe Definition der Eingriffe stützen, was nicht der Fall sei; bei der DKG würden Rektumresektionen bis 16 cm gezählt. Wenn schon müssten die Fallzahlen pro Operateur verwendet werden. Da diese Anforderung erst prospektiv erhoben wird, würden Operateure bei einem Stellenwechsel nur noch Spitäler mit HSM-Leistungsauftrag berücksichtigen, sodass fraglich sei, wie andere Spitäler sich je wieder für einen HSM-Leistungsauftrag bewerben könnten. Somit seien Mindestfallzahlen ungeeignet als Ausschlusskriterium im Zuteilungsverfahren. Weiter bemängeln die Spitäler, dass nicht die starren Rektoskopien von sämtlichen Fällen überprüft wurden. Damit bestehe die Gefahr, dass Fälle berücksichtigt worden seien, welche sich bei einer Überprüfung dieser Messung als Nicht-HSM-Eingriff herausgestellt hätten. Überhaupt seien auch die Operationsberichte nicht in allen Fällen geprüft worden. Im Übrigen sei auch die Tumorgrosse – nicht nur die Lage – ein Indikator für einen komplexen Eingriff. Zu den Anforderungen bezüglich Lehre, Weiterbildung und Forschung monieren sie, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb bei der Anforderung Weiterbildungsstätte statt V3 nur noch die höhere Stufe V2 anerkannt würde. Zudem müsste die Berücksichtigung von Forschungsgegenständen und Zeitraum ausgeweitet werden, weil wissenschaftliche Erkenntnisse oft nur über einen längeren Zeitraum gewonnen werden könnten. Schliesslich dürfe die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung nicht ausser Acht gelassen werden.

Mindestfallzahlen: Es wird die Frage aufgeworfen, wie die Anhebung der Mindestfallzahl von 12 auf 20 wissenschaftlich begründet sei. KSGR bezweifelt, dass damit eine bessere Qualität erzielt werden kann. BSS beurteilt die Erhöhung als Verstoss gegen Treu und Glauben und möchte, dass neue Fallzahlen herangezogen werden. LIMM hätte sich zumindest eine Übergangszeit gewünscht. HL-StA ist der Ansicht, dass auch aktuellere Fallzahlen als im Beobachtungszeitraum berücksichtigt werden müssten und erachtet dies im Ermessen des HSM-Fachorgans liegend. Andernfalls sei das Ermessen unterschritten. Diverse Spitäler verweisen darauf, dass die DKG eine andere Definition der tiefen Rektumresektion zugrunde lege, sodass die von ihr festgelegte Mindestfallzahl nicht telquel übernommen werden könne.

Einige Spitäler erklären, dass sie die Mindestfallzahl im Erhebungszeitraum wegen eines Chefarztwechsels nicht erreicht hätten, seither die Fälle zugenommen hätten und künftig erreicht würden, oder sie verweisen auf steigende Fallzahlen, welche nach dem Erhebungszeitraum die Anforderung erreiche (KSA, HFR, KSGR, BSS, EHC). EHC begründet dies nebst der demografischen Entwicklung mit der Eröffnung eines regionalen Verdauungs- und eines spezialisierten Proktologiezentrums. Andere bestreiten die erhobenen Fallzahlen (RSE, HFR). HVS ist nicht einverstanden mit dem Erhebungszeitraum, weil es just dann in einer Umstrukturierung begriffen war.

Manche Spitäler verweisen auf eine eingegangene Kooperation mit einem anderen Spital, womit eine Fallzahlsteigerung einhergehen soll (HFR, KSGR). HL-Steph hält dafür, dass die Mindestfallzahlen im Verbund mit anderen Kliniken erfüllt werden dürfen, und BSS und STG-F möchten die Fallzahlen mit dem anderen Standort zusammenzählen dürfen. STG-F verweist dabei auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, nach welchem Zuteilungsvorgaben auch nicht standortspezifisch möglich seien. STG-F leitet von der Erteilung eines bedingten Leistungsauftrags an ein Spital im Tessin, welches die Mindestfallzahlen nicht erfüllt, ab, dass es ebenfalls einen solchen Leistungsauftrag zugute habe.

Mortalität: Es wird bedauert, dass nebst der Mortalität nicht auch andere Ergebnisqualitätsindikatoren geprüft werden (KSGR, MONCUC). BSS stellt die Mortalität als Marker der Ergebnisqualität in Frage, weil die Fallzahlen so tief sind, dass ein einziger Todesfall, auch wenn er nicht durch mangelhafte Qualität verursacht war, massiv auswirkt. MONCUC gibt zu bedenken, dass eine hohe Mortalität auch auf eine mangelhafte Indikationsstellung zurückzuführen sein könnte. Auch STG-F hat Zweifel daran und verweist auf die Risikofaktoren.

Lehre, Weiterbildung und Forschung: KSA, LiH²², STS haben weitere Studien und/oder Publikationen eingereicht. Einige Spitäler (RSE, STS, BSS) sind der Ansicht, dass ihre Studien und Publikationen nicht korrekt bewertet wurden und monieren, dass die Bewertungskriterien nicht transparent sind. Auch EHC kann nicht nachvollziehen, weshalb ihre Aktivitäten nicht ausreichen und verlangt zumindest einen bedingten Leistungsauftrag, da es für die Region bedarfsnotwendig sei. Ein Spital (HFR) verweist auf den neuen Medizinstudiengang und erachtet im Hinblick auf eine Chirurgieprofessur einen Leistungsauftrag als notwendig.

Die Hirslanden-Kliniken und MONCUC vertreten die Ansicht, dass die Anforderung Lehre, Weiterbildung und Forschung nicht bewertet werden dürften, da sie weder auf dem KVG basiere noch den Patientinnen und Patienten direkt zugutekämen sowie die Privatspitäler benachteilige. Zumindest müsste dieses Kriterium mit grösster Zurückhaltung angewendet werden, z. B. sollten auch Weiterbildungsverbände angerechnet resp. die Anforderung nicht standortspezifisch angewendet werden.

Weiterbildungsstätte: RSE hat den Status einer Weiterbildungsstätte V2 erlangt. HL-StA und HL-Steph sind noch V3, versprechen aber, auf Vorliegen eines Leistungsauftrags hin V2 zu sein. Einige Spitäler verstehen nicht, weshalb V3 nun nicht mehr angerechnet wird und wünschen eine Begründung (RSE) resp. vorher angehört zu werden (HL-Steph). KSGR befürchtet ohne Leistungsauftrag den Verlust der Weiterbildungsstätte V1. MONCUC und HRC sagen, sie hätten einen Antrag beim SIWF eingereicht.²³ HFR erläutert, dass dies nicht früher möglich war, weil das neue Spital in einer Aufbauphase ist.

Wirtschaftlichkeit: Insbesondere diejenigen Spitäler, die eine gute Wirtschaftlichkeit aufweisen, wünschen, dass diese stärker berücksichtigt wird. Der Wirtschaftlichkeit sollte nach MONCUC mehr Gewicht zugemessen werden als Lehre, Weiterbildung und Forschung.

Versorgung: Einige Spitäler verweisen auf den Beitrag zur Versorgung ihrer Region, teilweise unter Verweis auf die Sprache(n), und die Erreichbarkeit (SZB-CHB). Die Südostschweiz werde der Ostschweiz zuteilt, ungeachtet der Distanzen. Zudem sei die Versorgungsregion mit Partnerspitälern im Aufbau (KSGR). Die Region Ostschweiz sei mit den Vorschlägen unterversorgt, schliesslich hätten sie bisher einen kantonalen Leistungsauftrag, findet HL-Steph. Auch STG-F schätzt die Region ohne ihr eigenes Angebot als unterversorgt ein. HVS findet die regionale Verteilung schlecht umgesetzt, in den Zentren gebe es mehrere Angebote im Gegensatz zu peripheren Regionen.

Weiteres: Einige Spitäler verweisen auf ihre Zertifizierung als Darmkrebszentrum durch die DKG oder auf eine Iso-Zertifizierung (KSA, STS, BSS, MONCUC). Einzelne erwähnen, dass sie über einen Operationsroboter verfügen – HL-StA bezeichnet sich dabei als schweizweit führend – oder berichten, dass sie beim Audit des Viszeralchirurgieregisters (Überprüfung der Datenqualität) gute Resultate gehabt hätten (STS, HFR). INSEL spricht sich für Angebote von öffentlichen als auch privaten Spitalern in allen Regionen aus. RSE stellt die Unabhängigkeit des HSM-Fachorgans in Frage. KSGR ist nicht damit einverstanden, wie die Anforderungen nach KVG umgesetzt werden; es ist der Ansicht, dass die Mindestfallzahlen praktisch ausschliessliches Zuteilungskriterium seien, nicht aber die Wirtschaftlichkeit und die Erreichbarkeit der Behandlung. HL-BS findet es nicht korrekt, dass die Anforderungen standortspezifisch gestellt werden. HRC befürchtet, dass ein Verlust des Leistungsauftrags für tiefe Rektumresektion auch negative Auswirkungen auf andere Angebote des Spitals haben könnte.

RHNe hat seine Bewerbung, die es ursprünglich gemeinsam mit SZB-CHB eingereicht hat, zurückgezogen, möchte aber wieder darauf zurückkommen, weil es beim Rückzug von falschen Voraussetzungen ausgegangen sei. Es wollte damit die Chancen für einen Leistungsauftrag für SZB-CHB erhöhen. Gemäss eigenen Angaben würden sie eine Mindestfallzahl von zehn Eingriffen erfüllen.

²² Im Rahmen einer zweiten Anhörung. Diese wurde durchgeführt, weil das HSM-Fachorgan LiH nach der ersten Anhörung, wo ihm ein bedingter Leistungsauftrag in Aussicht gestellt wurde, doch keinen mehr erteilen wollte.

²³ Mit der Abfrage vom 8. Mai 2023 wurde festgestellt, dass für MONCUC und HRC eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V2 vorliegt.

6.3.2 Beurteilung des HSM-Fachorgans

Das Ziel des HSM-Fachorgans ist es, eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung im Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie anbieten zu können.

Dass die Qualität des Angebots steigt, wenn die Leistungserbringer über eine grosse Erfahrung verfügen, ist vielfach durch Literatur belegt. Diese Erfahrung wird anerkanntermassen durch Mindestfallzahlen gespiegelt, auch wenn es nicht möglich ist, eine präzise Schwelle dafür anzugeben, unter der die Qualität schlecht wäre und darüber gut. Mindestfallzahlen werden von der KVV (Art. 58d Abs. 4 und Art. 58f Abs. 4 Bst. f) vorgegeben und von der Rechtsprechung gestützt.²⁴ Insbesondere hat das Bundesverwaltungsgericht verschiedentlich bestätigt, dass eine retrospektive Erhebung der Fallzahlen nicht zu beanstanden ist.²⁵

Für die Gesamtbehandlungsqualität ist die Weiterbildung wichtig. Auch die Medizin muss sich weiterentwickeln, um gute Qualität zu bieten, und das geht nur mit Lehre, Weiterbildung und Forschung. Diese Anforderung stützt sich auf die IVHSM (Art. 4 Abs. 4 Ziff. 2. und 3.).

Bezüglich Wirtschaftlichkeit erlauben es die vorliegenden Daten nicht, alle Spitäler gleich zuverlässig zu beurteilen, weshalb andere Kriterien höher gewichtet wurden.

Das HSM-Fachorgan berücksichtigt bei den Zuteilungsempfehlungen sämtliche gestellten Anforderungen und stellt nicht einseitig auf ein einzelnes Qualitätskriterium ab; es schlägt für eine Leistungszuteilung diejenigen Bewerbenden vor, die in ihrer Gesamtheit die gestellten Anforderungen am weitgehendsten erfüllen und die Versorgung am besten abdecken.

Die HSM strebt eine gesamtschweizerische Planung an. Der vorliegende Teilbereich umfasst keine Notfall-eingriffe, weshalb es keine ausgewogene regionale Verteilung der HSM-Zentren braucht. Trotzdem wurde der Zugänglichkeit Rechnung getragen, und der Bedarf ist für die ganze Schweiz abgedeckt. Somit besteht keine Notwendigkeit, Spitälern einen Leistungsauftrag zu erteilen, welche die Anforderungen nicht erfüllen.

6.4 Zuteilung der HSM-Leistungserbringung

Um beurteilen zu können, ob der zukünftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, muss auch berücksichtigt werden, ob die Bewerbenden Kapazitätsengpässe hatten und welche zusätzlichen Kapazitäten sie in Zukunft zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben (vgl. Anhang A4).

In den Jahren 2018 und 2019 mussten laut den sich bewerbenden Leistungserbringern keine Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zur tiefen Rektumresektion bei Erwachsenen aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 22 in Anhang A4). Kapazitätsengpässe bestanden demnach keine.

Nach Berücksichtigung aller relevanten Aspekte und auf Empfehlung des HSM-Fachorgans beschliesst HSM-Beschlussorgan nachstehende Zuteilung der HSM-Leistungserbringung. Die Leistungsaufträge werden für sechs Jahre erteilt. Damit wird für die Spitäler Planungssicherheit geschaffen. Zudem nimmt der Reevaluationsprozess im zweistufigen Verfahren viel Zeit in Anspruch. Ferner soll für die nächste Neubeurteilung der Leistungszuteilung ausreichend Datenmaterial aus dem Register in guter Qualität zur Verfügung stehen. Eine Vergabe des Leistungsauftrags für sechs Jahre ist somit gerechtfertigt. Mithilfe des Monitorings und der Überprüfung der Registerdaten soll die Einhaltung der Anforderungen über die gesamte Dauer überwacht werden. Die Fallzahlen pro Operateurin oder Operateur sollen im vierten Jahr nach Erteilung des Leistungsauftrags überprüft werden. Die Einhaltung dieser Auflage gilt für alle Leistungserbringer. Auch die weiteren gestellten besonderen Auflagen sollen nach Ablauf dreier Jahre geprüft werden.

²⁴ Urteil BVGer C-2585/2019 vom 7. Juni 2022 E. 8.1.2.

²⁵ Urteil BVGer C-2887/2019 vom 26. Januar 2021 E. 8.4 f., Urteil BVGer C-2827/2019 vom 18. März 2021 E. 7.4., Urteil BVGer C-1306/2019, C-2651/2019 vom 21. September 2021 E. 7.1.5, Urteil BVGer C-1313/2019, C-2654/2019 vom 11. November 2021 E. 7.1.4

Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden 15 Zentren:

Tabelle 6: Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Teilbereich «Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen»

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Kantonsspital Baden AG, Baden	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Kantonsspital Baselland, Liestal	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Luzerner Kantonsspital, Luzern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Kantonsspital Winterthur, Winterthur	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Universitätsspital Zürich, Zürich	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.

Tabelle 7: Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen mit besonderer Auflage im Teilbereich «Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen»

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Insel Gruppe AG, Insele Hospital Universitätsspital Bern, Bern	Auf sechs Jahre befristet; mit folgender besonderen Auflage: <ul style="list-style-type: none"> Die 30-d-Mortalität ist jährlich zu erheben und darf über drei Jahre gemessen 3 % nicht überschreiten, ausser das erhöhte Risikopotential kann nachgewiesen werden. 	Alle Anforderungen erfüllt, ausser der 30-d-Mortalität, die 3 % nicht überschreiten darf, gemessen über drei Jahre. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	Auf sechs Jahre befristet; mit folgender besonderen Auflage: <ul style="list-style-type: none"> Die 30-d-Mortalität ist jährlich zu erheben und darf über drei Jahre gemessen 3 % nicht überschreiten, ausser das erhöhte Risikopotential kann nachgewiesen werden. 	Alle Anforderungen erfüllt, ausser der 30-d-Mortalität, die 3 % nicht überschreiten darf, gemessen über drei Jahre. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.

Die Spitäler, die einen HSM-Leistungsauftrag erhalten, erfüllen die Anforderungen. Noch nicht erfüllt werden musste die Anforderung, dass lediglich Chirurgen Eingriffe durchführen dürfen, die dies mindestens zehnmal pro Jahr tun. Sie wird als Auflage formuliert und wird nach Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten des Leistungsauftrags überprüft.

Wie unter «Ergebnisqualität» (Seite 17) ausgeführt, ist die Beurteilung der Mortalitätsangaben noch nicht genügend ausgereift, als dass aufgrund einer erhöhten 30-d-Mortalität Bewerber ausgeschlossen werden

können. Diese Beurteilung ist komplex, weil eine erhöhte Mortalität nicht automatisch auf eine schlechte Behandlungsqualität schliessen lässt, sondern mit Risiken wie hohes Alter der Patientinnen und Patienten, Co-Morbidität (hoher ASA-Score oder Charlson Index), Rezidiveingriffe sowie palliative Situationen, einhergeht. Dies ist in der Literatur übereinstimmend beschrieben. Diejenigen Spitäler, die in den Referenzjahren eine erhöhte 30-d-Mortalität aufweisen, sollen beobachtet werden. Wenn sich herausstellt, dass ein anhaltendes Problem vorliegt, ist ein Entzug des Leistungsauftrags zu prüfen. Aus diesem Grund sollen die beiden Spitäler, die sonst alle Anforderungen erfüllen, einen Leistungsauftrag mit einer besonderen Auflage erhalten.

Würden nur diejenigen Bewerber berücksichtigt, die wirtschaftlich oder eher wirtschaftlich sind (KSB, HLBS, KSSG, EOC, CHUV, TRIEM) könnte der Bedarf bei weitem nicht gedeckt werden, auch wenn KSSG angibt, es habe «keine Einschränkung» bezüglich möglicher Behandlungen. Es müssen somit weitere Bewerber herangezogen werden, um die Versorgung sicherzustellen. Ebenfalls beachtet werden muss der Konzentrationsschritt. Nur noch 15 Spitäler erhalten einen Leistungsauftrag. Bisher haben 89 Spitalstandorte tiefe Rektumresektionen vorgenommen, oder, wenn man nur diejenigen berücksichtigt, die über fünf Eingriffe durchgeführt haben, 39 Spitalstandorte. Das heisst, dass die 15 Spitäler die Fälle der übrigen 24 Standorte übernehmen müssen. Dies wurde beim Festsetzen der Inkrafttretensfrist berücksichtigt.

