



# **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen**

Transparenz – Wahlfreiheit – Innovation

## **Hintergrundinformationen**

### **Hochspezialisierte Medizin – Interessiert sich jemand für die Fakten?**

**Das Thema „Hochspezialisierte Medizin“ und deren Planung durch die Kantone erregt immer wieder die Gemüter in Fachkreisen. Interessanterweise beschäftigen sich die Öffentlichkeit und die Medien nur sehr beschränkt mit diesem Thema, obwohl es um hohe Kosten und Qualität der Behandlung geht. Dies erstaunt umso mehr, als die Widersprüche in der Umsetzung des Gesetzes offensichtlich sind.**

Artikel 39 Absatz 2bis des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) regelt die sogenannte „hochspezialisierte Medizin“. Die Bestimmung vom 21. Dez. 2007 (Teil der Vorlage „Spitalfinanzierung“) ist in Kraft seit 1. Januar 2009.

Zuvor verabschiedete die Plenarversammlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) am 25. November 2004 einstimmig die „Interkantonale Vereinbarung zur Koordination und Konzentration der Hochspezialisierten Medizin“. Mit ihrem Beitritt verpflichteten sich die Kantone, die Spitzenmedizin künftig gemeinsam auf Ebene GDK zu planen und zu koordinieren. Laut GDK sollte die Spitzenmedizin netzwerkartig auf fünf universitärmedizinische Zentren verteilt werden (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich). Daraufhin gab Zürich ein Expertengutachten in Auftrag, das die Vorteile einer Lösung mit zwei Standorten dokumentieren sollte. Dieses von ausländischen Experten verfasste Gutachten ist im Mai 2006 erschienen und kam zum Schluss, dass in der Schweiz zwei spitzenmedizinische Zentren völlig ausreichend sind.

Zurück zu Artikel 39 Absatz 2bis KVG. Das Gesetz sagt: „Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.“

Zwischenbemerkung 1: Das Gesetz macht keinerlei einschränkende Vorgaben, ob im Rahmen der Planung staatliche oder private Spitäler zu berücksichtigen sind. Somit sind alle Spitäler gleich zu behandeln.

Der Schaffung dieser Bestimmung lagen mehrere parlamentarische Vorstösse im National- und Ständerat zugrunde, wobei dort ausnahmslos von „Spitzenmedizin“ und nicht von „hochspezialisierter Medizin“ die Rede war (z.B. Motion Frick «Planung der Spitzenmedizin» vom 22. März 2003 - 02.3170). In sämtlichen Beratungsproto-

kollen und in der Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) wurde stets der Ausdruck „Spitzenmedizin“ („médecine de pointe“) verwendet.

Seit Schaffung der Gesetzesgrundlage in Art. 39 Absatz 2 KVG wird nun der Begriff „hochspezialisierte Medizin“ verwendet.

In welchem Verhältnis stehen nun die Begriffe „hochspezialisierte Medizin“ und „Spitzenmedizin“ zueinander? Hierzu gibt es zwei Meinungen: Gemäss der einen Meinung sind „hochspezialisierte Medizin“ und „Spitzenmedizin“ Synonyme, gemäss der anderen Meinung ist die hochspezialisierte Medizin ein Teil der Spitzenmedizin, die Spitzenmedizin umfasst also mehr Gebiete als die hochspezialisierte Medizin.

Zwischenbemerkung 2: Im Rahmen der Diskussion vor Schaffung der Gesetzesgrundlage bestand die Differenz zur Planung der Spitzenmedizin darin, ob diese an maximal zwei oder maximal fünf Zentren zu konzentrieren sei.

Zwischenbemerkung 3: Da die hochspezialisierte Medizin maximal gleichviel umfasst wie die Spitzenmedizin, eventuell auch weniger, sollten eigentlich auch künftig nur Disziplinen „beplant“ werden, welche an allerhöchstens fünf Zentren konzentriert werden können.

Die hochspezialisierte Medizin wird wie folgt definiert: Medizinische Bereiche und Leistungen, die durch ihre Seltenheit, durch ihr hohes Innovationspotenzial, durch einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder durch komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Eine medizinische Leistung gehört zum Bereich der hochspezialisierten Medizin, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind – wobei die Seltenheit des Eingriffs in jedem Fall gegeben sein muss. Daraus resultiere eine genaue und eng gefasste Liste von Verfahren.

