



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Mindestfallzahlen: Grundlagen und H+ Position

Grundlagen- und Positionspapier H+, 27.10.2021



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Position von H+ (2.0)	4
3	Definition und wissenschaftliche Grundlagen von Mindestfallzahlen	5
3.1	WAS SIND MINDESTFALLZAHLEN?	5
3.2	MINDESTFALLZAHLEN ALS QUALITÄTSKRITERIUM?	5
3.3	MFZ ALS KRITERIUM FÜR EINE WIRTSCHAFTLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG?	6
4	Normativer Rahmen	7
4.1	SPITALPLANUNG ALS AUFGABE DER KANTONE	7
4.2	QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT ALS ZENTRALE KRITERIEN GEMÄSS KVG	7
4.3	BUNDESGERICHTSURTEILE STÜTZEN DIE ANWENDUNG VON MFZ	8
5	Anwendung von Mindestfallzahlen	9
5.1	HERLEITUNG VON MINDESTFALLZAHLEN	9
5.2	FESTLEGUNG VON MINDESTFALLZAHLEN	9
5.3	PRÜFUNG DER ERREICHUNG DER MINDESTFALLZAHLEN	10
5.4	EVALUATION (BERICHTERSTATTUNG & MONITORING)	10
6	Systemische Effekte und Fehlanreize	11
6.1	EFFEKTE AUF DIE GESAMTE VERSORGUNG	11
6.2	EFFEKTE AUF DIE PATIENTENBEHANDLUNG	11
7	Operationalisierung von Mindestfallzahlen mit den richtigen Anreizen und flankierenden Massnahmen	12
7.1	FORDERUNGEN VON H+	12
7.2	SCHLUSSFOLGERUNG	17
8	Literaturverzeichnis	18

Geschlechtergerechte Texte

H+ bemüht sich um gendergerechte Formulierungen. Aus sprachökonomischen Gründen sowie aus Gründen der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Texte ist dies aber nicht immer möglich. Wann immer die maskuline Form als grammatikalische Standardform verwendet wird, sind feminine und andere Formen stets miteingeschlossen. Mit *Patienten* sind also immer auch gleichzeitig *Patientinnen* gemeint.

1 Einleitung

Um kantonale Leistungsaufträge und Zertifizierungen zu erhalten, sind die Spitäler und Kliniken zunehmend mit Anforderungen an Fallzahlen konfrontiert. Es werden Mindestfallzahlen (MFZ) für bestimmte Eingriffe und diagnostische Verfahren vorgegeben. Im Rahmen der Spitalplanung basiert diese Entwicklung auf der KVG-Revision zur neuen Spitalfinanzierung, die 2009 in Kraft getreten ist und MFZ im Verordnungsrecht explizit als Kriterium zur Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung vorsieht. Das Bundesgericht (BGer) sowie das Bundesverwaltungsgericht (BVGer) stützen die Anwendung von MFZ als Planungskriterium, sowohl für die Beurteilung der Qualität als auch der Wirtschaftlichkeit. Die Auslegung des BVGer bestätigt zudem, die seit 2019 bestehende Praxis von Kantonen, MFZ nicht nur auf der Ebene der Spitäler und Spitalstandorte vorzusehen, sondern auch für einzelne Operationen und Operationsteams.

Es ist unbestritten, dass MFZ in erster Linie der Sicherstellung bzw. Steigerung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit dienen sollen. Höhere Fallzahlen allein führen jedoch nicht zwingend zu besseren Ergebnissen. Die Gesamterfahrung und interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Behandlungsteams haben einen relevanten Einfluss auf die medizinische Qualität, welche rein über MFZ nicht erreicht werden kann. Es ist deshalb zentral, dass MFZ nicht als alleiniger Indikator für die Qualität angewandt werden, sondern durch die Messung der Indikations- und Ergebnisqualität ergänzt werden.

Die Festlegung von MFZ ist rein normativer Akt, der sich im Idealfall an wissenschaftlichen Grundlagen und Referenzwerten orientiert, aber durch den politischen Willen gestützt eine Versorgungsplanung beeinflusst und enorme wirtschaftliche sowie gesellschaftliche und versorgungspolitische Auswirkungen hat. Im Wissen, dass MFZ neben den gewünschten positiven Effekten, auch negative Effekte haben und die Gefahr für Fehlanreize bergen, wird vielfach störend empfunden, dass MFZ vermehrt für die Spitalplanung genutzt werden.

Leider fehlen in der Schweiz flankierende Massnahmen, die einen Ordnungsrahmen schaffen, um die Anwendung von MFZ zu strukturieren und transparent zu machen. Eine undifferenzierte und rigorose Anwendung von MFZ kann die Sicherheitskultur, die Indikations- und Versorgungsqualität gefährden.

Leidtragende sind die Patienten.

H+ möchte mit vorliegendem Papier:

- den normativen Rahmen und Anwendungsphasen von MFZ erörtern,
- auf die Gefahr von potenziellen Fehlanreizen aufmerksam machen und auf die damit einhergehenden Effekte auf die Patientenbehandlung und Versorgung hinweisen,
- die Auseinandersetzung bei der Anwendung von MFZ zwischen den Leistungserbringern und Kantonen fördern,
- die Herleitung, Festlegung, Prüfung und Evaluation von MFZ hinterfragen, und so letztendlich
- einen Beitrag zu einem gewissenhaften und vernünftigen Einsatz von MFZ leisten.