Die berücksichtigten Bewerber sind bedarfsnotwendig und erfüllen entweder alle Anforderungen oder am weitestgehenden. Die Zugänglichkeit innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 Bst. b KVV) wird gewährleistet, werden doch Leistungserbringer aus allen Grossregionen berücksichtigt.

Tabelle 8: Nichterteilung von HSM-Leistungsaufträgen im Teilbereich «Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen»

Leistungserbringer	Begründung der Nichterteilung
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	Mindestfallzahlen nicht erreicht; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Kantonsspital Graubünden, Chur	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Klinik St. Anna AG, Luzern	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Luzerner Kantonsspital, Sursee	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend; [erhöhte Mortalität]*.
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	Mindestfallzahlen nicht erreicht; [erhöhte Mortalität]*.
Spital Lachen AG, Lachen	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.

Leistungserbringer	Begründung der Nichterteilung
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Mindestfallzahlen nicht erreicht; [erhöhte Mortalität]*.
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	Mindestfallzahlen nicht erreicht; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Kantonsspital Uri, Altdorf	keine diagnostische Radiologie, nur ein Chirurg anstelle eines Teams (mind. zwei); Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Clinique de la Source, Lausanne	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	Mindestfallzahlen nicht erreicht; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Hôpital du Valais, Sion	Mindestfallzahlen nicht erreicht; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend; [erhöhte Mortalität]*.
Spital Limmattal, Schlieren	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Spital Uster, Uster	Mindestfallzahlen nicht erreicht; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend; [erhöhte Mortalität]*.

* in Klammer gesetzt, weil das Kriterium nicht detailliert analysiert wurde.

Fazit: Teilbereich tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Folgenden Leistungserbringern wird ein auf sechs Jahre befristeter Leistungsauftrag erteilt:

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage: Die 30-d-Mortalität ist jährlich zu erheben und darf über drei Jahre gemessen 3 % nicht überschreiten, ausser das erhöhte Risikopotential kann nachgewiesen werden.*)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Kantonsspital Baselland, Liestal
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Kantonsspital Winterthur, Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage: Die 30-d-Mortalität ist jährlich zu erheben und darf über drei Jahre gemessen 3 % nicht überschreiten, ausser das erhöhte Risikopotential kann nachgewiesen werden.*)
- Universitätsspital Zürich, Zürich

Weitere Leistungsaufträge werden aufgrund der vom KVG vorgeschriebenen Konzentration der HSM-Leistungserbringung sowie aufgrund des Nichterfüllens von Anforderungen nicht vergeben.

Um den Spitälern, die durch die Leistungszuteilung resp. Nichtzuteilung eines Leistungsauftrags eine Veränderung erfahren, genügend Zeit zur Anpassung zu geben, treten die Zuteilungen am 1. Januar 2024 in Kraft.

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.

Generelle Auflagen

1. Übernahme der Versorgungsaufgaben und Einhaltung der damit verbundenen Anforderungen.
2. Die Bestimmungen der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), die die Spitäler betreffen, sind einzuhalten, insbesondere auch diejenigen, die per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind.

Berichterstattung an die IVHSM-Organe und Dokumentationspflicht

3. Berichterstattung an das HSM-Projektsekretariat zuhanden der IVHSM-Organe:
 - a) Umgehende Offenlegung allfälliger Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie strukturelle und personelle Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (bspw. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzten der Klinikdirektion oder in der ärztlichen sowie pflegerischen Leitung);

- b) Jährliche Einreichung eines vom Fachorgan definierten Auszugs der im Rahmen des HSM-Minimaldatensatzes (siehe Anhang A1 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020) erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität inkl. der Fallzahlen. Die Zentren reichen die standardisierten, direkt vergleichbaren Daten beim HSM-Projektsekretariat koordiniert ein und bestimmen zu diesem Zweck eine verantwortliche Person;
- c) Abgabe einer Einwilligungserklärung, welche die Registerbetreiberin (Geschäftsstelle) ermächtigt, die im Register erhobenen Daten an das HSM-Projektsekretariat weiterzuleiten;
- d) Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung.

Bereichsspezifische Auflagen

Prozessqualität

- 4. Einheitliche Erhebung und Übermittlung der Angaben des Minimalen Datensatzes (Anhang A1 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020) an das Register für jede HSM-Patientin und jeden HSM-Patienten.
- 5. Regelmässige unabhängige Auditierung der Registerdaten zwecks Qualitätssicherung und Übernahme der daraus entstehenden Kosten. Den IVHSM-Organen werden die Auditresultate bekannt gegeben und die auditierten Zentren namentlich genannt.
- 6. Übernahme der Betriebskosten des Registers. Die Kosten werden unter allen Zentren, die eine HSM-Zuteilung erhalten, aufgeteilt.
- 7. Datenqualität: Der Datensatz mit Ausnahme des Follow-ups muss zu mindestens 98 % vollständig sein (nicht mehr als 2 % fehlende Datenpunkte).
- 8. Datenqualität: Der Datensatz betreffend Follow-up muss zu mindestens 85 % vollständig sein.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

- 9. Aktive Teilnahme an Forschung und Entwicklung im Bereich Viszeralchirurgie sowie Engagement in Weiterbildung am Standort der Leistungserbringung für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen:
 - a) SIWF-Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie V1, V2;²⁶
 - b) Aktive Beteiligung am Weiterbildungsprogramm der SIWF für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie vom 1. Juli 2022;²⁶
 - c) Spezielle Berücksichtigung des viszeralchirurgischen Teilgebiets im Weiterbildungskonzept. Dieses ist öffentlich zugänglich.

Teilbereichsspezifische Auflagen

Strukturqualität

- 10. Verantwortliche Chirurgin oder verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie (unabhängig vom Anstellungs- oder Vertragsverhältnis).

²⁶ Gemäss den vom SIWF definierten Kriterien für die Einteilung der Weiterbildungsstätten, beschrieben im Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2022 für den Facharzt Chirurgie, akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 31. August 2018, letzte Revision 11. März 2021, in Kraft seit 1. Juli 2022; Anhang II: Schwerpunkt Viszeralchirurgie vom 13. Juni 2019, in Kraft seit 1. Januar 2020. Einsehbar unter <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzttitel-und-schwerpunkte/chirurgie.cfm#113259>.

11. Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln:
 - a) 24/7 Verfügbarkeit einer diagnostischen Radiologie;
 - b) 24/7 Verfügbarkeit eines qualifizierten Teams von Chirurginnen und Chirurgen (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärztinnen/Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie.
12. Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.
13. 24/7 Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie.
14. Medizinische Onkologie im Haus.
15. Verfügbarkeit einer Radioonkologie im Haus oder in vertraglich geregelter Kooperation.
16. Qualifizierte Stomatherapeutinnen oder -therapeuten im Haus.

Mindestfallzahlen

17. Für einen HSM-Leistungsauftrag im Teilbereich tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen muss pro Standort eine Mindestfallzahl von 20 Eingriffen pro Jahr erreicht werden. Die Zahlen werden dem Register entnommen.
18. Pro Operateurin oder Operateur wird eine Mindestfallzahl von zehn Eingriffen pro Jahr in einem Spital mit dem entsprechenden HSM-Leistungsauftrag verlangt. Die Zählweise richtet sich nach Anhang A3 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020. Das Spital verpflichtet sich dazu, diese Daten im Register zu dokumentieren und die entsprechenden Angaben zu den Überprüfungszeitpunkten einzureichen.

Prozessqualität

19. Jeder Fall wird im interdisziplinären Tumorboard vorgestellt (zusammengesetzt gemäss Vorgaben der IVHSM-Organen). Die Anforderungen sind in Anhang A4 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020 definiert.

Ergebnisqualität

20. Die 30-d-Mortalität darf nicht über 3 % liegen; gemittelt nachgewiesen für drei vorangehenden Jahre (Registerzahlen).

7. Komplexe bariatrische Chirurgie

7.1 Analyse des Versorgungsbedarfs

Artikel 39 KVG und Artikel 58a–e KVV verpflichten die Kantone, eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Im Rahmen der HSM-Planung ist bei der Analyse des Versorgungsbedarfs zu beachten, dass sich die Fälle der nicht auf der HSM-Spittalliste aufgeführten Einrichtungen in Zukunft 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 beispielsweise 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 Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt. Im ersten Schritt wurde die aktuelle Versorgungslage einschliesslich der aktuellen Fallzahlen (Leistungsnachfrage) untersucht. Bei der prognostizierten Entwicklung der Fallzahlen wurden der Einfluss der aktuellen und künftigen demographischen, epidemiologischen und medizinischen Entwicklung berücksichtigt.

7.1.1 Ist-Analyse

Die zentrale Grundlage für die Bedarfsanalyse bilden die Daten der MS. Die MS erfasst alle Hospitalisierungen in den schweizerischen Krankenhäusern. Mithilfe des SPLG-Groupers der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich werden alle Fälle der MS einer Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG) zugeordnet. Die HSM-Bereiche sind in der SPLG-Systematik abgebildet, indem diese jeweils einer oder mehrerer SPLG entsprechen. Die nachfolgenden Auswertungen stützen sich zum einen auf die gemäss SPLG-Systematik gruppierten Daten der MS (VIS1.4.1). Da darin jedoch Eingriffe an «komplexen Patientinnen und Patienten», die nach der Zuordnung ebenfalls zu den HSM-Eingriffen zählen (vgl. Ausführungen auf Seite 10), nicht abgebildet sind – BMI und ASA-Score, welche als Risikofaktoren für die Identifikation von Komplex-Patienten massgebend sind, werden zurzeit in der MS nicht codiert –, wurde andererseits auf die Registerdaten als ergänzende Datenquelle zurückgegriffen. Hier standen für die Bedarfsanalyse lediglich die Angaben zum Jahr des Eingriffs und die Zugehörigkeit der Patientinnen und Patienten nach Altersgruppe zur Verfügung. Infolgedessen beschränken sich einige Auswertungen in der Ist-Analyse auf die Komplex-Eingriffe. Für die Prognose des künftigen Versorgungsbedarfs wurde die Verteilung der Komplex-Patienten nach Geschlecht und Wohnregion ausgehend von der Verteilung der Komplex-Eingriffe geschätzt.

Aktuelle Versorgungslage

Für die Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation wurden die aktuellsten zum Zeitpunkt des Bewerbungsverfahrens verfügbaren Datenjahre verwendet. Für den HSM-Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie sind dies die Jahre 2016 bis 2018. Für alle nachfolgenden Analysen wurden also die Daten aus der MS und des Registers aller Hospitalisierungen von 2016 bis 2018 verwendet, die gemäss SPLG-Groupers resp. aufgrund der HSM-Definition der «komplexen Patientinnen und Patienten» der komplexen bariatrischen Chirurgie zugeordnet wurden.

Die MS des BFS führt für die Jahre 2016 bis 2018 im Durchschnitt jährlich 968 Fälle auf. Hinzu kommen für denselben Zeitraum 385 «Komplex-Patientinnen und -Patienten» jährlich, wobei innerhalb dieses Zeitraums eine deutliche Steigerung festzustellen ist. Dies ergibt ein Total von durchschnittlich 1353 Fällen jährlich, welche der komplexen bariatrischen Chirurgie zugerechnet werden können.

Die 2'910 Fälle der MS im Zeitraum zwischen 2016 und 2018 verteilen sich insgesamt auf 81 Spitalstandorte, wovon 78 % jährlich weniger als 14²⁷ Fälle behandelten. 38 Spitalstandorte wiesen sogar lediglich fünf oder weniger Fälle pro Jahr aus. Betrachtet man den gesamten Analysezeitraum von 2016 bis 2018, weisen nur gerade sechs Spitalstandorte einen Versorgungsanteil von mindestens 5 % auf.

²⁷ Extrapoliert man diese 14 Fälle mit denjenigen der «Komplex-Patientinnen und -Patienten», so kommt man auf 20 Fälle, was der verlangten Mindestfallzahl entspricht.

Patientenströme

Die folgende Tabelle 9 zeigt die Patientenströme der Jahre 2016 bis 2018 nach Grossregion des Spitalstandorts und Herkunftsgrossregion der Patientinnen und Patienten. Anhand der Versorgungsanteile pro Grossregion kann beurteilt werden, inwiefern einzelne Leistungserbringer eine überregionale Bedeutung für die Sicherstellung der Versorgung haben.

Die Exportquote gibt einen Hinweis darauf, inwiefern die Versorgung der Wohnbevölkerung einer Region von Leistungserbringern in anderen Regionen abhängig ist. In Ergänzung der Exportquote zeigt die Importquote den Anteil ausserregionaler Patienten am Total der Behandlungen in Spitälern mit Standort in einer Grossregion. Daraus lässt sich die überregionale Versorgungsrelevanz der Leistungserbringer ableiten (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 9: Patientenströme nach Grossregion 2016–2018 (gepoolt)

Grossregion Spitalstandort	Grossregion Patientinnen und Patienten								
	Genfersee-region	Espace Mittelland	Nordwest-schweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentral-schweiz	Tessin	Übrige	Total
Genferseeregion: GE, VD, VS	252	2						7	261
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	49	646	90	22	13	17	2	4	843
Nordwestschweiz: BS, BL, AG		37	295	2		6	1	7	348
Zürich: ZH	1	4	66	662	64	28	1	9	835
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR		2	3	30	249	4		7	295
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	3	8	8	74	33	135	1	1	263
Tessin: TI			1				56	1	58
Total	305	699	463	790	359	190	61	36	2'903

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS). Datenaufbereitung und Abbildung durch das Obsan.

Tabelle 10: Export- und Importquote nach Grossregion, 2016–2018 (gepoolt)

Grossregion Spitalstandort	Exportquote	Importquote
Genferseeregion: GE, VD, VS	17 %	3 %
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	8 %	23 %
Nordwestschweiz: BS, BL, AG	36 %	15 %

Grossregion Spitalstandort	Exportquote	Importquote
Zürich: ZH	16 %	21 %
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	31 %	16 %
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	29 %	49 %
Tessin: TI	8 %	3 %

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS). Datenaufbereitung durch das Obsan.

Der höchste Anteil ausserregionaler Behandlungen ist für Patientinnen und Patienten aus der Nordwestschweiz zu beobachten, 36 % der stationären Behandlungen erfolgten in einem Spital mit Standort in einer anderen Grossregion. Relevant sind dabei für Nordwestschweizer Patientinnen und Patienten – nebst den Versorgungsangeboten mit Standort in der Nordwestschweiz selbst – vor allem Spitäler mit Standort im Espace Mittelland und in der Region Zürich. Weitere wesentliche Patientenströme sind von Patientinnen und Patienten aus Zürich in die Zentralschweiz (74 Komplex-Eingriffe zwischen 2016 bis 2018) und aus der Ostschweiz nach Zürich (64) festzustellen. Die höchste Importquote verzeichnet innerhalb des analysierten Zeitraums die Zentralschweiz. 49 % der Komplex-Eingriffe in Spitälern mit Standort in der Zentralschweiz waren auf Patientinnen und Patienten aus anderen Regionen zurückzuführen. Zwar werden – absolut gesehen – nur im Tessin weniger Behandlungen durchgeführt als in der Zentralschweiz, aufgrund der erwähnten Patientenströme vor allem aus Zürich ist der relative Anteil des Zustroms aber nirgends grösser als in der Zentralschweiz. Der Versorgungsanteil pro Leistungserbringer ist im Anhang A1 ersichtlich.

7.1.2 Bedarfsprognose

Ausgehend von der Analyse der aktuellen Versorgungssituation (vgl. Kapitel 7.1.1 «Ist-Analyse») wurde der zukünftige Versorgungsbedarf anhand der zu erwartenden demographischen, epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen prognostiziert. Als Referenzjahr für die Bedarfsprognose dient das Jahr 2018 und als Prognosehorizont das Jahr 2028. Für die Beurteilung der aktuellen Versorgungssituation wurden die Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Ausland im Rahmen der Ist-Analyse im vorangehenden Kapitel miteinbezogen. Für die Prognose wird hingegen nur der Versorgungsbedarf der schweizerischen Wohnbevölkerung geschätzt. Nachfolgend werden in einem ersten Schritt die Auswirkungen der Einflussfaktoren (Demografie, epidemiologische und medizintechnische Entwicklungen) auf die Bedarfsprognose einzeln analysiert. In einem zweiten Schritt erfolgt eine konsolidierte Prognose des Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren.

Demografie

Unter alleiniger Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wird für den HSM-Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie eine Zunahme der Fallzahlen bis 2028 um 10 % auf 1'527 Fälle prognostiziert. Diese Zunahme entspricht dem prognostizierten Bevölkerungswachstum im selben Zeitraum. Zwar unterscheidet sich die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in VIS1.4.1 massgeblich von der Altersverteilung der Gesamtbevölkerung, über 80 % der Hospitalisierungen im Analysezeitraum zwischen 2016 und 2018 in VIS1.4.1 betrafen Patientinnen und Patienten in den Altersgruppen zwischen 18 und 59 Jahren. Gemäss Bevölkerungsprognose des BFS wachsen diese Altersgruppen bis 2028 unterdurchschnittlich (+4 % bzw. +2 %). Gerade unter den Komplex-Patientinnen und -Patienten ist allerdings der Anteil der über 60-Jährigen mit rund einem Viertel vergleichsweise hoch. Folglich ist für die Komplex-Patientinnen und -Patienten von einer überdurchschnittlichen Zunahme auszugehen. Konkret schätzt die Prognose für die Komplex-Patientinnen und -Patienten ein Wachstum der stationären Behandlungen von 19 %, während sich die Zunahme bei den Komplex-Eingriffen lediglich auf 5 % beläuft. Aus der Kombination resultiert schliesslich die prognostizierte Zunahme von 10 % für den HSM-Teilbereich VIS1.4.1.

Epidemiologie und Medizintechnik

Zu den Einflussfaktoren, welche den künftigen Versorgungsbedarf in der HSM bestimmen werden, gehört die Entwicklung epidemiologischer Faktoren wie beispielsweise Präventionsmassnahmen und die Entwicklung von Risikofaktoren wie Umweltbelastung, Ernährung, Rauchen sowie anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. Zur Quantifizierung der Auswirkungen wurde eine Expertenbefragung durchgeführt. Gestützt darauf ist aufgrund epidemiologischer Entwicklungen ein Anstieg der Fallzahlen um 6.8 % zu erwarten. Die grösste Zunahme wird für die Altersgruppe der 18–39-Jährigen erwartet (9 %). Als Begründung für die erwartete Zunahme der Fallzahlen im HSM-Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie wird vor allem die Zunahme adipöser Patientinnen und Patienten angeführt, von der mehrheitlich ausgegangen wird.