Nun die Fakten zur Umsetzung:

Bis Sommer 2013, also 4 ½ Jahre seit Inkraftsetzung der Bestimmung, umfasste die „Liste der Zuteilungsentscheide im Rahmen der Planung der hochspezialisierten Medizin“ 6 1/2 Seiten und in der Zuteilung war kein einziges der über 100 Privatspitäler in unserem Land berücksichtigt.

Dann ging es Schlag auf Schlag hoch auf 12 Seiten:

➤ Am 10. September 2013 wurden gleichzeitig neun neue Themen aufgenommen.

Bei den vier Zuteilungsentscheiden zur Pädiatrie (Kinder) wurden 23 Spitäler berücksichtigt, davon kein einziges Privatspital. Das ist noch ein Stück weit nachvollziehbar, weil es kaum Privatspitäler mit pädiatrischem Angebot gibt.

Erstaunt haben dann aber die fünf Entscheide in der Viszeralchirurgie (Bauchchirurgie): Dort wurden 16, 20, 23, 27 respektive 37 Spitäler „eingeplant“. Dabei wurden jeweils nur 4-5 Privatspitäler berücksichtigt und zwar immer dieselben. Interessant ist auch, dass die „eingeplanten“ Spitäler nicht selten weniger als 10 Kilometer auseinander liegen.

Es liegt auf der Hand, dass hier die vorstehend zitierte Definition der hochspezialisierten Medizin nicht mehr erfüllt ist, vor allem, wenn man berücksichtigt, dass das Kriterium der Seltenheit der Leistung immer gegeben sein muss.

- Am 19. September 2013 teilte die GDK mit, dass die rund 30 jährlichen Herztransplantationen neu in drei statt zwei Zentren durchgeführt werden dürfen.

#### **Daraus ergeben sich folgende Fragen:**

1. Ist eine Leistung selten, die in einem kleinen Land wie der Schweiz in über 20 und bis zu 37 Spitälern erbracht wird, Spitäler, die nota bene teilweise weniger als 10 Kilometer auseinanderliegen? Ist es abwegig, hier den Verdacht zu haben, dass eine verknappte nationale Spitalplanung ausserhalb der hochspezialisierten Medizin respektive durch Ausweitung des Begriffes der hochspezialisierten Medizin stattfindet?
2. Kann von Gleichbehandlung der Privatspitäler sprechen, wenn nur fünf der über 100 Schweizer Privatspitäler berücksichtigt werden?
3. Hochspezialisierte Medizin soll an möglichst wenigen Standorten betrieben werden, in anderen Ländern gelten Mindestfallzahlen von mehr als 50 pro Jahr für den Betrieb eines Zentrums. Die Schweiz unterhält neu für jährlich etwa 30 Herztransplantationen drei Zentren. Geht es hier um Konzentration, Qualitätssteigerung durch höhere Fallzahlen und Kostendämpfung durch Abbau von teuren Vorhalteleistungen oder geht es um regionalpolitische Überlegungen? Falls es um regionalpolitische Überlegungen geht, ist das im Sinne des Gesetzgebers und der bestmöglichen Behandlung für Patientinnen und Patienten?
4. Ist durch dieses Vorgehen die gesetzliche Vorgabe von Artikel 39 Absatz 2bis KVG durch die Kantone erfüllt?
5. Was müsste geschehen, damit der Bund seinen Auftrag in Artikel 39 Absatz 2bis KVG wahrnimmt und hier interveniert?

Die Antworten sind klar: Artikel 39 Absatz 2bis KVG ist kein Instrument zum Erhalt von Standorten und zur Wahrung von Pfründen, es geht um die Konzentration der hochspezialisierten Medizin, nichts anderes wollte der Gesetzgeber. Und es geht nur um die hochspezialisierte Medizin und um keinen anderen medizinischen Bereich. Und hierzu existiert eine klare Definition, die offensichtlich verletzt wird, wenn 37 Spitäler einen Zuschlag erhalten (davon 32 staatliche Spitäler), obwohl hochspezialisierte Medizin zwingend durch „Seltenheit der Leistung“ definiert sein muss.

Es zeigt sich: Hier besteht Handlungsbedarf. Es geht um die Gleichberechtigung staatlicher und privater Leistungserbringer, Qualitätssicherung durch Konzentration, Kostendämpfung durch Zusammenführung an wenigen Orten und von alldem profitieren schlussendlich wir alle, als Patienten und als Prämienzahler. Überlegungen zur Standorterhaltung haben somit unter diesem Titel keinen Platz.

#### **Wie geht es hier weiter?**