2 Position von H+

- H+ ist sich des politischen Willens bezüglich dessen Einsatzes von Mindestfallzahlen (MFZ) bewusst und respektiert die Anwendung von MFZ zur Steigerung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit.
- H+ fordert, dass MFZ nicht primär als Instrument zur Spitalplanung und isoliert als Kriterium für die Zuteilung von Leistungsaufträgen angewendet werden, sondern verstärkt zusammen mit dem Aspekt der Qualität und Patientensicherheit zu betrachten sind. Dabei sollte als Zielbild ein wertegesteuertes und nicht mengengesteuertes Gesundheitswesen angestrebt werden.
- H+ ist einverstanden mit dem Einsatz von MFZ, wenn ein erhöhter Patientennutzen wissenschaftlich belegt ist oder positive Effekte auf die Behandlungsqualität aufgezeigt werden können. Den Einsatz von MFZ erachtet H+ zudem dann als sinnvoll, wenn eine medizinische Leistung bzw. ein Behandlungspfad komplex und kostenintensiv ist¹, z.B. im Bereich von HSM.
- H+ betont den Charakter von MFZ als Surrogatparameter für Qualität. Ergebnisse von Outcome-Messungen sind in jedem Fall miteinzubeziehen.
- H+ fordert eine an der Versorgungsrealität orientierten Anwendung von MFZ. Qualität und Zugang zu einer flächendeckenden Notfall- und spitalbasierte Grundversorgung inkl. entsprechender Aus- und Weiterbildung müssen gewährleistet bleiben und dürfen nicht durch MFZ gefährdet werden.
- H+ fordert ein transparentes Vorgehen in den einzelnen Anwendungsphasen von MFZ sowie den Einbezug der Leistungserbringer:
- MFZ müssen transparent sowie nachvollziehbar festgelegt werden und die betroffenen und verantwortlichen Akteure miteinbeziehen. Wissenschaftliche Erkenntnisse sind in den Vordergrund zu stellen.
 - Die Prüfung von MFZ muss flexible Elemente enthalten (z.B. Toleranzwerte, längere Betrachtungszeiträume und Übergangsregelungen). Um innovative Ansätze und zukunftsgerichtete Modelle zu fördern, müssen Spitälern und Kliniken strategische Handlungsspielräume bei der Umsetzung eingeräumt und neuen Leistungsanbieter die Aufnahme auf die Spitalliste ermöglicht werden.
 - Der Effekt, die Relevanz und die Anwendbarkeit der festgelegten MFZ müssen evaluiert werden. Die Ergebnisse sind in die zukünftigen Festlegungen miteinzubeziehen, sofern keine ausreichende Evidenz vorliegt.
- H+ empfiehlt im Zusammenhang mit MFZ entsprechende Rahmenbedingungen, damit die Gefahr von Fehlanreize und systemische Effekte, reduziert bzw. vermieden und Qualitätsanreize gestärkt werden können.
- Die Bedürfnisse des Patienten sind in den Mittelpunkt zu stellen. Eine verstärkte integrierte Denkweise ist notwendig, die die Behandlung von Krankheiten fördert, indem medizinische Disziplinen und Professionen nach Organsystemen und/oder Krankheitsbildern ein gemeinsames Behandlungskonzept erstellen (z.B. Tumorboard). Der Nutzen für den Patienten sowie dessen Sicherheit sind im ganzen Behandlungspfad, in allen Fachbereichen sowie fachübergreifend zu gewährleisten.
 - Im Wissen, dass MFZ Surrogatparameter sind, sind zusätzliche Daten zur Ergebnis- und Indikationsqualität erforderlich (z.B. PROMS). Zur Schaffung von Evidenz, ist die Vorgabe von MFZ grundsätzlich an die Teilnahme von Registern zu knüpfen.

3 Definition und wissenschaftliche Grundlagen von Mindestfallzahlen

3.1 Was sind Mindestfallzahlen?

MFZ sind quantitative Vorgaben. Sie zeigen auf, wie oft eine medizinische Leistung innerhalb einer bestimmten Periode durch eine bestimmte Person oder Organisationseinheit mindestens durchgeführt werden muss. MFZ werden in der Regel für bestimmte Eingriffe oder diagnostische Verfahren und Krankheitsbilder festgelegt, die ein Spital oder ein Operateur bzw. ein Behandlungsteam pro Jahr im Minimum erbringen muss. So soll beispielsweise ein Spital mindestens 50 Eingriffe eines Kniegelenkersatz jährlich durchführen, um den Eingriff überhaupt anbieten zu dürfen².

3.2 Mindestfallzahlen als Qualitätskriterium?

MFZ für ausgewählte medizinische Leistungen oder bestimmte diagnostizierte Krankheitsbilder dienen der Steigerung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Diverse Studien belegen einen statistischen Zusammenhang zwischen höheren Fallzahlen in Spitälern und einem besseren Outcome (Halm, Lee, & Chassin, 2002). Insbesondere bei komplexen Behandlungen konnte der Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Ergebnisqualität wissenschaftlich bestätigt werden (Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleitung: Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität, 2013). Auch in der Schweiz wurde mittels einer retrospektiven Analyse eine klinisch relevante und statistisch signifikante Korrelation von grosser operativer Erfahrung des Teams und tiefer Sterberate belegt. Dies bei Eingriffen wie den Aorten-Aneurysma, Pankreas- und Ösophagus-Tumoren (Güller, et al., 2017).³

Eine Arbeit aus Deutschland bestätigte mittels logistischer Regressionsmodelle einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation und dem Outcome (Risiko für «Unzureichende Beweglichkeit» als primärer Qualitätsindikator bzw. dem Risiko für «Infektion» als sekundärer Qualitätsindikator). Jedoch liess sich kein Schwellenwert eindeutig ableiten, der in eindeutiger Weise zwischen guter und schlechter Qualität diskriminiert (Schäder, Grouven, & Bender, 2007).

Wichtig ist, dass die Anzahl der Fälle bzw. die Erreichung einer MFZ als Surrogatparameter für Qualität nicht mit einer effektiv höheren Ergebnisqualität verwechselt werden. Höhere Fallzahlen allein führen nicht zwingend zu besseren Ergebnissen und MFZ sind allenfalls ein mittelbarer Indikator für Qualität (statistischer Zusammenhang). Die Gesamterfahrung und interdisziplinäre Zusammenarbeit eines Behandlungsteam haben einen relevanten Einfluss auf die medizinische Qualität, die rein mit MFZ nicht abgefangen werden. Es ist deshalb zentral, dass MFZ nicht als alleiniger Indikator für die Qualität angewandt werden, sondern durch die Messung der Ergebnisqualität ergänzt und durch andere Massnahmen begleitet werden müssen (vgl. Kapitel 9). So können weitsichtige Kooperationsmodelle, wie sie in der Schweiz weit verbreitet sind, die Problematik von ungenügenden Fallzahlen ebenso lösen oder zumindest mindern.

² [Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik \(Version 2020.1; gültig ab 1. Januar 2020\) \(zh.ch\)](#)

³ Weiteres hier: <https://saez.ch/article/doi/saez.2018.06676/>

3.3 MFZ als Kriterium für eine wirtschaftliche Leistungserbringung?

Fallzahlen können Bestandteil von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen sein. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass MFZ eine wirtschaftliche Leistungserbringung erlauben, wissenschaftlich kaum untersucht ist. Sie basiert auf dem allgemeinen Theorem der «Skaleneffekte». Eine generalisierte Korrelation «grössere Spitäler» bzw. «mehr Fälle» = tiefere Fallkosten» ist nicht belegt und dürfte schwerlich stimmen. Eine effiziente Leistungserbringung wird nicht nur durch die Anzahl Fälle beeinflusst, sondern hängt auch stark von der Angebots- und Kostenstruktur einer Institution ab und umfasst die Gesamtheit an stationären und ambulanten Leistungen einer Organisationseinheit.

4 Normativer Rahmen

Nachfolgend wird der normative Rahmen erläutert und die rechtlichen Vorgaben und Planungsgrundlagen zur Anwendung von MFZ dargelegt. Verschiedene Beispiele zeigen, wo MFZ angewendet werden.