In Ergänzung wurden bei den Experten die zu erwarteten Auswirkungen durch Entwicklungen im Bereich der Medizintechnik abgefragt. Demgemäss ist von einer stabilen Entwicklung oder einer leichten Zunahme der Fallzahlen auszugehen (Zunahme von 0.8 % bis zum Jahr 2028 aufgrund medizintechnischer Entwicklungen).

Konsolidierte Prognose

Gestützt auf die Bevölkerungsprognosen des BFS sowie unter Einbezug der Experteneinschätzungen hinsichtlich der epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen ist mit einem Anstieg der Fallzahlen im HSM-Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie um 18 % zu rechnen. Konkret wird ein Anstieg um 251 Fälle prognostiziert. Die prognostizierte Entwicklung wird massgeblich durch das Bevölkerungswachstum und die erwartete Zunahme der Adipositasprävalenz getriggert.

Auch wenn aus einer Punktprognose jeweils eine konkrete Zahl für den künftigen Bedarf resultiert, sollte daraus nicht der Eindruck entstehen, dass die vorliegende Bedarfsprognose die künftige Entwicklung der Fallzahlen präzise vorhersagen kann. Um einem solchen Fehlschluss vorzubeugen, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der künftige Bedarf in der hochspezialisierten Medizin von verschiedenen Entwicklungen abhängig ist, die zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschliessend vorhergesagt werden können. Hinzu kommen zufällige Schwankungen, wie sie teilweise bereits aus der retrospektiven Analyse deutlich werden. Mit vergleichsweise hoher Sicherheit kann die demografische Entwicklung und deren Auswirkungen auf den zu erwartenden Versorgungsbedarf abgeschätzt werden (demografische Prognose). Mehr Unsicherheit besteht in Bezug auf die epidemiologischen und medizintechnischen Entwicklungen, deren Auswirkungen auf den künftigen Bedarf ausgehend von einer Expertenbefragung in die Prognoseschätzung integriert wurden.

7.2 Auswertung der Bewerbungen

Im Verlaufe des Bewerbungsverfahrens vom 16. Juni bis zum 17. September 2020 sind beim HSM-Projektsekretariat 33 Bewerbungen für den Erhalt eines HSM-Leistungsauftrages im Teilbereich komplexe bariatrische Chirurgie eingegangen. Folgende Spitäler haben sich für einen Leistungsauftrag im HSM-Bereich beworben:

- Kantonsspital Aarau AG, Aarau (KSA)
- Kantonsspital Baden AG, Baden (KSB)
- Stiftung Spital Muri, Muri (MURI)
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern (HL-BS)
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern (INSEL)
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (LiH)
- SRO AG, Langenthal (SRO)
- Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel (SZB-CHB)²⁸
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel (CLARU)
- Hôpital Fribourgeois, Fribourg (HFR)
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève (HUG)
- Kantonsspital Graubünden, Chur (KSGR)
- Klinik St. Anna AG, Luzern (HL-StA)
- Luzerner Kantonsspital, Luzern (LUKS-Lu)
- Luzerner Kantonsspital, Sursee (LUKS-Sur)
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel (RHNe)
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen (KSSG)
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (HL-Steph)
- Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen (SpSH)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten (KSO)
- Spital Lachen AG, Lachen (LACH)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld (STG-F)
- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano (MONCUC)
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (EOC)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne (CHUV)
- Clinique de la Source, Lausanne (SOURCE)
- Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains (eHnv)
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne (HL-Ce)
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz (HRC)
- GZO AG, Wetzikon (GZO)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (HL-Z)
- Spital Limmattal, Schlieren (LIMM)
- Universitätsspital Zürich, Zürich (USZ)

²⁸ Das Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA hat seine Bewerbung mit Schreiben vom 23. Februar 2021 wieder zurückgezogen.

Nachfolgend werden die Resultate der Evaluation der Bewerbungen dargelegt.

7.2.1 Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags

Alle Bewerbenden verpflichten sich, die im Zuordnungsbericht²⁹ definierten Versorgungsaufgaben zu übernehmen und die mit der Erbringung der Versorgungsleistung verbundenen Anforderungen zu erfüllen (siehe Anforderungskatalog).

7.2.2 Qualität

Berichterstattung an die IVHSM-Organen und Registerteilnahme

Alle Bewerbenden erklären sich einverstanden, die Berichterstattungspflichten an die IVHSM-Organen zu erfüllen sowie die erforderlichen Registerführungspflichten einschliesslich Finanzierung wahrzunehmen. Einzig SRO hat hier «Nein» angekreuzt; aus dem Kommentar geht aber hervor, dass sie dem *bisher* aufgrund des fehlenden Leistungsauftrags nicht nachkommen konnten.

Strukturqualität und Prozessqualität

Die meisten Bewerbenden erfüllen die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, welche im Anforderungskatalog festgelegt wurden. Sie verfügen sowohl über die zur Durchführung von Eingriffen im Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie erforderlichen Fachärztinnen und Fachärzte und weiteren Fachpersonen, welche am HSM-Zentrum oder vertraglich verpflichtet zur Verfügung stehen müssen, als auch über die notwendige Infrastruktur. KSA und SpSH erfüllen die Anforderung nicht, dass in den Referenzjahren mindestens zwei bariatrische Chirurg/innen eine bestimmte Anzahl nicht-komplexe und komplexe Eingriffe gemacht haben müssen, KSA erreicht dies ab 2020, SpSH voraussichtlich ab 2021. Im LACH sowie im USZ verfügt der verantwortliche Chirurg nicht über den Schwerpunkttitle in Viszeralchirurgie.³⁰

Ergebnisqualität

Erstmals wurde als Anforderung eine Mortalität von höchstens 3 % verlangt. Alle Bewerberinnen erfüllen diese Anforderung.

7.2.3 Mindestfallzahlen

Selbstdeklaration

Nach eigenen Angaben erfüllen 21 Bewerbende die Mindestfallzahl von 20 Fällen pro Jahr (Dreijahresdurchschnitt vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2019), 11 hingegen nicht. KSA erklärt die nicht erreichten Mindestfallzahlen mit personellen Wechsels und krankheitsbedingten Ausfällen; seit 2018 würden die Zahlen wieder steigen. SRO verweist darauf, dass sie erst seit Mai 2020 ein SMOB-Referenzzentrum sind und deshalb vorher keine komplexen Eingriffe durchführen durften.³¹ Dank einer Kooperationsvereinbarung mit zwei umliegenden Spitälern hoffen sie, die Fallzahlen künftig zu erreichen. Auch EOC sind noch nicht sehr lange ein Referenzzentrum, seit November 2019. Diese Anerkennung wurde möglich aufgrund einer Reorganisation. Seither würden die Fallzahlen steigen. Sie würden sich auch mit einem provisorischen Leistungsauftrag einverstanden erklären. HFR setzt ebenfalls auf die Zukunft: sie möchten die Fälle von zwei Spitälern der Gegend übernehmen, die sich nicht mehr bewerben. KSGR hat eine neue Leitung der Bariatrie sowie einen Kooperationsvertrag mit dem Kantonsspital Glarus und vermutet eine Steigerung der Fallzahlen seit 2019. LUKS-Sur zweifelt die Registerangaben an und will sich nur auf Operationsberichte verlassen. RHNe ist der Ansicht, die Festsetzung der Mindestfallzahl auf 20 sei arbiträr. Dies zeige sich daran, dass in anderen HSM-Bereichen völlig andere Mindestfallzahlen festgelegt worden seien. Man habe die Fallzahlen wohl mit Schielen auf die erwünschte Anzahl von HSM-Zentren festgesetzt.

²⁹ Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin. Schlussbericht vom 21. Januar 2016.

³⁰ In der Zwischenzeit ist dies bei beiden Spitälern erfüllt.

³¹ In der Zwischenzeit wurden sie von der SMOB jedoch wieder zum Primärzentrum herabgestuft.

Registerzahlen und weitere Überprüfungen

Die Einhaltung der Mindestfallzahl wurde anhand der im Register eingetragenen Fälle überprüft. Die medizinische Statistik der Krankenhäuser konnte nur bedingt zur Plausibilisierung herangezogen werden, weil sie die patientenzustandsbedingten Fälle nicht enthält, somit nur zum Abgleich der Angaben zu den komplexen Fällen. Massgeblich war der Jahresdurchschnitt im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2019. Bei denjenigen Kliniken, die bei der Selbstdeklaration angegeben hatten, die Mindestfallzahl erreicht zu haben, die jährliche Fallzahl Register hingegen tiefer liegt als die Mindestfallzahl, wurden die entsprechenden Operationsberichte verlangt. Diese wurden durch Experten daraufhin überprüft, ob es sich um HSM-Fälle nach Zuordnungsdefinition handelt. Dies war der Fall bei RHNe und CHUV. Bei diesen Bewerbern wurde die so überprüfte Fallzahl verwendet. Es wurden bei allen Spitälern nur die Fallzahlen akzeptiert, die am sich bewerbenden Standort erbracht wurden.

Gemäss dieser Überprüfung erreichen im Vergleich zur Selbstdeklaration 20 Bewerbende die Mindestfallzahl, 12 hingegen nicht (vgl. Tabelle 12 resp. Anhang A2).

Fallzahlen pro Operateurin oder Operateur

Neu wurde als Anforderung eine Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur festgelegt, und zwar bei zehn Eingriffen. Damit sollen die einzelnen Chirurginnen oder Chirurgen ihre Erfahrung mit der Durchführung dieser spezifischen Eingriffe belegen. Da diese Anforderung neu ist, wird sie nicht retrospektiv bindend erhoben. Es wurde angekündigt, dass sie zwei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags überprüft werden soll. Ein Zentrum mit Leistungsauftrag für komplexe bariatrische Chirurgie verpflichtet sich dazu, nur Operateurinnen und Operateure einzusetzen, die diese Fallzahlen erreichen, sowie diese Fallzahlen im Register zu dokumentieren und dem HSM-Projektsekretariat gegenüber zuhanden des HSM-Fachorgans offenzulegen. Es wurde dennoch schon um die entsprechenden Angaben für die Jahre 2017–2019 gebeten. Die Spitäler haben die Angaben auch gemacht, zum Teil mit Erklärungen, weshalb die Zahl noch nicht (bei allen) erreicht werden konnte. Eine Überprüfung konnte jedoch aufgrund der schlechten diesbezüglichen Datenqualität im Register nicht durchgeführt werden. Somit wird auch darauf verzichtet, die einzelnen Bemerkungen dazu hier aufzulisten.

Im Anforderungskatalog wurde darauf hingewiesen, dass Leistungsaufträge automatisch wegfallen würden, wenn zwei Jahre nach Inkrafttreten die Anforderung nicht erfüllt wäre (bedingter Leistungsauftrag). Aufgrund der heute schlechten Datenlage und der damit verbundenen Unsicherheit der diesbezüglichen Entwicklung kann aus heutiger Sicht nicht abgeschätzt werden, ob ein wesentlicher Anteil der Spitäler diese Anforderung erfüllen wird. Um die Versorgung dazumal nicht zu gefährden, sollen die Leistungsaufträge somit nicht bedingt erteilt werden, sondern mit einer entsprechenden Auflage. Zudem wurde die Beobachtungsdauer auf drei Jahre erhöht, sodass die Überprüfung im vierten Jahr stattfinden wird. Dies ermöglicht es, die Erfüllung der Anforderung in ihrer Gesamtheit zu überprüfen und entsprechende Massnahmen zu treffen.

7.2.4 Lehre, Weiterbildung und Forschung

Die Erfüllung der Anforderungen an die Lehre, Weiterbildung und Forschung wurden anhand eines standardisierten Evaluationsschemas beurteilt, welches die Aktivitäten der Leistungserbringer in der Ausbildung, der Weiterbildung, der klinischen Forschung sowie die Publikationen im HSM-Bereich komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie berücksichtigt. Gemäss Auswertung des standardisierten Evaluationsschemas erfüllen 14 Bewerbende die Anforderungen, 18 hingegen nicht. In der Anhörung haben KSA, MURI, LiH, HFR, KSGR und HL-Z Publikationen oder Studien nachgereicht oder sie wurden noch einmal überprüft, sodass diese Spitäler diese Anforderung neu erfüllen (vgl. Tabelle 12).

Ferner wurde die Anerkennung des SIWF als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie der Kategorien V1 oder V2 verlangt. Als gültig erachtet wurde der Status «anerkannt» und «in Reevaluation», der Status «provisorisch» war bei keinem Spital gegeben. Dabei wurde nicht auf die Selbstdeklaration abgestellt, sondern eine direkte Überprüfung mittels der Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten des SIWF vorgenommen, welche auf dessen Website publiziert ist. 21 Bewerbende verfügen über eine SIWF-Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie V1 oder V2, 11 hingegen nicht – aktualisiert sind es 24 Bewerbende, die die Anforderung erfüllen.³²

³² Die Abfrage wurde am 4. Januar 2023 und noch einmal am 8. Mai 2023 aktualisiert.

Einige Bewerber haben angegeben, dass sie sich für eine Höherstufung von Kategorie V3 in Kategorie V2 angemeldet hätten resp. die Anforderung bereits erfüllen. Bis zum Überprüfungszeitpunkt war dies jedoch noch nicht geschehen ausser bei MURI, dessen Höherstufung auf V2 vom SIWF anerkannt wurde. Zudem wurde mit der Abfrage vom 8. Mai 2023 festgestellt, dass für MONCUC und HRC ebenfalls neu eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V2 vorliegt. MURI stellte weitere Publikationen und eine Monozenterstudie in Aussicht. SRO hat ebenfalls einen Antrag für V2 gestellt. Die Hirslanden-Kliniken bestreiten grundsätzlich, dass die Anforderungen bezüglich Lehre, Weiterbildung und Forschung für einen Leistungsauftrag in HSM-Viszeralchirurgie verlangt werden dürfen und beantragen, von der Anwendung abzusehen. HFR verweist auf seine Rolle bei der Ausbildung der Medizinstudentinnen und -studenten an der Universität Fribourg, wo jetzt auch ein Masterstudiengang angeboten wird. HL-StA erläutert, dass sie die Anerkennung als Weiterbildungsstätte V3 haben und im Rahmen des HIMED-Netzwerks mit den anderen Hirslanden-Kliniken kooperieren. HL-Steph verweist ebenfalls darauf. Zudem stehen sie im Gespräch mit den Verantwortlichen zur Beteiligung am Joint Medical Master der Universität St. Gallen. RHNe findet die «Akdemisierung» falsch, die Anforderungen seien unverhältnismässig. Man könne auch im kleineren Rahmen seinen Beitrag zur Forschung leisten, indem man bei Multizenterstudien mitmache. LACH habe die Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie beim SIWF beantragt. MONCUC habe kürzlich die Anerkennung als Weiterbildungsstätte B2 erhalten und nun den Antrag für V2 eingereicht, was in der Zwischenzeit zu einer Anerkennung geführt hat. HL-Ce verweist auf die enge Zusammenarbeit mit HL-BS bei Weiterbildung und Forschung. HRC erläutert, dass sie aufgrund der Umstrukturierungen in der Spitallandschaft ihrer Region, konkret der verschobenen Eröffnung des Standorts Rennaz noch kein Gesuch um Anerkennung als Weiterbildungsstätte einreichen konnten, dies aber geplant sei. Auch diese Anerkennung ist nun erfolgt. HL-Z führt auf, dass sie Lehrspital der Universität Zürich sind. Die Lehre wird durch HIMED koordiniert. UST verweist auf Aktivitäten ihrer Ärzteschaft an Forschungsprojekten in Zusammenarbeit mit der Universität Basel und dem USZ.

7.2.5 Wirtschaftlichkeit

Die Analyse der Daten für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer wurde durch beauftragte Dritte vorgenommen. Die Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» begutachtete die Analysen und erstellte einen Bericht mit den Hauptkenntnissen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Resultate der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in Tabelle 11 und das methodische Vorgehen im Anhang A3 summarisch dargestellt.

Die Analysen beruhen auf Vergleichen der Fallmix-bereinigten, spitalindividuellen mittleren Fallkosten (Basiswerte) des Jahres 2018. 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 nach ITAR_K® werden die anrechenbaren Kosten der Spitäler für die Kalkulation der Fallmix-bereinigten Basiswerte in Anlehnung an die von der GDK formulierten «Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung»³³ ermittelt. Als Referenzwert dient der Median der sich bewerbenden Spitäler³⁴ (CHF 9'984) (vgl. Tabelle 11, linke Spalte).
2. **Methodik SwissDRG:** Bei der Auswertung nach SwissDRG werden die kalkulatorischen Fallmix-bereinigten Basiswerte der Spitäler, bezogen auf die betreffenden Fälle des spezifischen HSM-Spektrums, berechnet. Als Referenzwerte dient einerseits der Median der sich bewerbenden Spitäler (CHF 9'967) (vgl. Tabelle 11, mittlere Spalte) und andererseits das Fallzahl-gewichtete Mittel der sich bewerbenden Spitäler³⁵ (CHF 10'276) (vgl. Tabelle 11, 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. Örtlich unterschiedliche Lohnkosten beispielsweise werden mangels breit akzeptierter Methodik nicht neutralisiert. Ebenso findet im Rahmen der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung auch keine Betrachtung der

³³ Die Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind sinngemäss auch für die HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung anwendbar.

³⁴ Der Bericht zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde erstellt, bevor zwei Spitäler ihre Bewerbung für je einen Teilbereich zurückgezogen haben und sind daher in den Vergleichen noch enthalten.

³⁵ Der Bericht zur Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde erstellt, bevor zwei Spitäler ihre Bewerbung für je einen Teilbereich zurückgezogen haben und sind daher in den Vergleichen noch enthalten.

medizinischen Outcome-Qualität statt. Zudem wird auf eine Unterscheidung von Spitalkategorien verzichtet. Zwar haben Universitätsspitäler in der Regel tendenziell höhere Basiswerte als Zentrums- und Regionalspitäler, aber es gibt keine vertretbare Methodik zur Normierung.

Tabelle 11: Einteilung Spitäler in «wirtschaftlich»^a, «eher wirtschaftlich»^b, «neutral»^c, «eher unwirtschaftlich»^d und «unwirtschaftlich»^e nach drei verschiedenen Methoden

Leistungserbringer	Referenzwert	Methodik		
		ITAR_K [®]	SwissDRG	
		Median	Median	Fallzahl-gewichtetes Mittel
Kantonsspital Aarau AG, Aarau		–	--	--
Kantonsspital Baden AG, Baden		0	–	0
Stiftung Spital Muri, Muri		0	--	--
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern		+	–	–
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitäts-spital Bern		–	+	+
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern		–	0	+
SRO AG, Langenthal		+	+	+
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel		–	–	–
Hôpital Fribourgeois, Fribourg		–	+	+
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève		--	--	--
Kantonsspital Graubünden, Chur		+	+	++
Klinik St. Anna AG, Luzern		++	–	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern		+	(++)	(++)
Luzerner Kantonsspital, Sursee		+	(++)	(++)
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pour-talès, Neuchâtel		–	NA	NA
Klinik Stephanshorn, St. Gallen		+	+	+
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen		–	+	+
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen		+	+	+
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Ol-ten, Olten		(0=	(--)	(--)
Spital Lachen AG, Lachen		+	+	+
Spital Thurgau AG, Frauenfeld		+	++	++

Leistungserbringer	Referenzwert	Methodik		
		ITAR_K®	SwissDRG	
		Median	Median	Fallzahl-gewichtetes Mittel
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano		+	–	–
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civ., Lugano		+	+	+
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne		--	++	++
Clinique de la Source, Lausanne		--	NA	NA
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains		–	–	–
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne		+	++	++
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz		–	–	–
GZO AG, Wetzikon		–	0	+
Klinik Hirslanden AG, Zürich		0	--	--
Spital Limmattal, Schlieren		+	++	++
Universitätsspital Zürich, Zürich		–	--	–

^a «+ +»: Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % tiefer ist als die Bezugsgrösse.

^b «+»: Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10 % tiefer und mind. 1.01 % tiefer ist als die Bezugsgrösse.

^c «0»: Das Spital hat einen Basiswert, der in etwa gleich ist wie die Bezugsgrösse, also bis 1 % tiefer und bis 1 % höher als die Bezugsgrösse.

^d «–»: Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10 % höher und mind. 1.01 % höher ist als die Bezugsgrösse.

^e «– –»: Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10 % höher ist als die Bezugsgrösse.

[]: Die Fallzahl liegt unter 12, eine statistische Aussage ist schwerlich möglich.

(): nicht standortspezifisch.

NA: eine Aussage ist nicht möglich, da keine Daten vorliegen oder der Leistungserbringer im Analysejahr keine Fälle behandelte.

Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der HSM-Leistungserbringung wurden die obengenannten Methoden verwendet – die erste (ITAR_K®) mit dem Einbezug des Gesamspitals, die zweite (SwissDRG) mit spezifischeren Daten für den HSM-Bereich, bei dieser wurde zusätzlich mit zwei Sub-Methoden gearbeitet. Eine Eingrenzung der Fälle auf einen spezifischen HSM-Bereich oder -Teilbereich ist mit ITAR_K® nicht möglich. Dies bedeutet, dass sich der Fallkostenvergleich mit dieser Methodik auf das ganze akutstationäre Leistungsspektrum des Spitals, bzw. auf den betreffenden Standort bezieht. Mit der Methodik «SwissDRG» ist es hingegen möglich, Kostenvergleiche zwischen den Spitälern anzustellen, welche auf einen spezifischen HSM-Bereich oder -Teilbereich eingegrenzt sind. Da die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im vorliegenden HSM-Teilbereich und weniger jene des Gesamspitals berücksichtigt werden sollte, ist die Methodik «SwissDRG» gegenüber «ITAR_K®» vorzuziehen. Innerhalb der Methodik «SwissDRG» werden bei Anwendung des «Fallzahl-gewichteten Mittels SwissDRG» Spitäler mit vielen Fällen stärker berücksichtigt, als wenn der «Median SwissDRG» angewendet würde. Für die vorliegende Beurteilung wurde auf Empfehlung der Expertengruppe «HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung» die Methodik «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG» angewandt.

Resultate gemäss der Methodik «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG» (vgl. Tabelle 11 rechte Spalte)

Von den 30 Spitälern, die in die Überprüfung einbezogen werden konnten, waren 40 % weniger wirtschaftlich als der Durchschnitt und 57 % wirtschaftlicher. Zwei der unwirtschaftlichen waren über 40 % über dem Mittel (SZB-CHB³⁶ und HUG) und vier über 10 %. Bei den wirtschaftlichen hatten sechs Spitäler Werte über 10 %, elf zwischen 5 und 10 % unter dem Durchschnitt. Am besten haben LIMM, LUKS und CHUV abgeschnitten, wobei bei den Standorten des Luzerner Kantonsspitals als auch Solothurner Spitäler keine nach Standort getrennten Zahlen verfügbar waren. Gar keine Zahlen waren von SOURCE verfügbar. Die Verlässlichkeit der Kostenberechnungen ist daher eingeschränkt. Ein spezieller Fall ist KSA. Eine Einzel-fallanalyse ergab, dass vier der 23 Fälle extreme Hochkostenfälle waren. Ohne diese Fälle wäre es kostenneutral.

7.2.6 Zusammenfassung der Auswertung der Bewerbungen

Tabelle 12 fasst die Auswertung der Bewerbungen zusammen.

Tabelle 12: Erfüllung der Anforderungen pro Leistungserbringer

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozess-qualität ^{1), 3)}	Outcome (Mortalität)	SMOB-Referenzzen- trum ⁴⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁵⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁶⁾	Wirtschaftlichkeit ⁷⁾
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	Ja	Ja	Nein	Ja ^{neu}	Ja	Ja ^{neu}	Ja	Ja ^{neu}	-- ³⁷
Kantonsspital Ba- den AG, Baden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	0
Stiftung Spital Muri, Muri	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Ja ^{neu}	--
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau- Site, Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	-
Insel Gruppe AG, Inselspital Univer- sitätsspital Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	+
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspi- tal, Bern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	+

³⁶ Nicht relevant, da dieses Spital seine Bewerbung zurückgezogen hat.

³⁷ KSA hatte nachweislich vier von 23 Fällen, die extreme Hochkostenfälle waren, sodass die Angabe verzerrt ist (vgl. Text Wirtschaftlichkeit), Seite 48.

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozess-qualität ^{1), 3)}	Outcome (Mortalität)	SMOB-Referenzzen- trum ⁴⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁵⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁶⁾	Wirtschaftlichkeit ⁷⁾
SRO AG, Lan- genthal	Ja	(Ja)	Nein	Ja	Ja	Nein ^{neu}	Nein	Nein	+
<i>Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospi- talier Bienne SA, Biel³⁸⁾</i>									
St. Claraspital, Clarunis Universi- täres Bauchzent- rum Basel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	-
Hôpital Fribour- geois, Fribourg	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	+
Hôpitaux universi- taires de Genève, Genève	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	--
Kantonsspital Graubünden, Chur	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	++
Klinik St. Anna AG, Luzern	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	0
Luzerner Kan- tonsspital, Luzern	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(++)
Luzerner Kan- tonsspital, Sursee	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	(++)
Réseau hospita- lier neuchâtelois, Pourtalès, Neu- châtel	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	NA
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	+

³⁸⁾ Das Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA hat seine Bewerbung mit Schreiben vom 23. Februar 2021 wieder zurückgezogen.

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozess-qualität ^{1), 3)}	Outcome (Mortalität)	SMOB-Referenzzen- trum ⁴⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁵⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁶⁾	Wirtschaftlichkeit ⁷⁾
Klinik Stephans- horn, St. Gallen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	+
Spitäler Schaff- hausen, Schaff- hausen	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	+
Solothurner Spitä- ler AG, Kan- tonsspital Olten, Olten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	(--)
Spital Lachen AG, Lachen	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Ja	Ja	Nein	Nein	+
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	++
Clinica Luganese Moncucco SA, Lu- gano	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Nein	-
Ente Ospedaliero Cantonale, Osp. Regionale di Lu- gano	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	+
Centre hospitalier universitaire vau- dois, Lausanne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	++
Clinique de la Source, Lausanne	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	NA
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-B.	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	-
Hirslanden Lausanne SA, Cli- nique Cecil, Lausanne	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	++

Leistungs- erbringer	Verpflichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrags ¹⁾	Bereitschaft Bericht- erstattung, Register- führung ¹⁾	Mindestfallzahlen ²⁾	Struktur- und Prozess-qualität ^{1), 3)}	Outcome (Mortalität)	SMOB-Referenzzen- trum ⁴⁾	Weiterbildungsstätte V1 oder V2 ⁵⁾	Lehre, Weiterbildung und Forschung ⁶⁾	Wirtschaftlichkeit ⁷⁾
Hôpital Riviera- Chablais – Vaud Valais, Rennaz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Nein	–
GZO AG, Wet- zikon	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	+
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	– –
Spital Limmattal, Schlieren	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	+ +
Universitätsspital Zürich, Zürich	Ja	Ja	Ja	Ja ^{neu}	Ja	Ja	Ja	Ja	–

Grün unterlegt = Anforderung erfüllt.

Rot unterlegt = Anforderung nicht erfüllt.

¹⁾ Evaluation basierend auf Selbstdeklaration der Leistungserbringer.

²⁾ Beurteilung beruht auf Registerdaten. Fallzahlen: bei Diskrepanzen zur Selbstdeklaration wurden die Fallzahlen anhand der Operationsberichte überprüft.

³⁾ Prüfung gemäss Anforderungskatalog.

⁴⁾ Überprüfung mittels der SMOB-Zentrumsliste Version 1. November 2022; verifiziert mit der Zentrumsliste Version 1. Mai 2023.³⁹

⁵⁾ Überprüfung mittels der Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten des SIWF; aktualisiert am 8. Mai 2023..

⁶⁾ Prüfung gemäss standardisiertem Evaluationsschema zur Lehre, Weiterbildung und Forschung.

⁷⁾ Gemäss Empfehlung der Expertengruppe Wirtschaftlichkeit wurde das Fallzahl-gewichtete Mittel der SwissDRG berücksichtigt. Die fünf Resultatekategorien wurden in Punkte übersetzt: + + (für wirtschaftlich), + (für eher wirtschaftlich), 0 (für neutral), – (für eher unwirtschaftlich) und – – (für unwirtschaftlich). [Eckige Klammern] bedeuten, dass aufgrund tiefer Fallzahlen unter 12 die Wirtschaftlichkeitsberechnungen statistisch auf schwachen Füßen stehen. (Runde Klammern) heissen, dass die Daten nicht standort-spezifisch vorlagen, sodass auch keine entsprechende Aussage gemacht werden kann. NA = keine Daten oder keine Fallzahlen. ^{neu} Aktualisierung seit der Bewerbung, z. B. weil im Rahmen der Anhörung zusätzliche Unterlagen eingereicht wurden. Die Anforderung war zum Zeitpunkt der ersten Auswertung der Bewerbung nicht erfüllt bzw. wurde als nicht erfüllt beurteilt, wird nach Auswertung der Anhörung jedoch als erfüllt betrachtet.

7.3 Gewährung des rechtlichen Gehörs

Der Berichtsentwurf für die vorgesehene Leistungszuteilung vom 4. Oktober 2021⁴⁰ wurde am 8. Dezember 2021 in die Anhörung (Gewährung des rechtlichen Gehörs) gegeben. Das HSM-Fachorgan empfahl, folgenden Leistungserbringern einen auf sechs Jahre befristeten Leistungsauftrag zu erteilen:

³⁹ <https://www.smob.ch/de/listen/zentrumslisten>

⁴⁰ Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie, Teilbereiche tiefe Rektumresektion und komplexe bariatrische Chirurgie, Erläuternder Bericht für die Leistungszuteilung, Entwurf für die Gewährung des rechtlichen Gehörs, 4. Oktober 2021.

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri (bedingter Leistungsauftrag)
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern (*bedingter Leistungsauftrag*)
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
- Spital Lachen AG, Lachen (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud-Valais; Rennaz (*bedingter Leistungsauftrag*)
- GZO AG, Wetzikon (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (*bedingter Leistungsauftrag*)
- Spital Limmattal, Schlieren
- Universitätsspital Zürich, Zürich (*bedingter Leistungsauftrag*)

Zur Teilnahme an der Anhörung wurden die 26 Kantone, alle betroffenen Spitäler oder Spitalstandorte, fünf Versicherer(verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, zwölf Fachgesellschaften sowie 13 andere Institutionen und Organisationen eingeladen. Insgesamt sind 57 Stellungnahmen beim HSM-Projektsekretariat eingetroffen. Von den betroffenen Spitälern haben sich KSB, MUR, HUG, SpSH, SOURCE und eHnv nicht an der Anhörung beteiligt. STS, SZB-CHB, USB, KSW und TRIEM haben sich an der Anhörung beteiligt, obwohl sie selber keine Bewerbung (für diesen Teilbereich) eingereicht hatten.

7.3.1 Stellungnahmen

Eine deutliche Mehrheit der Anhörungsteilnehmenden begrüsst die Leistungszuteilung im Teilbereich der komplexen bariatrischen Chirurgie. Ablehnende Stellungnahmen kommen aus naheliegenden Gründen meist von Spitälern, denen gemäss Berichtsentwurf keine Leistungszuteilung zugesprochen werden soll. Wohl aus diesem Grund stossen die Zuteilungen in diesem Teilbereich vermehrt auf Akzeptanz als bei der tiefen Rektumresektion bei Erwachsenen, wo mehr Spitälern kein Leistungsauftrag zugewiesen werden soll.

Im Folgenden werden die kritischen Stellungnahmen summarisch abgebildet.

Die ablehnenden Kantone befürchten oftmals eine negative Auswirkung auf die Versorgung, sei es im Fachbereich selbst oder als Folgewirkung auf die Attraktivität ihrer Spitäler. Es gibt aber auch die Ansicht, dass eine stärkere Konzentration angezeigt wäre. Zum Teil wird kritisiert, dass in den Siedlungszentren teilweise mehrere Leistungsaufträge vergeben werden, in den peripheren Regionen, z. B. in der Südostschweiz oder im Wallis, jedoch kein Leistungsauftrag mehr erteilt werde. Ein Kanton begrüsst es, dass die 30-d-Mortalität nicht als Ausschlusskriterium verwendet wird. Einige Kantone stellen sich hinter ihre Spitäler und setzen sich für Leistungsaufträge an sie ein.

Einzelne Anhörungssteilnehmer stellen die Zuordnung in Frage (Hirslanden-Kliniken, KSGR). Insbesondere sei die komplexe bariatrische Chirurgie nicht selten und überdies durch die SMOB gut reguliert (KSGR).

Einige Spitäler (KSA, RSE, STS, SZB-CHB, HFR, soH und STG) haben gemeinsam ein Schreiben mit Beilagen («Grundlagenpapier») verfasst, mit dem sie eine Stellungnahme zu den Anforderungskriterien und deren Auswertung abgeben. Da es sich in der Argumentation materiell insbesondere auf die tiefe Rektumresektion bezieht (vgl. 6.3.1), wird es hier nicht noch einmal dargestellt.

Mindestfallzahlen: Es wird die Frage aufgeworfen, wie die Anhebung der Mindestfallzahl von 12 auf 20 wissenschaftlich begründet sei. LImm hätte zumindest eine Übergangszeit für richtig gehalten, damit sich die Spitäler auf die neue Anforderung einstellen können. KSGR bezweifelt, dass damit eine bessere Qualität erzielt werden kann. Zudem seien seine Zahlen nicht korrekt gezählt worden. Dies moniert auch HL-StA, weil sie der Ansicht ist, dass auch die Fallzahlen der Folgejahre hätten einbezogen werden müssen. Diese waren zwar auch viel zu tief, hätten aber eine steigende Tendenz erkennen lassen. RHNe versteht nicht, dass die Mindestfallzahlen bei verschiedenen HSM-Bereichen unterschiedlich sind. Einige Spitäler erklären, dass sie die Mindestfallzahl im Erhebungszeitraum wegen eines Chefarztwechsels nicht erreicht hätten, seither die Fälle zugenommen hätten und künftig erreicht würden (KSA, KSGR). Andere bestreiten die erhobenen Fallzahlen. KSGR möchte, dass die Fallzahlen erst gezählt werden, seit sie ein SMOB-Referenzzentrum sind. EOC gibt ergänzend bekannt, dass ihre Fallzahlen mittlerweile auf 40 angestiegen seien. Manche Spitäler verweisen auf eine eingegangene Kooperation mit einem anderen Spital, womit eine Fallzahlsteigerung einhergehen soll.

Lehre, Weiterbildung und Forschung: KSA, LiH⁴¹, STS, KSGR haben weitere Studien und/oder Publikationen eingereicht. Einige Spitäler (RSE, STS, GZO) sind der Ansicht, dass ihre Studien und Publikationen nicht korrekt bewertet wurden und monieren, dass die Bewertungskriterien nicht transparent sind. Die Hirslanden-Kliniken und MONCUC vertreten die Ansicht, dass die Anforderung Lehre, Weiterbildung und Forschung nicht bewertet werden dürfe, da sie weder auf dem KVG basiere noch den Patientinnen und Patienten direkt zugutekäme sowie die Privatspitäler benachteilige. Zumindest müsste dieses Kriterium mit grösster Zurückhaltung angewendet werden, z. B. sollten auch Weiterbildungsverbände angeordnet resp. die Anforderung nicht standortspezifisch angewendet werden.

Weiterbildungsstätte: HL-StA und HL-Steph stellen für 2022 resp. für den Zeitpunkt der Leistungsauftragserteilung eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V2 in Aussicht. Einige Spitäler verstehen nicht, weshalb V3 nun nicht mehr angerechnet wird. KSGR befürchtet ohne Leistungsauftrag den Verlust der Weiterbildungsstätte V1. MONCUC sagt, sie hätten einen Antrag beim SIWF eingereicht.⁴²

Wirtschaftlichkeit: Insbesondere diejenigen Spitäler, die eine gute Wirtschaftlichkeit aufweisen, wünschen, dass diese stärker berücksichtigt wird. Der Wirtschaftlichkeit sollte nach MONCUC mehr Gewicht zugemessen werden als Lehre, Weiterbildung und Forschung.