4.1 Spitalplanung als Aufgabe der Kantone

Die verabschiedete Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Ende 2007 zielte darauf ab, die zunehmenden Gesundheitskosten einzudämmen und regelte u.a. die Spitalplanung neu. Dazu gehörten die Ausrichtung der kantonalen Spitalplanungen an schweizweit einheitliche Planungskriterien, die gemeinsame Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) und die Vergabe von Leistungsaufträgen mittels kantonalen Spitallisten. Das KVG hält die Spitalplanung als kantonale Aufgabe fest (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG) und statuiert eine Koordinierungspflicht der Kantone bezüglich ihrer Planung (Art. 39 Abs. 2 KVG).

Im Bereich der hochspezialisierten Medizin bildet die interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) die rechtliche Grundlage für den Erlass der HSM-Spitallisten und definiert die Kriterien, welche ein Leistungsbereich erfüllen muss, um als HSM zu gelten. MFZ bilden im Zuteilungsverfahren der HSM-Leistungen ein wichtiges Kriterium: Sie werden für klar definierte Behandlungen und Eingriffe angewandt, nicht Leistungsgruppen. Im Bereich von HSM konnten Einigungen zur Konzentration von hochspezialisierten Operationen erzielt werden.

Der Kanton Zürich gibt MFZ seit 2019 teilweise auch auf Ebene der Operateure vor, mit dem Hauptargument in erster Linie Gelegenheitseingriffe auszuschliessen.

4.2 Qualität und Wirtschaftlichkeit als zentrale Kriterien gemäss KVG

Zentrale Kriterien in der Spitalplanung sind die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die vom Bundesrat am 23.06.2021 verabschiedete Verordnung über die Krankenversicherung KVV hält fest, dass die Kantone bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität u.a. im Spitalbereich insbesondere auf die Nutzung von Synergien, auf die Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen für die Stärkung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung zu achten haben (Art. 58d Abs. 4 KVV). Dem Wortlaut dieser gesetzlichen Bestimmung sind keine Vorgaben über die genaue Ausgestaltung des Instruments der MFZ enthalten. Die neuen Bestimmungen zu den Zulassungskriterien treten per 1. Januar 2022 in Kraft.

Als Planungsbehörden können Kantone demnach weiterhin die Erreichung von MFZ als Anforderung an die Listenspitäler⁴ für den Erhalt eines Leistungsauftrags festlegen und verfügen über einen weiten Gestaltungsspielraum.

Vorreiter der leistungsbasierten Spitalplanung ist der Kanton Zürich, der 2012 MFZ auf Ebene der Spitalleistungsgruppen (SPLG) festlegte und 2019 mit MFZ pro Operateur für spezielle

⁴ Vertragsspitäler sind von den Anforderungen ausgeschlossen, da sie keinen kantonalen Leistungsauftrag haben, sondern gemäss Vertrag mit einzelnen Versicherungen abrechnen dürfen. Eine juristische Analyse aus dem Jahr 2018 kam zum Schluss, dass Mindestfallzahlen auf Vertragsspitäler nur anwendbar sind, soweit dies gesundheitspolizeilich begründet ist. Es muss sich also um Regelungen handeln, welche beispielsweise die Voraussetzung von Art. 39 Abs. 1 lit. b KVG («das erforderliche Fachpersonal») konkretisieren; analoges gilt, wenn die Mindestzahl Bezug nimmt auf die Qualitätssicherung (Kieser, 2019)

Eingriffe die Anforderungen erhöhte: etwa in der Gynäkologie, der Chirurgie des Bewegungsapparates und der Urologie. MFZ sind Bestandteil der leistungsspezifischen Anforderungen des SPLG-Konzepts und als solche, Teil der Empfehlung der GDK vom 25. Mai 2018⁵.

Im aktuellen Versorgungsberichts 2023 des Kantons Zürich ist zu entnehmen, dass im Bereich der Kardiologie bei der Bestimmung der MFZ kein Konsens zustande kam. Die Gesundheitsdirektion hat deshalb aufgrund der Rückmeldungen von Experten sowie Empfehlungen von Fachgesellschaften sowie Erkenntnissen internationaler Studien die MFZ nach eigenem Ermessen festgelegt (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Januar 2021). Dieses Vorgehen bestätigt die heterogene Arbeitsweise bezüglich der Operationalisierung von MFZ.

4.3 Bundesgerichtsurteile stützen die Anwendung von MFZ

Bundesgericht (BGer) und Bundesverwaltungsgericht (BVGer) haben die Anwendung von MFZ wiederholt gestützt. Nachfolgend zwei Beispiele:

Nach dem Bundesgerichtsentscheid 2C_796/2011⁶ vom 10. Juli 2012 in Sachen kantonales Tessiner Anwendungs-gesetz des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung beziehen sich MFZ sowohl auf die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit. Das BGer kam zum Schluss, dass MFZ in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit angemessen seien, weil sie die Nutzung von Synergien ermöglichen.

Das BVGer beurteilte im Urteil C-5603 2017 die Zuteilung von MFZ pro Operateur als rechtmässig und hielt fest, dass die MFZ der Kantone nicht zwingend wissenschaftlich begründet werden müssen. Das BVGer stützte die Anwendung von MFZ nach dem SPLG-Konzept pro Spitalstandort und pro Operateur (abgelehnte Beschwerden gegen den Kanton Zürich).

Die genannten Gerichtsurteile auf Bundesebene befeuern die Anwendung von MFZ als kantonale Planungskriterien und stützen dabei auch eine undifferenzierte Anwendung ohne wissenschaftliche Grundlagen. Dies u.a., weil die Anwendung von MFZ im aktuellen KVV wenig klar umrissen ist.

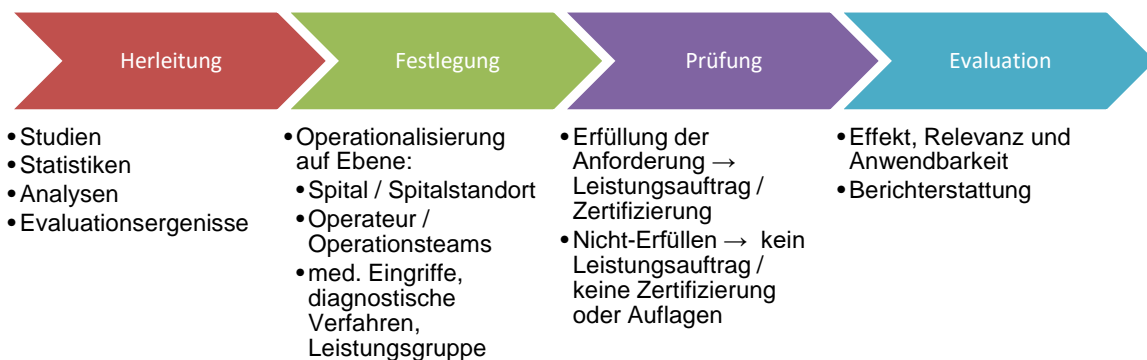
⁵ [Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung \(25.05.2021\)](#)