Versorgung: Einige Spitäler verweisen auf den Beitrag zur Versorgung ihrer Region, teilweise unter Verweis auf die Sprache(n) und die Erreichbarkeit. Die Südostschweiz werde der Ostschweiz zuteilt, ungeachtet der Distanzen. Zudem sei die Versorgungsregion mit Partnerspitälern im Aufbau (KSGR).

Weiteres: Einige Spitäler verweisen auf eine Iso-Zertifizierung (KSA, STS). Einzelne erwähnen, dass sie über einen Operationsroboter und grosse Erfahrung damit verfügen oder berichten, dass sie beim Audit des Viszeralchirurgieregisters (Überprüfung der Datenqualität) gute Resultate gehabt hätten (STS). INSEL spricht sich für Angebote von öffentlichen als auch privaten Spitalern in allen Regionen aus. Ein Spital (KSGR) ist nicht damit einverstanden, wie die Anforderungen nach KVG umgesetzt werden; es ist der Ansicht, dass die Mindestfallzahlen praktisch ausschliessliches Zuteilungskriterium sind, nicht aber die Wirtschaftlichkeit und die Erreichbarkeit der Behandlung. HL-BS findet es nicht korrekt, dass die Anforderungen standortspezifisch gestellt werden. In der Bariatrie sei eine lebenslange Überwachung nötig, welche aus Gründen der Therapietreue am gleichen Zentrum erfolgen soll wie der HSM-Eingriff. Auch für das Komplikationsmanagement sei dieser Aspekt zentral (KSGR). LUKS stimmt nur unter der Voraussetzung zu, dass keine weiteren Leistungsaufträge erteilt werden, ansonsten sie auch einen für LUKS-Sur möchten. MONCUC plädiert dafür, die SMOB-Entscheidung von der HSM als verbindlich zu erklären.

⁴¹ Im Rahmen einer zweiten Anhörung. Diese wurde durchgeführt, weil das HSM-Fachorgan LiH nach der ersten Anhörung, wo ihm ein bedingter Leistungsauftrag in Aussicht gestellt wurde, doch keinen mehr erteilen wollte.

⁴² Mit der Abfrage vom 8. Mai 2023 wurde festgestellt, dass für MONCUC eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V2 vorliegt.

7.3.2 Beurteilung des HSM-Fachorgans

Das Ziel des HSM-Fachorgans ist es, eine bedarfsgerechte und qualitativ hochstehende Versorgung im Bereich der komplexen hochspezialisierten Viszeralchirurgie anbieten zu können.

Dass die Qualität des Angebots steigt, wenn die Leistungserbringer über eine grosse Erfahrung verfügen, ist vielfach durch Literatur belegt. Diese Erfahrung wird anerkanntermassen durch Mindestfallzahlen gespiegelt, auch wenn es nicht möglich ist, eine präzise Schwelle dafür anzugeben. Mindestfallzahlen werden von der KVV (Art. 58d Abs. 4 und Art. 58f Abs. 4 Bst. f) vorgegeben und von der Rechtsprechung gestützt.⁴³ Insbesondere hat das Bundesverwaltungsgericht verschiedentlich bestätigt, dass eine retrospektive Erhebung der Fallzahlen nicht zu beanstanden ist.⁴⁴

Für die Gesamtbehandlungsqualität ist die Weiterbildung wichtig. Auch die Medizin muss sich weiterentwickeln, um gute Qualität zu bieten, und das geht nur mit Lehre, Weiterbildung und Forschung. Diese Anforderung stützt sich auf die IVHSM (Art. 4 Abs. 4 Ziff. 2. und 3.).

Bezüglich Wirtschaftlichkeit erlauben es die vorliegenden Daten nicht, alle Spitäler gleich zuverlässig zu beurteilen, weshalb andere Kriterien höher gewichtet wurden.

Das HSM-Fachorgan berücksichtigt bei den Zuteilungsempfehlungen sämtliche gestellten Anforderungen und stellt nicht einseitig auf ein einzelnes Qualitätskriterium ab; es schlägt für eine Leistungszuteilung diejenigen Bewerbenden vor, die in ihrer Gesamtheit die gestellten Anforderungen am weitgehendsten erfüllen und die Versorgung am besten abdecken.

Die Anzahl der Spitäler, denen ein Leistungsauftrag erteilt werden soll, ist gross. Allerdings ist fraglich, ob die Spitäler, die sämtliche Anforderungen erfüllen, die Versorgung in ausreichendem Mass abdecken können, befinden sich doch unter denjenigen, die Defizite bei Lehre, Weiterbildung und Forschung aufweisen und/oder über keine Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 verfügen, solche mit sehr hohen Fallzahlen. Das HSM-Fachorgan empfiehlt deshalb, die in der IVHSM vorgesehene Planung in Stufen zu verfolgen. Diese Spitäler sollen eine entsprechende besondere Auflage erhalten, welche beinhaltet, dass sie nach drei Jahren alle Anforderungen vollständig erfüllt haben müssen. Ist dies nicht der Fall, kann unter Berücksichtigung der Entwicklung des Bedarfs sowie der Kapazitäten der übrigen Spitäler allenfalls ein Entzug des Leistungsauftrags vor Ende der sechsjährigen Befristung geprüft werden.

Die HSM strebt eine gesamtschweizerische Planung an. Der vorliegende Teilbereich umfasst keine primären Notfalleingriffe, jedoch stellt die komplexe bariatrische Chirurgie etwas speziellere Anforderungen an die Betreuung der Patientinnen und Patienten, um die Therapietreue nicht zu gefährden, sowie an die Behandlung von Komplikationen, die in Notfälle münden können. Auch die Revisionen müssen am gleichen Spital erfolgen. Aus diesem Grund empfiehlt das HSM-Fachorgan zumindest in einem ersten Schritt die Konzentration mit der nötigen Behutsamkeit vorzunehmen. Insbesondere soll ein Leistungsangebot auch im Tessin verfügbar sein.

7.4 Zuteilung der HSM-Leistungserbringung

Um beurteilen zu können, ob der zukünftige Versorgungsbedarf abgedeckt werden kann, muss auch berücksichtigt werden, ob die Bewerbenden Kapazitätsengpässe hatten und welche zusätzlichen Kapazitäten sie in Zukunft zur Verfügung stellen können. Dies wurde mittels des Bewerbungsfragebogens erhoben (vgl. Anhang A4).

In den Jahren 2018 und 2019 mussten laut den sich bewerbenden Leistungserbringern keine Patientinnen und Patienten mit einer Indikation zur komplexen bariatrischen Chirurgie aufgrund von Kapazitätsengpässen abgelehnt oder weiterverlegt werden (vgl. Tabelle 24 in Anhang A4). Kapazitätsengpässe bestanden also keine.

Nach Berücksichtigung aller relevanten Aspekte und auf Empfehlung des HSM-Fachorgans beschliesst das HSM-Beschlussorgan nachstehende Zuteilung der HSM-Leistungserbringung. Die Leistungsaufträge werden für sechs Jahre erteilt. Damit wird für die Spitäler Planungssicherheit geschaffen. Zudem nimmt

⁴³ Urteil BVGer C-2585/2019 vom 7. Juni 2022 E. 8.1.2.

⁴⁴ Urteil BVGer C-2887/2019 vom 26. Januar 2021 E. 8.4 f., Urteil BVGer C-2827/2019 vom 18. März 2021 E. 7.4., Urteil BVGer C-1306/2019, C-2651/2019 vom 21. September 2021 E. 7.1.5, Urteil BVGer C-1313/2019, C-2654/2019 vom 11. November 2021 E. 7.1.4

der Reevaluationsprozess im zweistufigen Verfahren viel Zeit in Anspruch. Ferner soll für die nächste Neubeurteilung der Leistungszuteilung ausreichend Datenmaterial aus dem Register 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. Die Fallzahlen pro Operateurin oder Operateur sollen im vierten Jahr nach Erteilung des Leistungsauftrags überprüft werden. Die Einhaltung dieser Auflage gilt für alle Leistungserbringer. Auch die weiteren gestellten besonderen Auflagen sollen nach Ablauf dreier Jahre geprüft werden.

Zuteilung einer Leistungserbringung an die folgenden 21 Zentren:

Tabelle 13: Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen im Teilbereich «Komplexe bariatrische Chirurgie»

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Kantonsspital Baden AG, Baden	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Stiftung Spital Muri, Muri	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Insel Gruppe AG, InseleSpital Universitätsspital Bern, Bern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Luzerner Kantonsspital, Luzern	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt. Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Klinik Hirslanden AG, Zürich	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Spital Limmattal, Schlieren	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.
Universitätsspital Zürich, Zürich	Auf sechs Jahre befristet.	Alle Anforderungen erfüllt; Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.

Tabelle 14: Vergabe von HSM-Leistungsaufträgen mit besonderen Auflagen im Teilbereich «Komplexe bariatrische Chirurgie»

Leistungserbringer	Leistungsauftrag	Begründung der Leistungszuteilung
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	<p>Auf sechs Jahre befristet; mit folgenden besonderen Auflagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 durch das SIWF sowie Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags. 	<p>Alle Anforderungen erfüllt ausser Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 sowie Lehre, Weiterbildung und Forschung.</p> <p>Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.</p>
Spital Lachen AG, Lachen	<p>Auf sechs Jahre befristet; mit folgenden besonderen Auflagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 durch das SIWF sowie Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags. 	<p>Alle Anforderungen erfüllt ausser Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 sowie Lehre, Weiterbildung und Forschung.</p> <p>Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.</p>
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano	<p>Auf sechs Jahre befristet; mit folgender besonderer Auflage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drei Jahre nach Leistungszuteilung muss die Minimalfallzahl von 20 Fällen erreicht sein. 	<p>Alle Anforderungen erfüllt; mit Ausnahme der Mindestfallzahlen.</p> <p>Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs in der italienischsprachigen Schweiz erforderlich.</p>
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	<p>Auf sechs Jahre befristet; mit folgender besonderen Auflage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags. 	<p>Alle Anforderungen erfüllt ausser Lehre, Weiterbildung und Forschung.</p> <p>Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.</p>
GZO AG, Wetzikon	<p>Auf sechs Jahre befristet; mit folgender besonderer Auflage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags. 	<p>Alle Anforderungen erfüllt ausser Lehre, Weiterbildung und Forschung.</p> <p>Erteilung eines HSM-Leistungsauftrags für die Deckung des Bedarfs erforderlich.</p>

Die Spitäler, die einen Leistungsauftrag erhalten, erfüllen die Anforderungen. Noch nicht erfüllt werden musste die Anforderung, dass lediglich Chirurgen Eingriffe durchführen dürfen, die dies mindestens zehnmal pro Jahr tun. Sie wird als Auflage formuliert und wird nach drei Jahren nach Inkrafttreten des Leistungsauftrags überprüft.

Wie unter «Ergebnisqualität» (Seite 17 f.) ausgeführt, ist die Beurteilung der Mortalitätsangaben noch nicht genügend ausgereift, als dass aufgrund einer erhöhten 30-d-Mortalität Bewerber ausgeschlossen werden können. Für die komplexe bariatrische Chirurgie ist dies jedoch irrelevant, weil alle sich bewerbenden Spitalstandorte das Kriterium erfüllen.

Bei der komplexen bariatrischen Chirurgie gibt es mehrere Bewerber, die viele Eingriffe im Beobachtungszeitraum durchgeführt haben und somit über eine reiche Erfahrung in diesem Gebiet verfügen. Teilweise haben sie sich auf die bariatrische Chirurgie spezialisiert, verfügen jedoch nicht über verlangten Nachweise bezüglich Lehre, Weiterbildung und Forschung oder teilweise auch nicht über die Anerkennung als Weiterbildungsstätte Viszeralchirurgie der Kategorie V1 oder V2 verfügen. Würden diese Spitäler für die Leistungsauftragsvergabe alle nicht berücksichtigt, bestünde die Gefahr einer Versorgungsgefährdung. Somit soll diesen Spitalern die Gelegenheit gegeben werden, innert eines Zeitraums von drei Jahren diesen Mangel zu beheben. Sind sie dazu nicht in der Lage, wird ein allfälliger Entzug des Leistungsauftrags zu prüfen sein. Ohnehin wird zu prüfen sein, ob in naher Zukunft eine stärkere Konzentration nötig sein wird.

Würden nur diejenigen Bewerber berücksichtigt, die wirtschaftlich, eher wirtschaftlich oder neutral sind in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit (KSB, INSEL, LiH, LUKS-Lu, KSSG, LACH, STG-F, EOC, CHUV, GZO und LIMM) wäre die Abdeckung des Bedarfs ebenfalls fraglich, auch wenn KSSG angibt, es habe «keine Einschränkung» bezüglich möglicher Behandlungen, und STG-F die eher unwahrscheinliche Zahl von 500 Eingriffen bereits ab 2022 in Aussicht stellt, was mehr als einer Verfünffachung der bisherigen Fallzahlen entsprechen würde. Es müssen somit weitere Bewerber herangezogen werden, um die Versorgung sicherzustellen. Ebenfalls beachtet werden muss der Konzentrationsschritt. Neu erhalten nur noch 21 Spitäler einen Leistungsauftrag. Bisher haben 81 Spitalstandorte komplexe bariatrische Eingriffe vorgenommen, oder, wenn man nur diejenigen berücksichtigt, die über fünf Eingriffe durchgeführt haben, 29 Spitalstandorte. Das heisst, dass die berücksichtigten Spitäler die Fälle der übrigen Standorte übernehmen müssen. Dies wurde beim Festsetzen des Zeitpunkts des Inkrafttretens der HSM-Spitalliste mit einer angemessenen Frist berücksichtigt.

Eine spezielle Situation liegt im Tessin vor. Wie schon im Zuordnungsbericht⁴⁵ ausgeführt, liegt «bei der bariatrischen Chirurgie [...] die Komplexität in den hohen Anforderungen an die Behandlungskette bzw. dem Patientenmanagement, d. h. die komplexe Vor- und Nachsorge der betroffenen Patienten, welche u. a. die korrekte Indikationsstellung und die z. T. lebenslange Nachsorge beinhaltet. Nur wenn dies sichergestellt ist, kann gewährleistet werden, dass der bariatrische Eingriff die gewünschte Langzeitwirkung aufweist, d. h. zu einer dauerhaften Gewichtsreduktion führt.» Ein gewisse Wohnortnähe ist somit für die kontinuierliche Nachbetreuung unabdingbar. Noch mehr ins Gewicht fallen jedoch die Komplikationen und Notfälle, die rasch eine Behandlung durch das HSM-Spital benötigen und nicht nach Zürich verlegt werden können. Ebenso müssen die Revisionen am gleichen Spital erfolgen können. Wenn das Angebot im Tessin gebündelt wird, gibt es genügend Fälle, damit die Mindestfallzahlen erreicht werden können. Aus diesem Grund erteilt das HSM-Beschlussorgan dem EOC einen Leistungsauftrag mit einer besonderen Auflage, weil dieses im Gegensatz zu MONCUC die Anforderungen Lehre, Weiterbildung und Forschung erfüllt. Die Fallzahlen wurden von beiden Spitalern im Beobachtungszeitraum nicht erreicht.

Die berücksichtigten Bewerber sind bedarfsnotwendig und erfüllen entweder alle Anforderungen oder am weitestgehenden. Die Zugänglichkeit innert nützlicher Frist (Art. 58b Abs. 4 Bst. b) wird gewährleistet.

Tabelle 15: Nichterteilung von HSM-Leistungsaufträgen im Teilereich «Komplexe bariatrische Chirurgie»

Leistungserbringer	Begründung der Nichterteilung
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
SRO AG, Langenthal	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine Anerkennung als SMOB-Referenzzentrum; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.

⁴⁵ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/HSM-Bereiche/bt_viszchir_re1_zuord_schlussbericht_pub_20160209_d_def.pdf, Seite 6.

Leistungserbringer	Begründung der Nichterteilung
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Kantonsspital Graubünden, Chur	Mindestfallzahlen nicht erreicht.
Klinik St. Anna AG, Luzern	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Luzerner Kantonsspital, Sursee	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	Nicht zwei bariatrische Chirurg/-innen mit Expertise von mind. 300 resp. 50 bariatrischen Eingriffen. Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	Mindestfallzahlen nicht erreicht; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Clinique de la Source, Lausanne	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains	Mindestfallzahlen nicht erreicht; kein SMOB Referenzzentrum; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	Mindestfallzahlen nicht erreicht; keine anerkannte Weiterbildungsstätte V1 oder V2; Lehre, Weiterbildung und Forschung ungenügend.

Fazit: Teilbereich komplexe bariatrische Chirurgie

Folgenden Leistungserbringern wird auf sechs Jahre befristeter Leistungsauftrag erteilt:

- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri
- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
- Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern, Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel
- Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel
- Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
- Klinik Stephanshorn, St. Gallen (*Leistungsauftrag mit besonderen Auflagen: Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 durch das SIWF sowie Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags.*)
- Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
- Spital Lachen AG, Lachen (*Leistungsauftrag mit besonderen Auflagen: Anerkennung als Weiterbildungsstätte V1 oder V2 durch das SIWF sowie Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags.*)
- Spital Thurgau AG, Frauenfeld
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage: Drei Jahre nach Leistungszuteilung muss die Minimalfallzahl von 20 Fällen erreicht sein.*)
- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage: Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags.*)
- GZO AG, Wetzikon (*Leistungsauftrag mit besonderer Auflage: Erfüllung des Kriteriums Lehre, Weiterbildung und Forschung gemäss Anforderungskatalog innerhalb der ersten drei Jahre nach Erteilung des Leistungsauftrags.*)
- Klinik Hirslanden AG, Zürich
- Spital Limmattal, Schlieren
- Universitätsspital Zürich, Zürich

Weitere Leistungsaufträge sollen aufgrund der vom KVG vorgeschriebenen Konzentration der HSM-Leistungserbringung sowie aufgrund des Nichterfüllens von Anforderungen 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 am 1. Januar 2024 in Kraft.

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.

Generelle Auflagen

1. Übernahme der Versorgungsaufgaben und Einhaltung der damit verbundenen Anforderungen.
2. Die Bestimmungen der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102), die die Spitäler betreffen, sind einzuhalten, insbesondere auch diejenigen, die per 1. Januar 2022 in Kraft getreten sind.

Berichterstattung an die IVHSM-Organe und Dokumentationspflicht

3. Berichterstattung an das HSM-Projektsekretariat zuhanden der IVHSM-Organe:
 - a) Umgehende Offenlegung allfälliger Abweichungen von den Qualitätsanforderungen sowie strukturelle und personelle Änderungen, welche die Qualitätssicherung beeinflussen (bspw. Umstrukturierungen der Klinik, Vakanzen der Klinikdirektion oder in der ärztlichen sowie pflegerischen Leitung);
 - b) Jährliche Einreichung eines vom Fachorgan definierten Auszugs der im Rahmen des HSM-Minimaldatensatzes (siehe Anhang A1 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020) erhobenen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität inkl. der Fallzahlen. Die Zentren reichen die standardisierten, direkt vergleichbaren Daten beim HSM-Projektsekretariat koordiniert ein und bestimmen zu diesem Zweck eine verantwortliche Person;
 - c) Abgabe einer Einwilligungserklärung, welche die Registerbetreiberin (Geschäftsstelle) ermächtigt, die im Register erhobenen Daten an das HSM-Projektsekretariat weiterzuleiten;
 - d) Berichterstattung zu Lehre, Weiterbildung und Forschung zwei und fünf Jahre nach Leistungszuteilung.

Bereichsspezifische Auflagen

Prozessqualität

4. Einheitliche Erhebung und Übermittlung der Angaben des Minimalen Datensatzes (Anhang A1 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020) an das Register für jede HSM-Patientin und jeden HSM-Patienten.
5. Regelmässige unabhängige Auditierung der Registerdaten zwecks Qualitätssicherung und Übernahme der daraus entstehenden Kosten. Den IVHSM-Organen werden die Auditresultate bekannt gegeben und die auditierten Zentren namentlich genannt.
6. Übernahme der Betriebskosten des Registers. Die Kosten werden unter allen Zentren, die eine HSM-Zuteilung erhalten, aufgeteilt.
7. Datenqualität: Der Datensatz mit Ausnahme des Follow-ups muss zu mindestens 98 % vollständig sein (nicht mehr als 2 % fehlende Datenpunkte).
8. Datenqualität: Der Datensatz betreffend Follow-up muss zu mindestens 85 % vollständig sein.

Lehre, Weiterbildung und Forschung

9. Aktive Teilnahme an Forschung und Entwicklung im Bereich Viszeralchirurgie sowie Engagement in Weiterbildung am Standort der Leistungserbringung für die nachhaltige Sicherung der fachärztlichen Kompetenzen:

- a) SIWF-Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie V1, V2;⁴⁶
- b) Aktive Beteiligung am Weiterbildungsprogramm der SIWF für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie vom 1. Juli 2006;⁴⁷
- c) Spezielle Berücksichtigung des viszeralchirurgischen Teilgebiets im Weiterbildungskonzept. Dieses ist öffentlich zugänglich.

Teilbereichsspezifische Auflagen

Strukturqualität

10. Verantwortliche Chirurgin oder verantwortlicher Chirurg mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie und mindestens fünfjähriger Erfahrung mit bariatrischen Operationen (unabhängig vom Anstellungs- oder Vertragsverhältnis).
11. Personelle und strukturelle Voraussetzungen, um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln:
 - a) 24/7 Verfügbarkeit einer diagnostischen Radiologie;
 - b) 24/7 Verfügbarkeit eines qualifizierten Teams von Chirurginnen und Chirurgen (Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie) mit der Möglichkeit einer chirurgischen (Re-)Intervention innerhalb eines indizierten Zeitintervalls (1 Std.); Minimalanforderung: zwei Ärztinnen/Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie.
12. Mindestens zwei bariatrische Chirurginnen oder Chirurgen, wovon eine/r eine Expertise von mindestens 300 bariatrischen Eingriffen (nicht-komplexe und komplexe Eingriffe) und ein/e zweite/r eine Expertise von mindestens 50 bariatrischen Eingriffen aufweist.
13. 24/7 Verfügbarkeit einer interventionellen Endoskopie.
14. Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus.

Mindestfallzahlen

15. Für einen HSM-Leistungsauftrag im Teilbereich komplexe bariatrische Chirurgie muss pro Standort eine Mindestfallzahl von 20 Eingriffen pro Jahr erreicht werden. Die Zahlen werden dem Register entnommen.
16. Pro Operateurin oder Operateur wird eine Mindestfallzahl von zehn Eingriffen pro Jahr in einem Spital mit dem entsprechenden HSM-Leistungsauftrag verlangt. Die Zählweise richtet sich nach Anhang A3 des Anforderungskatalogs für die Bewerbung vom 12. Februar 2020. Das Spital verpflichtet sich dazu, diese Daten im Register zu dokumentieren und die entsprechenden Angaben zu den Überprüfungszeitpunkten einzureichen.

Prozessqualität

17. Indikationsstellung durch interdisziplinäres Team gemäss den SMOB-Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2021 (Kapitel 5).
18. Verpflichtung zur Abklärung, Behandlung und Nachkontrolle gemäss den Richtlinien der SMOB zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2021.
19. Dokumentation der Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der SMOB zur operativen Behandlung von Übergewicht gültig ab 1. 1. 2021.

⁴⁶ Gemäss den vom SIWF definierten Kriterien für die Einteilung der Weiterbildungsstätten, beschrieben im Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006 für den Facharzt Chirurgie, Anhang II: Schwerpunkt Viszeralchirurgie.

⁴⁷ Einsehbar unter <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzttitle-und-schwerpunkte/chirurgie.cfm#113259>; akkreditiert durch das Eidgenössische Departement des Innern am 31. August 2018, letzte Revision 11. März 2021, in Kraft seit 1. Juli 2022; Anhang II Viszeralchirurgie vom 13. Juni 2019, in Kraft seit 1. Januar 2020.

Anerkennung

20. Anerkennung als bariatrisches Referenzzentrum durch die SMOB.

Ergebnisqualität

21. Die 30-d-Mortalität darf nicht über 3 % liegen; gemittelt nachgewiesen für drei vorangehenden Jahre (Registerzahlen).

8. Schlussbemerkung

Der Entscheid des HSM-Beschlussorgans über die Leistungszuteilungen im HSM-Bereich «Komplexe hochspezialisierte Viszeralchirurgie», Teilbereiche tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen und komplexe bariatrische Chirurgie wird im Bundesblatt veröffentlicht; die negativen Entscheide werden den Bewerbern mittels anfechtbarer Verfügung individuell eröffnet.

Anhang

A1 Versorgungsanteil nach Leistungserbringer für die Bedarfsanalyse

Tiefe Rektumresektion

Tabelle 16: Versorgungsanteile nach Leistungserbringer (Spitalstandort), 2016–2018

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil in %			
	2016	2017	2018	Total
Genferseeregion (GE, VD, VS)	11 %	12 %	14 %	12 %
eHnv – Yverdon-les-Bains	1 %	1 %	0 %	1 %
eHnv – St. Loup	0 %			0 %
Clinique de Genolier	0 %	0 %	0 %	0 %
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	2 %	3 %	4 %	3 %
Clinique Cecil	0 %	1 %	0 %	0 %
Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) – Morges	0 %	1 %	1 %	1 %
Clinique de la Source	1 %	1 %	2 %	1 %
GHOL – Hôpital de Nyon	1 %	1 %	0 %	1 %
HRC Vaud-Valais – Vevey Samaritain	0 %			0 %
Hôpital du Valais CHVR – Hôpital de Sion	1 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital du Valais SZO – Spital Visp	0 %			0 %
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	1 %	1 %	2 %	1 %
Clinique La Colline	0 %	0 %	0 %	0 %
Clinique Générale Beaulieu	0 %	0 %	1 %	0 %
Hôpital de La Tour	1 %	1 %		1 %
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	1 %	2 %	3 %	2 %
Espace Mittelland (BE, JU, NE, FR, SO)	24 %	21 %	23 %	23 %
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Burgdorf	2 %	1 %	2 %	2 %
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Langnau	0 %	0 %		0 %
Lindenhofgruppe – Lindenhofspital	3 %	3 %	4 %	4 %
Lindenhofgruppe – Sonnenhofspital		0 %		0 %
FMI – Spital Interlaken	1 %		0 %	0 %
Hirslanden Klinik Linde			0 %	0 %
SRO – Spital Langenthal	1 %	0 %	0 %	1 %
Inselspital Bern	4 %	2 %	2 %	3 %
Spitalzentrum Biel	2 %	2 %	2 %	2 %
STS – Spital Thun	2 %	3 %	2 %	2 %
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	3 %	3 %	5 %	4 %
Insel Gruppe – Spital Tiefenau	0 %	0 %	0 %	0 %
Insel Gruppe – Spital Münsingen		0 %		0 %

Hôpital Jules Daler			0 %	0 %
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	2 %	2 %	2 %	2 %
Hôpital fribourgeois (HFR) – Tafers		0 %	0 %	0 %
Privatklinik Obach		0 %	0 %	0 %
Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn	1 %	1 %	1 %	1 %
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten	2 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital neuchâtelois (HNE) – La Chaux-de-Fonds	0 %	0 %	0 %	0 %
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès	1 %	1 %	1 %	1 %
Nordwestschweiz (BS, BL, AG)	19 %	20 %	18 %	19 %
Claraspital	6 %	8 %	6 %	7 %
Universitätsspital Basel	1 %	1 %	1 %	1 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	0 %			0 %
KSBL – Standort Liestal	3 %	2 %	2 %	2 %
KSBL – Standort Bruderholz	0 %	0 %		0 %
Hirslanden Klinik Aarau	3 %	3 %	2 %	3 %
Spital Muri		0 %	0 %	0 %
GZF – Spital Rheinfelden	0 %			0 %
GZF – Spital Laufenburg	0 %			0 %
Kantonsspital Aarau	2 %	2 %	3 %	2 %
Kantonsspital Baden	3 %	3 %	4 %	3 %
Spital Zofingen		0 %		0 %
Zürich (ZH)	23 %	21 %	21 %	22 %
Klinik Hirslanden Zürich	3 %	4 %	4 %	4 %
Stadtspital Triemli	4 %	4 %	3 %	4 %
Universitätsspital Zürich (USZ)	3 %	3 %	3 %	3 %
Privatklinik Bethanien	1 %	0 %	1 %	1 %
Privatklinik Lindberg		0 %		0 %
Spital Bülach	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Limmattal	2 %	2 %	2 %	2 %
Spital Zollikerberg	0 %			0 %
Kantonsspital Winterthur	6 %	4 %	4 %	5 %
Klinik Im Park	1 %	0 %	0 %	0 %
Spital Uster	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Männedorf	2 %	1 %	1 %	1 %
Stadtspital Waid	1 %	1 %	0 %	1 %

Ostschweiz (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)	10 %	15 %	13 %	13 %
Kantonsspital Glarus	0 %	1 %	0 %	0 %
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen	1 %	0 %		0 %
SVAR – Spital Herisau		0 %		0 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	1 %	1 %	1 %	1 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – St. Gallen	4 %	7 %	8 %	7 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – Spital Rorschach	0 %	0 %	0 %	0 %
Spital Linth			0 %	0 %
Spitalregion RWS – Spital Grabs	0 %	0 %	0 %	0 %
Kantonsspital Graubünden	2 %	2 %	2 %	2 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld	1 %	2 %	1 %	1 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen	2 %	1 %	2 %	2 %
Zentralschweiz (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	8 %	7 %	8 %	8 %
Hirslanden Klinik St. Anna	3 %	2 %	2 %	2 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Luzern	4 %	3 %	3 %	3 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Sursee	1 %	0 %	1 %	1 %
Kantonsspital Uri	0 %	1 %	0 %	0 %
Spital Schwyz	0 %	0 %	1 %	0 %
Spital Lachen	0 %	0 %		0 %
Spital Einsiedeln		0 %	0 %	0 %
Zuger Kantonsspital	0 %	1 %	1 %	1 %
Tessin (TI)	5 %	4 %	3 %	4 %
Clinica Sant Anna	0 %	0 %		0 %
Clinica Luganese Moncucco SA Sede San Rocco			0 %	0 %
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco	1 %	1 %	1 %	1 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Lugano	3 %	2 %	2 %	2 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – San Giovanni	0 %	0 %		0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – La Carità		0 %		0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Beata Vergine			0 %	0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Acquarossa	0 %	0 %		0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS). Datenaufbereitung durch das Obsan.

Tabelle 17: Versorgungsanteile nach Leistungserbringer (Spitalstandort) und Grossregion, 2016–2018 (gepoolt)

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Genferseeregion (GE, VD, VS)	92 %	2 %		0 %				17 %
eHnv – Yverdon-les-Bains	4 %	0 %						
eHnv – St. Loup	0 %							
Clinique de Genolier	1 %	0 %						3 %
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	21 %	1 %		0 %				3 %
Clinique Cecil	3 %							
Ensemble hospitalier de la Côte (EHC) – Morges	5 %							
Clinique de la Source	10 %	0 %						
GHOL – Hôpital de Nyon	5 %							
HRC Vaud-Valais – Vevey Samaritain	0 %							
Hôpital du Valais CHVR – Hôpital de Sion	7 %							
Hôpital du Valais SZO – Spital Visp	1 %							
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	10 %	0 %						
Clinique La Colline	2 %	0 %						
Clinique Générale Beaulieu	3 %							3 %
Hôpital de La Tour	4 %							
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	17 %	0 %						9 %
Espace Mittelland (BE, JU, NE, FR, SO)	8 %	90 %	3 %	0 %	0 %	1 %		9 %
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Burgdorf		8 %						
Regionalspital Emmental (RSE) – Spital Langnau		1 %						
Lindenhofgruppe – Lindenhofspital		15 %			0 %			
Lindenhofgruppe – Sonnenhofspital		0 %						
FMI – Spital Interlaken		1 %						
Hirslanden Klinik Linde		0 %						
SRO – Spital Langenthal		2 %						
Inselspital Bern	5 %	9 %	0 %	0 %		1 %		
Spitalzentrum Biel		9 %						
STS – Spital Thun	0 %	9 %						
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	1 %	14 %	1 %	0 %		1 %		9 %
Insel Gruppe – Spital Tiefenau		1 %						
Insel Gruppe – Spital Münsingen		0 %						
Hôpital Jules Daler		0 %						
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	1 %	4 %						
Hôpital fribourgeois (HFR) – Tavers		0 %						

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Privatklinik Obach		0 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn		6 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten		4 %	2 %					
Hôpital neuchâtelois (HNE) – La Chaux-de-Fonds		0 %						
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès		3 %						
Nordwestschweiz (BS, BL, AG)		8 %	93 %		1 %	2 %	2 %	29 %
Claraspital		5 %	28 %		1 %	1 %	2 %	20 %
Universitätsspital Basel		1 %	5 %		0 %			3 %
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)								3 %
KSBL – Standort Liestal		1 %	12 %		0 %			
KSBL – Standort Bruderholz			0 %					
Hirslanden Klinik Aarau		1 %	15 %			1 %		
Spital Muri			1 %			1 %		
GZF – Spital Rheinfelden			0 %					
GZF – Spital Laufenburg			0 %					
Kantonsspital Aarau		1 %	13 %					
Kantonsspital Baden			19 %					3 %
Spital Zofingen						1 %		
Zürich (ZH)		0 %	3 %	98 %	9 %	10 %	3 %	20 %
Klinik Hirslanden Zürich		0 %	1 %	15 %	1 %	2 %	1 %	6 %
Stadtspital Triemli			0 %	17 %	1 %	2 %		
Universitätsspital Zürich (USZ)			0 %	13 %	1 %	3 %	1 %	9 %
Privatklinik Bethanien				3 %		1 %		
Privatklinik Lindberg					0 %			
Spital Bülach				5 %				
Spital Limmattal			1 %	8 %				3 %
Spital Zollikerberg				0 %				
Kantonsspital Winterthur				21 %	4 %	1 %	1 %	3 %
Klinik Im Park				2 %		1 %		
Spital Uster				5 %	1 %			
Spital Männedorf				6 %	2 %			
Stadtspital Waid				5 %				
Ostschweiz (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)				1 %	89 %	1 %		23 %
Kantonsspital Glarus					3 %			
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen					3 %			
SVAR – Spital Herisau					0 %			

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Hirslanden Klinik Stephanshorn					5 %			
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – St. Gallen				0 %	44 %	1 %		17 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG) – Spital Rorschach					2 %			
Spital Linth					0 %			
Spitalregion RWS – Spital Grabs					1 %			
Kantonsspital Graubünden					12 %			6 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld				0 %	8 %			
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen					11 %			
Zentralschweiz (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	85 %		3 %
Hirslanden Klinik St. Anna			0 %	0 %	0 %	24 %		3 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Luzern		0 %				37 %		
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Standort Sursee			0 %			8 %		
Kantonsspital Uri						5 %		
Spital Schwyz						4 %		
Spital Lachen				0 %		1 %		
Spital Einsiedeln						1 %		
Zuger Kantonsspital			0 %			6 %		
Tessin (TI)							95 %	
Clinica Sant Anna							2 %	
Clinica Luganese Moncucco SA Sede San Rocco							1 %	
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco							28 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Lugano							56 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – San Giovanni							3 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – La Carità							1 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Beata Vergine							1 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Acquarossa							3 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS). Datenaufbereitung durch das Obsan.