⁶ Bundesgericht, Urteil vom 10. Juli 2012 in Sachen «ricorso in materia di diritto pubblico contro la modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) decretata il 17 marzo 2011 dal Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino» (2C 796/2011)

5 Anwendung von Mindestfallzahlen

Nachfolgend sind die verschiedenen Phasen der Anwendung von MFZ umschrieben. Sinnvolle MFZ herzuleiten und festzulegen ist mit vielen Herausforderungen verbunden (vgl. dazu auch Kapitel 6). So zeigten zwei Übersichtsstudien der ZHAW im Auftrag des Kanton Zürich, dass ein Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Outcome besteht. Der gleiche Zusammenhang besteht auch für MFZ und Ergebnisqualität, wenngleich die Grenzwerte oft nicht empirisch hergeleitet werden sowie stark variieren (Eichler, Hess, & Brügger, 2010) und die Festlegung der Grenzwerte methodisch schwierig ist (Pfister, 2017).

Abbildung 1: Phasen der Anwendung von Mindestfallzahlen



5.1 Herleitung von Mindestfallzahlen

Die Herleitung von MFZ ist grundsätzlich eine rein wissenschaftliche Phase, welche neben den Fallzahlen auch Daten und Auswertungen zur Ergebnisqualität bedingt, mit denen die Evidenz des Wirkungszusammenhangs belegt wird. Für wissenschaftliche Studien gibt es bekannterweise klare Kriterien, welche an dieser Stelle nicht ausgeführt werden.

Leider fehlt es oftmals an eindeutiger Evidenz für gewisse Leistungsgebiete und Eingriffe. Die Evidenz auf Ebene Operateur/in ist ebenfalls sehr spärlich.

5.2 Festlegung von Mindestfallzahlen

Bei der Festlegung von MFZ werden Grenzwerte definiert. Die Festlegung ist ein normativer Akt und beinhaltet politische Komponenten. Entgegen der Wissenschaft bestehen hier keine einheitlichen Kriterien. Die Kantone und Fachgesellschaften orientieren sich dabei – im besten Fall und falls vorhanden – an wissenschaftlichen Referenzwerten und legen MFZ als strukturelles Anforderungskriterium fest. Die Praxis zeigt eine heterogene Arbeitsweise im Zusammenhang mit der Festlegung von MFZ.

Im Rahmen der Festlegung von MFZ stellt sich die Frage, auf welcher Ebene Fallzahlen adressiert und gruppiert werden (z.B. pro Operateur und/oder Standorte; Leistungsgruppe oder Eingriff) und unter welchen Bedingungen Fälle zusammengezählt werden (z.B. ob der Operateur die Operation selbst ausführen muss, oder dabei sein kann). Die heute festgelegten MFZ fokussieren vorwiegend auf die Durchführung von Eingriffen bzw. Behandlungen (Prozedurebene), pro Spital oder Spitalstandort oder pro Operateur oder Behandlungsteam.

Die vom BVGer gestützte Anwendung von MFZ nach dem SPLG-Konzept pro Spitalstandort und pro Operateur (siehe Kapitel 3.2) öffnet weitere Diskussionen, denn bereits die Definition eines Spitalstandorts⁷ ist problematisch, da die Akteure im Gesundheitswesen unterschiedliche Standortdefinitionen haben.

5.3 Prüfung der Erreichung der Mindestfallzahlen

Im Rahmen der Prüfung der MFZ wird kontrolliert, ob die Leistungserbringer die festgelegten MFZ erreicht haben. Die Prüfung erfolgt in der Regel gestützt auf die in der zurückliegenden Zeitperiode erbrachten Leistungen. Dabei ist nicht immer klar, ob kriteriengeleitet vorgegangen wird. Es ist jedoch davon auszugehen, dass MFZ als hartes Kriterium gelten: Bei Nicht-Erfüllen erhält das Spital keinen Leistungsauftrag oder verliert einen bestehenden Leistungsauftrag, wie dies z.B. bei HSM der Fall ist. Für neue «Anbieter» können Übergangsregelungen angewandt werden (sog. provisorische Leistungserbringer). Da es sich um eine quantitative Anforderung handelt, können MFZ relativ einfach überprüft werden.

Erfüllt ein Spital bzw. eine Klinik mit unbefristetem Leistungsauftrag die vorgegebene MFZ im Schnitt zweier Jahre nicht, erhält es für das darauffolgende Jahr einen befristeten Leistungsauftrag. Verfehlt es die MFZ erneut, wird der befristete Leistungsauftrag nicht mehr verlängert. Ausnahmefälle sind dabei nicht vorgesehen.

Von provisorisch zugelassenen Leistungsanbietern mit befristetem Leistungsauftrag wird ebenfalls erwartet, dass die erforderlichen Fallzahlen im Laufe von längstens drei Jahren erreicht werden.

5.4 Evaluation (Berichterstattung & Monitoring)

Die Relevanz und Anwendbarkeit von MFZ werden von vielen Seiten in Frage gestellt, weshalb es sinnvoll ist, MFZ zu evaluieren. Im Rahmen der hochspezialisierten Medizin (HSM) werden die Zuteilungen evaluiert und neu beurteilt (Re-Evaluation) und grundlegend neue Erkenntnisse miteinbezogen. In Deutschland soll der Gemeinsame Bundesausschuss die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen (G-BA in § 136b Absatz 3 Satz 3 SGB V8).

Solche Verfahren sind auf kantonaler Ebene und im Rahmen von Zertifizierungen nicht im gleichen Masse bekannt. Die Beobachtung der Effekte der MFZ verlangt eine prospektive Festlegung wesentlicher Evaluationsgrößen zur Ergebnisqualität (Geraedts, Cruppé, Blum, & Ohmann, 2008)⁹. Eine Berichterstattung und mit Monitoring der Indikationsqualität und Ergebnisqualität wäre sinnvoll (vgl. Kapitel 7).

⁷ Aus Sicht von H+ sind für die Standortdefinition, die Rechtsform und Unternehmenskultur massgebend und die aus letzterem abgeleitete Lern- und Sicherheitskultur.

⁸ [Microsoft Word - 2018-09-14 Nachfragen BR.docx](#)

⁹ [Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen \(aerzteblatt.de\)](#)

6 Systemische Effekte und Fehlanreize

Die Anwendung von MFZ kann neben den erwähnten und erwünschten positiven Ergebnissen, auch negative systemische Effekte auf die Patienten- und Gesundheitsversorgung haben. An der Festlegung von MFZ sind verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Perspektiven und Interessen beteiligt (u.a. Kantone, Fachgesellschaften, Leistungserbringer). Dabei kann es zu systemischen Effekten und durch die MFZ ausgelösten möglichen Fehlanreizen kommen.