Komplexe bariatrische Chirurgie⁴⁸

Tabelle 18: Versorgungsanteile nach Leistungserbringer (Spitalstandort), 2016–2018

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil in %			
	2016	2017	2018	Total
Genferseeregion (GE, VD, VS)	12 %	9 %	6 %	9 %
Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) – Payerne	0 %		0 %	0 %
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – Yverdon-les-Bains	1 %	0 %	0 %	0 %
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – St. Loup	0 %	0 %		0 %
Clinique de Genolier			0 %	0 %
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	2 %	1 %	1 %	1 %
Clinique Cecil	1 %	3 %	1 %	2 %
Clinique de la Source	2 %	2 %	1 %	1 %
GHOL – Hôpital de Nyon			0 %	0 %
Hôpital du Valais, CHVR – Hôpital de Sion	0 %		0 %	0 %
Clinique Valère	0 %	0 %	0 %	0 %
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	1 %	1 %	1 %	1 %
Clinique des Grangettes	1 %	0 %		0 %
Clinique La Colline	2 %	1 %	0 %	1 %
Clinique Générale Beaulieu			0 %	0 %
Hôpital de La Tour	0 %	0 %	0 %	0 %
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	2 %	1 %	1 %	1 %
Espace Mittelland (BE, JU, NE, FR, SO)	29 %	29 %	30 %	21 %
Lindenhofgruppe – Lindenhofspital	5 %	7 %	6 %	6 %
FMI – Spital Interlaken	0 %			0 %
Hirslanden Klinik Linde	1 %	0 %	0 %	0 %
SRO – Spital Langenthal	0 %	0 %	0 %	0 %
Inselspital Bern	4 %	3 %	5 %	4 %
Spitalzentrum Biel	0 %	1 %	0 %	0 %
STS – Spital Thun		0 %	0 %	0 %
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	13 %	12 %	12 %	12 %
Hirslanden Bern – Salem-Spital		0 %		0 %
Insel Gruppe – Spital Tiefenau	0 %	0 %		0 %
Insel Gruppe – Spital Münsingen	0 %			0 %
Clinique Générale Ste-Anne		0 %		0 %
Hôpital Jules Daler	1 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg	1 %		0 %	0 %

⁴⁸ Es ist zu beachten, dass in der Medizinischen Statistik nur die Komplex-Eingriffe, nicht aber die Eingriffe an «Komplex-Patientinnen und -Patienten» enthalten sind.

Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn	0 %	0 %	0 %	0 %
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten	2 %	3 %	3 %	3 %
Solothurner Spitäler (soH) – Spital Dornach	0 %	0 %		0 %
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès	0 %	1 %	1 %	1 %
Hôpital du Jura (H-JU) – Delémont			0 %	0 %
Nordwestschweiz (BS, BL, AG)	12 %	12 %	12 %	12 %
Claraspital	4 %	5 %	5 %	5 %
Universitätsspital Basel	2 %	2 %	2 %	2 %
KSBL – Standort Liestal	1 %	1 %	0 %	0 %
KSBL – Standort Bruderholz	0 %		0 %	0 %
KSBL – Standort Laufen	0 %	0 %		0 %
Hirslanden Klinik Aarau	0 %			0 %
Spital Muri	3 %	3 %	3 %	3 %
Kantonsspital Aarau	0 %	1 %	1 %	1 %
Kantonsspital Baden	2 %	1 %	0 %	1 %
Spital Zofingen		0 %		0 %
Zürich (ZH)	26 %	31 %	29 %	29 %
Klinik Hirslanden Zürich	13 %	12 %	12 %	13 %
Stadtspital Triemli	0 %	0 %	0 %	0 %
Universitätsspital Zürich (USZ)	2 %	4 %	3 %	3 %
See-Spital – Standort Horgen	0 %	0 %	0 %	0 %
Privatklinik Bethanien			0 %	0 %
Privatklinik Lindberg	0 %	0 %		0 %
GZO Spital Wetzikon	2 %	2 %	1 %	2 %
Spital Bülach	0 %		0 %	0 %
Spital Limmattal	8 %	12 %	12 %	11 %
Klinik Im Park	0 %			0 %
Klinik Pyramide am See		0 %		0 %
Spital Uster	0 %			0 %
Spital Männedorf	0 %			0 %
Stadtspital Waid	0 %	0 %		0 %
Ostschweiz (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)	11 %	9 %	10 %	7 %
Kantonsspital Glarus	0 %	0 %		0 %
Hirslanden Klinik Belair	0 %	0 %		0 %
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen	0 %		0 %	0 %
Hirslanden Klinik Stephanshorn	4 %	4 %	2 %	4 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG)	3 %	2 %	5 %	3 %
Spital Linth			0 %	0 %

Kantonsspital Graubünden	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Oberengadin	0 %			0 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld	3 %	3 %	3 %	3 %
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen			0 %	0 %
Zentralschweiz (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	8 %	9 %	10 %	9 %
Hirslanden Klinik St. Anna	1 %	1 %	1 %	1 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Luzern	2 %	1 %	2 %	2 %
Luzerner Kantonsspital (LUKS) – Sursee	1 %	1 %	1 %	1 %
Spital Schwyz	0 %			0 %
Spital Lachen	5 %	6 %	7 %	6 %
Kantonsspital Nidwalden	0 %	0 %		0 %
Zuger Kantonsspital	0 %		0 %	0 %
Tessin (TI)	2 %	2 %	2 %	2 %
Clinica Sant Anna	0 %			0 %
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco	2 %	2 %	2 %	2 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Lugano			1 %	0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – San Giovanni		0 %	0 %	0 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – La Carità		0 %		0 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS). Datenaufbereitung durch das Obsan.

Tabelle 19: Versorgungsanteile nach Leistungserbringer (Spitalstandort) und Grossregion, 2016–2018 (gepoolt)

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Genferseeregion (GE, VD, VS)	83 %	0 %						19 %
Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) – Payerne	1 %	0 %						
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – Yverdon-les-Bains	4 %							
Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) – St. Loup	1 %							
Clinique de Genolier	0 %							
CHUV Centre Hospitalier Universitaire	10 %							
Clinique Cecil	15 %							3 %
Clinique de la Source	13 %							
GHOL – Hôpital de Nyon	1 %							
Hôpital du Valais, CHVR – Hôpital de Sion	1 %							

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Clinique Valère	3 %							
Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais – Monthey	8 %							
Clinique des Grangettes	3 %							
Clinique La Colline	11 %							6 %
Clinique Générale Beaulieu	0 %							
Hôpital de La Tour	2 %							6 %
Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	11 %							6 %
Espace Mittelland (BE, JU, NE, FR, SO)	16 %	92 %	19 %	3 %	4 %	9 %	3 %	11 %
Lindenhofgruppe – Lindenhofspital	1 %	19 %	8 %	0 %		2 %	2 %	
FMI – Spital Interlaken		0 %						
Hirslanden Klinik Linde		2 %						
SRO – Spital Langenthal		1 %						
Inselspital Bern	3 %	15 %	0 %	0 %		1 %		
Spitalzentrum Biel		2 %						
STS – Spital Thun		1 %						
Hirslanden Bern – Klinik Beau-Site	11 %	37 %	3 %	3 %	4 %	6 %	2 %	11 %
Hirslanden Bern – Salem-Spital		0 %						
Insel Gruppe – Spital Tiefenau	0 %	0 %						
Insel Gruppe – Spital Münsingen		0 %						
Clinique Générale Ste-Anne		0 %						
Hôpital Jules Daler	1 %	3 %						
Hôpital fribourgeois (HFR) – Fribourg		1 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Bürgerspital Solothurn		0 %						
Solothurner Spitäler (soH) – Kantonsspital Olten		7 %	8 %			1 %		
Solothurner Spitäler (soH) – Spital Dornach		1 %	0 %					
Hôpital neuchâtelois (HNE) – Pourtalès		2 %						
Hôpital du Jura (H-JU) – Delémont		0 %						
Nordwestschweiz (BS, BL, AG)	5 %	64 %	0 %			3 %	2 %	19 %
Claraspital		3 %	25 %				2 %	11 %
Universitätsspital Basel		1 %	10 %					6 %
KSBL – Standort Liestal		0 %	3 %					
KSBL – Standort Bruderholz		0 %	1 %					
KSBL – Standort Laufen		0 %	0 %					
Hirslanden Klinik Aarau			0 %					
Spital Muri		1 %	14 %	0 %		3 %		3 %
Kantonsspital Aarau		0 %	4 %					

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Kantonsspital Baden			7 %					
Spital Zofingen			0 %					
Zürich (ZH)	0 %	1 %	14 %	84 %	18 %	15 %	2 %	25 %
Klinik Hirslanden Zürich		0 %	4 %	35 %	13 %	8 %	2 %	19 %
Stadtspital Triemli				1 %				
Universitätsspital Zürich (USZ)			2 %	9 %	2 %	2 %		3 %
See-Spital – Standort Horgen			0 %	0 %	0 %	1 %		
Privatklinik Bethanien				0 %				
Privatklinik Lindberg					1 %			
GZO Spital Wetzikon			0 %	5 %	1 %			
Spital Bülach			0 %	0 %				
Spital Limmattal		0 %	7 %	33 %	1 %	3 %		
Klinik Im Park								3 %
Klinik Pyramide am See						1 %		
Spital Uster	0 %							
Spital Männedorf		0 %		0 %				
Stadtspital Waid				0 %	0 %			
Ostschweiz (SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR)		0 %	1 %	4 %	69 %	2 %		19 %
Kantonsspital Glarus					1 %			
Hirslanden Klinik Belair					1 %			
Spitäler Schaffhausen – Kantonsspital Schaffhausen				0 %	1 %			
Hirslanden Klinik Stephanshorn		0 %	0 %	3 %	21 %	1 %		6 %
Kantonsspital St. Gallen (KSSG)			0 %	0 %	22 %			11 %
Spital Linth					0 %			
Kantonsspital Graubünden					5 %			3 %
Spital Oberengadin					0 %			
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Frauenfeld		0 %		1 %	19 %	1 %		
Spital Thurgau AG – Kantonsspital Münsterlingen					0 %			
Zentralschweiz (LU, ZG, UR, NW, OW, SZ)	1 %	1 %	2 %	9 %	9 %	71 %	2 %	3 %
Hirslanden Klinik St. Anna				0 %		11 %		
Luzerner Kantonsspital (LUKS) Luzern		0 %				24 %	2 %	
Luzerner Kantonsspital (LUKS) Sursee	0 %					13 %		
Spital Schwyz						1 %		
Spital Lachen	1 %	1 %	2 %	9 %	9 %	22 %		3 %
Kantonsspital Nidwalden				0 %		1 %		
Zuger Kantonsspital			0 %			1 %		

Grossregion / Leistungserbringer	Versorgungsanteil pro Grossregion in %							
	Genferseeregion	Espace Mittelland	Nordwestschweiz	Zürich	Ostschweiz	Zentralschweiz	Tessin	Übrige
Tessin (TI)			0 %				92 %	3 %
Clinica Sant Anna							2 %	
Clinica Luganese Moncucco SA Sede Moncucco			0 %				75 %	3 %
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – Lugano							10 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – San Giovanni							3 %	
Ente ospedaliero cantonale (EOC) – La Carità							2 %	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS), Krankenhausstatistik (KS). Datenaufbereitung durch das Obsan.

A2 Fallzahlen der sich bewerbenden Leistungserbringer

Es wurden die Zahlen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser der Jahre 2016, 2017 und 2018 (Durchschnitt der drei Jahre) verwendet. Bei relevanten Diskrepanzen zur Selbstdeklaration wurden die Fallzahlen anhand der Operationsberichte überprüft. In solchen Fällen (*) wurde auf die Fallzahl gemäss dieser Überprüfung abgestellt.

Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Tabelle 20: Fallzahlen, die bei der Beurteilung, ob die Mindestfallzahl-Anforderungen erfüllt werden, ausschlaggebend waren:
Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Leistungserbringer	Fallzahlen
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	19
Kantonsspital Baden AG, Baden	26
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	28
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	20*
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	25
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	13
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	18°
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	17°
Kantonsspital Baselland, Liestal	21*
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	38
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	18°
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	38
Kantonsspital Graubünden, Chur	12
Klinik St. Anna AG, Luzern	12
Luzerner Kantonsspital, Luzern	22*
Luzerner Kantonsspital, Sursee	6
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	66
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	5
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	10*
Spital Lachen AG, Lachen	0
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	9*
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	7
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano	22*

Leistungserbringer	Fallzahlen
Kantonsspital Uri, Altdorf	5
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	40
Clinique de la Source, Lausanne	11
Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	7
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	0
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	7
Hôpital du Valais, Sion	11*
Kantonsspital Winterthur, Winterthur	32
Klinik Hirslanden AG, Zürich	33
Spital Limmattal, Schlieren	12
Spital Uster, Uster	8
Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	26
Universitätsspital Zürich, Zürich	26

° Differenz zu mit Schreiben vom 18. Januar 2022 bekanntgegebenen Fallzahlen aufgrund der Eingabe in der Anhörung und Überprüfung durch den Registerbetreiber.

* Gemäss Überprüfung der Operationsberichte.

Komplexe bariatrische Chirurgie

Tabelle 21: Fallzahlen, die bei der Beurteilung, ob die Mindestfallzahl-Anforderungen erfüllt werden, ausschlaggebend waren: Komplexe bariatrische Chirurgie

Leistungserbringer	Fallzahlen
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	15
Kantonsspital Baden AG, Baden	21
Stiftung Spital Muri, Muri	37
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	149
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	46
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	64
SRO AG, Langenthal	2
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	68
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	5
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	21
Kantonsspital Graubünden, Chur	16

Leistungserbringer	Fallzahlen
Klinik St. Anna AG, Luzern	6
Luzerner Kantonsspital, Luzern	30
Luzerner Kantonsspital, Sursee	13
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	21*
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	50
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	55
Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	7
Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	46
Spital Lachen AG, Lachen	64
Spital Thurgau AG, Frauenfeld	32
Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	18**
Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano	11
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	20*
Clinique de la Source, Lausanne	13
Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains	2
Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	14
Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	22
GZO AG, Wetzikon	37
Klinik Hirslanden AG, Zürich	109
Spital Limmattal, Schlieren	127
Universitätsspital Zürich, Zürich	61

* Gemäss Überprüfung der Operationsberichte.

° Differenz zu mit Schreiben vom 18. Januar 2022 bekanntgegebenen Fallzahlen aufgrund der Eingabe in der Anhörung und nachträglichen Überprüfung der Operationsberichte.

A3 Methodik der HSM-Wirtschaftlichkeitsprüfung

Das HSM-Beschlussorgan hat eine Gruppe von Expertinnen und Experten eingesetzt, die mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen der IVHSM beauftragt wurde. Die Aufbereitung und Analyse der Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringer, die sich für einen HSM-Leistungsauftrag bewerben, wird durch beauftragte Dritte vorgenommen. Die Aufgabe der Expertengruppe beinhaltet insbesondere die Interpretation der quantitativ aufbereiteten Daten sowie die Formulierung von Empfehlungen zuhanden des HSM-Fachorgans in qualitativer Hinsicht. Das BVGer verweist in seinem Urteil C-6539/2011 vom 26. November 2013 auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie in der kantonalen Spitalplanung durchzuführen ist (vgl. Urteil BVGer C-5647/2011 vom 16. Juli 2013), äussert sich jedoch nicht dazu, ob die Kostenvergleiche auf der Ebene einer einzelnen HSM-Leistung resp. einem bestimmten HSM-Bereich oder auf Ebene des Gesamspitals zu ermitteln sind. Laut Urteil des BVGer C-4232/2014 vom 26. April 2016 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 überprüft die Expertengruppe die Wirtschaftlichkeit der bewerbenden Leistungserbringer durch zwei unterschiedliche Herangehensweisen:

1. Auswertung von Kostendaten *ITAR_K*[®]

- *Welche Kosten werden verglichen?*

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit macht es aufgrund unterschiedlicher Grösse bzw. unterschiedlicher Fallzahl und unterschiedlichem Fallmix der Spitäler keinen Sinn, die gesamten Betriebskosten der Spitäler als Grundlage für den Vergleich heranzuziehen. Stattdessen werden die Fallmix-bereinigten, mittleren Fallkosten, die so genannten Basiswerte untereinander verglichen. Die relevanten Informationen stammen aus den Kostenausweisen *ITAR_K*[®] der bewerbenden Spitäler des jeweils aktuellsten verfügbaren Statistikjahres (rein stationäre KVG-Fälle akut + stationäre KVG Zusatzversicherte akut) 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.

Die *ITAR_K*[®] Kostenausweise liegen unterdessen auch beinahe ausnahmslos pro Standort des Leistungserbringers vor. Bewirbt sich ein Spital, das an mehreren Standorten tätig ist, wird ausschliesslich derjenige Standort für die Wirtschaftlichkeitsprüfung herangezogen, an welchem die Leistungen des jeweiligen HSM-Bereichs tatsächlich erbracht werden.

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, bzw. auf den betreffenden Standort 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. 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.

- *Bezugsgrösse (Referenzwert)*

Als Bezugsgrösse für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach ITAR_K® wird der Median der Benchmarking-relevanten Basiswerte, inkl. Anlagenutzungskosten (ANK) nach VKL⁴⁹ der bewerbenden Spitäler verwendet.

Ist die Anzahl bewerbender Spitäler klein (<5) ist der Referenzwert statistisch betrachtet nicht robust und lediglich als Richtwert zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zu verstehen.

2. Auswertung von Kostendaten der SwissDRG AG.

- *Vorbemerkung*

Mit dem Kostenausweis ITAR_K® ist – wie weiter oben dargelegt – keine Eingrenzung der Fälle auf einen spezifischen HSM-Bereich möglich. Dank der Definition der HSM-Bereiche mittels von der IVHSM deklarerter Kombinationen spezifischer ICD- und CHOP-Codes ist es möglich, Kostenvergleiche zwischen den Spitalern anzustellen, welche auf einen spezifischen HSM-Bereich eingegrenzt sind.

- *Welche Kosten werden verglichen?*

Verglichen werden die Casemix-bereinigten Basiswerte der Spitäler auf den betreffenden Fällen des spezifischen HSM-Spektrums berechnet. Dazu werden nur SwissDRG-Fälle akut stationär (KVG + KVG ZV + UV/MV/IV) des jeweils aktuellsten verfügbaren Statistikjahres (Austritte) selektiert, welche dem HSM-Bereich zugeordnet sind. Je nach HSM-Bereich können nebst den ICD- und CHOP-Codes weitere Falleingrenzungen vorgenommen werden, wie etwa Alterslimiten (z. B. Patientenalter ≥ 18 Jahre).

- *Bezugsgrösse (Referenzwert)*

Als Bezugsgrössen für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach SwissDRG dienen einerseits der Median der kalkulierten Basiswerte der bewerbenden Spitäler inkl. Anlagenutzungskosten und andererseits das Fallzahl-gewichtete Mittel der kalkulierten Basiswerte der bewerbenden Spitäler inkl. Anlagenutzungskosten. Die Anlagenutzungskosten werden nach REKOLE® ausgewiesen, da die SwissDRG AG über keine Ausweise der Anlagenutzungskosten nach VKL verfügt.

Ist die Anzahl bewerbender Spitäler klein (<5) und/oder die Fallzahl klein (<12) ist der Referenzwert statistisch betrachtet nicht robust und lediglich als Richtwert zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zu verstehen.

Ein HSM-Bereich kann für die Zuteilung in mehrere Teilbereiche untergliedert sein. Folglich wird die SwissDRG-Analyse für jeden Teilbereich separat vorgenommen.

3. Aussagen zur Wirtschaftlichkeit

Folgende Kategorisierung zum Grad der Wirtschaftlichkeit wird nach Aufbereitung der Kostendaten gemäss Methode ITAR_K® und SwissDRG für jedes bewerbende Spital im Bericht ausgewiesen:

Wirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10% tiefer ist, als die Bezugsgrösse.
Eher wirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10% tiefer und mind. 1.01% tiefer ist, als die Bezugsgrösse.
Neutral:	Das Spital hat einen Basiswert, der in etwa gleich ist, wie die Bezugsgrösse, also bis 1% tiefer und bis 1% höher als die Bezugsgrösse.
Eher unwirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der bis zu 10% höher und mind. 1.01% höher ist, als die Bezugsgrösse.
Unwirtschaftlich:	Das Spital hat einen Basiswert, der mehr als 10% höher ist, als die Bezugsgrösse.

⁴⁹ Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung, SR 832.104.

Die beiden Methoden ITAR_K® und SwissDRG können bei einzelnen Spitalern unter Umständen widersprüchliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit liefern. Dies ist nachvollziehbar, weil bei der ITAR_K®-basierten Methode das ganze Spital, wohingegen bei der SwissDRG-basierten Methode nur das HSM-Leistungsspektrum untersucht wird. Die Leistungsspektrum-bezogenen Betrachtungen («Median SwissDRG» und «Fallzahl-gewichtetes Mittel SwissDRG») sind im Zweifelsfall der Gesamtspital-bezogenen Betrachtung «Median ITAR_K®» vorzuziehen, da auf den spezifischen HSM-Bereich fokussiert wird.

A4 Kapazitätsengpässe und prospektive Gesamtkapazität der Bewerbenden

Tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen

Tabelle 22: Kapazitätsengpässe in den Jahren 2018 und 2019

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*	Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	Solothurner Spitäler AG, Bürger- spital Solothurn, Solothurn	0
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	Spital Lachen AG, Lachen	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	0	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0
Insel Gruppe AG, Inselspital Uni- versitatsspital Bern	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
Lindenhofgruppe AG, Lindenhof- spital, Bern	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano	0
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	0	Kantonsspital Uri, Altdorf	0
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Kantonsspital Baselland, Liestal	0	Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	0
St. Claraspital, Clarunis Univer- sit. Bauchzentrum Basel, Basel	0	Hirslanden Lausanne SA, Clini- que Cecil, Lausanne	0
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	0	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	0
Hôpitaux universitaires de Ge- nève, Genève	0	Hôpital du Valais, Sion	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Kantonsspital Winterthur, Win- terthur	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Luzerner Kantonsspital, Sursee	0	Spital Uster, Uster	0
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	0	Stadtpital Zürich, Triemli, Zu- rich	0
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0	Universitätsspital Zürich, Zürich	0

* Anzahl Patientinnen und Patienten mit Indikation im Teilbereich tiefe Rektumresektion bei Erwachsenen, welche in den Jahren 2018 und 2019 aufgrund von Kapazitsengpassen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten. Selbstdeklaration der sich bewerbenden Leistungserbringer.

Tabelle 23: Prospektive Gesamtkapazität pro sich bewerbendes Spital und Bedarfsabdeckung

Grossregion	Leistungserbringer	Prospektive Kapazität ⁵⁰	
		2022	2028
Genferseeregion: GE, VD, VS	Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	200	250
	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	120	140
	Clinique de la Source, Lausanne	20	kA
	Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges	30	30
	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	30	30
	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	30	30
	Hôpital du Valais, Sion	45	50
	Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	50
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	95	140	
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	50	50	
Regionalspital Emmental AG, Burgdorf	>50	kA	
Spital STS AG, Spital Thun, Thun	50	50	
Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel	70	100	
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	40	40	
Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn	50	50	
Nordwestschweiz: BS, BL, AG	St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	100	100
	Kantonsspital Baselland, Liestal	100	100
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	>50	>50
	Kantonsspital Baden AG, Baden	40–50	40–50
Zürich: ZH	Kantonsspital Winterthur, Winterthur	150	300
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	50	50
	Spital Limmattal, Schlieren	50	70

⁵⁰ Angaben nach Selbstdeklaration.

	Spital Uster, Uster	100	100
	Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich	100	100
	Universitätsspital Zürich, Zürich	60	60
Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	«keine Einschränkung»	
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	«keine Einschränkung»	
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	100	100
	Kantonsspital Graubünden, Chur	25	25
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	Klinik St. Anna AG, Luzern	50	50
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	45	60
	Luzerner Kantonsspital, Sursee	30	kA
	Kantonsspital Uri, Altdorf	30	30
	Spital Lachen AG, Lachen	21	28
Tessin: TI	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	25	25
	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano	50	50

Komplexe bariatrische Chirurgie

Tabelle 24: Kapazitätsengpässe in den Jahren 2018 und 2019

Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*	Leistungserbringer	Kapazitätsengpass*
Kantonsspital Aarau AG, Aarau	0	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	0
Kantonsspital Baden AG, Baden	0	Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	0
Stiftung Spital Muri, Muri	0	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	0
Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	0	Spital Lachen AG, Lachen	0
Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	0	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	0
Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	0	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	0
SRO AG, Langenthal	0	Ente Ospedaliero Cantonale, Osp. Regionale di Lugano	0
St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel	0	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	0
Hôpital Fribourgeois, Fribourg	0	Clinique de la Source, Lausanne	0
Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	0	Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-B.	0
Kantonsspital Graubünden, Chur	0	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	0
Klinik St. Anna AG, Luzern	0	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	0
Luzerner Kantonsspital, Luzern	0	GZO AG, Wetzikon	0
Luzerner Kantonsspital, Sursee	0	Klinik Hirslanden AG, Zürich	0
Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	0	Spital Limmattal, Schlieren	0
Klinik Stephanshorn, St. Gallen	0	Universitätsspital Zürich, Zürich	0

* Anzahl Patientinnen und Patienten mit Indikation im Teilbereich komplexe bariatrische Chirurgie, welche in den Jahren 2018 und 2019 aufgrund von Kapazitätsengpässen nicht aufgenommen werden konnten oder weiterverlegt werden mussten. Selbstdeklaration der sich bewerbenden Leistungserbringer.

Tabelle 25: Prospektive Gesamtkapazität pro sich bewerbendes Spital und Bedarfsabdeckung

Grossregion	Leistungserbringer	Prospektive Kapazität ⁵¹	
		2022	2028
Genferseeregion: GE, VD, VS	Hôpitaux universitaires de Genève, Genève	80	100
	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne	60	80
	Clinique de la Source, Lausanne	20	kA
	Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains	100	100
	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne	30	30
	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz	50	50
Espace Mittelland: BE, JU, NE, FR, SO	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern	206	603
	Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern	180	280
	Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern	90	90
	SRO AG, Langenthal	30	50
	Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel	80	80
	Hôpital Fribourgeois, Fribourg	40	40
	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten	100	100+
Nordwestschweiz: BS, BL, AG	St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel	150	150
	Kantonsspital Aarau AG, Aarau	70	>100
	Kantonsspital Baden AG, Baden	40–50	40–50
	Stiftung Spital Muri, Muri	90	100
Zürich: ZH	GZO AG, Wetzikon	300	300
	Klinik Hirslanden AG, Zürich	100	100
	Spital Limmattal, Schlieren	150	180
	Universitätsspital Zürich, Zürich	250	250

⁵¹ Angaben nach Selbstdeklaration.

Ostschweiz: SH, SG, TG, GL, AI, AR, GR	Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen	50	50
	Klinik Stephanshorn, St. Gallen	«keine Einschränkung»	
	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen	«keine Einschränkung»	
	Spital Thurgau AG, Frauenfeld	500	500
	Kantonsspital Graubünden, Chur	25	25
Zentralschweiz: LU, ZG, UR, NW, OW, SZ	Klinik St. Anna AG, Luzern	50	50
	Luzerner Kantonsspital, Luzern	40	40
	Luzerner Kantonsspital, Sursee	40	40
	Spital Lachen AG, Lachen	300	420
Tessin: TI	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano	30	30
	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano	50	50

A5 Literaturverzeichnis

1. Andereggen, E., et al., *Outcome of surgery for rectal cancer in octogenarians*. Swiss Med Wkly, 2006. **136**(11–12): p. 185–8.
2. Novello, M., et al., *Post-operative outcomes and predictors of mortality after colorectal cancer surgery in the very elderly patients*. Heliyon, 2019. **5**(8): p. e02363.
3. Bos, A.C.R.K., et al., *Postoperative mortality in elderly patients with colorectal cancer: The impact of age, time-trends and competing risks of dying*. European Journal of Surgical Oncology, 2019. **45**(9): p. 1575–83.
4. Sigurdsson, H.K., et al., *Palliative surgery for rectal cancer in a national cohort*. Colorectal Disease, 2008. **10**(4): p. 336–43.
5. Morris, E.J.A., et al., *Thirty-day postoperative mortality after colorectal cancer surgery in England*. Gut, 2011. **60**(6): p. 806–13.
6. Baum, P., et al., *Mortality and Complications Following Visceral Surgery: A Nationwide Analysis Based on the Diagnostic Categories Used in German Hospital Invoicing Data*. Deutsches Arzteblatt international, 2019. **116**(44): p. 739–746.
7. 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.
8. Birkmeyer, J.D., et al., *Hospital volume and surgical mortality in the United States*. N Engl J Med, 2002. **346**(15): p. 1128–37.
9. Birkmeyer, J.D., et al., *Surgeon volume and operative mortality in the United States*. N Engl J Med, 2003. **349**(22): p. 2117–27.
10. Archampong, D., D.W. Borowski, and H.O. Dickinson, *Impact of surgeon volume on outcomes of rectal cancer surgery: A systematic review and meta-analysis*. The Surgeon, 2010. **8**(6): p. 341–352.
11. Richardson, D., G. Porter, and P. Johnson, *Surgeon Knowledge Contributes to the Relationship Between Surgeon Volume and Patient Outcomes in Rectal Cancer*. Annals of Surgery, 2013. **257**(2): p. 295–301.
12. Chioreso, C., et al., *Association Between Hospital and Surgeon Volume and Rectal Cancer Surgery Outcomes in Patients With Rectal Cancer Treated Since 2000: Systematic Literature Review and Meta-analysis*. Diseases of the Colon & Rectum, 2018. **61**(11): p. 1320–1332.
13. Archampong, D., et al., *Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012(3).
14. Huo, Y.R., et al., *Systematic review and a meta-analysis of hospital and surgeon volume/outcome relationships in colorectal cancer surgery*. Journal of Gastrointestinal Oncology, 2017. **8**(3): p. 534–546.
15. Ibrahim, A., et al., *Variation in Outcomes at Bariatric Surgery Centers of Excellence*. JAMA Surgery, 2017. **152**(7): p. 629–636.
16. Flum, D., et al., *The Use, Safety and Cost of Bariatric Surgery Before and After Medicare's National Coverage Decision*. Annals of Surgery, 2011. **254**(6): p. 860–865.
17. Varban, O.A., et al., *Hospital volume and outcomes for laparoscopic gastric bypass and adjustable gastric banding in the modern era*. Surgery for Obesity and Related Diseases, 2015. **11**(2): p. 343–349.
18. Poelemeijer, Y.Q.M., et al., *Perioperative Outcomes of Primary Bariatric Surgery in North-Western Europe: a Pooled Multinational Registry Analysis*. Obesity Surgery, 2018. **28**(12): p. 3916–3922.
19. Stenberg, E., et al., *Early Complications After Laparoscopic Gastric Bypass Surgery: Results From the Scandinavian Obesity Surgery Registry*. Annals of Surgery, 2014. **260**(6): p. 1040–1047.
20. Celio, A.C., et al., *Surgeon case volume and readmissions after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: more is less*. Surgical Endoscopy, 2017. **31**(3): p. 1402–1406.
21. Caiazzo, R., et al., *Impact of Centralized Management of Bariatric Surgery Complications on 90-day Mortality*. Annals of Surgery, 2018. **268**(5): p. 831–837.

A6 Anhörungsadressaten

Adressatenliste / Liste des destinataires

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- Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern
- Direction de la santé 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 des finances et de la santé 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

Spitäler / Hôpitaux

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

AG

- Kantonsspital Aarau AG, Aarau
- Kantonsspital Baden AG, Baden
- Stiftung Spital Muri, Muri

BE

- Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern (*via Walder Wyss*)

- Insel Gruppe AG – Inselspital Universitätsspital Bern
- Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
- Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
- SRO AG, Langenthal
- Spital STS AG, Thun
- Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel-Bienne

BL

- Kantonsspital Baselland, Liestal

BS

- St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel

FR

- Hôpital Fribourgeois, Fribourg

GE

- Les hôpitaux universitaires de Genève

GR

- Kantonsspital Graubünden, Chur

LU

- Klinik St. Anna AG, Luzern (*via Walder Wyss*)
- Luzerner Kantonsspital, Luzern
- Luzerner Kantonsspital, Sursee

NE

- Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel

SG

- Kantonsspital St. Gallen
- Klinik Stephanshorn AG, St. Gallen (*via Walder Wyss*)

SH

- Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen

SO

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

SZ

- Spital Lachen AG; Lachen

TG

- Spital Thurgau AG, Frauenfeld (*via Walder Wyss*)

TI

- Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
- Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano

UR

- Kantonsspital Uri, Altdorf

VD

- Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
- Clinique de la Source, Lausanne
- Ensemble Hospitalier de la Côte, Morges
- Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains
- Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne (*via Walder Wyss*)

VD/VS

- Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Rennaz

VS

- Hôpital du Valais, Sion

ZH

- GZO AG, Wetzikon
- Kantonsspital Winterthur
- Klinik Hirslanden AG, Zürich (*via Walder Wyss*)
- Spital Limmattal, Schlieren
- Spital Uster
- Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich
- Universitätsspital Zürich

Versicherer / assurances

- curafutura
- santésuisse
- Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) / Association Suisse d'Assurances (ASA)
- Suva
- Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) / Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM)

Dekanate der medizinischen Fakultäten / décanats médicaux

- Faculté de médecine de l'Université de Genève
- Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne
- Medizinische Fakultät der Universität Basel
- Medizinische Fakultät der Universität Bern
- Medizinische Fakultät der Universität Zürich

Fachgesellschaften / Sociétés savantes

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 concernées 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
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften (fmCh)

Andere interessierte Institutionen und Organisationen / autres institutions et organisations concernées

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) / Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- H+ Die Spitäler der Schweiz / H+ Les Hôpitaux de Suisse
- Krebsliga Schweiz
- Privatkliniken Schweiz / Cliniques Privées Suisse
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) / Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
- Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) / Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux (ASMI)
- Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK) / Conférence suisse des hautes écoles (CSHE)
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) / Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)
- Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften / Association suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive (fmCH)
- Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) / Association Médecine Universitaire Suisse
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH / Fédération des médecins suisses FMH
- Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) / Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse AMDHS
- Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler (vns)

A7 Abkürzungen

BGE	Entscheid des Schweizerischen Bundesgerichtes
BFS	Bundesamt für Statistik
BMI	Body Mass Index
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HIMED	Hirslanden Institute for Medical Education
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	International Classification of Diseases
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)
KVV	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)
MS	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)
Register	Viszeralchirurgieregister der SGVC/SMOB
SGVC	Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMOB	Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders
SPLG	Spitalleistungsgruppe
TEM	Transanal-endoskopische Mikrochirurgie

Verwendete Abkürzungen der Spitäler

BSS	Solothurner Spitäler AG, Bürgerspital Solothurn, Solothurn
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
CLARU	St. Claraspital, Clarunis Universitäres Bauchzentrum Basel, Basel
EHC	Ensemble Hospitalier de la Côte, Hôpital de Morges, Morges
eHnv	Établissements hospitaliers du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale, Ospedale Regionale di Lugano Civico, Lugano
GZO	GZO AG, Wetzikon
HFR	Hôpital Fribourgeois, Fribourg
HL-BS	Hirslanden Bern AG, Klinik Beau-Site, Bern
HL-Ce	Hirslanden Lausanne SA, Clinique Cecil, Lausanne
HL-StA	Klinik St. Anna AG, Luzern

HL-Steph	Klinik Stephanshorn, St. Gallen
HL-Z	Klinik Hirslanden AG, Zürich
HRC	Hôpital Riviera-Chablais – Vaud Valais, Rennaz
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève, Genève
HVS	Hôpital du Valais, Sion
INSEL	Insel Gruppe AG, Inselspital Universitätsspital Bern
KSA	Kantonsspital Aarau AG, Aarau
KSB	Kantonsspital Baden AG, Baden
KSBL	Kantonsspital Baselland, Liestal
KSGR	Kantonsspital Graubünden, Chur
KSO	Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Olten
KSSG	Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen
KSU	Kantonsspital Uri, Altdorf
KSW	Kantonsspital Winterthur, Winterthur
LACH	Spital Lachen AG, Lachen
LiH	Lindenhofgruppe AG, Lindenhofspital, Bern
LIMM	Spital Limmattal, Schlieren
LUKS-Lu	Luzerner Kantonsspital, Luzern
LUKS-Sur	Luzerner Kantonsspital, Sursee
MONCUC	Clinica Luganese Moncucco SA, Lugano
MURI	Stiftung Spital Muri, Muri
RHNe	Réseau hospitalier neuchâtelois, Pourtalès, Neuchâtel
RSE	Regionalspital Emmental AG, Burgdorf
soH	Solothurner Spitäler AG, Solothurn
SOURCE	Clinique de la Source, Lausanne
SpSH	Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen
SRO	SRO AG, Langenthal
STG-F	Spital Thurgau AG, Frauenfeld
STS	Spital STS AG, Spital Thun, Thun
SZB-CHB	Spitalzentrum Biel AG/Centre Hospitalier Bienne SA, Biel
TRIEM	Stadtspital Zürich, Triemli, Zürich
UST	Spital Uster, Uster
USZ	Universitätsspital Zürich, Zürich