6.1 Effekte auf die gesamte Versorgung

Kantone haben als Planungsbehörden den Auftrag, MFZ bei der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringung zu beachten und nutzen MFZ für gesundheitspolitische Ziele. Gleichzeitig besteht Potenzial, dass sie durch isolierte Nutzung der MFZ für die Spitalplanung von Spitälern und Kliniken als diskriminierend wahrgenommen werden.

MFZ sind ein praktisches Instrument für die Versorgungsplanung, dürfen aber nicht zu einseitig für gesundheitspolitische Überlegungen verwendet werden. Werden MFZ zu rigoros festgelegt und überprüft, kann dies beispielsweise dazu führen, dass Spitälern und Kliniken, welche die geforderten MFZ nicht erreichen, Leistungsaufträge entzogen und in gewissen Regionen bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten werden. Dadurch entstehen Versorgungslücken in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. MFZ können demnach auch einen Effekt auf die Notfall- und Grundversorgung der Spitäler und Kliniken, aber auch Auswirkungen auf die erweiterte Versorgungskette (z.B. Hausärzte) und nachgelagerte Angebote (z.B. Rehabilitation) haben.

Die flächendeckende Notfall- und spitalbasierte Grundversorgung darf keinesfalls gefährdet werden. Demnach ist im Rahmen der Spitalplanung zu definieren und zu berücksichtigen, in welcher erreichbaren Nähe welche Notfallversorgung garantiert werden muss und wie die spitalbasierte Grundversorgung gewährleistet bleibt. Ambulante Strukturen, regionsübergreifende Netzwerklösungen und die Konzentration von stationären Leistungen helfen die Qualität der Versorgung aufrecht zu erhalten und zu steigern.

Spitäler und Kliniken, die ein reduziertes Leistungsangebot haben, in ihrer wirtschaftlichen Existenz und/oder als Ausbildungsinstitution bedroht sind, verlieren zudem an Attraktivität als Arbeitgeber, aber auch bei den Patienten und Zuweisern.

6.2 Effekte auf die Patientenbehandlung

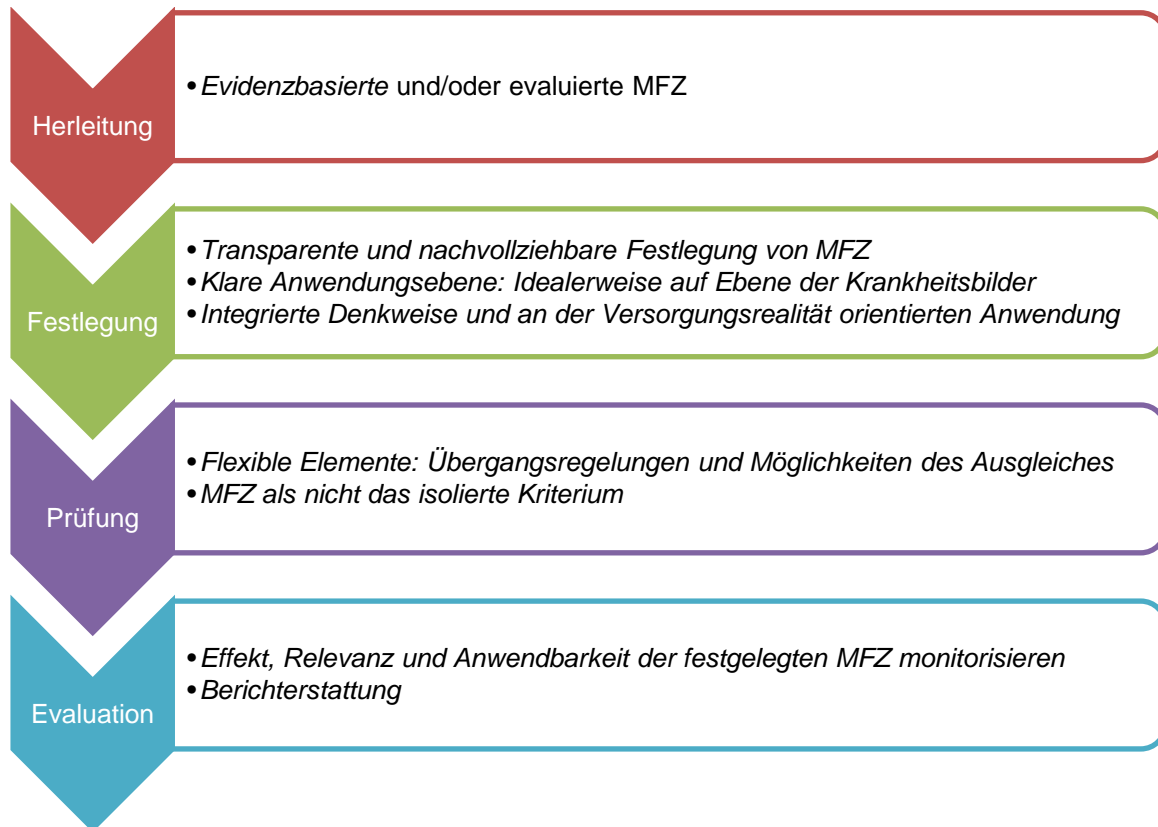
Die Umsetzung von MFZ kann Fehlentwicklungen in der Versorgung auslösen. Auf Standortebene MFZ erreichen zu wollen, kann starre Strukturen begünstigen. Sind Spitäler und Kliniken darauf fokussiert, ihre MFZ für den Erhalt des Leistungsauftrags sicherzustellen, leidet die Zusammenarbeit innerhalb eines Betriebs und zwischen den Institutionen. Auch Innovationen und zukunftsgerichtete Modelle werden erschwert, z.B., wenn ambulante Behandlungen stationäre ersetzen könnten, dadurch aber die Erreichung der MFZ aufs Spiel gesetzt würde.

Um die MFZ zu erreichen, könnten bei Leistungserbringern zudem Anreize entstehen, unnötige oder nur bestimmte Operationen durchzuführen und andere bewusst zurückzuhalten bzw. die Indikation für eine Leistung unangemessen auszuweiten. Dadurch werden zuweilen alternative Therapiemöglichkeiten sowie konservative Ansätze zu wenig berücksichtigt, die keine operativen Eingriffe verlangen. Werden bestimmte Behandlungsoptionen gar nicht oder in unzureichender Qualität angeboten, wirkt sich dies ungünstig auf die Patienten und die Outcome-Qualität aus. Das Recht der Patienten auf eine vollständige Aufklärung und Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten können daher durch MFZ negativ beeinflusst werden. Die Wahlmöglichkeiten der Patienten dürfen hinsichtlich der medizinischen Einrichtungen nicht eingeschränkt werden.

7 Operationalisierung von Mindestfallzahlen mit den richtigen Anreizen und flankierenden Massnahmen

7.1 Forderungen von H+

H+ fordert ein transparentes Vorgehen in den einzelnen Anwendungsphasen von MFZ sowie den Einbezug der Leistungserbringer über alle Anwendungsphasen hinweg.



a) *Evidenzbasierte und/oder evaluierte Mindestfallzahlen*

Im Sinne von «Evidence Based Medicine» müssen zur Festlegung der MFZ wissenschaftliche Erkenntnisse einbezogen bzw. der aktuelle Evidenzgrad gewürdigt werden. Liegt keine ausreichende Evidenz vor, sollen die Evaluationsergebnisse in die Herleitung und zukünftige Festlegung von MFZ einfließen.

b) *Transparente und nachvollziehbare Festlegung von MFZ*

Der Prozess zur Festlegung von MFZ soll transparent sowie nachvollziehbar sein und die betroffenen und verantwortlichen Akteure miteinbeziehen. H+ fordert daher, dass die durch die MFZ vorgegebenen Stellen (z.B. Kantone oder Zertifizierungsstellen) die einzelnen Schritte zur Festlegung, Prüfung und Evaluation der MFZ bekannt geben (vgl. Abbildung 1 im Kapitel 5). Dabei muss klar ersichtlich sein, ob die MFZ auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen oder ob diese formal im Konsens (Kompromisslösung) oder willkürlich erarbeitet wurden. Zudem soll ausgewiesen sein, WER den Lead hatte und WER einbezogen wurde.

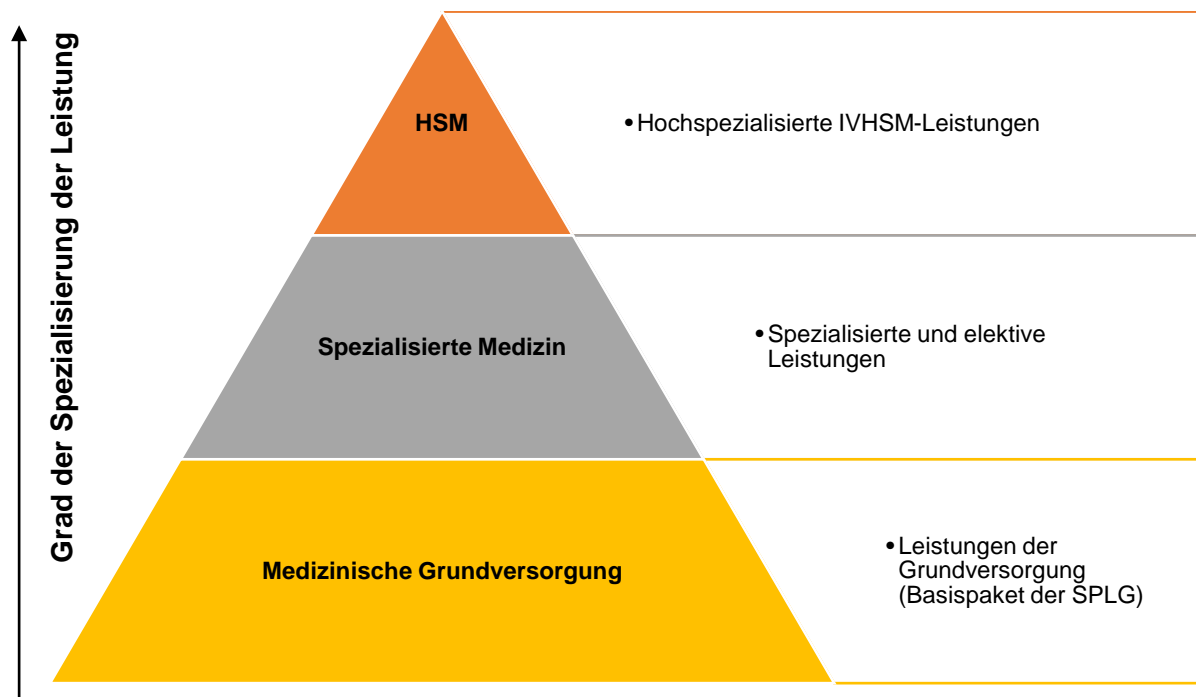
Diese Forderung «Anforderungen transparenter zu machen und sicherzustellen, dass diese auf der Basis von medizinischer Evidenz beruhen und nicht willkürlich gesetzt werden» ent-

spricht auch den Vorgaben bei der Entwicklung von Leitlinien (z.B. Deutschland: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.' (AWMF)). H+ fordert auch im Zusammenhang mit verbindlichen Anforderungen in Richtlinien und Guidelines mit finanzierungs- und planungsrelevanten Konsequenzen¹⁰, dass diese zwingend auf einem wissenschaftlich belegten Nutzen beruhen (Evidenz) oder unter Einbezug der verantwortlichen Akteure erarbeitet werden (Kompromiss).

c) Klare Anwendungsebene

Die Anwendungsebene der MFZ – Spitalebene, Behandlungsteam oder Operateur/in – darf nicht willkürlich gesetzt werden, sondern soll – soweit verfügbar - aus Forschungsarbeiten hergeleitet werden. Idealerweise stützen sich MFZ auf die Krankheitsbilder und nicht auf einzelne Eingriffe oder medizinische Leistungen. Dies würde die im Kapitel 6 erwähnten potenziellen Fehlanreize minimieren.

Der Anwendungsbereich der MFZ muss zudem reflektieren, dass die Notfall- und Grundversorgung **der Spitäler und Kliniken** und entsprechende Zugänglichkeit gewährleistet wird. Folglich sind MFZ vor allem für spezialisierte und HSM-Leistungen sinnvoll. Gerade bei planbaren hochkomplexen und schwierigen Leistungen – wie zum Beispiel bei Herz- und Tumoroperationen sowie Transplantationen – ist es sinnvoll, dass gewisse MFZ erbracht werden müssen, um die Qualität der Leistungserbringung für Patienten sicherstellen zu können.



Im Rahmen der Konzentration der spezialisierten Medizin und von komplexeren Eingriffen lassen sich «operative Kräfte» bündeln und Prozesse optimieren zugunsten von mehr Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit. Seltene und komplexe Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur und Spezialisten erfordern, müssen koordiniert und konzentriert werden.

MFZ sind mit zunehmendem Spezialisierungsgrad sinnvoll und fördern eine Konzentration von Leistungen an bestimmten Standorten. Mit der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin wurde in der Schweiz ein umfassendes Konzept geschaffen, das auch international beachtet wird.

¹⁰ H+ Position zu Bedingungen für verbindliche Anforderungen in Richtlinien und Guidelines mit finanzierungs- und planungsrelevanten Konsequenz [Remarques liminaires \(hplus.ch\)](https://www.hplus.ch/remarques-liminaires)

Die Konzentration von komplexen Operationen steht ausser Frage und verzeichnet Erfolge im Bereich der Chirurgie und Onkologie. Es gibt beispielsweise im Kanton Zürich im Bereich der Onkologie einen guten Ansatz für MFZ und Konzentration mit abgestuften Strukturvorgaben¹¹. Die Zertifizierungen entsprechender Netzwerke und Zentren nehmen zu.

Im Vordergrund steht für H+ die Anwendung auf Ebene des Spitals bzw. Spitalstandorts. Die Anwendung auf Ebene der Operateure beinhaltet negative Anreize und sollte deshalb nur sehr beschränkt eingesetzt werden. Besser ist die Anwendung auf Ebene des Teams, was auch die Ausbildung begünstigt.

d) Integrierte Denkweise und an der Versorgung orientierte Anwendung

H+ fordert, MFZ im Zusammenhang mit der gesamten Gesundheitsversorgung zu betrachten. Wie im Kapitel 6 aufgezeigt, hat die Anwendung von MFZ Effekte auf die Versorgung und kann unter Umständen die Notfall- und Grundversorgung gefährden.

Regionale und sektorielle Strukturen sind zu berücksichtigen und die Notfall- und **spitalbasierte** Grundversorgungskette sowie der Aus- und Weiterbildung zu sichern und zu fördern. Dabei müssen auch Fristen definiert werden, innert denen der Zugang zur Versorgung erfolgen muss. In der Grundversorgung (inkl. erweiterte Grundversorgung) sollen keine MFZ zur Anwendung gelangen.

Ambulante Strukturen, regionsübergreifende Netzwerklösungen und die Konzentration von stationären Leistungen tragen bereits heute dazu bei, die Qualität der Versorgung aufrecht zu erhalten und zu steigern. Zukunftsweisende Modelle sind weiter zu fördern. Dies gelingt wiederum nur im Gesamtpaket mit Rahmenbedingungen, welche die Versorgungsrealität berücksichtigen und sich deren Umständen bewusst sind.

H+ erachtet eine verstärkt integrierte Denkweise als notwendig, in welcher medizinische Disziplinen nach Organsystemen und/oder Krankheitsbildern ein gemeinsames Behandlungskonzept mit dem Patienten erstellen – auch bei der Vergabe von HSM-Aufträgen. Beispiele sind: Tumorboards, Martini-Prinzip oder Organzentren. Der Nutzen für den Patienten sowie dessen Sicherheit sind im ganzen Behandlungspfad in allen Fachbereichen wie auch fachübergreifend zu gewährleisten.

In der Annahme, dass MFZ-Vorgaben in der Akutsomatik Einfluss auf weitere Fachbereiche (z.B. Rehabilitation und Psychiatrie) haben und zukünftig in diesen Bereichen Anwendung finden, sind sektorenübergreifende Überlegungen notwendig und sektorielle Unterschiede in der Anwendung von MFZ zu berücksichtigen.

Die Patienten benötigen eine individuelle, evidenzbasierte, ressourcengerechte und geteilte/partizipative Therapieentscheidung (Shared-Decision-Making). Um diese zu erreichen ist eine vollständige Patientenaufklärung notwendig. Die Entscheidung für die Behandlung eines Patienten darf nicht durch den Anreiz, eine Mindestfallzahl zu erreichen, begründet sein (vgl. Kapitel 3).

¹¹ [Zertifizierungen am VZK](#)

e) *Flexible Elemente*

H+ fordert, dass die Anwendung von MFZ flexible Elemente enthalten muss. Es braucht einen Spielraum bei der Festlegung und Umsetzung der Anforderungen, beispielsweise Toleranzwerte anstelle von fixen Grenzwerten. So würden Leistungsaufträge nicht entzogen, wenn die Fallzahlen leicht unterhalb der MFZ liegen. Übergangsregelungen und Möglichkeiten des Ausgleiches können bei der Prüfung mitberücksichtigt werden. Flexible Elemente würden den Fehlanreiz der ausgeweiteten Indikationsstellung reduzieren.

Ebenso brauchen Spitäler und Kliniken einen strategischen Handlungsspielraum bei der Umsetzung von MFZ, um sich zu positionieren und innovative Ansätze und zukunftsgerichtete Modelle zu fördern. Die Leistungen verschieben sich zunehmend vom stationären zum ambulanten Bereich. Je nach Leistungsbereich müssen ambulante und andere Therapien, Behandlungen und Eingriffe mitberücksichtigt werden, so dass z.B. die Berichterstattung nicht zu einseitig fokussiert ist und dass die breitere Kompetenz miteinbezogen wird.

Zudem dürfen MFZ nicht zu einer Marktabstottung führen. MFZ sind so zu strukturieren, dass die Aufnahme von neuen Leistungsanbieter auf der Spitalliste möglich sind.

Bei der Prüfung der MFZ müssen die individuellen Gegebenheiten des Spitals berücksichtigt werden, z.B. Abgang eines Chefarztes, Pandemiesituation etc. Entsprechend ist auch der Umgang mit wechselnden Ärzten festzulegen.

f) *Mindestfallzahlen nicht als isoliertes Kriterium*

Die Erreichung von MFZ darf nicht isoliert als Qualitätsmerkmal angesehen werden. Eine höhere Wertigkeit für Qualität als der Nachweis von MFZ scheint zentral. Vielmehr braucht es eine korrekte Indikation und damit verbunden, die beste Wahl der Behandlung, Therapie und Verfahren. Um Fehlanreize zu reduzieren, braucht es zusätzliche Instrumente, die es ermöglichen, eine qualitativ hochstehende Medizin zu gewährleisten und die Qualität und Patientensicherheit zu steigern.

Neben MFZ sind weitere qualitätssichernde Aspekte z.B. Teilnahmen an Registern, Einhalten von Richtlinien und Standards, Erfahrung des Behandlungsteams, Organisationsstrukturen des Spitals (z.B. Tumorboards, Q-Zirkel), konsequente Messung und Einbezug des Patientennutzens (PROMs).

Aus Sicht von H+ sollte die Vorgabe von MFZ grundsätzlich an die Teilnahme von entsprechenden Registern geknüpft werden, um Outcome-Daten zu erheben und zu publizieren sowie zur wissenschaftlichen Evidenz beizutragen (siehe Punkt g).

g) *Mit Daten zur Indikationsqualität und Ergebnisqualität monitorisieren*

H+ fordert, die Effekte sowie Relevanz und Anwendbarkeit der festgelegten MFZ zu evaluieren und MFZ mit Daten zur Ergebnis- und Indikationsqualität zu monitorisieren. Dabei sollen Ansätze gefördert werden, die den Patientennutzen ins Zentrum stellen. Dazu gehören eine integrierte Denkweise im Rahmen der ganzen Behandlung sowie die Nutzung von Daten zur Ergebnis- und Indikationsqualität. Dies bedingt, systematisch Qualitätsindikatoren zu erfassen – z.B. in obligatorischen Registern – und patientenorientierte Ergebnismessungen (sog. PROMS) zu erheben.

MFZ mit Daten zur Ergebnis- und Indikationsqualität zu kombinieren ist notwendig, um zu verhindern, dass unnötige Eingriffe zur Erreichung der MFZ das System untergraben.

Der Anreiz sollte vermehrt so sein, dass der Nutzen für und somit die Bedürfnisse der Patienten im ganzen Behandlungspfad in und über alle Fachbereiche im Vordergrund stehen, d.h. vom Erstkontakt bis zum Fallabschluss sowie von der Indikation und Diagnostik über den gewählten Eingriff bzw. Therapie bis hin zur Nachbehandlung. Die Patienten haben Anspruch auf vollständige Aufklärung über sämtliche Behandlungsoptionen. Diese gehen von konservativer Behandlung bis zu chirurgischen Eingriffen sowie Nicht-Behandlung

Mit der Teilnahme an Registern und der Auditierung der Daten kann ein wichtiger Grundstein für ein umfassendes Qualitätsmonitoring gelegt werden.

7.2 Schlussfolgerung

MFZ gewinnen als Steuerungselement im Rahmen der Spitalplanung zunehmend an Bedeutung und haben systemische Effekte auf die Patientenhandlung sowie Gesamtversorgung. H+ ist sich des politischen Willens bezüglich dessen Einsatzes von MFZ bewusst und respektiert die Anwendung von MFZ zur Steigerung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Im Wissen, dass nicht alle Spitäler und Kliniken das Fachpersonal und die Infrastruktur für alle spezialisierte Eingriffe vorhalten können, sind Konzentrationen sinnvoll. Die Konzentration von komplexen Operationen steht ausser Frage und verzeichnet Erfolge in den Bereichen Chirurgie und Onkologie. Den Einsatz von MFZ erachtet H+ zudem dann als sinnvoll, wenn eine medizinische Leistung bzw. ein Behandlungspfad komplex und kostenintensiv ist¹², z.B. im Bereich von HSM.

H+ ist einverstanden mit dem Einsatz von MFZ, wenn ein erhöhter Patientennutzen wissenschaftlich belegt ist oder positive Effekte auf die Behandlungsqualität aufgezeigt werden können. H+ betont jedoch den Charakter von MFZ als Surrogatparameter für Qualität und setzt auf einen erweiterten Qualitätsbegriff.

H+ ist der Meinung, dass MFZ mit Vorsicht operationalisiert werden müssen und begleitende Massnahmen nötig sind, damit die Indikations- und Ergebnisqualität gewährleistet bleiben.

Es ist abschliessend nochmals darauf hinzuweisen, dass sich die Akteure bezüglich des politischen Willens und den weitreichenden Effekten auf die Versorgung bewusst sein sollten. Der Zugang zur Notfall- und spitalbasierten Grundversorgung muss gewährleistet bleiben. So sind beispielsweise regionale und sektorielle Strukturen zu berücksichtigen und die entsprechende Aus- und Weiterbildung zu sichern. MFZ, welche nicht auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen, sollten mittels einer guten Evaluation bezüglich Qualität und Patientensicherheit den primären Absichten Rechnung tragen. Die Nutzung von MFZ darf nicht durch eine reine Spitalplanung getrieben sein. Ziel der genannten Massnahmen ist die Abkehr von der Mengensteuerung zu einem wertegesteuerten Gesundheitssystem.

8 Literaturverzeichnis

- BVGer Urteil C-5603, C-5603 (BVG 2017).
- Eichler, K., Hess, S., & Brügger, U. (2010). *Mindestfallzahlen im akutstationären Bereich : Gutachten für die Gesundheitsdirektion Zürich*. Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- (2013). *Evaluation des Einflusses der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf die Qualität der Spitalleitung: Vorstudie zum Einbezug von Struktur- und Prozessqualität*. Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.
- Geraedts, M., Cruppé, W., Blum, K., & Ohmann, C. (2008). Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen, Ergebnisse der Begleitforschung. *Dtsch Arztebl*, S. 105(51-52): 890-6.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2016). Overuse – unnötige Behandlungen als Qualitätsproblem. *Schweizerische Ärztezeitschrift*, S. 97(7):236–243.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (Januar 2021). *Zürcher Spitalplanung 2023 Versorgungsbericht*. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich . Von https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalplanung/spitalplanung-2023/versorgungsbericht_vernehmlassungsversion.pdf abgerufen
- Güller, u., Warschkow, R., Ackermann, C. J., Schmied, B., Cerny, T., & Ess, S. (24. 07 2017). Lower hospital volume is associated with higher mortality after oesophageal, gastric, pancreatic and rectal cancer resection. *Swiss Med Wkly*.
- Halm, E., Lee, C., & Chassin, M. (2002). Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature. *Ann Intern Med.*(137), S. 511-20.
- IVHSM. (2009). Abgerufen am 23. 03 2020 von GDK: <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medicin/organisation/die-ivhsm>
- Jüni, P., Hossmann, S., Rat, J., Limacher, A., & Rutjes, A. W. (2014). *Inter-cantonal agreement on highly specialized Medicine (IVHSM): Rarity as the criterion for the centralization of highly specialized medicine*. Bern: Institute of Social and Preventive Medicine ISPM. Von https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/organe/hsm_finalreport_final_gesamt_inkl_annexe_1-7.pdf abgerufen
- Kieser, U. (2019). *Vertragsspitäler in der Schweiz / Les hôpitaux conventionnés en Suisse* (Bd. 26). (F. Gesundheitsrecht, Hrsg.) Zürich · Basel · Genf: Schulthess Juristische Medien AG.
- Pfister, C. (2017). *Zusammenhang von Fallzahlen und Behandlungsqualität in Schweizer Akutspitalern*. Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Schäder, P., Grouven, U., & Bender, R. (2007). Können Mindestmengen für Knieprothesen anhand von Routinedaten errechnet werden? *Der Orthopäde*(Vol. 36), S. 570-576.
- Spitalbenchmark Schweiz . (2020). *Benchmarkingverfahren der Schweizer Spitäler: Kosten des Geschäftsjahres 2019 für die Tarife 2021*. Ennetbürgen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Isabelle Praplan

Fachverantwortliche Qualität und
Patientensicherheit
T 031 335 11 21
isabelle.praplan@hplus.ch

Pascal Besson

Leiter Geschäftsbereich
Betriebswirtschaft, Mitglied der
Geschäftsleitung
T 031 335 11 57
pascal.besson@hplus.ch

H+ Die Spitäler der Schweiz

Geschäftsstelle
Lorrainestrasse 4 A
3013 Bern
T 031 335 11 11
F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch