



Kanton BS | Gesundheitsdepartement
Kanton BL | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion

Basel / Liestal, 13. September 2016

Projekt zur vertieften Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Bericht zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht



Inhaltsverzeichnis

A.	ZUSAMMENFASSUNG	4
B.	AUSGANGSLAGE	7
B.1	Auftrag	7
B.2	Projektorganisation	8
B.3	Thematische Abgrenzung und Aufbau des vorliegenden Berichts	9
C.	ANALYSEN UND SCHLUSSFOLGERUNGEN IM BEREICH VERSORGUNG	11
C.1	Versorgungsspektrum und Räume	11
C.1.1	Versorgungsspektrum	11
C.1.2	Räume	12
C.2	Versorgungslage	16
C.2.1	Allgemeine Analyse	16
C.2.2	Versorgungslage gemäss Patientenstromanalyse	21
C.2.3	Fallzahlen und Marktanteile	22
C.2.4	Akut-somatische stationäre Versorgung	25
C.3	Kosten und Finanzierung	30
C.3.1	Gesundheitskosten	30
C.3.2	Spitalkosten im Vergleich	31
C.3.3	Ambulante Kosten im Vergleich	34
C.4	Bearbeitete Themenfelder	38
C.4.1	Priorisierung von Themenfeldern	38
C.4.2	Notfallversorgung	38
C.4.3	Geriatric	42
C.4.4	Rehabilitation	44
C.4.5	Verlagerung von stationär nach ambulant	47
C.4.6	Gemeinsame Kriterienliste für die Erteilung von Leistungsaufträgen	51
C.4.7	Stärkung der universitären Medizin	52
C.4.8	Gemeinwirtschaftliche Leistungen	53
C.4.9	Weitere zu vertiefende Themen	56
C.5	Schlussfolgerungen im Bereich Versorgung	58
C.5.1	Verlagerung stationär zu ambulant	58
C.5.2	Aufbau eines gemeinsamen Monitorings	58
C.5.3	Regelmässige Aktualisierung der Datenlage	59



D.	ANALYSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN IM BEREICH REGULIERUNG UND AUFSICHT	60
D.1	Analyse.....	60
D.1.1	Grundzüge der heutigen Spitallandschaft.....	60
D.1.2	Wettbewerb vs. Regulation.....	60
D.1.3	Rechtliche Grundlagen	61
D.1.4	Rolle des Regulators im KVG 2012	62
D.1.5	Heutiges System in BS und BL.....	62
D.2	Ziel und Zweck sowie Stossrichtung	63
D.3	Verhältnis von privaten zu öffentlichen Spitälern.....	65
D.4	Tarifgenehmigungen und –festsetzungen	66
D.5	Konzept „Gemeinsame Steuerung der stationären Spitalversorgung“	67
D.5.1	Transparente gemeinsame Kriterien als Grundlage	67
D.5.2	Prozess und Organisationsform	71
D.5.3	Mögliche Eckwerte für eine interkantonale Vereinbarung.....	73
D.6	Schlussfolgerung im Bereich Regulation und Aufsicht.....	74
E.	WEITERES VORGEHEN	75
F.	FAZIT UND AUSBLICK.....	76
G.	BESCHLÜSSE.....	77
ANHANG.....		78
	Weitere im Verlauf des Projektes zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung, Regulation und Aufsicht.....	78



A. ZUSAMMENFASSUNG

Dieser Bericht beinhaltet im ersten Teil Analysen und Schlussfolgerungen in Bezug auf einen gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum der Kantone BS und BL. Im zweiten Teil des Berichts wird die Regulationssicht dargestellt und es werden, aufbauend auf den angestellten Analysen und Schlussfolgerungen, mögliche Massnahmen aufgezeigt, um die angestrebten Ziele zu erreichen.

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind vielschichtig. Die Finanzierbarkeit des Systems stösst unter anderem wegen der demografischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und der zunehmenden Anspruchshaltung an seine Grenzen. Diese Situation haben die Regierungen der Kantone BS (BS) und BL (BL) zum Anlass genommen, eine vertiefte Kooperation als Lösungsansatz zu prüfen. Sie sind überzeugt, dass eine grössere Versorgungsregion mehr Möglichkeiten bietet, Kompetenzen und Investitionen zu bündeln, Vorhalteleistungen zu reduzieren, Behandlungsabläufe über Kantonsgrenzen zu optimieren und dadurch die Qualität zu steigern.

Dabei verfolgen die beiden Regierungen folgende übergeordnete Ziele:

1. Eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen;
2. Eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
3. Eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

Gerade der Versorgungsraum Jura Nordbogen ist für eine engere Zusammenarbeit prädestiniert, da die Patientenströme der zunehmend mobilen Gesellschaft nicht vor den Kantons-grenzen Halt machen. Die Analysen haben ergeben, dass die Zusammenarbeit der Spitäler mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern sowie die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen Verbesserungspotential haben. Neue Betriebsmodelle und innovative Ansätze zur Leistungserbringung sollen ermöglicht werden.

Unter der Federführung des Bereichs Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements BS und des Amtes für Gesundheit der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL werden in den Bereichen «Versorgung» sowie «Regulation und Aufsicht» Fragen zur Gesundheitsversorgung in der Region sowie zu den Möglichkeiten der beiden Kantone, diese zu gestalten, gemeinsam analysiert.

Dabei sollen alle angebots- und nachfrageseitigen Fragen beleuchtet werden, beispielsweise zu den Leistungen der Spitäler und der Qualität der Leistungserbringung oder zu den Patientenströmen und der kantonalen Spitalliste. Darüber hinaus wird zu klären sein, ob auch kantonale Rechtsgrundlagen anzupassen sind, um allfällige Veränderungen umsetzen zu können. Auf nationaler Ebene ist aufzuzeigen, wie spitalstationäre und spitalambulante Leistungen künftig finanziert werden können, um falsche Anreize zu vermeiden und dennoch die Kostenneutralität zu wahren, und wie eine effektive Steuerung des ambulanten Bereichs durch die Kantone ermöglicht werden kann.



Die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Projekt sind:

Nur wenige Patienten aus den Kantonen BS und BL verlassen den Gesundheitsversorgungsraum BS-BL. Somit entspricht der Gesundheitsversorgungsraum BS-BL im Wesentlichen auch dem Leistungs-Nachfrageraum, was eine durchgeführte **Patientenstromanalyse** der Nordwestschweizer Kantone¹ bestätigt. Diese Patientenstromanalyse zeigt, dass der **Gesundheitsraum Jura-Nordbogen** (s. C.1.2.1) ein praktisch in sich geschlossener Nachfrageraum ist und dass innerhalb dieses Raumes, und insbesondere zwischen BS und BL, ein hoher Austausch von Patienten stattfindet. So lassen sich z.B. rund 43% aller BL-Patienten im Kanton BS behandeln. Des Weiteren zeigt die Patientenstromanalyse, dass der **Zugang zur Notfallversorgung für die Bevölkerungen von BS und BL gut bis sehr gut** ist, aber diesbezüglich durchaus Optimierungspotenzial besteht.

Um Einfluss auf die in diesem Raum erbrachten Leistungen, deren Qualität und Kosten nehmen zu können, ist bei der gegebenen hohen Patientenmobilität eine gemeinsame und ganzheitliche Sicht auf beide Kantone notwendig.

Der Kanton BS ist der Kanton mit der höchsten **Dichte von Leistungserbringern und Leistungsangeboten** in der Schweiz. Dies ist unter anderem durch den hohen Anteil von über 50% an ausserkantonalen Patienten bedingt, wobei der grösste Teil aus dem Kanton BL stammt. Doch auch mit Blick auf die Einwohner der beiden Kantone lässt sich feststellen, dass diese schweizweit jeweils in den Spitzenrängen zu finden sind, sei es bei der Hospitalisierungsrate, bei den Spitalbehandlungen oder den Durchschnitts-Krankenkassenprämien.

Das hinterlässt auch seine Spuren bei den **Gesundheitskosten**: Die Gesundheitskosten von BS und BL zusammen betragen jährlich geschätzte 5.6 Mrd. Franken, wovon rund 2 Mrd. Franken durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), knapp 2.5 Mrd. Franken durch die Versicherten und rund 1 Mrd. durch die beiden Kantone BL und Kanton BS über Steuermittel finanziert werden.

Würde es gelingen, nur schon 1% der Gesamtkosten zu senken, könnten jährlich über 50 Mio. Franken eingespart werden. Die Hebelwirkung von regulatorischen Massnahmen muss dementsprechend als riesig bezeichnet werden. Aus diesem Grunde wurden die Analysen breit durchgeführt.

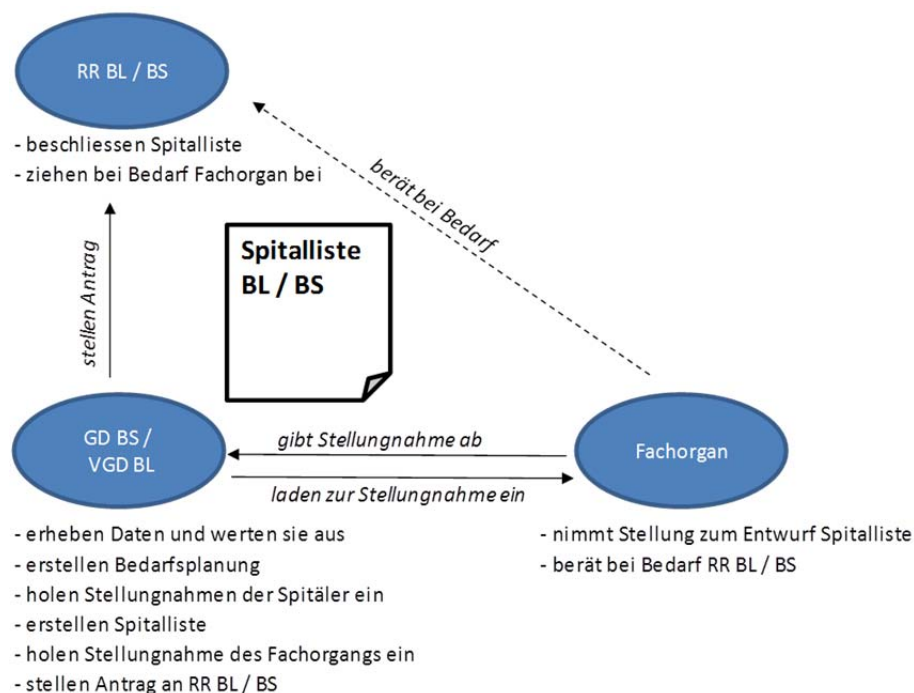
Kostensenkungspotenziale bestehen beispielsweise in der **Verlagerung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich**. Schweizweit liegt die Schätzung bei rund 1 Milliarde Franken.

Bis Mitte 2017 soll eine interkantonale Vereinbarung zu einer gemeinsamen Spitalplanung ausgearbeitet werden. Diese Vereinbarung soll die Regeln und Mechanismen festhalten, nach denen die beiden Kantone die stationäre Spitalversorgung zu steuern gedenken. Vorgesehen ist eine **gemeinsame Spitalliste BL / BS**. Spitäler, die auf die Spitalliste aufgenommen und entsprechende Leistungsaufträge erhalten wollen, müssen die gemeinsam definierten Kriterien von BS und BL einhalten. Die Kriterienliste wird qualitative und quantitative Vorgaben beinhalten (z.B. Qualitätsnormen, Fallzahlen, Ausbildungsplätze, Benchmarking). Eine direkte Mengensteuerung, welche das KVG grundsätzlich zulässt, ist vorläufig

¹ Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Kantone Aargau, BL, BS und Solothurn. September 2015. <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalplanung.html> (Eingesehen: 15. August 2016)



nicht vorgesehen und wird von der weiteren Kostenentwicklung abhängig gemacht. Die **Spiesse** zwischen den privaten und den öffentlichen Spitälern wie auch zwischen den Spitälern in BL und BS sollen **gleich lang** sein; der **Wettbewerb** soll spielen. Geplant ist schliesslich auch, dass BL und BS sich im Rahmen der Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren neu jeweils gegenseitig konsultieren. Nachfolgende Abbildung zeigt grob den Prozess und die Akteure bei der Erstellung der gemeinsamen Spitalliste.



Wegen der grossen finanziellen Hebelwirkung bei der Beeinflussung des gesamten Spektrums des Gesundheitswesens im Versorgungsraum BS-BL sollen in einem zweiten Schritt auch weitergehende Vorhaben geprüft werden mit dem Ziel, den Patientennutzen und / oder die Qualität der Leistungen weiter verbessern und Kosteneinsparungen über die ganze Behandlungskette realisieren zu können. Dabei sollen Massnahmen, die das höchste Potential ausweisen, prioritär angegangen werden. Ein detaillierter Projektvorschlag mit Zielen und Absichten und dem konkreten Projektvorgehen wird dem Regierungsrat bis Mitte 2017 vorgelegt.



B. AUSGANGSLAGE

B.1 Auftrag

- Das Gesundheitsdepartement BS (GD BS) sowie die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL (VGD BL) legten an der gemeinsamen Regierungsratssitzung vom 10. März 2015 eine Übersicht zu den bereits umgesetzten, noch laufenden sowie geplanten Kooperationen im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung vor. Gleichzeitig formulierten die beiden Direktionen zusammen mit den jeweiligen Verwaltungsräten des Universitätsspitals Basel (USB) und des Kantonsspitals Baselland (KSBL) erste Überlegungen für eine vertiefte Kooperation zwischen den beiden Spitälern. Die beiden Direktionen wurden daraufhin beauftragt, Ziele und Massnahmen für eine gemeinsame Gesundheitsversorgung zu formulieren sowie einen Projektplan für eine vertiefte Kooperation zwischen dem USB und dem KSBL vorzulegen, der sich nach den abgestimmten Versorgungs- und Eigentümer-Zielsetzungen der beiden Kantone richtet.
- An der gemeinsamen Regierungsratssitzung vom 23. Juni 2015 wurden den beiden Regierungen die Zwischenergebnisse vorgelegt.

Mit Fokus auf die drei übergeordneten Ziele

1. einer **optimierten Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung der beiden Kantone
2. einer deutlichen **Dämpfung des Kostenwachstums** im Spitalbereich sowie
3. einer langfristigen **Sicherung der Hochschulmedizin** in der Region

wurden die beiden Direktionen unter anderem wie folgt beauftragt:

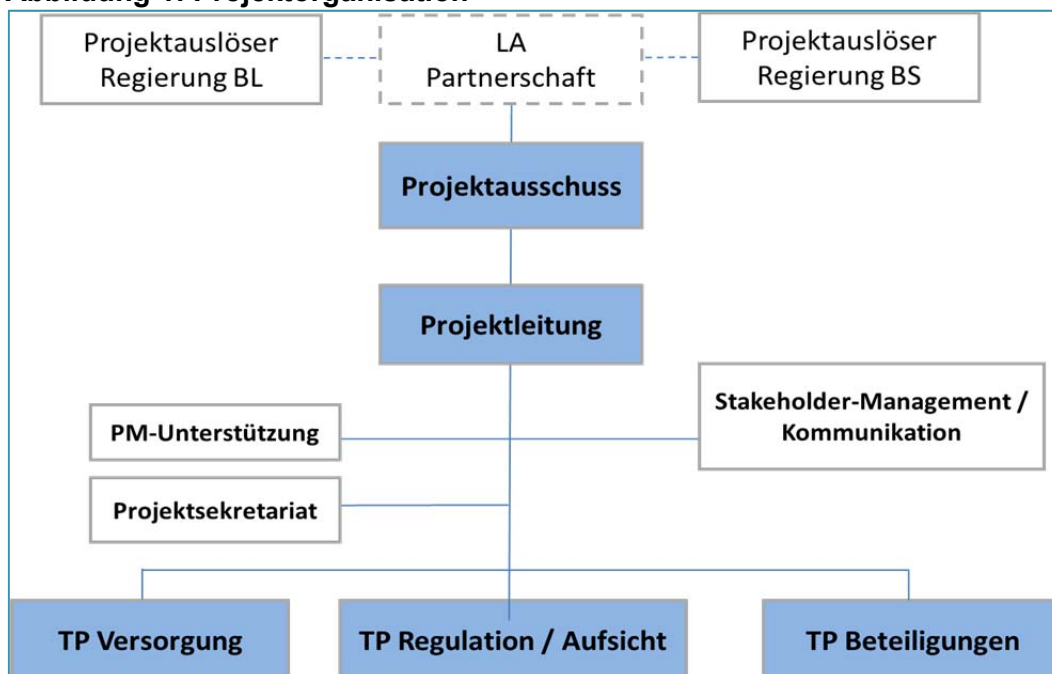
1. Das GD BS und die VGD BL legen den beiden Regierungen an deren gemeinsamen Sitzung im 3. Quartal 2016 die Ergebnisse der Abklärungen sowie konkrete Vorschläge für eine **gemeinsame Gesundheitsversorgung, -aufsicht sowie -regulation** in den beiden Kantonen BL und BS vor (Varianten mit Empfehlungen).
2. Das GD BS und die VGD BL legen den beiden Regierungen an deren gemeinsamen Sitzung im 3. Quartal 2016 die Ergebnisse der Abklärungen und Vorschläge für ein **Konzept für eine gemeinsame Spitalgruppe mit den Unternehmen KSBL und USB** vor (Varianten).
3. Das GD BS und die VGD BL legen den beiden Regierungen an deren gemeinsamen Sitzung im 3. Quartal 2016 die Ergebnisse der Abklärungen und **Vorschläge für eine Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)** vor.



B.2 Projektorganisation

Die in Ziffer 1 bis 3 aufgeführten Aufträge wurden innerhalb von GD BS und VGD BL in folgender Projektorganisation umgesetzt:

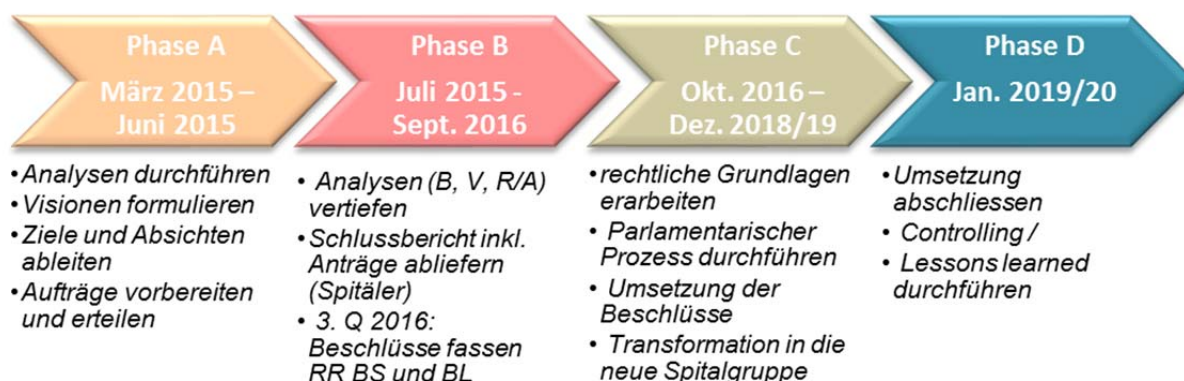
Abbildung 1: Projektorganisation



In der Regel wurde in den Teilprojekten gearbeitet. Die jeweiligen Ergebnisse wurden periodisch beziehungsweise aufgrund der definierten Meilensteine innerhalb der Projektphase jeweils dem Projektausschuss (bestehend aus den beiden Gesundheitsdirektoren) zur Prüfung und Beschlussfassung vorgelegt.

Das Projekt wird in folgende Phasen unterteilt:

Abbildung 2: Projekt-Phasenplan:



- Mit Abgabe des gemeinsamen Berichts des GD BS sowie der VGD BL an der gemeinsamen Regierungsratssitzung (RRS) vom 23. Juni 2015 wurde die Phase A abgeschlossen.



- Beginn der Phase B bildeten die Aufträge aus derselben Sitzung. Mit Vorliegen des Berichts zu den Ergebnissen der Analysen sowie den Beschlüssen zum weiteren Vorgehen an der gemeinsamen RRS vom 13. September 2016 endet die Phase B.
- Mit Verabschiedung des vorliegenden Papiers beginnt die Phase C und es wird die eigentliche Umsetzungsphase eingeläutet, die mit der Erarbeitung des notwendigen gesetzlichen und vertraglichen Regelwerks beginnt, den politischen Entscheidungsprozess zum Kern hat und rund zwei Jahre später, also Ende 2018 oder je nach Dauer des politischen Entscheidungsprozesses im Laufe des Jahres 2019 mit dem Inkrafttreten der entsprechenden Erlasse und Vereinbarungen enden wird.

B.3 Thematische Abgrenzung und Aufbau des vorliegenden Berichts

Wie bereits im Bericht der beiden Regierungsräte BL und BS vom 23. Juni 2015 festgehalten, fokussiert das Projekt im stationären Bereich auf dem akutsomatischen Teil. Im vorliegenden Bericht werden insbesondere unter Ziffer C.3.4 teilweise auch Aussagen zum Rehabilitationsbereich vorgenommen.² Ein umfassender Einbezug sämtlicher stationärer Spitalbereiche in die Versorgungsplanung – also auch der Rehabilitation und der Psychiatrie – ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen.

Die Trennung in die drei Teilprojekte „Versorgung“, „Regulation und Aufsicht“ sowie „Beteiligungen“ dient der Rollentrennung und –schärfung auf Seiten der Kantone. Während in der zu Ende gehenden Phase B im TP Versorgung insbesondere eine umfassende Analyse der Gesundheitsversorgung sowie die aus den Ergebnissen abzuleitenden Empfehlungen für eine optimale Versorgung im Zentrum stand, befasste sich das Teilprojekt Regulation und Aufsicht mit der Frage, welche aufsichtsrechtlichen und regulatorischen Kompetenzen bestehen und wie entsprechende Massnahmen zur Erreichung der formulierten Versorgungsziele optimal eingesetzt werden können. Im Teilprojekt Beteiligung wurde schliesslich die Machbarkeit einer Spitalgruppe aus den Spitälern KSBL und USB geprüft sowie deren mögliche Ausgestaltung und finanzielle Auswirkung auf den Kanton aus Eigner- und Versorgungssicht analysiert.

Der vorliegende Bericht konzentriert sich auf die beiden erstgenannten Ebenen „Versorgung“ sowie „Regulation und Aufsicht“ und somit auf die unter B.1 erwähnte Beschlussziffer 1: *„Das GD BS und die VGD BL legen den beiden Regierungen an deren gemeinsamen Sitzung im 3. Quartal 2016 die Ergebnisse der Abklärungen sowie konkrete Vorschläge für eine gemeinsame Gesundheitsversorgung, -aufsicht sowie -regulation in den beiden Kantonen BL und BS vor (Varianten mit Empfehlungen).“*

Bei den vorliegenden Ergebnissen wurden auch die Vorarbeiten der früheren Jahre mit einbezogen, so insbesondere die Ergebnisse aus dem gemeinsamen Bericht zuhanden des Landrates BL und des Grossen Rates BS vom September 2005 zur Spitalversorgung BL und

² Der Begriff «Akutsomatik» ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Aufgrund der Spitalplanungspflicht gemäss KVG wird im vorliegenden Bericht unter Akutsomatik die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden, die aufgrund einer medizinischen Indikation einer Behandlung und Pflege in einem Spital bedarf. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls, verbunden mit einer medizinischen Indikation, ist zeitlich begrenzt und dauert nur so lange, als eine ärztliche Diagnose und eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich sind. Der Begriff Rehabilitation ist inhaltlich im KVG nicht definiert. Zur Rehabilitation zählen Massnahmen wie z.B. der koordinierter Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, Schulung und Umstellung sowie zur Anpassung des Betroffenen und seines Umfeldes im Hinblick auf die Wiedererlangung der bestmöglichen Funktionstüchtigkeit und eines angemessenen Platzes in der Gesellschaft.



BS (stationärer Bereich). Der Bericht zeigt auf, dass die Zusammenarbeit der beiden Kantone BL und BS in der Spitalversorgung eine lange Tradition kennt und dass schon damals die Ziele verfolgt wurden, unter Einhaltung der jeweiligen kantonalen Autonomie die Versorgung der Bevölkerung zwecks Verhinderung von Doppelspurigkeiten und Realisierung von Synergiepotentialen gemeinsam strategisch zu planen. Mit den aktuellen Arbeiten wird dies nun unter Berücksichtigung der geänderten Rahmenbedingungen des Bundesrechts und der höchstinstanzlichen Rechtsprechung konkretisiert.

Der vorliegende Bericht ist wie folgt aufgebaut: Nach Kapitel B Ausgangslage werden in Kapitel C diverse Versorgungsaspekte (Spektrien der Versorgung, Raum, Kosten, Finanzierung) analysiert sowie spezifische Themen vertieft. Die Schlussfolgerungen runden das Kapitel ab und bilden die Überleitung zum Kapitel D. In diesem stehen neben dem analytischen Teil konkrete Vorschläge im Zentrum, wie die Versorgungsziele auf der regulatorischen Ebene umgesetzt werden können. In Kapitel E wird das weitere Vorgehen aufgezeigt, während Kapitel F die konkreten Anträge an die beiden Regierungen BL und BS beinhaltet.



C. ANALYSEN UND SCHLUSSFOLGERUNGEN IM BEREICH VERSORGUNG

C.1 Versorgungsspektrum und Räume

C.1.1 Versorgungsspektrum

Ausgangslage für die nachfolgenden Themenfelder bildet das medizinische Versorgungsspektrum (die Gesundheitsversorgungskette). Daher sollen zunächst, ausgehend von folgender Übersichtstabelle, die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung genauer definiert werden.

Abbildung 3: Versorgungsspektrum/Versorgungsbereiche, schemenhafte Darstellung

Primärversorgung	Sekundärversorgung	Tertiärversorgung
Notfallversorgung		
Grundversorger/ Hausarzt	Facharzt / Spital	
Arzneimittelversorgung		
Akutgeriatrie / Geriatrie		
Ambulante Pflege		Stationäre Pflege
Rehabilitation		
Psychiatrie		
Langzeitpflege		
Palliative Care		
Soziale Dienste		
Gesundheitsförderung und Prävention		
Gesundheitskompetenz Bevölkerung		

Quelle: Bereich Gesundheitsversorgung Kanton BS

C.1.1.1 Primärversorgung / Grundversorgung

Am Anfang der Gesundheitsversorgungskette steht die Primärversorgung (englisch „primary care“), in unserem Sprachgebrauch auch „Grundversorgung“.

Sie soll die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bei einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sein. Die Grundversorgerin und der Grundversorger haben somit eine wichtige Steuerungsfunktion im gesamten Versorgungsspektrum und einen wesentlichen Einfluss sowohl auf die Behandlungsqualität, als auch auf die Behandlungskosten. „Hausärztinnen



und Hausärzte³ bilden eine prominente Gruppe innerhalb der Leistungserbringer in der Grundversorgung, welche aber auch durch Spitäler und Kliniken sichergestellt wird.

Neben den oben genannten, tragen die Leistungen von Vertreter/innen weiterer Gesundheitsberufe, wie Apotheker/innen, Drogisten/innen, Fachpersonen der Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Optometrie, Osteopathie, Geburtshilfe sowie Assistenzberufe wie medizinische Praxisassistentinnen und –assistenten oder Fachangestellte Gesundheit zu den Dienstleistungen der medizinischen Grundversorgung im Sinne von Artikel 117a BV bei.

C.1.1.2 Sekundärversorgung

Die Sekundärversorgung (englisch secondary care), in unserem Sprachgebrauch auch „Schwerpunktversorgung“ oder "Facharztmedizin" stellen niedergelassene und angestellte Fachärztinnen – und -ärzte (Spezialistinnen und Spezialisten) sicher, die auf Überweisungen aus der Grundversorgung hin tätig werden. Die sekundäre Versorgung findet ambulant oder stationär statt.

C.1.1.3 Tertiärversorgung

Die tertiäre Versorgung (englisch tertiary care), in unserem Sprachgebrauch auch „Maximalversorgung“, beruht auf spezialisierten Kliniken und Zentren, die zumeist ganze Regionen mit besonders aufwendigen Leistungen versorgen (z.B. Verbrennungskliniken, Krebszentren, Transplantationskliniken, Neonatologische Zentren). Das USB kann als Beispiel für einen Maximalversorger in der Region genannt werden.

Fazit

Die medizinische Grundversorgung umfasst Behandlungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die einen Grossteil der Bevölkerung betreffen können. Die Behandlungen sollen möglichst einem Grossteil der gesamten Bevölkerung zugänglich sein.

Einrichtungen der Grundversorgung sollen in der Regel die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bei einer gesundheitlichen Beeinträchtigung darstellen.

Sekundäre und tertiäre Einrichtungen stellen die nachgelagerte medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher.

C.1.2 Räume

Die nachfolgenden Definitionen wurden spezifisch für den vorliegenden Bericht entwickelt, um den besonderen geographischen Gegebenheiten unserer Region Rechnung zu tragen.

C.1.2.1 Gesundheitsraum Jura Nordbogen

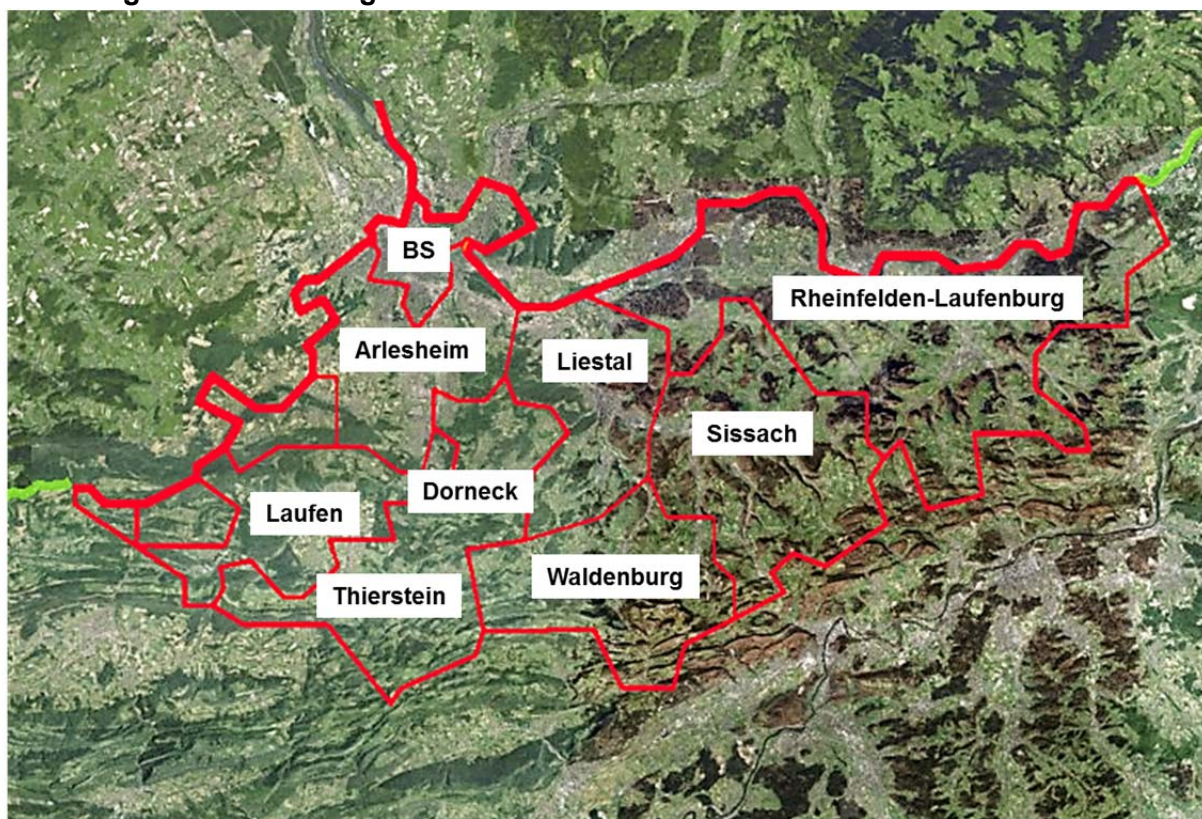
Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme"⁴ haben die Kantone Aargau, BL, BS und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patienten-

³ Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel in Allgemeinmedizin, Innere Medizin/Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktischer Arzt/praktische Ärztin

⁴<http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalplanung.html>

strömen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt. Die Patientenstromanalyse hat unter anderem gezeigt, dass sich 95.4% aller Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras (Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (von Augst bis Laufenburg) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Wir bezeichnen diesen Raum als „Jura-Nordbogen“.

Abbildung 4: Jura-Nordbogen



Quelle: Bundesamt für Landestopografie swisstop

Wenn Leistungen ausserhalb des Jura-Nordbogens in Anspruch genommen werden, handelt es sich abgesehen von Notfällen zumeist um hochspezialisierte oder explizit spitzenmedizinische Leistungen, die nur an einzelnen oder einem einzigen Spital in der Schweiz angeboten werden (z.B. Inselspital Bern, Universitätsspital Zürich). Dies gilt auch für spezifische Rehabilitationen (z.B. Paraplegikerzentrum in Nottwil, le Noirmont im Jura). Aus der Patientenstromanalyse ergaben sich folgende wichtige Erkenntnisse:

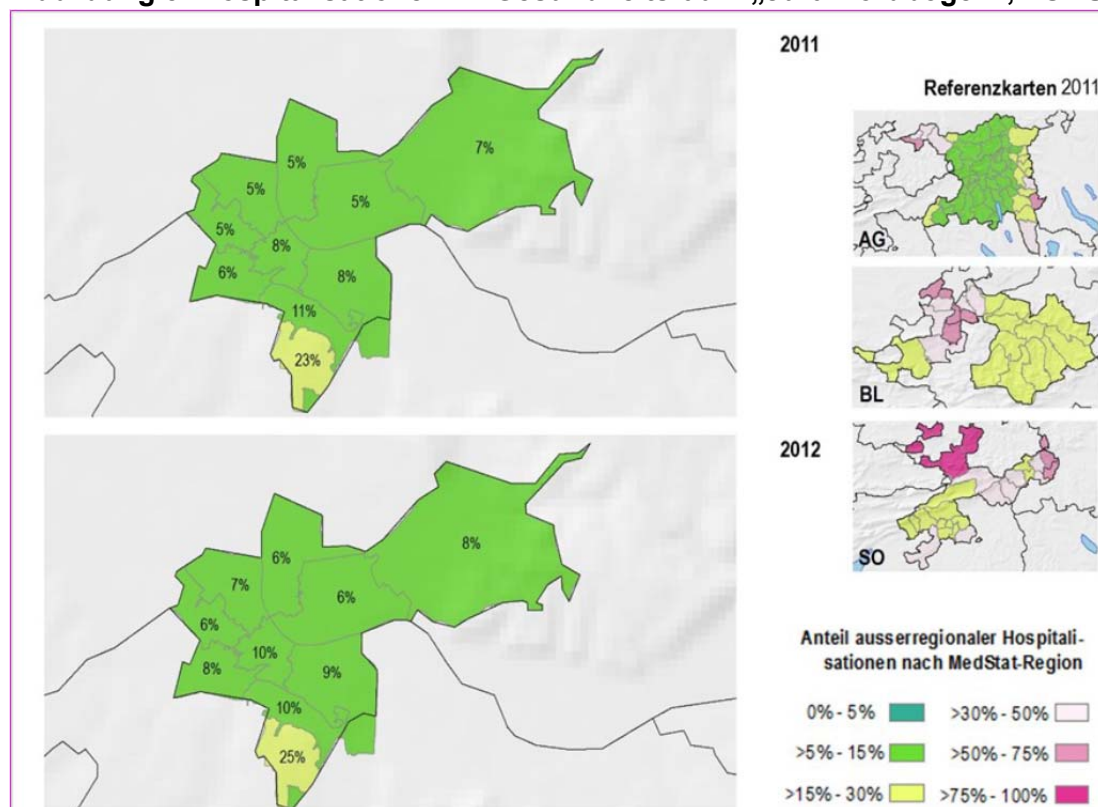
- 97.9% der in BS und 97.6% der in BL wohnhaften Bevölkerung werden innerhalb des durch den Jura-Nordbogen begrenzten Gesundheitsraums versorgt;
- Zwischen 75% und 100% der in den Solothurnischen Gebieten des Jura-Nordbogens wohnhaften Bevölkerung beziehen ihre Gesundheitsleistungen ausserhalb des Kantons Solothurn. Der Schluss liegt nahe, dass diese mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden;
- Zwischen 50% und 75% der in den Aargauer Gebieten des Jura-Nordbogens wohnhaften Bevölkerung beziehen ihre Gesundheitsleistungen ausserhalb des Kantons Aar-

gau. Der Schluss liegt nahe, dass diese mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden;

Die geographische Ausdehnung des Jura-Nordbogens kann daher als „integraler Gesundheitsraum“ für alle Aspekte des Leistungsspektrums sowie für alle Bevölkerungsgruppen und Altersstufen betrachtet werden. Für die Kantone BL und BS, auf deren Gebiet die meisten dieser Gesundheitsleistungen angeboten werden, ist der Gesundheitsraum deshalb sowohl gesundheitspolitisch, als auch gesundheitsrechtlichen relevant.

Die beiden folgenden Abbildungen 5 und 6 verdeutlichen die obigen Aussagen für den stationären Bereich grafisch. Gezeigt wird jeweils der Anteil ausserkantonomer Hospitalisationen nach Wohnregion des Patienten 2011 und 2012: Die grossen Bilder haben den Fokus auf den Standortkanton, die kleinen Bilder jenen auf die jeweils angrenzenden Kantone.⁵

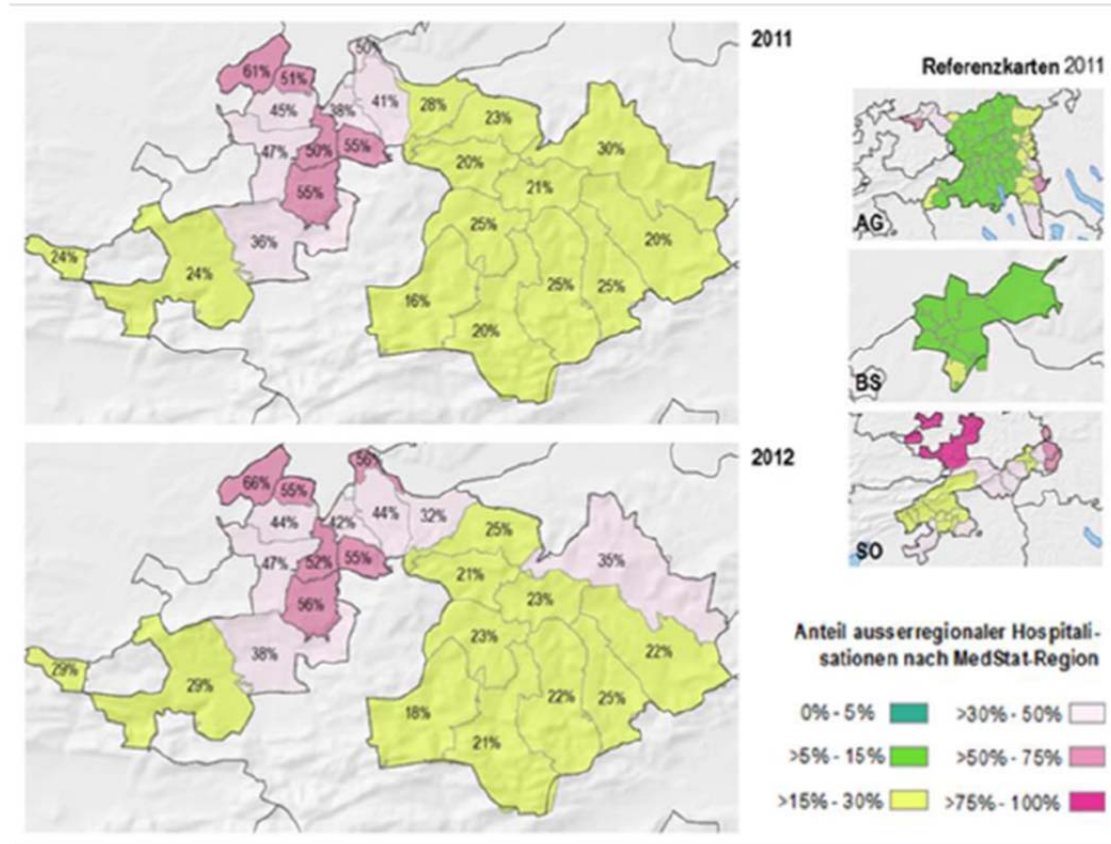
Abbildung 5: Hospitalisationen im Gesundheitsraum „Jura Nordbogen“, FOKUS BS



Quelle: abgeleitet aus dem „Schlussbericht vom September 2015 zum Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz“

⁵ Hinweis: Die nahe angrenzenden Auslandsgebiete Deutschland und Frankreich können ebenfalls als diesem Gesundheitsraum zugehörig betrachtet werden, die Analysen innerhalb des Teilprojektes V beziehen sich aber vornehmlich auf die Schweizer Gebiete.

Abbildung 6: Hospitalisationen im Gesundheitsraum „Jura Nordbogen“, FOKUS BL



Quelle: abgeleitet aus dem „Schlussbericht vom September 2015 zum Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz“

C.1.2.2 Versorgungsraum

Als Versorgungsraum verstehen wir grundsätzlich jenen Raum, der die Bevölkerung eines Kantons umfasst (= Kantonsgebiet). Die Kantone sind gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unter anderem verpflichtet, für die eigene Bevölkerung eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sicherzustellen. Je nach medizinischem Angebot im eigenen Kanton bezieht die Bevölkerung auch Dienstleistungen ausserhalb des „eigenen“ Versorgungsraums. Die Kantone sind gemäss KVG auch aufgefordert, ihre Versorgungsplanung untereinander zu koordinieren. Beschlossen zwei Kantone, die Planung gemeinsam an die Hand zu nehmen, so fallen auch deren beide Versorgungsräume sozusagen zu einem zusammen. So umfasst der Versorgungsraum der beiden Kantone BL und BS die beiden Kantonsgebiete mit ihren rund 480'000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

C.1.2.3 Angebotsraum

Der Angebotsraum ist der Raum, in welchem die Einwohnerinnen und Einwohner des Versorgungsraums Angebote zu Lasten der OKP in Anspruch nehmen können. Dazu gehört theoretisch die ganze Schweiz und für gewisse Leistungen (z.B. Reha) auch der Süddeutsche Raum. Es zeigte sich aber in der Patientenstromanalyse, dass das Angebot innerhalb des Gesundheitsraums die Bedürfnisse der Bevölkerung zu über 95% abzudecken vermag.

Fazit

Der Jura-Nordbogen, also die Gebiete der beiden Basel und die des Kantons Solothurn nördlich des Juras und des Kantons Aargau von Augst bis Laufenburg, kann als „integraler Gesundheitsraum“ betrachtet werden, in welchem von der hier wohnhaften Bevölkerung fast alle Gesundheitsleistungen bezogen werden.

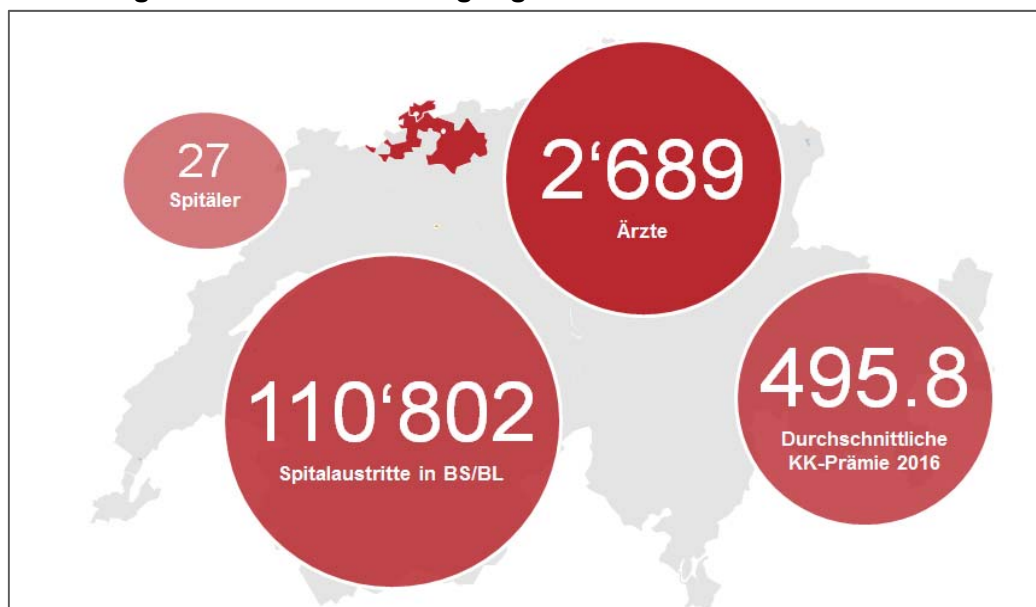
Die seit dem Jahr 2014 bestehende Patientenfreizügigkeit zwischen BL und Basel Stadt trägt nicht zuletzt diesem Umstand bereits Rechnung. Für die beiden Basel drängt sich aber eine systematische Zusammenarbeit auf den Gebieten der Versorgungsanalysen innerhalb des Gesundheitsraums auf.

C.2 Versorgungslage

C.2.1 Allgemeine Analyse

Nachfolgender Überblick soll helfen, die später in diesem Bericht aufgezeigten Handlungsspielräume und –möglichkeiten einordnen und deren Tragweite erkennen zu können.

Abbildung 7: Zahlen zum Versorgungsraum BL / BS



Quelle: statistische Ämter BS+BL

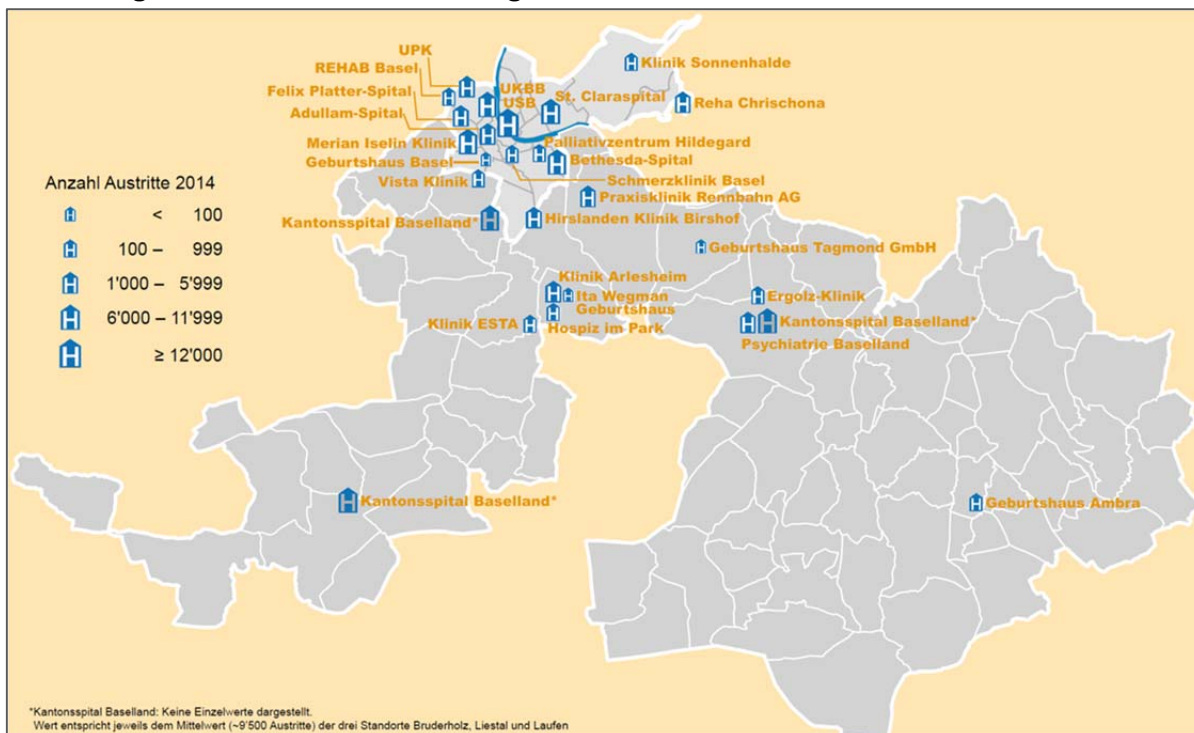
Erste Fakten zum Versorgungsraum der beiden Kantone BS und BL sind:

- 27 Spitäler in den beiden Basel (inkl. Psychiatrie, Rehabilitation, Geburtshäuser);
- 2'689 praktizierende Ärzte in den beiden Basel (2013);
- 110'802 Spitalaustritte in BS und BL (2014);
- Jeden Tag 303 Spitalaustritte in beiden Basel;

- 495.8 Franken durchschnittliche Krankenkassenprämie für Erwachsene in BS und BL.⁶

Die geografische Verteilung der stationären Einrichtung in den beiden Kantonen weist auf eine deutliche Konzentration der Leistungserbringer in Zentrumsnähe hin.

Abbildung 8: Stationären Einrichtungen in den Kantonen BL und BS



Quelle: statistische Ämter BS+BL

Einen wichtigen Einfluss auf die Nachfrage von Gesundheitsleistungen geht von der demographischen Struktur einer Bevölkerung aus.

Abbildung 9: Bevölkerung 80+ und Anteil an Gesamtbevölkerung

	BS		BL		Schweiz	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Bevölkerung	196'471	197'204	282'651	284'960	8'237'666	8'327'126
Bevölkerung 80+	13'541	13'545	16'232	16'664	408'701	416'867
Anteil Bevölkerung 80+ an Gesamtbevölkerung	6.89%	6.87%	5.70%	5.85%	4.96%	5.01%

Quelle: statistische Ämter BS+BL sowie Bundesamt für Statistik

Die Bevölkerung BL ist rund anderthalbmal so gross wie jene von BS. Der Anteil der über 80-jährigen Personen ist derzeit in BS noch höher. BL ist von der demographischen Alterung der Bevölkerung aber deutlich mehr betroffen. Die Wachstumsprognosen bis ins Jahr 2040 zeigen gemäss Abbildung 10 für BS eine Bevölkerungszunahme der über 80-jährigen von 47.5% und für BL eine solche von 79%.

⁶ gewichtet nach Einwohnerzahl (2016)



Abbildung 10: Prognose zur Bevölkerungsentwicklung 80+

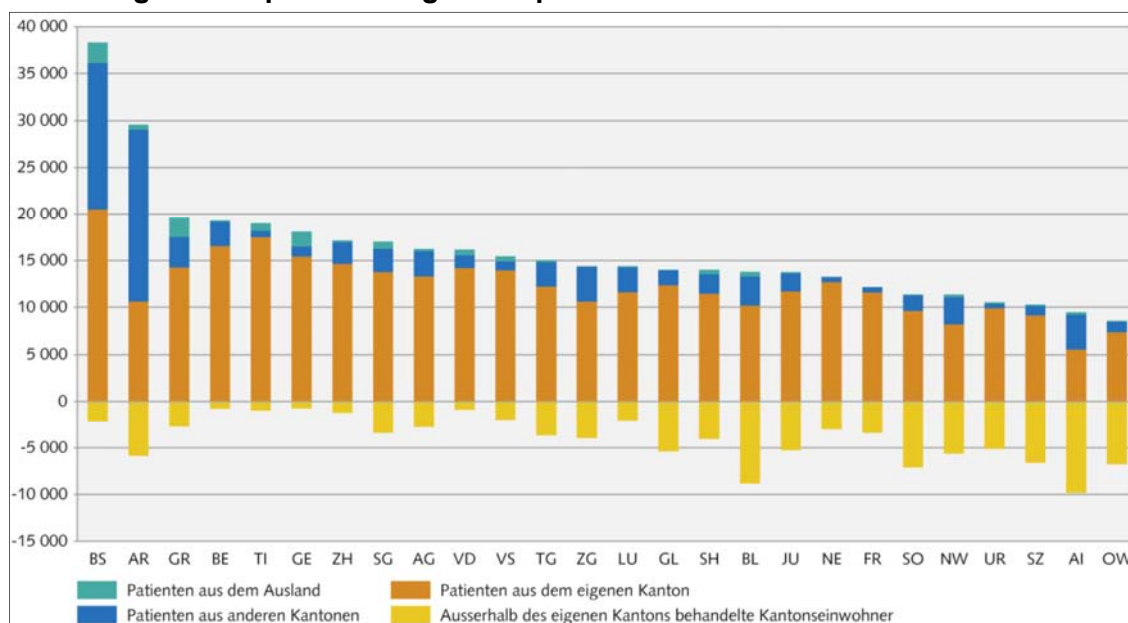
		2013	2020	2025	2030	2035	2040
BL	Alter 80+	15'599	19'398	22'309	24'846	25'858	27'926
	Veränderung zu 2013		+24.4%	+43%	+59.3%	+65.8%	+79.0%
BS	Alter 80+	13'528	14'260	15'370	16'550	17'880	19'960
	Veränderung zu 2013		5.4%	13.6%	22.3%	32.2%	47.5%

Quellen: Statistische Ämter BL und BS

Hospitalisierungsraten

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zählt zu den wichtigsten Aufgaben der Kantone. Aufgrund der vorgenommenen Priorisierungen wird der Fokus auf die stationäre Spitalversorgung sowie auf Grundlagen im ambulanten Bereich für ein gemeinsames Verständnis der medizinischen Grundversorgung gelegt. Die Ausgangslage für den stationären Bereich bilden die Bedarfszahlen (Hospitalisierungsraten und Fallzahlen) in den beiden Kantonen sowie die Patientenströme im Raum Nordwestschweiz. Diese Zahlen widerspiegeln die Nachfrage nach Leistungen im Versorgungsraum und sind relevant für die Spitalplanung.

Abbildung 11: Hospitalisierungsraten pro 100'000 Einwohner



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Auswertung durch Bundesamt für Statistik 2014

Die kantonspezifische Hospitalisierungsraten, welche sich aus dem Verhältnis der in einem Jahr hospitalisierten, im jeweiligen Kanton wohnhaften Fälle und der jeweiligen Anzahl Kantonseinwohner (hier pro 100'000) ergibt, kann erste Hinweise liefern, ob es in einem Kanton eine stationäre Über- oder Unterversorgung gibt. Dabei ist anzumerken, dass die Hospitalisierungsraten u.a. von demografischen Faktoren (Alter, Geschlecht) und der Multimorbidität der jeweiligen Kantonsbevölkerung abhängig und diese somit nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind. Wie der obenstehenden Abbildung 11 entnommen werden kann, haben im Jahr 2012 die basel-städtische und basel-landschaftliche Wohnbevölkerung mit 22'656 respektive 19'043 Hospitalisierungen pro 100'000 Kantonseinwohner die meisten (akut-

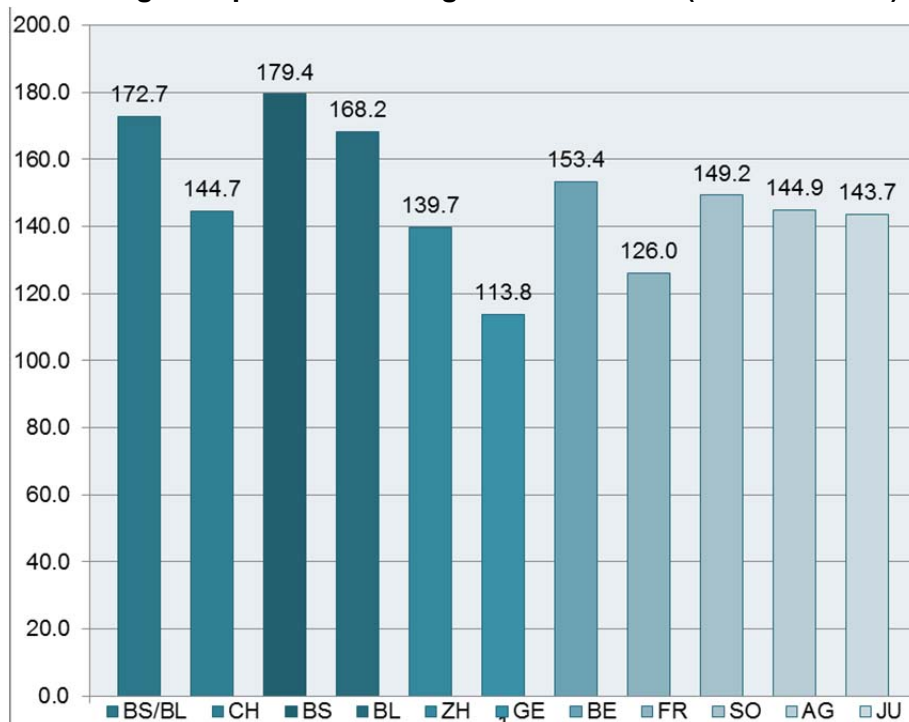


somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen) stationären Behandlungen in der Schweiz in Anspruch genommen (Summe aus Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Kanton und ausserhalb des eigenen Kantons behandelte Kantonseinwohner/innen). Dabei fällt auf, dass rund 90% aller Basel-Städter in einem basel-städtischen Spital stationär behandelt worden sind, wohingegen die basel-landschaftliche Wohnbevölkerung nur zu rund 54% im eigenen Kanton stationär versorgt wurde.

Spitalbehandlungen Akutsomatik

Ein ähnliches Bild zeigt ein schweizweiter Vergleich der akutsomatischen Spitalbehandlungen je 1'000 Einwohner: BS mit 179.4 und BL mit 168.2 Spitalbehandlungen pro 1'000 Einwohner und Jahr weisen auffallend hohe Behandlungsraten aus und liegen beide deutlich über dem schweizweiten Durchschnitt, der bei 144.7 liegt.

Abbildung 12: Spitalbehandlungen Akutsomatik (DRG-Austritte) pro 1'000 Einwohner



Bettenzahlen Akutsomatik

Auch wenn die Aussagekraft der Anzahl Betten mit der Umstellung im Rahmen der KVG-Revision von 2012 abgenommen hat und der Fokus auf eine bedarfsgerechte und leistungsbezogene Spitalplanung im Vordergrund steht, gibt die Anzahl Betten noch immer Auskunft darüber, welche Kapazitäten angebotsseitig zur Verfügung stehen. Liegt die Bettendichte in BL in der Akutsomatik unter dem Schweizer Durchschnitt, so ist dieselbe Kennzahl in BS fast zweieinhalb Mal so hoch. Die Bettendichte von BL und BS zusammen liegt immer noch 50% über dem Schweizer Durchschnitt.



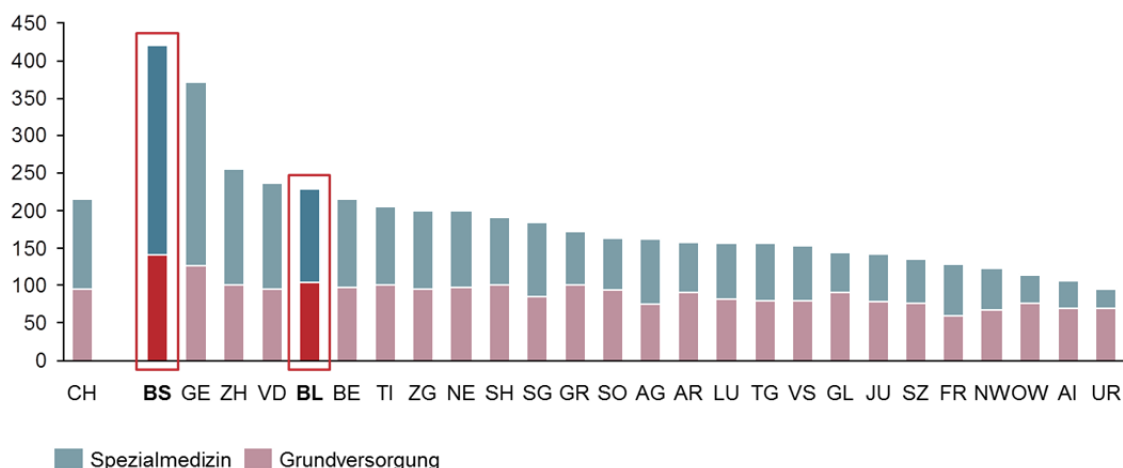
Abbildung 13: Anzahl Betten und Bettendichte im 2014 (Akutsomatik)

Kanton	Einwohner	Betten	Betten/100T E
BS	190'600	1'290	677
BL	281'300	735	261
BS+BL	471'900	2'025	429
SO	263'700	527	200
AG	645'300	1'473	228
BE	1'009'400	2'999	297
ZH	1'446'400	4'478	310
GE	477'400	1'370	287
FR	303'400	544	179
JU	72'400	137	189
CH	8'237'700	23'443	285

Ärztendichte

Ein Blick in den ambulanten Bereich, zeigt, dass auch hier BS und BL eine überdurchschnittliche Dichte an ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzten aufweist. Auffallend ist insbesondere der hohe Anteil an Spezialisten in BS.

Abbildung 14: Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner



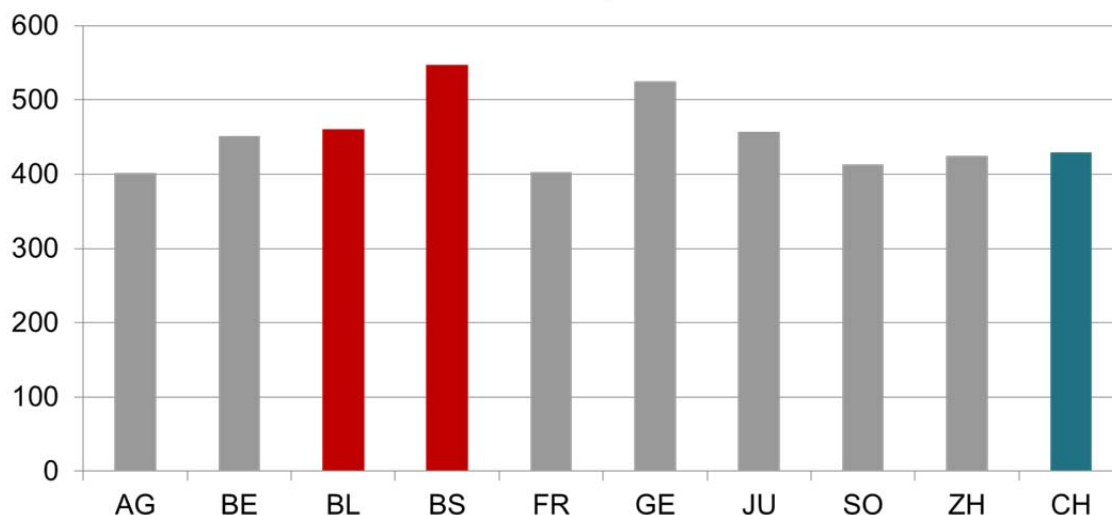
Grundversorgung: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel in Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte

Quelle: FMH-Ärztestatistik, Auswertung durch Bundesamt für Statistik (2014)



Die hohe Angebotsdichte und die hohe Nachfrage bleiben nicht ohne Folgen für die Kosten-
seite. Die durchschnittlichen Krankenkassenprämien in den beiden Basel gehören schweiz-
weit zur Spitze (zu den Gesundheitskosten vgl. auch C.2.2).

Abbildung 15: Durchschnittsprämie 2016



Standardprämie: Franchise 300 CHF, mit Unfall, Erwachsene ab 26 Jahren

C.2.2 Versorgungslage gemäss Patientenstromanalyse

Einen weiten Aufschluss über die Versorgungslage in den beiden Basel brachte auch die bereits weiter oben erwähnte Patientenstromanalyse. Im Fokus stand die Frage nach der Entwicklung von Nachfrage und Angebot von Spitalleistungen in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen bezüglich der Versorgungslage in der Region. Untersucht wurden die Jahre 2011 bis 2013 um Veränderungen der Patientenströme im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 und der damit einhergehenden freien Spitalwahl abbilden zu können.

Grundsätzlich konnte für alle Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme festgestellt werden. Teilweise kann diese Tendenz durch das Bevölkerungswachstum sowie durch die älter werdende Bevölkerung beziehungsweise durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten erklärt werden.

Die Erreichbarkeit der Versorgung ist über alle untersuchten Bereiche in allen Kantonen als sehr gut zu bezeichnen. In der Notfallversorgung erreichen über das gesamte Versorgungsgebiet hinweg 91.7% der Bevölkerung innerhalb von 15 Minuten eine Notfallstation. Je nach Kanton variiert der Anteil von 83.5% (Solothurn) bis 100% (BS).⁷ Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit liegen gar 98.7 % der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung.⁸ Im Bericht wurden ausserdem die Bereiche Kindermedizin, Akutgeriatrie, Herz-/Kreislaufkrankungen, Interventionelle Kardiologie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und

⁷ BL: 93.8%

⁸ BS: 100%, BL: 99.1%



die psychiatrische Notfallversorgung auf die Erreichbarkeit untersucht. Die Erreichbarkeit der jeweiligen medizinischen Leistung innerhalb von 15 min. in den untersuchten Bereichen ist für beide Basel mit 85 bis 100% jeweils hervorragend.

Aufgrund dieser Ausgangslage beabsichtigen die beiden Gesundheitsdirektoren in Zukunft möglichst viele Schritte sowohl auf der Ebene Versorgung sowie auf der Ebene Regulation und Aufsicht gemeinsam anzugehen und zu optimieren. Dies mit dem Ziel, eine mittel- bis langfristige Kostendämpfung zu erzielen. Dies kann durch eine Konzentration der Leistungen und eine Vermeidung von Überkapazitäten erreicht werden. Das gemeinsame Handeln bezieht sich dabei auf alle angebots- und nachfrageseitigen Analysen (Leistungen, Qualität, Patientenströme), den Einsatz von Instrumenten (z.B. Spitalliste) wie auch der institutionellen Gefässe (z.B. im Steuerungsausschuss Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Basel SAM). Damit die volle Wirkung erzielt werden kann, sind – soweit notwendig und zweckmässig – auch kantonale Rechtsgrundlagen entsprechend anzupassen und die erforderlichen Vereinbarungen abzuschliessen.

C.2.3 Fallzahlen und Marktanteile

Im Rahmen der Projektarbeiten zum Monitoring der Patientenströme in der Nordwestschweiz aus dem Jahr 2015⁹ haben die Kantone Aargau, BL, BS und Solothurn die Leistungen ihrer auf kantonalem Hoheitsgebiet befindlichen Spitäler erhoben. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl Austritte (Fälle) in der Akutmedizin in den Jahren 2011 – 2013 im Kanton BS.

Abbildung 16: Fallzahlen in den akutstationären Spitalern in BS

Kanton Basel-Stadt	2011			2012			2013		
	Fälle Anz.	FälleBS %	MAbs %	Fälle Anz.	FälleBS %	MAbs %	Fälle Anz.	FälleBS %	MAbs %
Kantonale Listenspitäler	58'570	51.4%	92.7%	61'286	50.6%	91.7%	63'737	49.5%	91.8%
Universitätsspital Basel	31'074	55.5%	53.0%	31'696	52.9%	49.6%	32'296	52.2%	49.0%
Claraspital	9'131	60.9%	17.1%	9'532	59.0%	16.6%	10'042	56.0%	16.3%
Merian Iselin Klinik	5'697	39.5%	6.9%	6'562	42.3%	8.2%	6'921	40.9%	8.2%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	32.7%	5.7%	5'605	33.4%	5.5%	5'985	32.9%	5.7%
Felix Platter-Spital	1'574	89.7%	4.3%	1'816	90.5%	4.9%	2'089	85.6%	5.2%
Bethesda Spital	4'534	25.1%	3.5%	5'178	32.1%	4.9%	5'421	32.5%	5.1%
Adullam Spital	457	94.2%	1.3%	470	92.1%	1.3%	476	95.2%	1.3%
Palliativzentrum Hildegard	228	75.6%	0.5%	225	76.0%	0.5%	276	80.4%	0.6%
Schmerzklinik Basel	228	24.8%	0.2%	192	28.1%	0.2%	200	27.0%	0.2%
Geburtshaus Basel	11	90.9%	0.0%	10	90.0%	0.0%	31	87.1%	0.1%
Übrige Spitäler			7.3%			8.3%			8.2%
Total			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 1: AKUTSOMATIK ANGEBOT – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Quelle: Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton BS, Gesundheitsdepartement des Kantons BS, September 2015

Der Marktanteil der basel-städtischen Spitäler bleibt über die Jahre weitgehend konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 91.8%. Folglich kommt den übrigen Spitalern im Jahr 2013 ein

⁹ <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalplanung.html>



Marktanteil von 8.2% zu. Das USB weist beinahe die Hälfte aller Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton BS auf.

Abbildung 17: Fallzahlen in den akutstationären Spitälern in BL

Kanton Basel-Landschaft	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{BL}	MA _{BL}	Fälle	Fälle _{BL}	MA _{BL}	Fälle	Fälle _{BL}	MA _{BL}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitäler	39'382	70.6%	61.7%	40'070	69.0%	59.9%	40'120	69.1%	58.2%
Kantonsspital Baselland	29'021	80.4%	51.7%	28'764	78.6%	48.9%	27'991	79.1%	46.5%
Univ ersitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	40.2%	5.0%	5'605	40.9%	5.0%	5'985	41.9%	5.3%
Hirslanden Klinik Birshof	2'281	60.2%	3.0%	2'306	61.0%	3.0%	2'453	59.8%	3.1%
Ergolz-Klinik Liestal	337	24.3%	0.2%	732	59.6%	0.9%	893	58.3%	1.1%
Ita Wegman Klinik Arlesheim	739	44.5%	0.7%	801	41.2%	0.7%	801	44.4%	0.7%
Rennbahnklinik	478	32.4%	0.3%	714	27.2%	0.4%	794	29.0%	0.5%
Hospiz im Park	171	78.9%	0.3%	205	75.6%	0.3%	220	77.7%	0.4%
Vista Klinik	115	22.9%	0.1%	187	35.8%	0.1%	305	45.6%	0.3%
Geburtshaus ambra	61	85.7%	0.1%	121	60.3%	0.2%	145	57.9%	0.2%
Lukas Klinik	526	12.2%	0.1%	600	12.7%	0.2%	477	13.0%	0.1%
Ita Wegman Geburtshaus	8	12.5%	0.0%	23	47.8%	0.0%	44	68.2%	0.1%
Geburtshaus Tagmond	8	62.5%	0.0%	12	75.0%	0.0%	12	66.7%	0.0%
Ausserkantonale Listenspitäler	73'290	21.1%	34.3%	75'386	22.2%	36.2%	78'383	22.7%	37.3%
Univ ersitätsspital Basel	31'074	22.1%	15.2%	31'696	23.7%	16.3%	32'296	24.3%	16.5%
Claraspital	9'131	24.4%	4.9%	9'532	26.6%	5.5%	10'042	29.1%	6.1%
Bethesda Spital	4'534	55.4%	5.6%	5'178	50.4%	5.7%	5'421	48.6%	5.5%
Merian Iselin Klinik	5'697	40.4%	5.1%	6'562	38.2%	5.4%	6'921	35.9%	5.2%
Solothurner Spitäler AG	22'854	6.8%	3.4%	22'418	6.9%	3.3%	23'703	7.8%	3.9%
Übrige Spitäler			4.0%	198'041	0.9%	4.0%			4.4%
Total			100.0%	313'497	14.7%	100.0%			100.0%

TABELLE 1: AKUTSOMATIK ANGEBOT – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Quelle: Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton BL, Volks- und Gesundheitsdirektion des Kantons BL, September 2015

Der Marktanteil der basel-landschaftlichen Spitäler – gemessen an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von basel-landschaftlichen Patientinnen und Patienten – belief sich im Jahr 2011 auf 61.7% und sank im Jahr 2013 auf 58.2%. In den ausserkantonalen Listenspitälern wurden im Jahr 2011 34.3% und im Jahr 2013 37.5% der basel-landschaftlichen Patientinnen und Patienten behandelt, in ausserkantonalen Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Kantons BL aufgeführt sind, 4% beziehungsweise 4.4%.

Aus den Tabellen zu den akutstationären Fällen kann abgelesen werden, dass die Wohnbevölkerungen der beiden Kantone BS und BL sich grossmehrheitlich in den beiden Kantonen behandeln lassen. Nur gerade 2.9% der Patientinnen und Patienten aus BS und 8.3% aus BL nutzen stationäre Angebote ausserhalb von BS und BL. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer gemeinsam abgestimmten Angebotsplanung zwischen den beiden Kantonen. In diesem Zusammenhang ist auch die zwischen den Kantonen BS und BL per 1. Januar 2014 vereinbarte volle Freizügigkeit bei der Spitalwahl der baselstädtischen und basellandschaftlichen Wohnbevölkerung zu sehen. Die volle Freizügigkeit erlaubt es den Bewohnerinnen und Bewohner der beiden Kantone ein Spital ihrer Wahl in den beiden Kantonen zu wählen, ohne dass mögliche Mehrkosten zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen.



C.2.3.1 Qualität und Mindestfallzahlen

Die Qualitätssicherung und damit zusammenhängend die Patientensicherheit sind äusserst wichtige Themen, welche auch in den Aufgabenbereich der Regulation und Aufsicht gehören.

Die beiden Kantone wenden bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an die stationären Einrichtungen anerkannte Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) an¹⁰. Hier werden bei einzelnen Leistungsgruppen auch aus Qualitätssicherungsgründen Mindestfallzahlen vorgegeben. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine hohe Fallzahl nicht in jedem Fall auch eine höhere Qualität mit sich bringt. Hier spielen durchaus auch die Infrastruktur, die Operations-Teams und weitere Rahmenbedingungen und Faktoren eine wichtige Rolle. Mittels der SPLG können auch Vorgaben bezüglich Vorhandensein einer Notfallstation, einer Intensivpflegestation oder die Erreichbarkeit von Spezialisten gemacht werden.

Die beiden Kantone haben in einer Vereinbarung, welche per 1. April 2016 in Kraft trat, vereinbart, dass das seit mehreren Jahren im Kanton BS etablierte Qualitäts- und Versorgungsmonitoring auch sukzessive im Kanton BL eingeführt werden soll. In einer ersten Phase werden in beiden Kantonen die nationalen Messungen (z.B. die Messungen des BAG betreffend Fallzahlen und Mortalität) analysiert und bearbeitet und in einem zweiten Schritt ab 1. Januar 2017 wird dann der Kanton BL auch an den kantonalen Messungen des Kantons BS und dem Projekt COMI (Core Outcome Measures Index) zur Indikationsqualität betreffend Erstimplantation und Revisionen von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen teilnehmen.

Fazit

- Die Erreichbarkeit der Versorgung ist über alle untersuchten Bereiche in allen Kantonen als sehr gut zu bezeichnen;
- Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit liegen gar 98.8% der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung.
- Der Kanton BS hat aufgrund seiner Zentrumsfunktion (verschiedene grössere Kliniken und Universitätsspitäler) ein Überangebot für die eigene Bevölkerung, der Kanton BL ein Unterangebot innerhalb des eigenen Kantons.
- Im schweizerischen Vergleich weisen BS und BL gemeinsam jedoch die höchsten Hospitalisierungsraten auf. Auch bei den (akut-somatischen) Spitalbehandlungen, der Bettenkapazitäten, der Ärztedichte und den Krankenkassenprämien weisen die beiden Kantone schweizweit jeweils überdurchschnittliche wenn nicht sogar Spitzenwerte auf.
- Eine enge Zusammenarbeit im Spitalbereich entsprechend dem seit mehreren Jahren festzustellenden Patientenverhalten ist sinnvoll.

¹⁰ Im Rahmen der Spitalplanung 2012 hat die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (GDZH) ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Akutsomatik erarbeitet. Jede SPLG ist eindeutig anhand von Diagnose- und Behandlungs-Codes definiert. Zudem sind für jede SPLG die Anforderungen an die Fachärzte, an die Notfallstation etc. festgelegt. Alle stationären Patienten können mit dem Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Groupen eindeutig einer SPLG zugeteilt werden. Die SPLG wurden den Kantonen von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zur Übernahme empfohlen und werden mittlerweile in vielen Kantonen verwendet.



- Grundsätzlich kann für alle Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme festgestellt werden;

C.2.4 Akut-somatische stationäre Versorgung

Nach einer Analyse der allgemeinen Versorgungslage liegt der Fokus in diesem Abschnitt auf einer Analyse der akut-somatischen stationären Versorgung. Im Jahr 2012 wurden in den Kantonen BL und BS rund 93'600 nach SwissDRG abgerechnete Fälle stationär behandelt. Die nachfolgende Grafik zeigt die Marktanteile der basel-landschaftlichen und basel-städtischen Spitäler innerhalb der verschiedenen Leistungsbereiche unter Angabe der jeweiligen Case Mix Indizes (CMI). Von den rund 93'600 stationären akutsomatischen Fällen wurden im Jahr 2012 rund 64% in einem basel-städtischen Spital behandelt. Dabei liegt der Gesamt-CMI der basel-städtischen Spitäler mit rund 1.18 deutlich über dem der basel-landschaftlichen Spitäler, welche einen Gesamt-CMI von rund 0.96 aufweisen. In dem höheren basel-städtischen Gesamt-CMI spiegelt sich die universitätsmedizinische Zentrumsfunktion, welche der Kanton BS für die umliegenden Kantone und das grenznahe Ausland einnimmt, wieder.



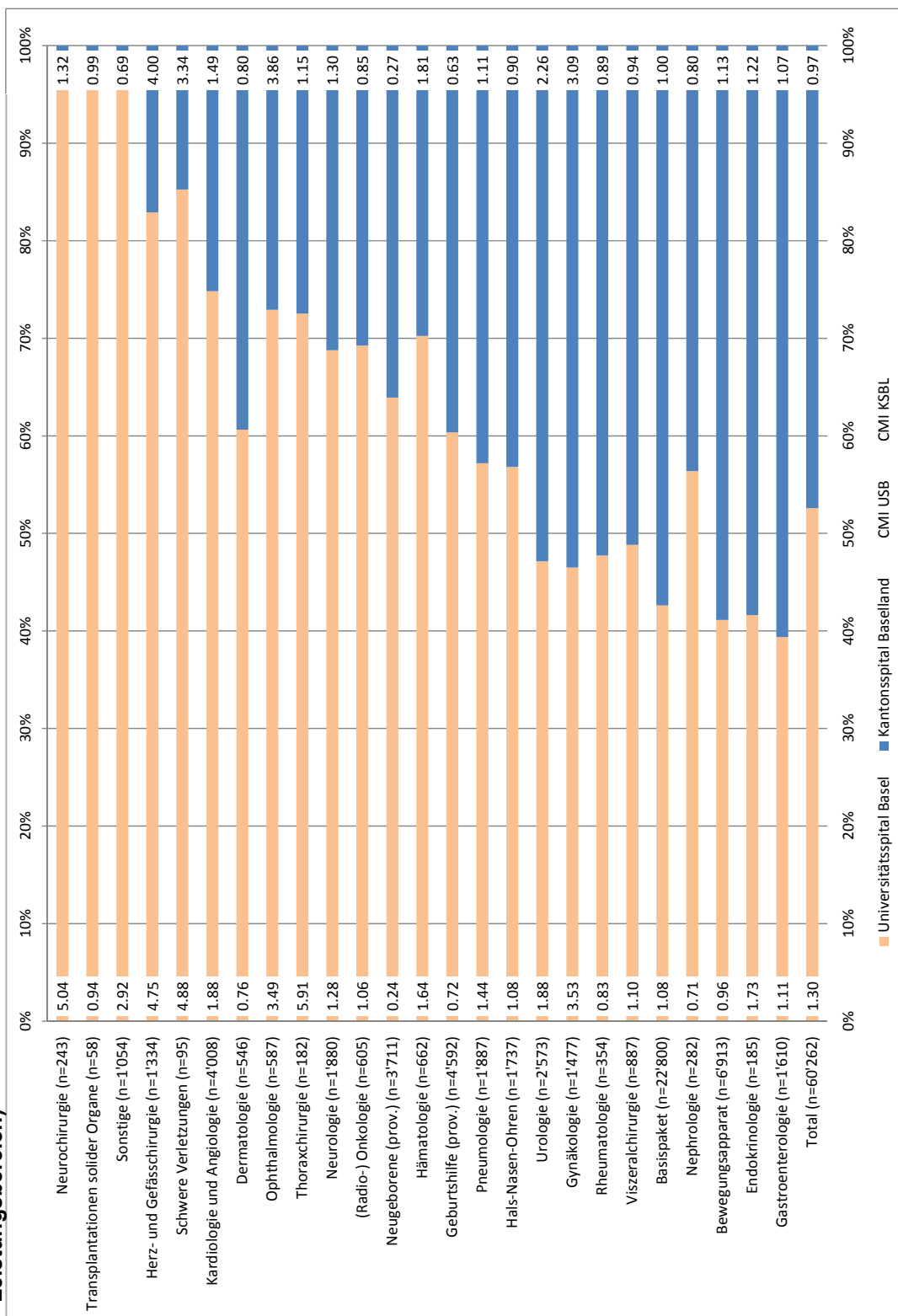
Abbildung 18: Alle nach SwissDRG abgerechneten Patienten in BLlichen und basel-städtischen Spitälern nach Standortkanton des Spitals und Leistungsbereich inkl. CMI im Jahr 2012 (Balkenlänge = Anzahl Fälle pro Leistungsbereich)





Diese zeigt sich insbesondere beim Vergleich der Gesamt-CMIs vom Universitätsspital Basel (USB) und dem Kantonsspital Baselland (KSBL) (siehe nachfolgende Abbildung 19), wobei der Gesamt-CMI des Universitätsspitals Basel (USB) mit 1.30 deutlich über dem Gesamt-CMI von 0.97 des Kantonsspitals Baselland (KSBL) liegt.

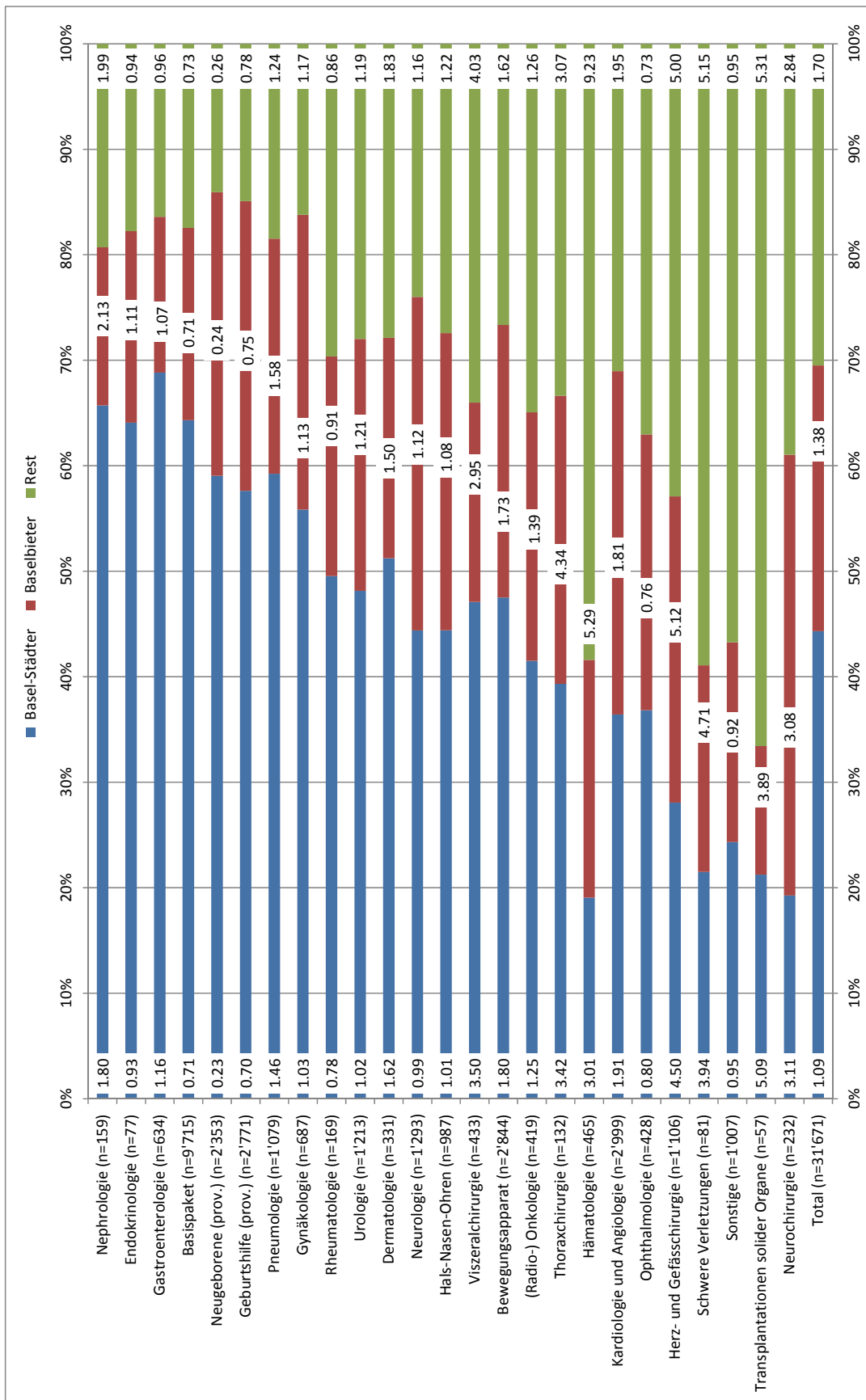
Abbildung 19: Alle nach SwissDRG abgerechneten Patienten im Universitätsspital Basel (USB) und Kantonsspital Baselland (KSBL) nach Leistungsbereich inkl. CMI im Jahr 2012 (Balckenlänge = Anzahl Fälle pro Leistungsbereich)





Zu dem vergleichsweise höheren Gesamt-CMI des Universitätsspitals Basel (USB) tragen insbesondere die basel-landschaftlichen Patienten sowie die Fälle, welche aus der Restschweiz und dem Ausland kommen, bei.

Abbildung 20: Anzahl SwissDRG-Fälle, Case-Mix und CMI der im Universitätsspital Basel (USB) stationär behandelten Basel-Städter, Baselbieter und übrigen Patienten im Jahr 2012 (Balkenlänge = Case Mix pro Leistungsbereich)





Im Gegensatz dazu liegt der Gesamt-CMI der im Kantonsspital Baselland (KSBL) stationär behandelten Basel-Städter mit 0.86 unter dem CMI der basel-landschaftlichen Patienten.

Abbildung 21: Anzahl SwissDRG-Fälle, Case-Mix und CMI der im Kantonsspital Baselland (KSBL) stationär behandelten Basel-Städter, Baselbieter und übrigen Patienten im Jahr 2012 (Balkenlänge = Case Mix pro Leistungsbereich)



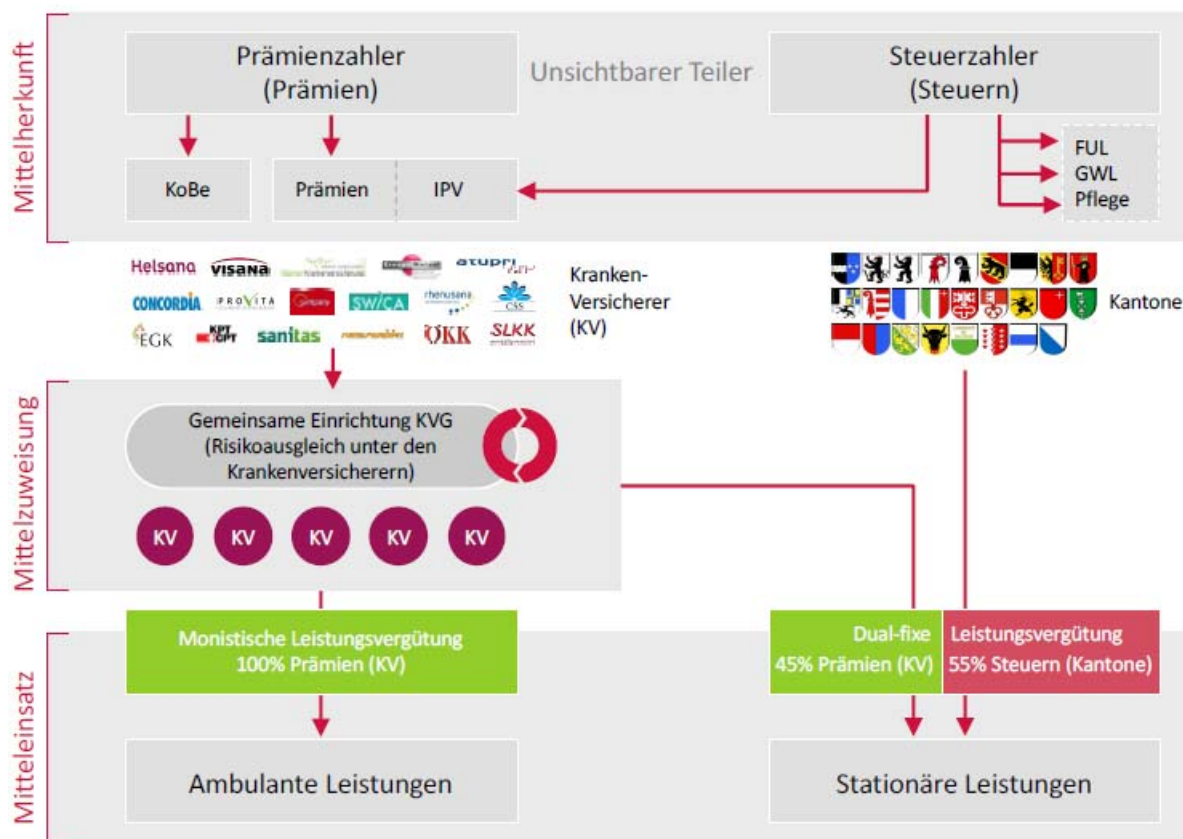
C.3 Kosten und Finanzierung

Abbildung 22 gibt einen Überblick über das Finanzierungssystem der ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen.

Im ambulanten Bereich erhalten die Leistungserbringer ihre Leistungen zu 100% über die Krankenversicherer vergütet (monistisches System). Die Versicherer wiederum finanzieren sich über Prämien, Kostenbeteiligungen der Prämienzahler oder über Prämienverbilligungen, welche über die Steuern finanziert werden.

Im stationären Bereich vergüten die Krankenversicherer maximal 45% der Leistungen, während die restlichen mindestens 55% die Kantone vergüten (dual-fixes System). Die Kantone finanzieren sich dabei über die Steuermittel.

Abbildung 22: Mittelherkunft und –einsatz bei ambulanten und stationären Leistungen



Quelle: curafutura, Auszug aus der Präsentation „Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS)“, August 2016

C.3.1 Gesundheitskosten

Die Gesundheitskosten in der Schweiz betragen rund 71 Mrd. Franken (2014). Der Anteil, den die OKP¹¹ finanziert beträgt knapp 37%. In BS belaufen sich die Gesamtkosten auf insgesamt 2.4 Mrd. Franken, in BL auf 3.2 Mrd. Franken.

¹¹ OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung



Abbildung 23: OKP-finanzierte Gesundheitskosten

Total Kosten	2014				2015			
	BS		BL		BS		BL	
Apotheken	131'496'254	15.7%	104'190'832	9.7%	137'027'150	15.4%	113'383'358	9.7%
Ärzte Behandlungen	168'481'832	20.1%	252'776'555	23.4%	177'583'913	20.0%	268'503'970	22.9%
Ärzte Laboranalysen	11'246'069	1.3%	18'277'291	1.7%	11'829'868	1.3%	19'763'171	1.7%
Ärzte Medikamente	18'704'029	2.2%	89'233'233	8.3%	20'148'960	2.3%	93'605'858	8.0%
Laboratorien	18'201'851	2.2%	26'192'331	2.4%	19'769'883	2.2%	27'907'092	2.4%
Pflegeheime	45'060'360	5.4%	49'471'619	4.6%	47'436'375	5.3%	47'774'072	4.1%
Physiotherapeuten	23'015'221	2.7%	34'338'933	3.2%	26'436'805	3.0%	38'816'176	3.3%
Spital ambulant	150'553'271	18.0%	181'504'341	16.8%	157'384'581	17.7%	199'382'711	17.0%
Spital stationär	226'531'587	27.0%	269'478'774	25.0%	239'471'540	27.0%	305'015'889	26.0%
Spitex	20'830'620	2.5%	21'721'632	2.0%	25'315'231	2.9%	24'701'550	2.1%
Übrige	23'823'614	2.8%	32'037'978	3.0%	24'687'238	2.8%	33'576'413	2.9%
Total	837'944'710	100.0%	1'079'223'520	100.0%	887'091'544	100.0%	1'172'430'261	100.0%

Quelle: SASIS Datenpool Versichertenstatistik 29.4.2016

Ausgehend von den OKP-finanzierten in den beiden Kantonen können die Gesundheitskosten für die beiden Kantone zusammengefasst wie folgt beziffert werden:

Abbildung 24: Gesundheitskosten insgesamt

	Gesundheitskosten 2015 (Mrd. Franken)			
	Total	Krankenversicherer (OKP-Kosten)	Kantone	Übrige
BS	2.43	0.89	0.49	1.05
BL	3.20	1.17	0.64	1.39
Total	5.63	2.06	1.13	2.44

Quelle: OKP-Kosten, SASIS-Datenpool (29.4.2016). Kantone und übrige: eigene Schätzungen auf Basis der Bundesdaten.

Die Gesundheitskosten in beiden Kantonen können mit rund 5.6 Mrd. Franken beziffert werden. Darin sind die Kosten der Krankenversicherer (OKP-Kosten), die Kosten der Zusatzversicherungen (VVG), die Kostenanteile, welche die Kantone gemäss KVG übernehmen müssen, aber auch die Kosten der Selbstzahler und die Prämienverbilligungsanteile der Kantone enthalten (s. nachfolgende Kapitel).

C.3.2 Spitalkosten im Vergleich

Während im ambulanten Bereich die Finanzierung (abzüglich Franchise und Selbstbehalt) der Leistungen zu 100% durch die Krankenversicherer erfolgt, gibt es im stationären Bereich zwei Haupt-Finanzierungsquellen: Die Kantone müssen gemäss der neuen Spitalfinanzierung seit dem Jahr 2012 einen Anteil von mindestens 55% (Übergangsfrist besteht bis spätestens 1. Januar 2017) an den stationären Kosten (Fallpauschalen, Tagespauschalen) übernehmen. Die anderen maximal 45% bezahlen die Krankenkassen. Im Kanton BS wurde der Finanzierungsanteil per 1. Januar 2016 auf 56% erhöht. Im Kanton BL beträgt er 55%.



Kanton BS

Abbildung 25: Spitalkosten für den Kanton

Erfolgsrechnung BS, Mio. Franken	2012	2013	2014	2015
Kantonsanteil stationäre Behandlung KVG, IVG	262.5	269.4	275.1	282.3
Staatsbeiträge GWL durch Versorger ¹²	118.4	105.5	92.5	89.0
Saldo laufende Rechnung Spitalfinanzierung	383.4	377.4	374.5	378.2

Quelle: GSV 2016

Die laufende Rechnung zeigt einen jährlichen Rückgang der kantonalen Spitalfinanzierung, wobei dieser auf die Reduktion bei den GWL zurückzuführen ist und für die stationäre Behandlung eine leichte Zunahme zu verzeichnen ist.

Abbildung 26: Kostenentwicklung der stationären Spitalbehandlungen gemäss KVG

Mio. Franken	2012	2013	2014	2015	Δ 2012/13	Δ 2013/14	Δ 2014/15
Kantonsbeitrag (55%)	262.6	268.1	273.4	280.8	2.1%	2.0%	2.7%
Anteil Krankenversicherer (45%)	214.9	219.4	223.7	229.7	2.1%	2.0%	2.7%
Gesamtkosten KVG	477.5	487.5	497.1	510.5	2.1%	2.0%	2.7%*

Quelle: GSV 2016

Abbildung 27: Kosten pro Versicherten¹³

Franken	2012	2013	2014	2015
Spital stationär	1'091	1'223	1'218	1'295
Veränderung ggü. Vorjahr	2.7%	12.1%	-0.5%	6.3%
Spital ambulant	784	795	808	851
Veränderung ggü. Vorjahr	2.5%	1.4%	1.8%	5.1%
Ärzte Behandlungen	2.4%	7.2%	-1.1%	6.0%
Veränderung ggü. Vorjahr	854	915	906	960
Gesamtergebnis	2'729	2'934	2'932	3'105
Veränderung ggü. Vorjahr	2.6%	7.5%	0.0%	5.9%*

Quelle: SASIS Datenpool Versichertenstatistik Kanton BS. Die Zahlen 2015 wurden selbst erhoben, da die Versichertenbestände offenbar um 7'000 tiefer liegen im Vergleich zur SASIS-Auswertung.

¹² Die Kantonsanteile beziehen sich jeweils auf die Wohnbevölkerung im jeweiligen Kanton, nicht jedoch bei den Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL). Diese werden unabhängig von der Inanspruchnahme von Personen aus anderen Kantonen ausgerichtet.

¹³ Die Kostensteigerung der Gesamtkosten und die Kostensteigerung pro Versicherten können nicht direkt miteinander verglichen werden. Aufgrund unterschiedlicher Abrechnungs- und Abgrenzungssystematiken ist die Vergleichbarkeit stark eingeschränkt.



Kanton BL

Abbildung 28: Spitalkosten für den Kanton

Erfolgsrechnung BL, Mio. Franken	2012	2013	2014	2015
Kantonsanteil stationäre Behandlung KVG ¹	305.7	331.4	354.4	359.4
Staatsbeiträge GWL durch Versorger	26.8	27.0	28.5	27.5
Saldo laufende Rechnung Spitalfinanzierung	332.5	358.4	382.9	386.9

¹ Ohne Ausscheidung der IV-Fälle

Die Steigerung beim Kantonsanteil ist auch auf eine Erhöhung der Fallzahlen zurückzuführen und die im Zusammenhang mit der Einführung der vollen Finanzierung der Patientenfreizügigkeit zwischen BL und BS steht. Die Ausschüttung der GWL ist insgesamt konstant (2014: Zusatz-GWL für Geburtshilfe KSBL Standort Laufen).

Abbildung 29: Kostenentwicklung der stationären Spitalbehandlungen gemäss KVG

Mio. Franken	2012	2013	2014	2015	Δ 2012/13	Δ 2013/14	Δ 2014/15
Kantonsbeitrag (55%)	305.7	331.4	354.4	359.4	8.4%	6.9%	1.4%
Anteil Krankenversicherer (45%)	250.1	271.1	290.0	294.1	8.4%	6.9%	1.4%
Gesamtkosten KVG	555.8	602.5	644.4	653.5	8.4%	6.9%	1.4%*

Abbildung 30: Kosten pro Versicherten

Franken	2012	2013	2014	2015
Spital stationär	854	988	962	1'073
Veränderung ggü. Vorjahr	5.3%	15.7%	-2.6%	11.5%
Spital ambulant	626	639	648	701
Veränderung ggü. Vorjahr	5.7%	2.0%	1.4%	8.2%
Ärzte Behandlungen	807	891	902	944
Veränderung ggü. Vorjahr	3.5%	10.5%	1.3%	4.7%
Gesamtergebnis	2'286	2'517	2'512	2'718
Veränderung ggü. Vorjahr	4.8%	10.1%	-0.2%	8.2%*

Quelle: SASIS Datenpool Versichertenstatistik 29.4.2016

Die Kostensteigerung der Gesamtkosten und die Kostensteigerung pro Versicherten können aufgrund unterschiedlicher Abrechnungs- und Abgrenzungssystematiken nicht direkt miteinander verglichen werden.



C.3.3 Ambulante Kosten im Vergleich

Abbildung 31: Kosten Spitalambulatorium

	Mio. Franken	Total	TARMED	Medikamente	Übriges
2010	BL-Patienten	144.74	92.98	21.63	30.15
	BS-Patienten	140.47	83.48	21.33	35.64
2014	BL-Patienten	160.78	106.78	22.32	31.67
	BS-Patienten	154.21	97.43	23.59	33.18

Quelle: SASIS Datenpool Versichertenstatistik 29.4.2016

Das Volumen in den Spitalambulatorien in BS und BL wuchs innerhalb von vier Jahren um 10.4% von 285.21 Mio. Franken auf 314.99 Mio. Franken an. Das Tarmed-Volumen wuchs in dieser Zeit gar um 15.7% von 176.46 Mio. Franken auf 204.21 Mio. Franken an.

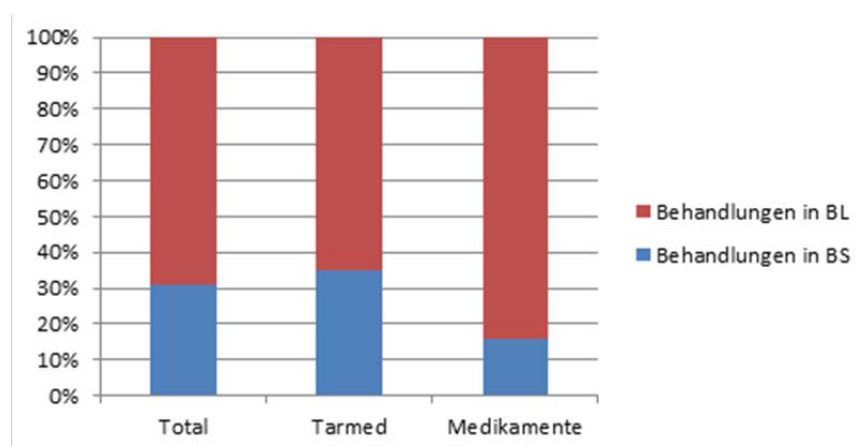
Abbildung 32: Kosten freie Arztpraxis

	Mio. Franken	Total	Behandlungen	Medikamente	Labor	Übriges
2010	BL-Patienten	236.9	161.1	61.7	10.3	3.4
	BS-Patienten	174.1	145.4	17.7	9.1	2.3
2014	BL-Patienten	330.3	226.8	82.3	16.5	4.3
	BS-Patienten	208.6	172.8	21.7	11.6	2.3

Quelle: SASIS Datenpool Versichertenstatistik 29.4.2016

Das Volumen, das bei der freien Ärzteschaft in BL und BS anfällt, wuchs innerhalb von vier Jahren um 31.12% von 411 Mio. Franken auf 538.9 Mio. Franken an. Das Tarmed-Volumen wuchs in dieser Zeit um 30.4% von 306.5 Mio. Franken auf 399.6 Mio. Franken an.

Abbildung 33: Ambulanten Leistungen für BL-Patienten 2014

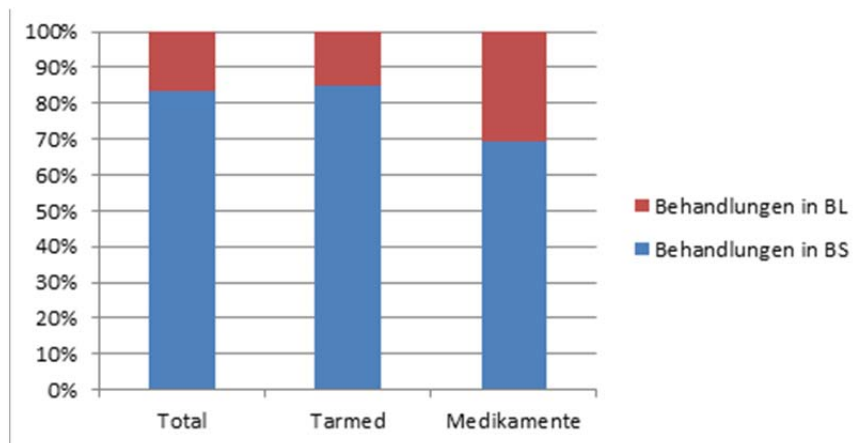


Quelle: Eigene Grafik, Daten SASIS Datenpool Versichertenstatistik 29.4.2016

BL-Patientinnen und Patienten konsumieren 31% der ambulanten Leistungen (Spital und Arzt) in BS.



Abbildung 34: Ambulante Leistungen für BS-Patienten 2014



Quelle: Eigene Grafik, Daten SASIS Datenpool Versichertenstatistik 29.4.2016

BS- Patientinnen und Patienten konsumieren 17% der ambulanten Leistungen (Spital und Arzt) in BL.

Die beiden Grafiken zeigen, dass ambulante Leistungen auch im Nachbarkanton konsumiert werden was die These des gemeinsamen Gesundheitsraumes stützt.

Fazit

Anhand der SASIS-Daten können auch die ambulanten Leistungen in den freien Praxen und den Spitalambulatorien analysiert werden. Drei wichtige Erkenntnisse werden anhand der Auswertungen deutlich:

1. Im ambulanten Bereich wird ein enormes Volumen an Gesundheitsdienstleistungen erbracht. Im Jahr 2014 nahmen Patientinnen und Patienten ambulante Gesundheitsleistungen in beiden Kantonen im Wert von über 850 Mio. Franken in Anspruch.
2. Der ambulante Sektor ist zwischen 2010 und 2014 beträchtlich gewachsen. Der Bereich der freien Praxis und des Spitalambulatoriums wuchsen in diesem Zeitraum um 22.65%.
3. Die Patientenströme zeigen, dass BS/BL als ein Gesundheitsraum angesehen wird.



C.3.3.1 Prämien und Kosten OKP

Prämienregionen: In BS gibt es eine Einheitsprämie im ganzen Kanton, während BL in zwei verschiedene Prämienregionen aufgeteilt ist.

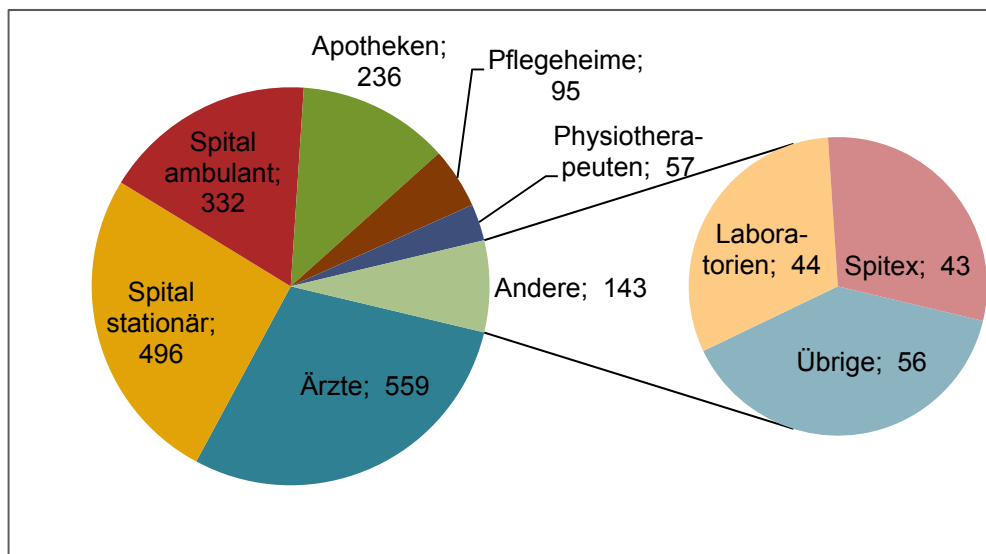
Abbildung 35: Durchschnittliche Prämie und Bruttoleistungen OKP / Bewohner

	BS		BL		Schweiz	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Ø-Prämie OKP, alle Altersgruppen, Franchisen und Versicherungsmodelle inkl. Unfalldeckung	4'344	4'509	3'439	3'617	3'175	3'292
Gesamtkosten OKP	4'504	4'795	3'851	4'123	3'516	3'654
Spital stationär	1'218	1'295	962	1'073	820	837
Spital ambulant	809	851	648	701	635	656
Apotheken	707	741	372	399	408	429
Ärzte (Behandlungen, Labor, Medikamente)	1'066	1'133	1'284	1'343	1'040	1'099
Pflegeheime	242	256	177	168	219	215
Physiotherapeuten	124	143	123	137	92	103
Labor	98	107	93	98	90	98
Spitex	112	137	78	87	86	91
Übrige	128	133	114	118	125	127

Quelle: Quelle: Daten aus Versichertenstatistik SASIS (29.4.2016). Bestände BS 2015 um 7'000 nach unten korrigiert. Prämienvolumen von BAG.

Die OKP-Kosten in BS sind höher als jene in BL und im Schweizer Durchschnitt. Dementsprechend sind auch die Prämien höher. Die OKP-Kosten in den beiden Kantonen betragen im Jahr 2014 rund 1'971 Mio. Franken und verteilen sich auf folgende Leistungserbringerguppen:

Abbildung 36: Verteilung der OKP-Kosten



Quelle: BAG/SASIS Versichertenstatistik

Mit rund 560 Mio. Franken sind die ambulanten Leistungen der Ärzte die grösste OKP-Kostengruppe gefolgt vom stationären Bereich mit 496 Mio. Franken und dem spitalambulantem Bereich mit 332 Mio. Franken.

C.3.3.2 Prämienverbilligungen (PV)

Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen haben gemäss KVG Anspruch auf Prämienbeiträge. Die Prämienverbilligung ist ein wirksames Instrument und das soziale Korrektiv zur einkommensunabhängigen Einheitsprämie. Die Kantone regeln die Ausführungsmodalitäten in kantonalen Erlassen. Die Prämienverbilligungssysteme (u.a. Anspruch auf Prämienverbilligung und einkommensabhängige Ausgestaltung) sind in den Kantonen daher unterschiedlich ausgestaltet und nicht direkt vergleichbar. Anhand der Bezügerquoten und den Beiträgen pro Bezüger lassen sich aber dennoch einige Vergleiche anstellen.

Zu unterscheiden gilt es zudem zwischen PV-Beiträgen und Beiträgen in Form von Ergänzungsleistungen EL oder der Sozialhilfe SH an die Prämien.

Abbildung 37: Kennzahlen zur Prämienverbilligung in der Schweiz

Bezüger/innenn	Bezügerquotenn	Ausgaben Mio. CHF	Beiträge pro Bezüger	Anzahl Versicherten	Einw. ^a	Beitrag pro Einw. ^a	Prämie ^a Erw. ^a	Prämie ^a Junge Erw. ^a	Prämie ^a Kinder ^a	
CH ^a	2'188'212 ^a	26.9% ^a	4'000 ^a	1'828 ^a	8'134'618 ^a	8'236'573 ^a	486 ^a	412 ^a	380 ^a	95 ^a
BS ^a	52'678 ^a	28.7% ^a	164 ^a	3'109 ^a	183'547 ^a	190'519 ^a	860 ^a	534 ^a	498 ^a	128 ^a
BL ^a	63'846 ^a	22.9% ^a	116 ^a	1'821 ^a	278'804 ^a	281'266 ^a	413 ^a	442 ^a	406 ^a	106 ^a
ZH ^a	417'313 ^a	29.2% ^a	709 ^a	1'699 ^a	1'429'155 ^a	1'446'093 ^a	490 ^a	412 ^a	380 ^a	99 ^a
GE ^a	115'104 ^a	26.3% ^a	277 ^a	2'407 ^a	437'657 ^a	477'321 ^a	580 ^a	500 ^a	464 ^a	111 ^a
BE ^a	226'383 ^a	22.6% ^a	316 ^a	1'398 ^a	1'001'694 ^a	1'009'204 ^a	314 ^a	439 ^a	405 ^a	99 ^a

* Prämien Jahr 2015 - Bezügerquoten in % des durchschn. Versichertenbestandes

Quelle: BAG- Monitoring der Krankenversicherung 3. Quartal 2015, ergänzende Kennzahlen zum Gesundheitswesen und eigene Berechnungen

Die Bezügerquote im Kanton BL beträgt rund 23% während sie im Kanton BS rund 29% beträgt. Die Beiträge pro Bezüger sind im Kanton BS mit 3'109 Franken rund 70% höher als im



Kanton BL und im Schweizer Durchschnitt. Auch der Beitrag pro Kopf ist im Kanton BS rund 50% höher.

C.4 Bearbeitete Themenfelder

C.4.1 Priorisierung von Themenfeldern

Aufbauend auf den vorangehenden Betrachtungen wurden 46 mögliche Themenfelder zur Erfüllung der erwähnten drei übergeordneten Ziele („optimierte Gesundheitsversorgung“, „Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich“ und „Sicherung der Hochschulmedizin“) geprüft und nach einheitlichem Schema priorisiert. In die Priorisierung eingeflossen ist auch der Auftrag der beiden Gesundheitsdirektoren BS und BL, das Projekt „Prüfung einer gemeinsamen Spitalgruppe zwischen dem Universitätsspital Basel (USB) und dem Kantonsspital Baselland (KSBL)“ aus Versorgungssicht kritisch zu begleiten.¹⁴ Folgende Themenfelder wurden seit Juni 2015 vertieft analysiert:

- Notfallversorgung,
- Geriatrie
- Rehabilitation
- Verlagerung von stationär nach ambulant
- Entwicklung einer gemeinsamen Kriterienliste für die Erteilung von Leistungsaufträgen
- Stärkung der universitären Medizin,
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Weitere im Verlauf dieses Projekts zu vertiefende Themen aus Versorgungs- und Regulatorik-sicht werden in diesem Kapitel unter C.3.9 umrissen.

C.4.2 Notfallversorgung

Analyse

Die Notfallversorgung in der Region Basel ist hervorragend wie der Bericht „Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme“ für die Region zeigt. Die Erreichbarkeit der Notfallstationen ist hervorragend:

Abbildung 38: Erreichbarkeit

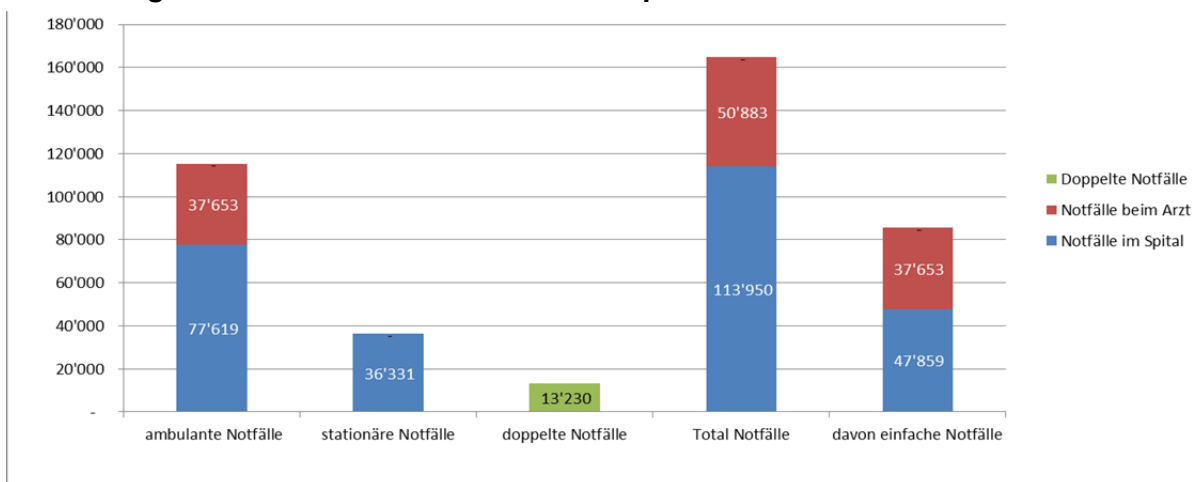
Erreichbarkeit einer Notfallstation mit Privatverkehr (% der Bevölkerung)				
Region	0-15min	16-20min	21-30min	>30min
BS	100%	0.0%	0.0%	0.0%
BL	93.8%	5.3%	0.9%	0.0%

¹⁴ Die jeweiligen Feststellungen zu den konkreten Vorstellungen aus dem Prüfauftrag „gemeinsame Spitalgruppe“ sind im Bericht des Teilprojekts Beteiligungen eingeflossen.



Im Bereich der präklinischen Notfallrettung sind Notfallpatientinnen und Notfallpatienten Personen, die sich in einem lebensbedrohlichen Zustand befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend geeignete medizinische Hilfe erhalten. Auf den Notfallstationen der Spitäler machen diese Personen jedoch maximal 12% der Patientinnen und Patienten aus. Über 40% der Patientinnen und Patienten auf einer Notfallstation bräuchten jedoch weder die vorhandene Infrastruktur noch die medizinischen Ressourcen zur Behandlung ihres Leidens.

Abbildung 39: Notfallübersicht 2014 in den Spitälern und bei den Ärzten in BL und BS



Quelle: eigene Grafik, Daten der Spitäler, «Doppelte Notfälle» sind Patienten, die sowohl Hausarzt als auch Spitalnotfall aufsuchen

In den beiden Basel werden pro Jahr ca. 165'000 «Notfälle» behandelt. Knapp 51'000 von den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten und ca. 114'000 von den Spitälern.

Jährlich werden auf den Notfallstationen ca. 48'000 Notfälle behandelt, für die es die teure hochinstallierte Infrastruktur nicht bräuchte und die über eine ambulante ärztliche Behandlung in einer Arztpraxis oder einer Permanence¹⁵ abgedeckt werden könnten.

Es ist eine starke Zunahme des Patientenzulaufs auf den Notfallstationen (+4% USB und +3.5% Liestal pro Jahr) festzustellen. Dies aufgrund von Hausärztemangel, Zunahme der Bevölkerungsanteils mit Migrationshintergrund, zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung und demographische Entwicklung. Dieser Trend wird sich in diese Richtung weiterentwickeln.

Patientinnen und Patienten, die sich im Spitalnotfall behandeln lassen, ohne dass eine Behandlung darin angezeigt wäre, verstopfen die Infrastruktur und verursachen unnötige Kosten. Ein durchschnittlicher Notfall kostet gemäss Angaben der öffentlichen Spitäler rund 440 Franken, 200 Franken in einer dem Spital vorgelagerten Hausarzt-Notfallpraxis und noch weniger in einer Arztpraxis oder gar am Telefon.

¹⁵ Eine Permanence ist ein Ärztehaus mit verlängerten Öffnungszeiten (i.d.R. 7 - 22 Uhr) in welchem sich PatientInnen mit akuten Gesundheitsstörungen ohne Voranmeldung untersuchen und behandeln lassen können. Allgemeinmediziner und Internisten, teilweise ergänzt durch Spezialisten (etwa Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie, Psychiatrie) und ausgerüstet mit diagnostischen Methoden (Röntgen, Laboranalysen, EKG, Ultraschall etc.) können die meisten ambulanten Situationen abschliessend behandeln. Bei Bedarf erfolgt eine Überweisung an einen weiteren Spezialisten oder in ein Spital. Insbesondere aufgrund der breiten fachlichen Abdeckung durch ein Team von Ärzten, die verlängerten Öffnungszeiten und die Möglichkeit ohne Voranmeldung eine Konsultation wahrzunehmen, kommt der Permanence eine wichtige Funktion in der Notfallversorgung der Bevölkerung zu.

Gemäss dem separaten Bericht Beteiligungen sind in der neuen Spitalgruppe an den KSBL-Standorten Bruderholz und Laufen keine Notfallstationen sondern jeweils eine Permanence geplant. Die Notfallversorgung in den Bezirken Laufen und Arlesheim wird dadurch verändert.

Am Beispiel des KSBL-Standorts Bruderholz wird aufgezeigt, dass durch den Wegfall der Notfallstation 19'500 Notfälle neu verteilt werden, davon führen 6'000 zu einem stationären Spitalaufenthalt, wiederum 5'000 davon kommen aus dem Kanton BL. Dabei stellt sich die Frage wo diese Patientinnen und Patienten in Zukunft behandelt werden. Ein Teil wird durch die geplanten Permanenzen behandelt werden, ein anderer Teil wird sich an die Notfallstationen am USB und in Liestal wenden. Diese beiden Anlaufstellen können kurzfristig maximal 15'000 und mittelfristig maximal 20'000 Patientinnen und Patienten zusätzlich behandeln. Die Notfallversorgung ist somit auch nach den geplanten Veränderungen gesichert. Es stellt sich die Frage nach den finanziellen Auswirkungen auf die Kantonsbudgets dieser Verlagerung.

Bei der angenommenen Umverteilung können Mehrkosten entstehen durch:

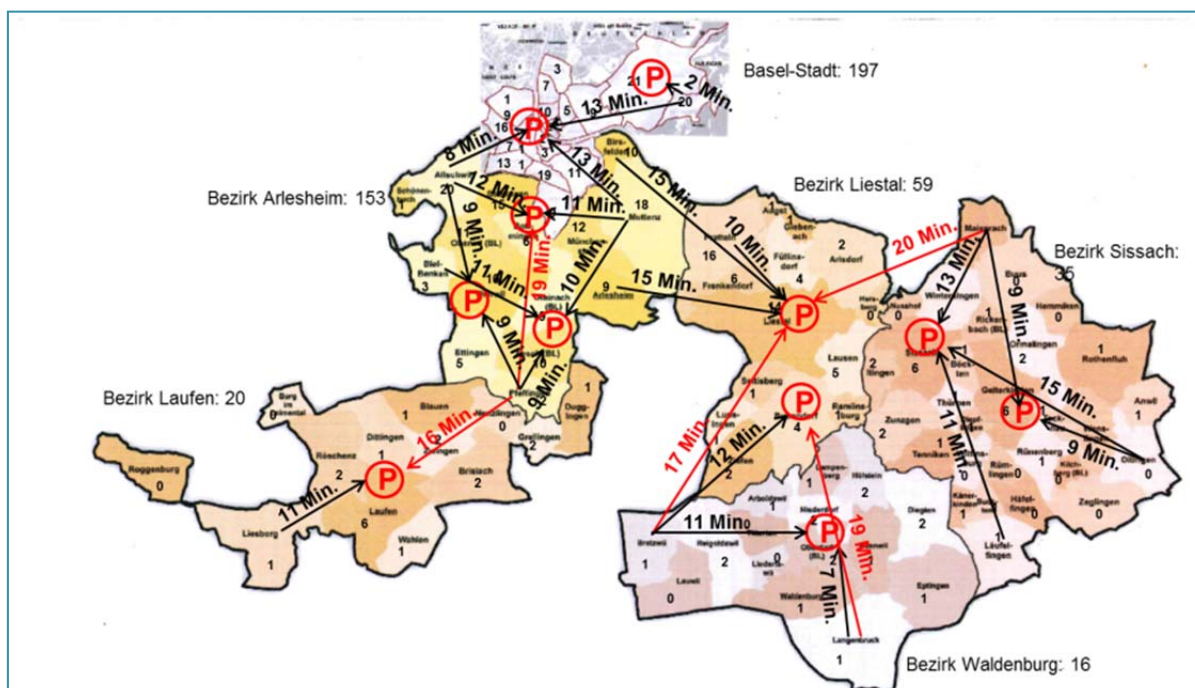
- Höhere Baserate im Zentrumsspital (bzw. Universitätsspital)
- Allenfalls höherer CMI durch ressourcenintensivere Abklärungen und Behandlungen

Eine Quantifizierung des Verschiebungseffektes auf die einzelnen Kantonshaushalte ist von verschiedenen Faktoren abhängig, so z.B. von der Etablierung bestehender oder vom Ausbau neuer Alternativen (Permanenzen, Telemedizin, Rettungsdiensten), von der Ausgestaltung und Entwicklung der jeweiligen Baserates insbesondere innerhalb der geplanten Spitalgruppe, aber auch von der aktiven Beeinflussung von Patientenströmen.

Szenarien für eine zukünftige Sicherstellung der Notfallversorgung

Im Folgenden sind zum Thema Notfallversorgung modellhaft zwei Szenarien dargestellt.

Abbildung 40: Szenario Dezentralisierung (modellhaft)





In Liestal und Basel werden zwei Spitalnotfallstationen betrieben. Auf dezentrale Erstanlaufstrukturen wird – mit Ausnahme der geplanten Permanenzen auf dem Bruderholz und am Spital Laufen – verzichtet. Der Zugang zu den beiden Zentren wird sichergestellt.

Vorteile einer zentralen Notfallversorgung:

- Anlaufstellen im Falle eines Notfalls (USB und Liestal) sind rund um die Uhr offen. Das ist einfach und klar kommunizierbar
- Grosse Auslastung der Spitalnotfallstationen USB und Liestal. Routine und Behandlungsqualität steigen, Wirtschaftliche Vorteile sind naheliegend

Nachteile einer zentralen Notfallversorgung

- Relativ lange Anfahrtswege insbesondere aus dem Laufental und der Peripherie der Bezirke Sissach und Waldenburg
- Kostenintensive Behandlung von einfachen Notfällen (Überversorgung)

Fazit

Die regionale Notfallversorgung in der Region ist bis dato ausgezeichnet und ist auch nach einem Ersatz der hochinstallierten Notfallstationen auf dem Bruderholz und in Laufen durch Permanenzen gesichert.

Der Versorgungsgrundsatz „Einfaches peripher, Spezielles zentral“ spricht klar für eine Variante "Dezentralisierung". Die Vorteile sind gerade auch unter dem Gesichtspunkt der ambulanten Grundversorgung (Hausärztemangel) insbesondere im ländlichen Kanton BL bestehend. Im Kanton BS bietet sich aufgrund der überblickbaren räumlichen Distanz und der bereits bestehenden Angebote eher die zentrale Struktur an.

C.4.3 Geriatrie

Analyse

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie definiert Geriatrie wie folgt:

*"Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst."*¹⁶

Da diese Definition für eine datenbasierte Analyse ungeeignet ist, musste mit einer behelfsmässigen Definition gearbeitet werden. Im Projekt wurde deshalb davon ausgegangen, dass es sich bei rund 90% der Patientinnen und Patienten, welche ein Alter von mindestens 80 Jahren (80+) aufweisen und deren Spitalaufenthalt mit einer Fallpauschale (SwissDRG, Swiss Diagnosis Related Groups) abgegolten worden ist, um akutgeriatrische Patientinnen und Patienten handelt. Bei 10% der über 80+ Patientinnen und Patienten, wird davon ausgegangen, dass diese keine geriatritypische Multimorbidität (Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Arthritis, Krebserkrankungen etc.) aufweisen und in einer "normalen", nicht speziell auf Akutgeriatrie ausgerichteten Spitalabteilung behandelt werden können. Aufgrund dieser Definition wird bei einer 90%tigen Bettenauslastung von einem the-

¹⁶ Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS) akzeptiert in Kopenhagen am 06/09/08



oretischen heutigen Bettenbedarf von 390 Betten¹⁷ für BS- und BL-Patientinnen und Patienten ausgegangen. Aufgrund der prognostizierten Entwicklung der Bevölkerungsgruppe 80+ ist mit einem steigenden Bettenbedarf für die Akutgeriatrie zu rechnen:

Abbildung 42: Entwicklung der Bevölkerungsgruppe 80+

Bevölkerung 80+	Heute	2025	2035
BS absolut	13'600	14'570	16'680
BS Entwicklung, 2015 = 1		7.1%	22.6%
BL absolut	15'700	22'309	25'858
BL Entwicklung, 2015 = 1		42.1%	64.7%

Verteilung der Kapazitäten

Anhand der Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung und zur zukünftigen Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in dem Bulletin zur Inanspruchnahme und zum zukünftigen Bedarf der stationären Spitalversorgung Prognosen zur Anzahl der Fälle respektive zur Anzahl der Spitaltage berechnet. Dabei kommt das Obsan u.a. zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2030 gegenüber 2014 die Anzahl der Fälle und der in Anspruch genommenen Spitaltage in den überwiegend mit dem Alter zusammenhängenden Leistungsbereichen wie der Nephrologie, der Neurologie und der Gefässmedizin mit +38.8%, +37.5% respektive +37.2% schweizweit am stärksten ansteigen dürften¹⁸.

In den Kantonen BS beziehungsweise BL verfügen gemäss den jeweiligen kantonalen Spitallisten das Adullam Spital, Felix Platter-Spital, USB respektive die Klinik Arlesheim und das KSBL über einen Leistungsauftrag für die stationäre Behandlung akutgeriatrischer Patientinnen und Patienten. Innerhalb des KSBL weist allerdings nur der Standort Bruderholz fixe Bettenkapazitäten für die stationäre Versorgung akutgeriatrischer Patientinnen und Patienten aus. Dementsprechend werden in Bezug auf das KSBL die akutgeriatrischen Patienten mehrheitlich am Standort Bruderholz stationär behandelt.

Aufgrund der demografischen Entwicklung in beiden Kantonen ist für das Jahr 2025 mit einem Bettenbedarf von 491 Betten und für das Jahr 2035 mit einem solchen von 566 Betten zu rechnen. Die bei einem möglichen Wegfall der stationären Geriatrie am Bruderholzspital wegfallenden Kapazitäten (25 Betten) könnten nach heutigem Kenntnisstand mit den bestehenden Kapazitäten (Felix Platter-Spital, Adullam Spital) aufgefangen werden. Mittel- bis langfristige Kapazitätsentwicklungen in der Aktugeriatrie müssen parallel zur demografischen Entwicklung monitorisiert werden. Hier sei auf den Bericht Beteiligungen verwiesen, wo die geplante Spitalgruppe die entsprechenden strategischen Überlegungen ausführt.

¹⁷ Anzahl Betten = 90% von 142'000 Pflgeetagen = 127'800 / 365 Tage / 0.9

¹⁸ Füglistler-Dousse S, Widmer M. 2016. Inanspruchnahme stationärer Spitalversorgung. Neuere Entwicklung und zukünftiger Bedarf (Obsan Bulletin 10/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). URL: http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-10_d.pdf [Zugriff: 18.07.2016]



Fazit

Die bei einem möglichen Verzicht auf das Angebot der stationären Geriatrie am Bruderholzspital wegfallenden Kapazitäten könnten mit den bestehenden Angeboten durch das Felix Platter-Spital und das Adullam-Spital aufgefangen werden.

Die mittel- bis langfristige Kapazitätsentwicklung in der Akutgeriatrie muss parallel zur demografischen Entwicklung monitorisiert werden, sodass frühzeitig auf einen höheren Bedarf in den überwiegend mit dem Alter zusammenhängenden Leistungsbereichen (Nephrologie, Neurologie, Gefässmedizin) und auf neue Versorgungsstrukturen reagiert werden kann.

C.4.4 Rehabilitation

Analyse

Auch in der Rehabilitation besteht keine klar umrissene Definition, welche es erlauben würde eine klar abgrenzbare Datenanalyse vornehmen zu können. Die WHO¹⁹ definiert Rehabilitation wie folgt:

"Rehabilitation ist ein Prozess der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderungen ihre optimalen physischen, sensorischen, intellektuellen, psychologischen und sozialen Fähigkeiten und Funktionen wieder erreichen und aufrechterhalten können. Rehabilitation schafft die Grundlage dafür, dass behinderte Menschen ihre bestmögliche Unabhängigkeit und Selbstbestimmung erlangen."

Die beiden Kantone BS und BL haben sich im Rahmen eines Projektes aus dem Jahr 2010 (Versorgungsberichte der Kantone AG, BL, BS und SO) auf eine gemeinsame Nomenklatur im Bereich der Rehabilitation verständigt. Dabei handelt es sich um folgende Bereiche:

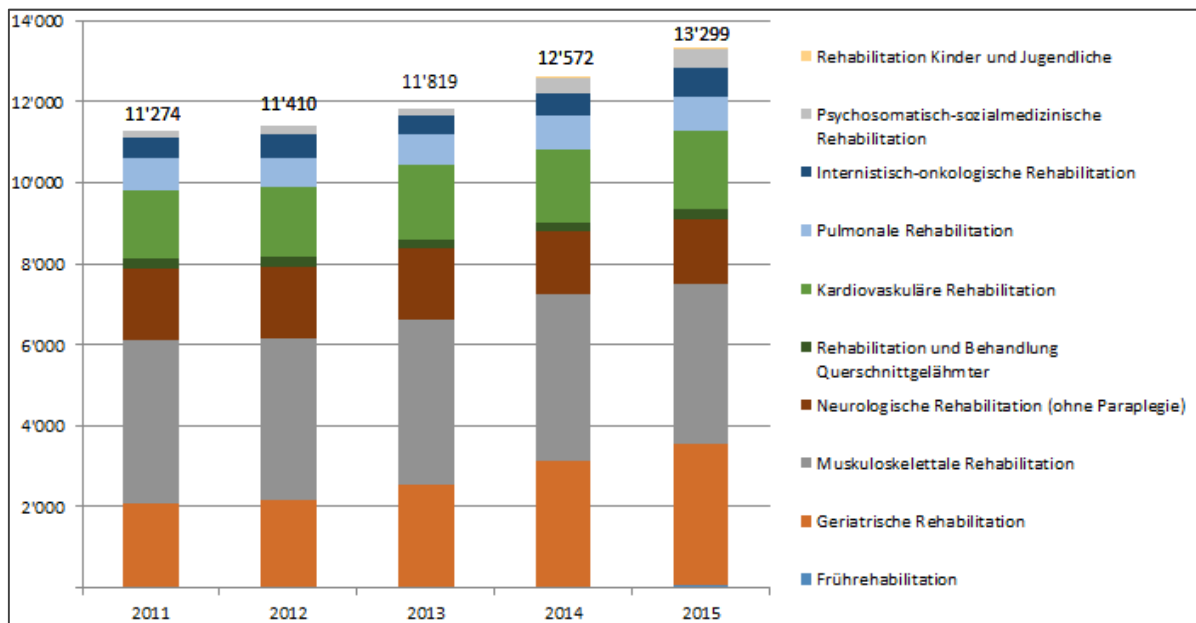
- Neurologische Rehabilitation
- Rehabilitation und Behandlung Querschnittgelähmter
- Muskuloskelettale Rehabilitation
- Kardiovaskuläre Rehabilitation
- Pulmonale Rehabilitation
- Internistisch-onkologische Rehabilitation
- Psychosomatisch-sozialmedizinische Rehabilitation
- Frührehabilitation
- Neurologische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen
- Allgemeine pädiatrische Rehabilitation
- Frührehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Nachfolgende Grafik zeigt die Fallzahlentwicklung der gesamten Rehabilitation nach Leistungsbereich in den Jahren 2011 – 2015 in den in den Spitälern, welche auf den Spitalisten der Kantone BS und BL aufgeführt sind:

¹⁹ WHO = World Health Organisation; Übersetzung der SWISS REHA unveröffentlicht



Abbildung 43: Stationäre Fälle der Rehabilitation in Listenkliniken BS/BL

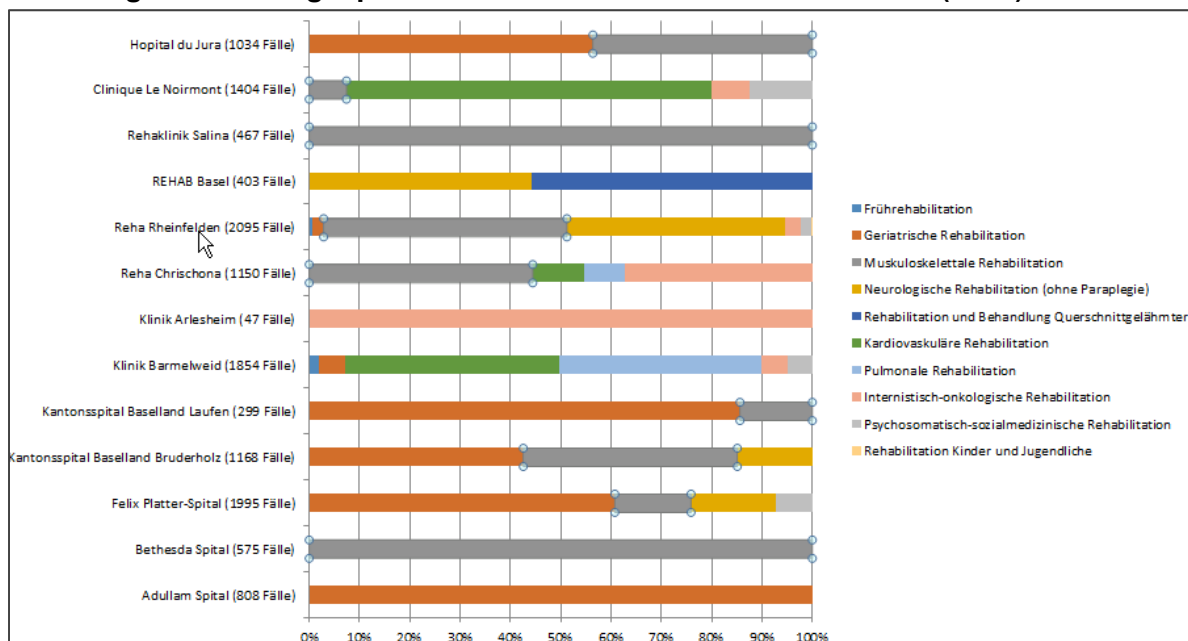


Quelle: Jahre 2011 – 2013, Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme, Socialdesign, September 2015; Jahre 2014 und 2015 Gesundheitsdepartement des Kantons BS, Mai 2016

Aus der Grafik wird ersichtlich, dass die stationären Rehabilitationsfälle in den Spitallisten-Kliniken der Kantone BS und BL vom Jahr 2011 bis zum Jahr 2015 um 2'025 Fälle beziehungsweise 17.9% zugenommen haben.

Folgende Rehabilitation-Leistungsbereiche werden von den einzelnen Spitälern, welche auf den beiden Spitallisten der Kantone BS und BL aufgeführt sind, angeboten.

Abbildung 44: Leistungsspektrum in der Rehabilitation nach Fällen (2015)



Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons BS, Mai 2016



Im Rahmen der Diskussionen zu einer möglichen Spitalgruppe zwischen dem KSBL und dem USB wurde der Rehabilitationsbereich des KSBL Standort Bruderholz vertieft analysiert. Nachfolgend die entsprechenden Zahlen:

Abbildung 45: Rehabilitationsleistungen KSBL Standort Bruderholz, 2014 - 2015

Kantonsspital Baselland Standort Bruderholz	2014			2015		
	Fälle	Pflege tage	Fälle HP/P	Fälle	Pflege tage	Fälle HP/P
Rehabilitation Erwachsene	1'230	25'795	360	1'168	23'745	343
Geriatrische Rehabilitation	525	10'041	178	497	9'381	159
AG				4	73	1
BS	20	411	10	41	811	20
BL	460	8'846	160	424	7'924	132
SO	41	690	6	26	542	5
ZH				1	24	1
übrige CH	3	65	1			
Ausland	1	21		1	7	
Unbekannt		8	1			
Muskuloskelettale Rehabilitation	544	10'851	146	497	9'534	137
AG	2	32	2	8	191	3
BS	29	507	13	38	708	12
BL	462	9'219	119	381	7'220	111
SO	38	762	9	52	1'093	8
BE	3	40		3	34	
übrige CH	5	127		5	96	2
Ausland	5	138	2	10	192	1
Unbekannt		26	1			
Neurologische Rehabilitation (ohne Paraplegie)	161	4'903	36	174	4'830	47
AG	2	31	1	5	78	1
BS	9	230	8	16	574	6
BL	134	4'365	26	127	3'539	34
SO	13	222	1	25	606	6
übrige CH	1	19				
Ausland	2	36		1	33	
Unbekannt						
Total	1'230	25'795	360	1'168	23'745	343
AG	4	63	3	17	342	5
BS	58	1'148	31	95	2'093	38
BL	1'056	22'430	305	932	18'683	277
SO	92	1'674	16	103	2'241	19
ZH				1	24	1
BE	3	40		3	34	
ZG						
übrige CH	9	211	1	5	96	2
Ausland	8	195	2	12	232	1
Unbekannt		34	2			

Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons BS, Mai 2016



Der überwiegende Anteil von Reha-Patientinnen und Patienten im KSBL Standort Bruderholz kommt unabhängig vom Leistungsbereich aus dem Kanton BL. Die Patientinnen und Patienten aus BS könnten bei einem Wegfall des Standorts Bruderholz gut durch innerkantonale Kliniken aufgefangen werden. Die rund 1'000 Fälle aus dem Kanton BL könnten jedoch nicht ohne weiteres durch bestehende Strukturen in den beiden Kantonen versorgt werden. Eine qualitative Befragung der Kliniken bezüglich der zukünftigen Entwicklung hat ausserdem ergeben, dass die meisten Häuser mit einem steigenden Bedarf rechnen. Hauptgründe dafür sind die demografische Entwicklung (die geriatrische Rehabilitation wird zunehmen) und die Auswirkungen der verkürzten Aufenthaltsdauern durch die Einführung von Fallpauschalen (allgemein steigende Nachfrage, insbesondere in der Frührehabilitation).

Bei einem möglichen Wegfall der Rehabilitationskapazitäten des KSBL Standort Bruderholz müssten die Kapazitäten durch die Spitäler beider Basel und durch ausserkantonale Rehakliniken getragen werden. Die Rehabilitationskapazitäten beider Basel würden für dies zurzeit nicht ausreichen. Aufgrund dieser Tatsache kommt der Bericht Beteiligungen zum Schluss, dass es sinnvoll wäre, wenn die geplante Spitalgruppe diverse medizinisch sinnvolle Rehabilitationsbereiche weiterhin anbieten würde.

Fazit:

Aufgrund der demografischen Entwicklung dürfte der Bedarf an Rehabilitationsleistungen in beiden Kantonen weiter zunehmen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, dass im Bericht Beteiligungen aufgezeigt wird, welche Rehabilitationsleistungen die geplante Spitalgruppe weiterhin anbieten sollte. Dies vor allem auch unter dem Aspekt, dass auch im Rehabilitationsbereich der Trend vermehrt Richtung ambulante Rehabilitation geht.

C.4.5 Verlagerung von stationär nach ambulant

Wie bereits im Überblick in Kapitel C.2.2 grafisch dargestellt, übernehmen die Krankenversicherer die vollen Kosten für ambulante Eingriffe und Interventionen – egal, ob diese in der Arztpraxis oder in einem Spital durchgeführt werden. Bei stationären Leistungen²⁰ zahlen die Krankenversicherer maximal 45% der Kosten. Die Differenz zu den 100% tragen die Kantone.

Diese ungleiche Finanzierung kann zu Fehlanreizen führen. Solange eine ambulant durchgeführte Operation oder Behandlung mehr kostet als 45% der Kosten einer medizinisch gleichwertigen stationären Durchführung, haben die Krankenversicherer keinen Anreiz, die unter „Kostenwahrheit“ günstigere ambulante Leistung einzufordern.

Für die Versicherer bedeutet die derzeit zu beobachtende steigende Kostenentwicklung im spitalambulantem Bereich, welche grösser als der Rückgang der stationären Versorgung ist, eine Zunahme des Prämienvolumens zu Gunsten der Kantone, welche den stationären Bereich mitfinanzieren müssen. Eine Patientin oder ein Patient könnte sich aus Kostengründen eher für eine stationäre Behandlung entscheiden, obwohl diese aus Vollkostensicht teurer

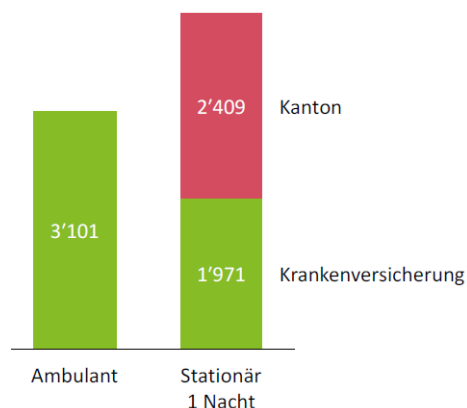
²⁰ Als stationäre Behandlungen gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus, wenn diese mindestens 24 Stunden dauern oder von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird.



ist. Ein weiterer möglicher Fehlanreiz besteht auch darin, dass im ambulanten Bereich die privatärztliche Tätigkeit nicht abgerechnet werden kann.

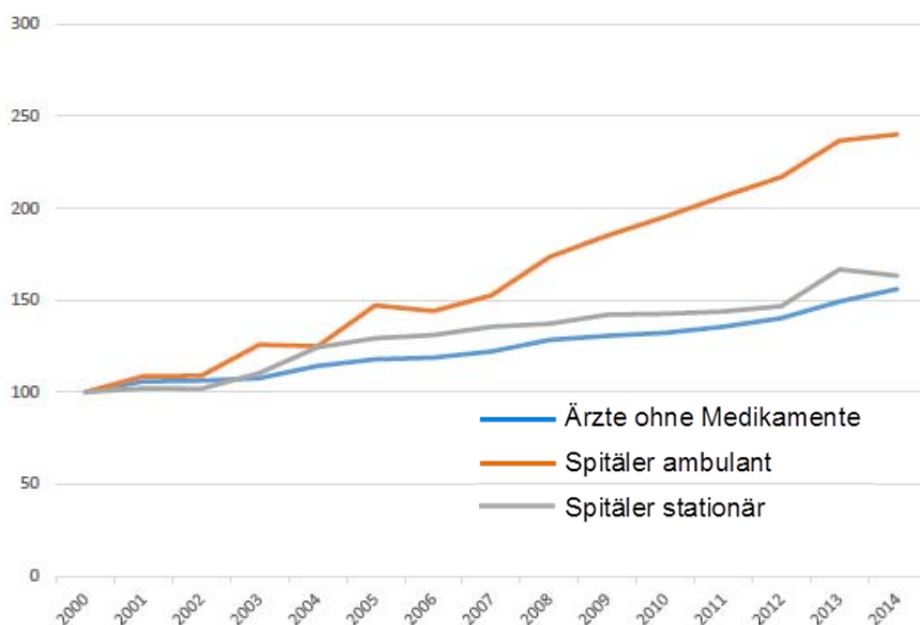
Der bestehende Fehlanreiz sei am Beispiel der Koronarangiographie oder -intervention erläutert. Ein ambulanter Eingriff ist durchschnittlich um rund 1'280 Franken oder 30% günstiger als ein stationärer (Abbildung 46). Weil die Krankenkasse aber bei der stationären Behandlung rund 1'100 Franken oder 36% weniger zahlen muss und das Spital zugleich höhere Kosten verrechnen darf, ist der Anreiz gross, dass eine solche Behandlung trotz gleicher Behandlungsqualität und tieferen Kosten nicht ambulant durchgeführt wird.²¹

Abbildung 46



Dass der spitalambulante Bereich, v.a. in den letzten 10 Jahren, in der Schweiz dennoch das grösste Kostenwachstum unter den OKP-Kostengruppen aufweist (s. nachfolgende Abbildung 47), hat vor allem mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu tun:

Abbildung 47: OKP-Bruttoleistungen pro versicherte Person, CH 2000 – 2014 (2000 = 100)



Quelle. SASIS Datenpool, Jahresdaten Versichertenstatistik

²¹ Quelle: curafutura, Auszug aus der Präsentation Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS), August 2016



Bei der Verlagerung des stationären auf den ambulanten Bereich werden vier Fälle unterschieden²²:

- Wachstum des ambulanten Bereichs kompensiert durch den Rückgang der stationären Versorgung

Eine Versorgungsform wird durch eine andere ersetzt, d.h. ambulante Eingriffe werden stationär nicht mehr durchgeführt. Typische Beispiele sind der Leistenbruch und die Krampfaderchirurgie. Die Wende zur ambulanten Versorgung entspricht der Verlagerung eines Bereichs auf einen anderen, mit einer gleichbleibenden Gesamtzahl der Eingriffe. Der Ausbau der ambulanten Versorgung wird also durch den Rückgang der stationären Versorgung kompensiert. In diesem Fall ist somit aufgrund der geringeren (Voll)Kosten der ambulanten Eingriffe eine Kosteneinsparung zu erwarten.

- Wachstum des ambulanten Bereichs ist grösser als der Rückgang der stationären Versorgung

In diesem Fall wird der ambulante Bereich stärker ausgebaut als dass der stationäre Bereich abgebaut wird. Folglich steigen die spitalambulanten Kosten stärker. Die typischen Beispiele für ambulante Eingriffe sind der Graue Star, die Operation des Karpaltunnels und die Konisierung des Gebärmutterhalses. Für die beiden ersten Eingriffe ist die stationäre Praxis selten geworden, die Gesamtzahl der Eingriffe ist hingegen in die Höhe geschossen (Mengenwachstum). Die Verbesserung der medizinischen Technik, das geringere Risiko und die geringeren Nebenwirkungen führen dazu, dass mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden oder dass sie in einem früheren Krankheitsstadium behandelt werden. Die Wende zur ambulanten Versorgung ist hier begleitet von einem Rückgang der stationären Praxis, aber vor allem von einem Ausbau des Tätigkeitsfeldes.

- Markantes Wachstum beider Bereiche, mit Zeichen einer Verlagerung zur ambulanten Versorgung

Die Zahl der Eingriffe nimmt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu. Das Wachstum findet jedoch im stationären Bereich weniger rasch statt, was bedeutet, dass der stationäre Bereich dem ambulanten Terrain überlässt. Typische Beispiele sind das Einsetzen von Herzschrittmachern, von Stents (PTCA), Angioplastien (PTA) und die Hämorrhoidenchirurgie.

Die Verbesserung der medizinischen Technik, das geringere Risiko und die geringeren Nebenwirkungen führen dazu, dass mehr Patientinnen und Patienten behandelt werden oder dies in einem früheren Stadium geschieht. Diese Entwicklung kommt allen Patientinnen und Patienten zugute. Die weniger komplexen Situationen und die Patientinnen und Patienten in gutem Gesundheitszustand können ambulant statt stationär behandelt werden. Die anderen Patientinnen und Patienten, deren Allgemeinzustand oder das Alter bei der früheren Technik als zu riskant beurteilt wurde, können dank dieser Entwicklungen nun stationär behandelt werden. Folglich steigt auch die Gesamtzahl der Eingriffe.

²² Quelle: Roth, S. & Pellegrini, S. (2015). Virage ambulatoire. "Tranfert ou expansion de l'offre"



Als Beispiele können hier das Einsetzen von Stents (PCTA²³), welche im Durchschnitt der Jahre 2007-2013 um 78% zugenommen haben und das Einsetzen eines Herzschrittmachers (+24%) erwähnt werden.

- **Spezialfälle**

Als Spezialfälle können Mandeloperation, die in beiden Versorgungsbereichen zurückgeht und Meniskusoperation, bei welcher eine Rückkehr zur stationären Versorgung zu beobachten ist, bezeichnet werden. Bei der Mandeloperation gelten neue medizinische Normen für den Eingriff, was dazu führt, dass er sowohl ambulant als auch stationär weniger häufig durchgeführt wird (→ Beispiel für Konsequenz aus der evidenzbasierten Medizin).

Die Verlagerung stationär zu ambulant kann als dynamischer Prozess dargestellt werden. Die einzelnen Verfahren befinden sich in verschiedenen Phasen der Verlagerung. Bestimmte Eingriffe werden schon seit vielen Jahren ambulant durchgeführt, und das Potenzial der Verlagerung ist dort heute nahezu oder bereits ganz ausgeschöpft. Katarakt- und Karpaltunnelloperationen oder die Gebärmutterhals-Konisierung, die fast ausschliesslich ambulant durchgeführt werden, sind drei solche Beispiele.

Im Gegensatz dazu werden andere Verfahren erst allmählich in der ambulanten Versorgung eingeführt. Dies gilt für die Hämorrhoidenchirurgie, die PTA²⁴ und die in der Obsan Studie untersuchten kardiovaskulären Eingriffe, die erst seit einigen Jahren ambulant durchgeführt werden können. Dass Stent oder Pacemaker ambulant gesetzt werden, kommt nach wie vor nur in einer Minderheit der Fälle vor. Im Jahr 2013 wurden 23% der PTCA und 17% der Pacemaker ambulant eingesetzt. Die medizinisch-technischen Neuerungen, die eine ambulante Wende begünstigen, öffnen gleichzeitig die Tür zu mehr Eingriffen. Derzeit ist eine exponentielle Zunahme der Zahl der Eingriffe festzustellen. Es ist die gleiche Situation wie beim Grauen Star, jedoch mit einem zeitlichen Rückstand von 10 bis 15 Jahren. Für weitere Verfahren wird sich der Anteil der ambulanten Fälle weiter erhöhen (Krampfadern, Leistenbruch).

In ihrer neuen Studie „Ambulant vor stationär“ vom Juni 2016²⁵ stellt PriceWaterhouseCoopers (PwC) drei mögliche Modelle vor, um die oben dargestellten Fehlanreize zu eliminieren beziehungsweise zu reduzieren. Dies sind:

- **Modell 1 – Einführung von TARMED-Pauschalen für Eingriffe mit ambulantem Potenzial**

Dieses Modell beinhaltet eine ambulante Fallpauschale mit einem fixen Betrag für ambulante Leistungen.

- **Modell 2 – SwissDRG-Pauschale ohne Übernachtung (Zero Night DRG)**

Neben dem heute geltenden Kurzliegertarif wird zusätzlich ein Tarif ohne Übernachtung eingeführt, beispielsweise mittels eines Abschlags. Damit wären die Mechanis-

²³ Perkutane transluminale Koronarangioplastik

²⁴ Perkutane transluminale Angioplastie

²⁵ Pfinninger T, Schulthess M, Obrist M. Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. Juni 2016. http://www.pwc.ch/de/publications/2016/Ambulant_vor_station%C3%A4r_DE_16_web_final.pdf. Eingesehen: 27. Juli 2016



men der Finanzierung und Vergütung bei der Leistungserbringung von spezifischen Eingriffen identisch, egal ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

- **Modell 3 – Ambulant vor stationär per Regulierung**

In diesem Fall wird rechtlich vorgeschrieben, welche Eingriffe die Leistungserbringer ambulant durchzuführen haben. Nur im Ausnahmefall und mit Kostengutsprache können die Spitäler einen Patienten stationär aufnehmen.

Die drei vorgestellten Modelle sind von ihrer Umsetzbarkeit und Praktikabilität äusserst unterschiedlich (Anpassung Bundesgesetzgebung und oder kantonale Gesetze etc.), doch zeigen diese auf, dass durchaus positive Anreize für die mittelfristige Veränderung der Finanzierung im ambulanten Bereich bestehen.

Fazit:

Der medizinisch-technische Fortschritt in der Medizin macht es möglich, dass ein zunehmendes Potential an Behandlungen besteht, die bei gleicher Behandlungsqualität ambulant statt stationär und damit auch günstiger durchgeführt werden können.

Aufgrund des unterschiedlichen Finanzierungssystems zwischen ambulantem und stationärem Bereich und den damit verbundenen Fehlanreizen findet die Verlagerung in den ambulanten Bereich allerdings nicht in der Masse statt wie es die medizinisch-technische Fortschritt zulassen würde und wie sie schweizweit immer breiter abgestützt als zukunftsweisend erkannt wird. Das damit einhergehende Kostenreduktionspotenzial wird schweizweit auf gegen 1 Mrd. Franken geschätzt.

Es bestehen verschiedene modellhafte Überlegungen, wie die Fehlanreize zu beseitigen wären. Eine möglichst baldige Einigung auf ein neues System ist erstrebenswert. Als Vorbereitung für schweizweite Lösungen, die auch im Bunderecht ihren Niederschlag finden sollen, werden regionale Pilotprojekte als nützlich resp. notwendig erachtet.

C.4.6 Gemeinsame Kriterienliste für die Erteilung von Leistungsaufträgen

Analyse

Die Kantone BS und BL steuern heute ihr stationäres Angebot über die jeweiligen Spitalisten mit entsprechenden Leistungsaufträgen. Es fehlen bis heute aber überkantonal einheitliche Kriterien, um die Angebote beider Kantone auf einander abzustimmen beziehungsweise um Leistungsaufträge einheitlich zu vergeben oder zu entziehen. In Kapitel D5 wird die Kriterienliste für die Erteilung von Leistungsaufträgen detailliert vorgestellt.

Vorgehen

Die Steuerung der stationären Versorgung soll in beiden Kantonen vermehrt wahrgenommen werden. Zu diesem Zweck wurde eine gemeinsame Kriterienliste zur Vermeidung von Unter- und/oder Überversorgung erarbeitet. Die aufgeführten fünfzehn Kriterien wie beispielsweise die Vorgabe von Mindestfallzahlen gemäss einer Spitalplanungs-Leistungsgruppen-Systematik oder der Entzug von Leistungsaufträgen, bei welche nur sehr geringe Fallzahlen



ausgewiesen werden, werden zu einer – aus Gesundheitsversorgungs-Sicht - gewollten Konzentration und Koordination von stationären Leistungen führen. Dies fördert auch die vom KVG beabsichtigte Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen (grössere Routine) und die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Spitäler.

Daneben sollen die an die Spitäler gegebenen Leistungsaufträge gemeinsam durch das Versorgungsmonitoring begleitet werden, um möglichst zeitnah auf Veränderungen der Nachfrage beziehungsweise der Patientenströme reagieren zu können. Um eine Über- und/oder Unterversorgung zu eruieren, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Zum einen können Parameter wie die Hospitalisationsraten pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner einen Anhaltspunkt bieten, wobei immer vertieft analysiert werden muss, ob im betrachteten Segment effektiv von einer Über- oder Unterversorgung gesprochen werden kann. Dabei müssen Begleitumstände wie Demografie, Anzahl Einpersonenhaushalte, sozio-ökonomische Struktur ebenfalls analysiert werden, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen.

C.4.7 Stärkung der universitären Medizin

Analyse

Es gibt keine allgemeingültige und abgeschlossene Definition von universitärer Medizin (oft auch als Hochschulmedizin bezeichnet). Universitäre Medizin kann als eine alle medizinische Fachdisziplinen und Gesundheitsprofessionen umfassende Gesamtleistung von Forschung, forschungsbasierter Lehre und evidenzbasierter Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten gesehen werden. Sie umfasst explizit nicht nur die sogenannte Spitzenmedizin, sondern das gesamte Versorgungsspektrum. Nötig ist dabei eine inhaltliche Integration von Forschung, Lehre und Patientenversorgung in den Universitäten, die sich auch strukturell abbilden muss.

Das USB hat ein breites Leistungsangebot in universitärer Medizin mit Abdeckung aller Fachdisziplinen rund um die Uhr. Abgestimmt mit der Strategie der Medizinischen Fakultät der Universität Basel positioniert sich das USB national und international mit seinen Schwerpunkten. Die Universität Basel treibt gemeinsam mit den Kantonen BS und BL über den Steuerungsausschuss Medizin (SAM) die Entwicklung der universitären Medizin am Standort Basel voran. Der SAM hat in der strategischen Planung von medizinischer Forschung und Lehre eine tragende Rolle und koordiniert die Ziele und Prozesse unter allen Partnern.

Eine aus mehreren Spitälern bestehende Spitalgruppe, welche die ganze Region abzudecken vermag, wird standortübergreifende medizinische Schwerpunkte in Form von interdisziplinären Zentren bilden können, um sich überregional und national mit hochstehender Behandlungsqualität und innovativen Leistungen positionieren zu können. Die Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen ermöglicht zunehmende Höchstleistungen in Forschung, Lehre, spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen, aber auch in der Grundversorgung, was die gemeinsame Spitalgruppe für bestqualifiziertes Personal attraktiv macht.

Durch die Gesamtspitalgruppe erhöht sich insgesamt das Potential für Forschung und universitäre Lehre, wodurch auch die Attraktivität als Arbeitgeber für die verschiedenen Berufsgruppen deutlich erhöht und die gezielte Nachwuchsförderung vereinfacht wird. Die langfristige Sicherung und Positionierung der Hochschulmedizin in der Nordwestschweiz, respektive die Sicherung der gesundheitswissenschaftlichen Entwicklungen auf einem universitären Niveau wird durch den Zusammenschluss nachhaltig gefördert.



Die Spitalgruppe kann innovativste medizinische Dienstleistungen in der Versorgungsregion anbieten. Diese werden durch Innovationen im Rahmen der Behandlungskette ergänzt, die auf den Patientennutzen ausgerichtet sind. Neue Technologien werden dabei durch klinische Studien etabliert und als überregionale Angebote entwickelt. Sie bietet daher aus Versorgungssicht optimale Bedingungen für die langfristige Sicherung und Stärkung der Hochschulmedizin in der Region und eine bestmögliche Ausgangslage, um auf die heutigen und künftigen diesbezüglichen Anforderungen reagieren zu können. Durch Kooperationen mit Partnern ausserhalb der Gruppe wird die Hochschulmedizin zusätzlich gezielt gestärkt.

Durch eine Konzentration der Fälle können Schwerpunktthemen auch im regionalen und überregionalen Wettbewerb erfolgreich betrieben werden. Entsprechend kann sich die Spitalgruppe abgestimmt mit der Strategie der medizinischen Fakultät der Universität Basel auch national positionieren.

Fazit

- Durch eine grössere Spitalgruppe und eine damit verbundene Schwerpunktbildung werden komplexere Fälle konzentriert. Damit können auch Investitionen in technische Anlagen und Ausbildung soweit verstärkt werden, dass ein Beitrag zur Innovationskraft und zur Ausbildungsqualität der universitären Medizin geleistet wird.
- Der medizinische Universitäts-Campus am Standort des heutigen USB soll durch die Bildung einer Spitalgruppe gestärkt werden.
- Definierte strategische Fachbereiche können jedoch im Rahmen einer Netzwerkstrategie als "Universitätsklinik an mehreren Standorten" betrieben werden.
- Einzelne Fachbereiche können als universitäre Einheit integral an einem Standort ausserhalb des USB angesiedelt werden. Die Vorgaben aus einem Leistungsauftrag der Medizinischen Fakultät für die Bereiche Lehre und Forschung kommen in den universitären Einheiten zur Anwendung. Die organisatorische Anbindung wird so ausgestaltet, dass die universitären Anliegen möglichst gut umgesetzt werden können.
- Die Spitalgruppe BS-BL bietet optimale Bedingungen für die langfristige Sicherung und Stärkung der Hochschulmedizin in der Region und eine bestmögliche Ausgangslage, um auf die heutigen und künftigen diesbezüglichen Anforderungen reagieren zu können. Durch Kooperationen mit Partnern ausserhalb der Gruppe kann die Hochschulmedizin zusätzlich gezielt gestärkt werden.

C.4.8 Gemeinwirtschaftliche Leistungen

C.4.8.1 Definition gemeinwirtschaftliche Leistungen und ungedeckte Kosten

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG werden gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL) nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert, sondern müssen von den Kantonen beziehungsweise Gemeinden oder Dritten, die sie bestellen, separat bezahlt werden. Neben den GWL nach KVG – wie die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen sowie der universitären Lehre und Forschung, welche im erwähnten KVG-Artikel aufgeführt werden – sind auch die kantonsspezifischen Vereinbarungen und Regelungen in die GWL einzubeziehen, die eben nicht in die anrechenbaren Kosten gemäss KVG, und damit in die Spitaltarife eingerechnet werden können und deshalb separat zu be-



zahlen sind. Die GWL werden in Leistungen gemäss KVG und Leistungen mit ungedeckten Kosten unterteilt.

C.4.8.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG

Artikel 49 Abs. 3 KVG lautet:

„Die Vergütungen nach Absatz 1²⁶ dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.“

Die Aufzählung ist nicht abschliessend, sodass weitere GWL durch den Kanton definiert werden können. Diese Leistungen sind mittels separater Leistungsvereinbarungen bei den entsprechenden Spitälern zu bestellen und durch den Besteller (Kanton) zu finanzieren. Dabei handelt es sich um Leistungen, welche der Kanton z.B. in Ausübung von Bundesrecht erbringen muss oder die entsprechenden Leistungen aus sozialen und / oder gesellschaftlichen Gründen für seine Bevölkerung angeboten werden sollen.

C.4.8.3 Leistungen mit ungedeckten Kosten

Im Unterschied zu den GWL gemäss KVG handelt es sich bei diesen Leistungen mit ungenügender Kostendeckung oder gar ungedeckten Kosten meist um Finanzierungslücken für Leistungen, welche durch einen nicht kostendeckenden oder fehlenden KVG-Tarif entstehen. Die Leistungen mit ungedeckten Kosten müssen von den Spitälern erbracht werden, sind aber durch die Krankenversicherer nur ungenügend oder gar nicht gedeckt. Den Spitälern entstehen so Finanzierungslücken. Zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung ist der Kanton daran interessiert, dass diese Leistungen weiterhin erbracht werden, da sie sinnvoll und notwendig sind und bei fehlendem Angebot anderweitige Kosten generiert würden.

C.4.8.4 Organisation der Gemeinwirtschaftlichen und ungedeckten Leistungen (GWL)

Die Finanzierung von GWL soll zwischen dem Kanton BS und dem Kanton BL koordiniert werden.

Auswirkungen / Konsequenzen

Es ist geplant, die GWL in personen-, fall- und standortbezogene Bereiche zu unterteilen. Dies soll sicherstellen, dass eine gemeinsame Finanzierung dort vorgenommen werden kann, wo dies sachlich korrekt ist und auf der anderen Seite soll dies auch die Möglichkeit geben, kantonsspezifische Gegebenheiten gebührend berücksichtigen zu können. Eine solche Koordination bringt Transparenz über die Finanzierung von GWL. Damit wird auch eine gemeinsame Definition von gesellschaftlich erwünschten Leistungen notwendig, um die entsprechenden Leistungen abzugelten.

²⁶ Abs. 1 regelt die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Pflegeleistungen in einem Spital oder einem Geburtshaus.



Grundsätzliche Überlegungen

- Längerfristig sollten die Aufwendungen für GWL für beide Kantone abnehmen. Ganz sicher ist ein Anstieg dieser Leistungen nicht opportun. Mindestens in einer Übergangsphase sind Beiträge für GWL jedoch wohl weiterhin nötig.
- Die Gegenüberstellung der aktuell gewährten GWL in BS und BL zeigt grosse Unterschiede auf (vgl. untenstehende Übersicht).
- Es müssen übergeordnet einheitliche Kriterien nach Leistungstyp vorliegen, die klarstellen, wer wofür zahlt.
- Es gilt gemeinsame Zahlungen, die eher an personellen Einheiten hängen, und standortbezogene Zahlungen, die von den entsprechenden Kantonen separat zu zahlen sind, zu definieren.
- Verbindlich abzusprechende gemeinsame Zahlungen sollen möglichst klein gehalten werden.
- Nur diejenigen GWL, die an Verteilungsschlüssel gebunden sind (Patienten, Ärzte, etc.) sind gemeinsam zu vereinbaren. Public Health-Leistungen sollen hingegen standortgebunden abgegolten werden.

Übersicht der im 2016 bezahlten GWL für den Bereich der Akutsomatik

GWL-Beiträge werden in beiden Kantonen sowohl für öffentliche Spitäler wie auch – insbesondere im Bereich der Aus- und Weiterbildungen – für private Spitäler bereitgestellt.

Abbildung 48: GWL 2016 für den Bereich Akutsomatik (exkl. Reha und Psychiatrie)

Betroffene Bereiche (Stand 2016)	BS	BL
Beratungsstelle für pränatale Untersuchungen	26'000	-
Geschützte Operationsstelle GOPS	160'000	-
Hochansteckende Krankheiten	300'000	-
Leitender Notarzt LNA	500'000	-
Offener Betrag	134'000	-
Schwangerschaftsberatungsstelle	60'000	-
Spitalbeschulung	318'000	305'000
Spital-Sozialdienst	2'596'000	234'000
Transplantationskoordination	130'000	10'000
Triagierung von Notfallpatienten	200'000	500'000
Versorgung Antidote	30'000	-
Vorhalteleistung Sanität	584'364	885'000
Finanzierung ungedeckte Kosten für universitäre L&F	32'945'000	-
Weiterbildung Medizinalberufe bis zum Facharztstitel	11'400'000	5'340'000
Ungedeckte Kosten spitalambulante Leistungen (UKBB)	5'500'000	4'425'000
Spital-Seelsorge	625'000	



24-Stundenbetrieb einer Notfallstation	-	9'047'000
Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP)	-	200'000
Total	55'508'364	20'946'000
Ausbezahlt (δ wegen Pauschalzahlung KSBL)	55'508'364	20'027'000

Im Hinblick auf eine zwischen den beiden Kantonen BS und BL abgestimmte Finanzierung der GWL ist eine Unterteilung derselben in die zwei Kategorien «Fall- und Systembezogene GWL» und «Standortbezogene GWL» naheliegend, wobei für die erste Kategorie eine gemeinsame Finanzierung nach objektiven Kriterien (z.B. Herkunft der Patientin oder des Patienten) angestrebt werden sollte, während für die standortbezogene GWL einzig der jeweilige Standortkanton zuständig zeichnet.

Einen Spezialfall bilden die Beiträge an die ärztliche Weiterbildung zum eidgenössischen Facharzttitel: Gemäss der sich zur Zeit in den Kantonen in der Ratifizierung befindenden interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV) werden diese Beiträge weiterhin durch den Standortkanton bezahlt, diesem aber von den Wohnsitzkantonen der Ärztinnen und Ärzte im Zeitpunkt der Maturität mit jeweils 15'000 Franken pro Ärztin / Arzt vergütet.

Im Rahmen einer gemeinsamen Spitalgruppe präsentiert sich die Lage wie folgt:

Im Kanton BL:

- Es ist von einer deutlich kleineren Unterdeckung im Notfallbereich für das KSBL auszugehen, da voraussichtlich ab dem Jahr 2021 die hochinstallierten Notfallstationen auf dem Bruderholz und in Laufen durch Permanenzen ersetzt werden und davon auszugehen ist, dass die Notfallstation in Liestal höher ausgelastet sein wird
- Schwerpunkte für weitere GWL-Zahlungen sollen zukünftig zusammen mit BS harmonisiert werden. Mögliche Bereiche sind eHealth, MNZ, SEOP sowie Aus- und Weiterbildung im Zusammenhang mit der „Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV)“

Im Kanton BS:

- Das GD wird die GWL für Lehre und Forschung überprüfen und neu ausrichten. Aus heutiger Sicht könnte der Fokus auf ungedeckten Kosten im Bereich Aus- und Weiterbildung, HSM, anwendungsbasierter Forschung und eHealth-Dienstleistungen der Spitäler in BS liegen. Eine Senkung der Beiträge für ungedeckte Kosten L&F und entsprechende Umschichtung ab 2019 wird angestrebt.

C.4.9 Weitere zu vertiefende Themen

Wie eingangs festgehalten, konnten aus Ressourcengründen nicht sämtliche als prioritär eingestufte Themenfelder in der abgelaufenen Phase B in der notwendigen Tiefe und Schärfe analysiert werden. Sie werden im Folgenden kurz beschrieben und im ANHANG I detaillierter beschrieben. In einer nächsten Phase werden diese Themen weiter bearbeitet.



C.4.9.1 Ambulante Grundversorgung / Hausarztmedizin

Die Grundversorgung ist die erste Anlaufstelle für eine kurative oder präventive Intervention (Erstbehandlung) und bildet somit den zentralen Ausgangspunkt der Gesundheitsversorgung. Der medizinischen Grundversorgung kommt somit die Rolle einer Nahtstelle zu („Gatekeeper“ Funktion), an welcher über weitere Behandlungsschritte in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung befunden wird. Eine Förderung der ambulanten Grundversorgung findet deshalb in den beiden Kantonen bereits heute statt.

C.4.9.2 Förderung der integrierten Versorgung

Unter integrierter Versorgung wird die Schaffung von (regionalen) Versorgungsnetzwerken in denen die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgung institutionalisiert sowie ergebnisorientiert zusammenarbeiten, verstanden. Knappe Ressourcen können zielgerichteter eingesetzt werden, und Gesundheitsfachleute können ihre Kompetenzen möglichst fokussiert einsetzen. Der Nutzen entsteht, indem der Behandlungsprozess der Patienten, unter Mitwirkung derselben, über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert wird.

C.4.9.3 Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe

Qualifizierte Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor. Verschiedene umfassende Analysen auf nationaler und auf kantonaler Ebene zeigen, dass die bisherige Entwicklung der Ausbildungstätigkeit der Betriebe in nicht-universitären Gesundheitsberufen ohne weitere Massnahmen klar nicht ausreicht, um den künftigen Bedarf an qualifizierten Mitarbeitenden in diesen Berufen zu decken. Parlamentarische Vorstösse zielen auch darauf ab, bisher ärztliche Tätigkeiten an nicht-universitäre Berufsgruppen zu delegieren. Damit der steigende Personalbedarf aus dem Inland gedeckt werden kann, braucht es deutlich mehr Ausbildungsplätze und attraktive, arbeitsmarkt-orientierte Berufsprofile.

C.4.9.4 Gesundheits- und Selbstkompetenz

Gesundheitskompetent ist, wer im Alltag Entscheidungen treffen kann, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dazu gehören nicht allein das Wissen, sondern auch die Motivation und die Fähigkeiten von Personen oder ganzen Gruppen, sich gesund zu verhalten.

Eine gesundheitskompetente Person nutzt im Alltag ihre Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in Gesundheitsfragen. Sie ist motiviert und in der Lage, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und entsprechend zu handeln – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheits- und Bildungssystem und allgemein in der Gesellschaft.

C.4.9.5 Die Steuerung des Patienten im Gesundheitswesen

Der Begriff der „Patientensteuerung“ geht von der Prämisse aus, dass die Patientin oder der Patient sich im Gesundheitswesen nicht „ideal“ verhält. Man geht davon aus, dass eine „gesteuerte“ Patientin im ökonomischen Sinne geringere Kosten verursacht und im medizinischen Sinne ein besseres Behandlungsergebnis hat. In diesem Zusammenhang wurden in der Schweiz seit den späten 90er Jahren vor allem von Versichererseite verschiedene Patientensteuerungsmodelle auf freiwilliger Basis eingeführt, die unter den Begriffen „Hausarztmodell“ oder „Managed Care“ Einzug gefunden haben. Mit Managed Care wird allgemein die gezielte Steuerung des Patienten in der medizinischen Behandlung bezeichnet. In diesen Managed Care-Modellen verpflichtet sich der Versicherte zu einer freiwilligen Einschränkung, nämlich in irgendeiner Art und Weise durch seine Krankenversicherung oder deren Beauf-



trage gesteuert zu werden, und erhält dafür einen der potentiellen Einsparung entsprechenden Rabatt auf seiner Krankenversicherungsprämie. Allen Modellen gleich ist der Ansatz, dass sich Patienten primär über eine Person (Hausarzt) oder Institution (Ärzteneetz, HMO) in der Wahlfreiheit ihrer Behandlung (freiwillig) einschränken lassen. Damit soll erreicht werden, dass sich die Patientin oder der Patient bewusst und „gesteuert“ auf dem Behandlungspfad bewegt. Eine erzwungene Einschränkung der Wahlfreiheit, wie sie etwa mit der Eidg. Abstimmungsvorlage vom 17. Juni 2012²⁷ vorgesehen war, ist jedoch politisch nach wie vor nicht mehrheitsfähig.

C.5 Schlussfolgerungen im Bereich Versorgung

C.5.1 Verlagerung stationär zu ambulant

Fazit

- Die Verlagerung stationär zu ambulant ist ein dynamischer Prozess.
- Die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich wird massgeblich vom Fortschritt der chirurgischen und anästhetischen Technik beeinflusst.
- Bei bestimmten Verfahren ist das Verlagerungspotential bereits ausgeschöpft.
- Dort wo die ambulante Versorgung die stationäre Versorgung ersetzt, kann mit einer Kosteneindämmung gerechnet werden.
- Das Vergütungssystem beeinflusst die weitere Entwicklung der ambulanten Eingriffe.
- Die Organisation der Gesundheitsversorgung hat eine Bedeutung für die Entwicklung der erwünschten Verlagerung stationär zu ambulant. Regulatorische Begleitmassnahmen sind deshalb zu prüfen
- BL und BS wollen sich in der Diskussion auf Bundesebene einbringen, um die gewünschte Verlagerung auf Gesetzesebene mittels entsprechenden finanziellen Anreizen zu beschleunigen.

C.5.2 Aufbau eines gemeinsamen Monitorings

Analyse

Im Kanton BS werden seit 2009 alle Leistungserbringer (14 Spitäler und Kliniken, inkl. Geburtshaus) zur Teilnahme am Qualitäts- und Versorgungsmonitoring verpflichtet. Die Institutionen beteiligen sich am national verpflichtenden sowie am kantonalen Monitoring. Ergebnisse des Monitorings werden adressatengerecht veröffentlicht. Im Kanton BL wurden die Institutionen (13 Spitäler und Kliniken, inkl. Geburtshäuser) bezüglich Qualität und Versorgung bislang nicht strukturiert monitorisiert. Seit dem 1. April 2016 besteht eine Zusammenarbeit im Qualitäts- und Versorgungsmonitoring zwischen beiden Kantonen. Ein Vertrag zwischen der VGD BL und dem GD BS wurde unterzeichnet (inkl. der integrierten Bestandteile "Reglement QubB" und "Datenreglement QubB"). Das Monitoring baut auf einem Konzept auf, welches im Bereich Spitalversorgung des GD BS ausgearbeitet wurde. Mit seinem Know-how und seinen Ressourcen unterstützt BS BL bei der Initiierung und Implementierung eines strukturierten Qualitätsmonitorings in den Spitälern BL.

²⁷ <https://www.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis358.html>



Umsetzung

Es ist ein zweistufiger Aufbau vorgesehen. In der ersten Phase werden die Ergebnisse der nationalen Messungen (ANQ und BAG Q-Indikatoren) der basellandschaftlichen Leistungserbringer analysiert und beurteilt, sowie gegebenenfalls Handlungsempfehlungen abgeleitet. Weiter erstatten alle Spitäler und Kliniken ab 2016 Bericht über ihre Qualitätsaktivitäten und liefern dem Kanton einen strukturierten Qualitätsbericht nach der Vorlage von H+ ab. Während der ersten Phase gleichen die Institutionen bei Bedarf ihr spital- und klinikinternes Qualitätsmanagement an die bi-kantonalen Vorgaben an.

Abbildung 49: Aufbau eines gemeinsamen Monitorings, Phasenplan

	Ebene	Spital	Monitoringbereich	01.04.2016	01.01.2017	2018	31.03.2019
1	national	alle	ANQ Messergebnisse akut-reha-psych				
	national	Akutsomatik	BAG Fallzahlen & Mortalität				
	national	alle	Qualitätsberichte nach Vorlage H+				
2	QubB	alle	Teilnahme am kantonalen Monitoring				
	QubB	Spitäler mit LA*	Messung Knie- und Hüft TEP (COMI)				
	QubB	alle	Umsetzung Qualitätsstrategie				

In der zweiten Phase, die mit dem Kalenderjahr 2017 beginnt, werden die kantonalen Schwerpunktthemen neu auch in den Institutionen des Kantons BL umgesetzt. Darüber hinaus werden sich die Spitäler in BL an der Messung zur Indikationsqualität von Hüft- und Knieimplantaten beteiligen und die kantonale Qualitätsstrategie für die Spitalversorgung umsetzen. Das kantonsübergreifende Monitoring ist zunächst als dreijähriges Pilotprojekt konzipiert.

Fazit

Es wird beabsichtigt, das dreijährige Pilotprojekt im Qualitäts- und Versorgungsmonitoring bei den Spitälern zum Aufbau eines gemeinsamen Versorgungs-, Qualitäts- beziehungsweise Spitalmonitorings umzusetzen und anschliessend in den Regelbetrieb über zu überführen. Durch eine Zusammenarbeit im Bereich Qualität im Sinne des gemeinsamen Versorgungsraums entsteht eine grössere Vergleichsmenge an erhobenen Daten, mit denen die Aussagekraft gesteigert werden kann.

C.5.3 Regelmässige Aktualisierung der Datenlage

Die im Rahmen dieses Projektes erarbeitete Datengrundlage wird weitergeführt und regelmässig aktualisiert.



D. ANALYSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN IM BEREICH REGULIERUNG UND AUFSICHT

D.1 Analyse

D.1.1 Grundzüge der heutigen Spitallandschaft

Die wichtigsten Grundzüge der heute geltenden rechtlichen Grundlagen in der Spitallandschaft gehen zurück auf die von den eidgenössischen Räten beschlossene Neuregelung der Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist und bis spätestens am 31. Dezember 2011 umzusetzen war. Die wichtigsten Änderungen waren:

- Leistungsbezogene Fallpauschalen mit gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstruktur;
- Vollkostenprinzip unter Einbezug sämtlicher anrechenbaren Kosten inkl. Abschreibungen und Kapitalzinskosten;
- Gleichstellung der auf den kantonalen Spitallisten geführten öffentlichen und privaten Spitäler;
- Schweizweit freie Spitalwahl für die Patienten und damit Öffnung der Kantons Grenzen;
- Separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Diese Anpassungen bedeuteten unter anderem auch, dass die Kantone keine Defizitdeckung mehr vornehmen konnten, um die öffentlichen Spitäler ausfinanzieren zu können. Neu müssen so genannte gemeinwirtschaftliche Leistungen insbesondere für die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen oder für die Forschung und universitäre Lehre in separaten Leistungsaufträgen geregelt werden. Damit wollte der Gesetzgeber unter anderem auch die Gleichstellung von privaten und öffentlichen Spitalern weiter sicherstellen.

Um die neuen Bundesvorgaben umsetzen zu können, wurden die ab 1. Januar 2012 gültigen Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge neu ausgestaltet und auf den entsprechenden kantonalen Spitallisten der Kantone BS und BL abgebildet.

D.1.2 Wettbewerb vs. Regulation

In der oben beschriebenen neuen Spitallandschaft kommt auch den Kantonen eine neue Rolle zu: So hielt der Bundesrat in seiner Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) fest: *"Das Angebot bestimmt weitgehend die Nachfrage, und die Preise spielen für die Verbraucher/Versicherten keine direkte Rolle. Aus sozialpolitischen Gründen muss das System zudem der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Pflegeangebot gewährleisten. Im Hinblick auf eine rationelle Verwendung der Ressourcen sprechen diese Fakten dafür, dass der Staat bei der Infrastrukturplanung (Bereitstellung der nötigen Kapazitäten entsprechend dem effektiven Bedarf, kantonsinterne und interkantonale Koordination) eine führende Rolle übernimmt. Die Ausweitung der kantonalen Spitalplanung im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung aller Versicherten ist daher völlig gerechtfertigt, denn nur so kann die Planung wirksam sein [...]. Im Idealfall sollten einzig die Markt- und Wettbewerbsregeln bestimmen, wer Zugang zum Markt erhält. Man könnte es daher bedauern, dass mit der Revision der Einflussbereich des Staates durch die Ausweitung der Mitfinanzierung und die verstärkte Gewichtung der Planung vergrössert wird. Immerhin würde mit der vorgeschlagenen Regelung im festgelegten Rahmen der Tarifwettbewerb verstärkt. In einem «Markt» jedoch, in*



dem die Nachfrage zu einem grossen Teil angebotsinduziert ist und in dem die «Preise» durch eine Behörde genehmigt oder fixiert sind und der Konsument nicht unmittelbar für die Kosten der konsumierten Leistungen aufkommt, gilt es indessen, die Regeln für die Teilnahme am «Markt» den besonderen Verhältnissen anzupassen».²⁸

D.1.3 Rechtliche Grundlagen

Sämtliche Massnahmen, welche im schweizerischen wie auch im kantonalen Gesundheitswesen auf der Ebene der Regulation und der Aufsicht durchgeführt werden, müssen sich auf eine gesetzliche Basis abstützen. Auf der Bundesebene ist dies vor allem das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und auf kantonaler Ebene sind dies das Gesundheitsgesetz für den Kanton BS (GesG; SG 300.100) und das Spitalgesetz für den Kanton BL (GS 37.0867).

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass auf Bundesebene und auch aufgrund der jüngsten Bundesverwaltungsgerichtsentscheide (BVGer) zu Tarifstreitigkeiten zwischen Krankenversicherern und Spitälern, eine Tendenz zu vermehrter Regulierung feststellbar ist. Dies lässt sich z. B. aus den Vorgaben ablesen, welche das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bezüglich dem Ausweis von Qualitätsindikatoren macht oder durch die sehr enge Vorgabe des BVGer wie der Kostenausweis der Spitäler auszusehen hat, um eine Baserate²⁹ berechnen zu können. Des Weiteren hält das BVGer im Entscheid Kanton Zürich gegen die Clinica Holistica Engiadina SA Graubünden vom 29. September 2015 fest:

„Der vom Gesetzgeber angestrebte Wettbewerb soll einerseits zwischen den Listenspitalern (innerkantonal und interkantonal) und andererseits zwischen Listenspitalern und Vertragsspitalern spielen. Er ersetzt aber nicht die kantonale Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, wie sowohl aus Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG als auch aus Art. 58a Abs. 1 KVV hervorgeht. Bedarfsgerecht ist die Versorgungsplanung grundsätzlich dann, wenn sie den Bedarf - aber nicht mehr als diesen – deckt.“

Das BVGer bekräftigt somit zum wiederholten Mal, dass die Kantone ihrer Pflicht zur Versorgungsplanung nachkommen müssen und diese aktiv durch Regulierung zu steuern beziehungsweise zu beeinflussen sei.

Es geht sogar noch einen Schritt weiter und hält fest:

„Aufgrund der Materialien lässt sich die Ansicht, der Gesetzgeber habe die Funktion der Spitalplanung im Sinne von Art. 39 Abs. 1 KVG auf die Verhinderung einer Unterversorgung beschränken wollen, nicht bestätigen. Die Kosteneindämmung und namentlich der Abbau von Überkapazitäten gehören weiterhin zu den Zielen der Spitalplanung. Eine interkantonale Koordination der Planung ist für das Erreichen der verschiedenen Ziele (namentlich die Bedarfsdeckung, eine optimale Ressourcennutzung sowie die Eindämmung der Kosten) von erheblicher Bedeutung. Die in Art. 39 Abs. 2 KVG verankerte und in Art. 58 d KVV konkretisierte Pflicht zur Koordination der Planungen gilt daher - entsprechend dem Wortlaut der Bestimmungen - generell und nicht nur zur Vermeidung einer Unterversorgung.“

²⁸ 04.061 Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004 (Seite 5587 f.)

²⁹ Basispreis eines Spitals bei einem Fallschweregewicht von 1.000.



D.1.4 Rolle des Regulators im KVG 2012

Unter Regulation und Aufsicht (R/A) wird die Lenkung beziehungsweise die Sicherstellung der Einhaltung der bundesrechtlichen und kantonalen Vorgaben im Bereich der Krankenversicherung verstanden. Dabei geht es u.a. um die Zulassung, die Bewilligungen, die Anforderungen an die Leistungserbringer, die Leistungserbringung als solches, die hoheitlichen Aufgaben, die mit Leistungsauftrag und Leistungsvereinbarung verbunden sind und die Tarifgenehmigungs- und festsetzungsverfahren. Primäre Anspruchsgruppen sind die Leistungserbringer (z.B. Spitäler, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, medizinische Einrichtungen, Alters- und Pflegeheime etc.). Mit einer klaren Definition und Abgrenzung der Rolle des Regulators und der Aufsicht kann auch eine gewisse Entflechtung der Rollenkonflikte (Kanton als Eigner von Spitälern, als Regulator, als Versorger und als Beschwerdeinstanz) erreicht werden. Damit die Rolle des Regulators glaubwürdig und von den Leistungserbringern auch akzeptiert wird, ist die Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen Spitälern und von Privatspitälern eine äusserst wichtige Prämisse. Diese Rolle ist bei den basel-städtischen Privatspitälern schon stärker etabliert und akzeptiert, da sämtliche Basler Privatspitäler bis auf die Schmerzlinik Basel und das Palliativzentrum Hildegard schon seit je her als gemeinnützige Privatspitäler durch den Kanton BS mitfinanziert wurden. Im Kanton BL waren die Privatspitäler bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 nicht subventioniert. Aus diesem Grund ist man hier auch noch etwas kritischer gegenüber dem Regulator eingestellt und beobachtet sehr genau, ob wirklich in allen Belangen eine Gleichbehandlung bzw. gleich lange Spiesse bei der Vergabe von Leistungsaufträgen oder die Aufnahme auf die Spitalliste gelten.

D.1.5 Heutiges System in BS und BL

Die Neuausrichtung der Spitalversorgung und –finanzierung auf Bundesebene wie unter D.1.1 beschrieben, hat ab ca. 2008 zu einer Zäsur in der bis dahin gemeinsam erfolgten Spitalplanung zwischen den beiden Basel geführt. Auf der Basis eines übereinstimmenden Beschlusses hatten die beiden Regierungen bis dahin eine gemeinsame Spitalliste geführt und für das gesamte akut-somatische Behandlungsspektrum eine Bettenzuteilung pro „Institution“ und Leistung vorgenommen. Mit Umsetzung der KVG-Revision, die per 1. Januar 2009 in Kraft trat und neue Rahmenbedingungen setzte, wurde die gemeinsame Spitalliste per 1. Januar 2012 in beiden Kantonen wieder aufgehoben.

Seither erstellen die Kantone ihre jeweiligen kantonalen Spitallisten autonom und unabhängig voneinander. Dies bedeutet, dass auch die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführten Leistungsaufträge nicht unter den Kantonen abgesprochen sind und damit mögliche Konzentrations- oder Koordinationsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft werden können. Damit liegt Effizienzpotenzial brach, welches künftig sinnvoll genutzt werden soll.

Seit der Einführung der vollen Freizügigkeit zwischen den Kantonen BS und BL per 1. Januar 2014 übernehmen die beiden Kantone die jeweils vom anderen Kanton erstellte Spitalliste mit den entsprechenden Leistungsaufträgen integral. Damit ist sichergestellt, dass sich BS wie BL Patientinnen und Patienten ohne Mehrkosten für den Patienten im Spital ihrer Wahl innerhalb der beiden Kantone behandeln lassen können. Weitergehende Effekte wie z.B. die Koordination oder die Konzentration von medizinischen Leistungen sind damit aber nicht verbunden. Damit einhergehend wird bisher auch auf eine eigentliche Versorgungsplanung verzichtet bzw. eine solche verunmöglicht. Die bisherige Zusammenarbeit in der Versor-



gungsplanung fand somit eher auf informeller Basis statt, wie bei den Berichten zum Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme³⁰. Aufgrund dieser Tatsache blieb die Wirkung einzelner kantonaler Massnahmen, wie z. B. die Einführung des Qualitäts- und Versorgungsmonitorings oder die Vorgabe von Mindestfallzahlen zur Sicherung der medizinischen Qualität, immer nur auf den jeweiligen kantonalen Teil des Versorgungsraums BS und BL beschränkt und konnte nicht die volle Wirkung entfalten.

D.2 Ziel und Zweck sowie Stossrichtung

Das GD BS und die VGD BL verfolgen mit einer gemeinsamen Regulation und Aufsicht in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie folgende Ziele für den gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum:

- Einheitliche und transparente Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen;
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und/oder Fehlversorgung;
- Gemeinsame effiziente und effektive Bewirtschaftung des Gesundheitsversorgungsraums;
- Gegenseitig verbindliche regulatorische Massnahmen;
- Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern.

Die rechtliche Grundlage für eine Versorgungsplanung leitet sich aus dem KVG ab. Diese Planung bezieht sich jedoch ausschliesslich auf den stationären Bereich. Im ambulanten Bereich haben die Kantone bis anhin keine planerischen Kompetenzen.

Im KVG ist die Spitalplanung und die daraus resultierende Erstellung einer Spitalliste als kantonale Aufgabe festgehalten (Art. 39 KVG). Die Kantone können entsprechend Einfluss auf die Gestaltung der stationären Versorgung nehmen. Die Gestaltung der stationären Versorgung ist seit der neuen Spitalfinanzierung ab 1. Januar 2012 nicht mehr auf eine Kapazitätsplanung (Anzahl Betten) ausgerichtet. Die Planung richtet sich nach dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung und wird in den Leistungsaufträgen an die einzelnen Spitäler konkretisiert. Durch Leistungs-, Qualitäts-, und Mengenvorgaben können die Kantone steuernd eingreifen, wobei "private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind" (KVG Art. Abs. 1 39 d) und daher ein gewisser Wettbewerb zu berücksichtigen ist. Die Entscheidung, ob die Spitalplanung durch einen einzelnen Kanton oder durch mehrere Kantone gemeinsam erfolgen soll, obliegt den Kantonen. Nach Art. 39 Abs. 2 KVG sind die Kantone in jedem Fall zur Koordination ihrer Planungen verpflichtet.

Aufgrund dieser Ausgangslage haben das GD BS und die VGD BL Varianten und Möglichkeiten ausgearbeitet, welche eine vertiefte Koordination und Zusammenarbeit bei der Spital- und Versorgungsplanung ermöglichen würden. Die Varianten unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der organisatorischen Abläufe und der Zusammenlegung von Kompetenzen. Das

³⁰ <http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalplanung.html>



übergeordnete Ziel ist in jedem Fall, Synergien besser zu nutzen und die Planungen eng zu koordinieren beziehungsweise eine gemeinsame Planung zu erstellen. So können medizinische Leistungen bald im ganzen Versorgungsraum besser koordiniert und, wo sinnvoll, an geeigneten Orten konzentriert werden. Wie auch im Bericht zu den Beteiligungen dargestellt wird, werden sich diverse Synergien auch auf die Qualitätssicherung (Mindestfallzahlen etc.) positiv auswirken.

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung werden die Kantone auch zur gemeinsamen Planung im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtet. Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) unterzeichnet und sich damit zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Nach Art. 48 BV haben die Kantone die Möglichkeit, miteinander Verträge zu schliessen und gemeinsame Organisationen und Einrichtungen zu schaffen. In diesem Rahmen kann auch eine gemeinsame Spitalplanung vorgenommen werden beziehungsweise die Bildung von Versorgungsregionen erfolgen. Nach Art. 48a Abs. 1 Bst. h BV könnte der Bund, auf Antrag interessierter Kantone, interkantonale Verträge allgemein verbindlich erklären oder Kantone zur Beteiligung an interkantonalen Verträgen in diesem Bereich verpflichten.

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung am 1. Januar 2012 hat der Kanton BS eine neue Spitalliste auf Basis einer leistungsorientierten Planung gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erlassen. Die Spitalliste dient als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im Kanton BS, unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen anderer Kantone und aus dem Ausland. Sie basiert auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung, die das Angebot aller Versicherungsklassen umfasst und private Spitalträgerschaften angemessen berücksichtigt.

Bestehen im Kanton keine ausreichenden Kapazitäten in einem Leistungsbereich, sind auch ausserkantonale Spitäler zu berücksichtigen. Im Kanton BS besteht nur im Bereich der Rehabilitation eine Angebotslücke, welche durch die Aufnahme von fünf ausserkantonalen Kliniken auf die Spitalliste geschlossen wurde.

Im Jahr 2012 kamen rund 28% der Patientinnen und Patienten in BS-Spitalern aus dem Kanton BL. Umgekehrt liessen sich rund 4% der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton BS in Spitalern im Kanton BL behandeln. Bereits im April 2012 haben die beiden Regierungen der Kantone BL und BS deshalb im Sinne eines gemeinsamen Versorgungsraumes beschlossen, dass die Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone bis spätestens ab dem Jahr 2014 in den Genuss der vollen Freizügigkeit kommen sollen. Nach dem definitiven Beschluss der beiden Regierungen im September 2013 ergänzte der Kanton BS seine Spitalliste – mit der Aufnahme der Listenspitäler im Kanton BL – mit dem jeweils durch den Standortkanton erteilten Leistungsauftrag. Somit gilt ab dem 1. Januar 2014 für die Basler und die basellandschaftliche Bevölkerung die volle Freizügigkeit für Spitalbehandlungen in Spitalern auf den beiden Kantonsgebieten. Mit der vollen Freizügigkeit ist garantiert, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone sämtliche Spitäler in BS und BL, die sich auf der Spitalliste befinden, auch bei einer ausserkantonalen Wahlbehandlung ohne zusätzliche Kostenfolge für ihre Behandlung auswählen können. Es gilt der Preis beziehungsweise der Tarif eines Spitals, welcher zwischen den Tarifpartnern (Krankenversicherer und Spitäler)



ausgehandelt und durch die jeweilige Kantonsregierung genehmigt, beziehungsweise bei Fehlen eines solchen Vertrages durch diese festgesetzt wurde.

Fazit

Gerade der Gesundheitsraum Jura-Nordbogen ist für eine engere Zusammenarbeit prädestiniert, da die Patientenströme – der zunehmend mobilen Gesellschaft – nicht vor den Kantongrenzen Halt machen; nur wenige Patientinnen und Patienten aus den Kantonen BS und Base-Landschaft verlassen den Gesundheitsversorgungsraum BS/BL. Somit entspricht der Gesundheitsversorgungsraum BS/BL auch dem Leistungs-Nachfrageraum, was eine durchgeführte Patientenstromanalyse der Nordwestschweizer Kantone bestätigt.

Die Analysen der beiden Gesundheitsdirektionen BS und BL haben weiter ergeben, dass die Zusammenarbeit der Spitäler mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern sowie die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen Verbesserungspotential hat

Um Einfluss auf diesen Raum zu nehmen (Versorgung, Kosten) ist eine einheitliche und ganzheitliche Sicht auf beide Kantone notwendig. Alleingänge der Kantone im Hinblick auf Regulierungen sind zum Scheitern verurteilt, da die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und auch die Patientinnen und Patienten jeweils ohne weiteres in den anderen Kanton ausweichen können.

Die beiden Kantone beabsichtigen daher gemeinsam den Versorgungsraum zu planen und zu bewirtschaften (zum Thema Regulation und Aufsicht vgl. den entsprechenden separaten Bericht).

D.3 Verhältnis von privaten zu öffentlichen Spitälern

Das Verhältnis zwischen den Kantonen BS und BL und den in ihrem Kantonsgebiet tätigen öffentlich-rechtlichen und privaten Spitälern ist historisch bedingt unterschiedlich und Bedarf der besonderen Umsicht der beiden Kantone. Im Kanton BS waren alle Privatspitäler bis auf die Schmerzklinik und das Palliativzentrum Hildegard schon seit je her durch den Kanton BS als gemeinnützige Privatspitäler subventioniert. Im Kanton BL erhielten die Privatspitäler erst ab Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 auch den Kantonsanteil. Diesen unterschiedlichen Integrationsgrad gilt es zu berücksichtigen, wenn Diskussionen um die Gleichbehandlung oder gleich langen Spiesse von öffentlich-rechtlichen und Privatspitälern geführt werden. Die beiden Kantone sind hier gefordert, klar ihre Rollenteilung zu wahren, damit die Kantone nicht dem Vorwurf der Bevorzugung der eigenen öffentlichen Spitäler bei der Vergabe von Leistungsaufträgen ausgesetzt sind. Damit dies gewährleistet werden kann und der Bevölkerung qualitativ hochstehende Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen, beabsichtigen die beiden Kantone die geplante Kriterienliste für die Erteilung von Leistungsaufträgen sowohl auf private wie auch auf öffentlich-rechtliche Spitäler gleichermaßen anzuwenden.

Um die Glaubwürdigkeit der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privaten Spitäler durch die beiden Kantone weiter erhöhen zu können, ist beabsichtigt, dass auch im geplanten Fachorgan (siehe dazu Kapitel D 5.2), welches die beiden Gesundheitsdirektionen



künftig bei der Ausgestaltung der Spitallisten beraten soll, auch Vertreter der Privatspitäler miteinbezogen werden sollen.

D.4 Tarifgenehmigungen und –festsetzungen

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Kantone bei Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsverfahren über ein gewisses Ermessen verfügen. Dieses wurde und wird durch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer) konkretisiert beziehungsweise auch eingeschränkt. Aufgrund verschiedener BVGer-Entscheide sind deshalb schon verbindliche Anforderungen an Berechnungen, den Ausweis von universitärer Lehre und Forschung, den Ausweis von gemeinwirtschaftlichen Leistungen etc. vorgegeben. Auch zur konkreten Ermittlung von Baserates eines Spitals an verschiedenen Standorten hat sich das BVGer mit Entscheid (C-2290/2013) in E 8.4.5 wie folgt geäußert: *„dass das Vorgehen der Vorinstanz, die beiden Standorte des See-Spitals je separat zu behandeln und für die Tariffdifferenzierung auf die jeweiligen Leistungsaufträge abzustellen, im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden ist.“*

Dies bedeutet für den vorliegenden Fall einer möglichen Spitalgruppe zwischen dem USB und dem KSBL, dass auch hier eine Differenzierung der Baserates pro Standort vorgenommen werden kann. Die Ermittlung der Baserates soll deshalb in einer ersten Phase ab Gründung der gemeinsamen Spitalgruppe wie folgt vorgenommen werden:

- Die Spitalgruppe USB/KSBL führt für die einzelnen Standorte (Basel, Bruderholz, Laufen, Liestal) separate Kostenrechnungen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist dies grundsätzlich und nicht nur im Rahmen der Ermittlung einer differenzierten Baserate notwendig.
- Die Spitalgruppe USB/KSBL reicht die Kostenrechnungen pro Standort auf der Basis der von H+ erarbeiteten ITAR_K-Modelle³¹ bei der zuständigen Genehmigungsbehörde (Standortkanton) ein. Das GD BS oder die VGD BL prüfen die Unterlagen und unterziehen diese einem vom Bundesgesetzgeber geforderten Benchmarking. Die federführende Behörde konsultiert in der Ausübung ihrer Kompetenzen die Behörde des anderen Trägerkantons. Hier sei auf die Bestimmungen im Zusammenhang mit dem Universitäts-Kinderspital (UKBB) verwiesen (§24 Kinderspitalvertrag) wo dies analog geregelt ist.
- Die Regierungen BS und BL sanktionieren als Genehmigungsbehörde die ermittelten Tarife beziehungsweise Baserates gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Die gesamtschweizerische Entwicklung der Tariflandschaft ist genau zu beobachten. Falls die schweizweit erwartete Angleichung der Baserates konkrete Züge annimmt und um Fehlansätze zu vermeiden, sollte langfristig eine einheitliche Baserate für die Spitalgruppe angestrebt werden.

³¹ Integriertes Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung



D.5 Konzept „Gemeinsame Steuerung der stationären Spitalversorgung“

D.5.1 Transparente gemeinsame Kriterien als Grundlage

Grundsätzlich erfolgt die Steuerung der Spitallandschaft über die Vergabe von Leistungsaufträgen an Spitäler. Die mit einem Leistungsauftrag betrauten Spitäler werden auf den kantonalen Spitallisten aufgeführt. Derzeit findet sowohl im Kanton BS wie auch im Kanton BL eine gewisse Steuerung, wie z. B. Kontrolle der erbrachten Leistungen anhand der Leistungsaufträge, im stationären Bereich über die Spitalliste beziehungsweise den damit verbundenen Leistungsvereinbarungen statt. Es fehlt aber an einheitlichen und verbindlichen Kriterien, mit denen eine gemeinsame und wirkungsvolle Versorgungsplanung und -steuerung in den beiden Basel erreicht werden kann.

Aus diesem Grund wird eine für beide Kantone verbindliche Kriterienliste erstellt, welche die Mindestanforderungen für die Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitäler und Kliniken definiert. Ausnahmen sollen aber in begründeten Fällen möglich bleiben, um z. B. die Versorgungsnähe oder die Aufrechterhaltung eines notwendigen Versorgungsportfolios gewährleisten zu können. Die Liste enthält insbesondere folgende Anforderungen:

- Die Mindestfallzahlen für die Akutsomatik gemäss anerkannter Leistungsgruppensystematik sollen erreicht werden. Ausnahmen insbesondere im Zusammenhang mit einem spezifischen Leistungsangebot oder zur Aufrechterhaltung von akademischen Kompetenzen in der Region sind denkbar;
- Sehr tiefe Fallzahlen pro Leistungsgruppe in einem Spital werden hinterfragt und bei Nichtbedarf wird die Leistungsgruppe gestrichen;
- Ausserkantonale Leistungserbringer sollen nur auf die Spitalliste aufgenommen, wenn z.B. mehr als 10% baselstädtische oder basellandschaftliche Patientinnen und Patienten in einer Leistungsgruppe vom ausserkantonalen Spital behandelt werden;
- Die nationalen und kantonalen Qualitätsmessungen sollen durchgeführt werden;
- Es sollen Ausbildungsplätze im ärztlichen und nichtärztlichen Bereich angeboten werden;
- Es wird punktuell festgelegt, welche Leistungen in der Regel ambulant erbracht werden sollen;
- Die Spitäler können zum Führen einer Notfallaufnahme verpflichtet werden.

Auch ein allfälliger zusätzlicher Patienten- oder Systemnutzen im Sinne einer wohnortnahen Behandlung, deutlich günstigeren Preisen oder Vereinbarungen mit Krankenversicherern für integrierte Versorgung soll bei der Vergabe von Leistungsaufträgen berücksichtigt werden. Des Weiteren sorgen die Kantone BS und BL mit dem Ziel der Konzentration (Qualität) und der Koordination von Leistungen bei den Leistungserbringern für ein bedarfsgerechtes Angebot. Tariffestsetzungs- und Genehmigungsverfahren über die Kantonsgrenze hinweg sollen koordiniert und ein gemeinsames Tarif-Benchmarking etabliert werden.

Damit der Einsatz der Steuerungsinstrumente zielgerichtet angewendet werden kann, muss eine gemeinsame Datengrundlage erarbeitet werden. Zusätzlich zur Kriterienliste soll daher im Rahmen eines gemeinsamen Versorgungsmonitorings für alle medizinischen Disziplinen (Spitalleistungsgruppen) ermittelt werden, welche stationären Angebote in den beiden Kantonen inskünftig erforderlich sein werden beziehungsweise auf welche Angebote aus Versor-



gungssicht verzichtet werden kann. Hierfür werden in einem ersten Schritt die adjustierten Fallzahlen je Leistungsgruppe in den Kantonen BS und BL mit den schweizerischen Durchschnittsfallzahlen verglichen. So können erste Anzeichen für eine mögliche Über- oder Unterversorgung identifiziert werden, welche dann vertieft analysiert werden müssen.

Die Kriterienliste soll gemeinsam zwischen dem GD BS und der VGD BL ausgearbeitet werden. Diese Liste bildet die Basis für den transparenten Umgang mit Gesuchen zur Aufnahme auf die Spitalliste oder die Vergabe von Leistungsaufträgen.

Nachfolgend werden die erarbeiteten Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen kurz vorgestellt und mögliche Auswirkungen und Konsequenzen aufgezeigt.

D.5.1.1 Vergabe von Betriebsbewilligungen

Für die Kantone BS und BL sollen einheitliche Vorgaben für die Vergabe von Betriebsbewilligungen vorgesehen werden.

Mit dieser Massnahme soll eine transparente Vergabe von Betriebsbewilligungen gewährleistet werden. Durch die präziser gefassten Bewilligungsvorgaben werden die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit erhöht³².

D.5.1.2 Anwendung der anerkannten Leistungsgruppensystematik

Die anerkannten Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) sollen grundsätzlich zur Anwendung gelangen. Damit sind Vorgaben an Struktur- und Prozessqualität gebunden (z.B. Notwendigkeit einer Intensivstation, ärztliche Verfügbarkeit etc.). Aktuell wird in den beiden Basel, wie in den meisten anderen Kantonen auch, auf die Zürcher Leistungsgruppensystematik abgestützt. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat unter Beizug von über 100 Fachexperten ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen für die Akutsomatik erarbeitet anhand derer in den beiden Basel Leistungsaufträge vergeben werden.

Diese Vorgaben haben ebenfalls Einfluss auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung wie auch auf die Patientensicherheit. Spitäler, welche die Anforderungen an Infrastruktur etc. nicht erfüllen, werden einzelne Leistungsaufträge nicht mehr erhalten.

D.5.1.3 Mindestfallzahlen gemäss anerkannter Leistungsgruppensystematik

Für einzelne Leistungsgruppen sind Mindestfallzahlen definiert. Diese müssen durch die Spitäler, welche die entsprechende Leistung anbieten wollen, grundsätzlich erfüllt werden. Ausnahmen sind insbesondere im Zusammenhang mit einem spezifischen Leistungsangebot oder zur Aufrechterhaltung von akademischen Kompetenzen in besonderen Fällen denkbar.

Die Anwendung dieses Kriteriums unterstützt eine gewollte Konzentration und Koordination von stationären medizinischen Leistungen. Die Qualität der medizinischen Behandlung wie auch die Patientensicherheit können damit erhöht werden. Auch die Wirtschaftlichkeit steigt bei einer Konzentration von Eingriffen. Einzelne Spitäler werden aufgrund des Nichterreichens der Mindestfallzahlen Leistungsaufträge abgeben müssen.

³² Im Kanton BL bedingt eine solche Vorgehensweise einer Anpassung der gesetzlichen Grundlagen



D.5.1.4 Geringe Fallzahlen

Fallzahlen $< X$ Fälle pro Leistungsgruppe werden hinterfragt und bei Nichtbedarf wird die Leistungsgruppe gestrichen (z.B. $X = 10$ Fälle). Ausnahmen sind insbesondere im Zusammenhang mit einem spezifischen Leistungsangebot oder zur Aufrechterhaltung von akademischen Kompetenzen in besonderen Fällen denkbar.

Dieses Kriterium gestattet es eine gewollte Konzentration und Koordination von medizinischen Leistungen zu unterstützen. Damit soll auch die „Gelegenheitschirurgie“ möglichst verhindert werden, welche die Patientensicherheit gefährdet. Bei einzelnen Spitälern müssen Leistungsaufträge gestrichen werden.

D.5.1.5 Aufnahme von ausserkantonalen Leistungserbringern auf die Spitalliste

Die Aufnahme von ausserkantonalen Leistungserbringern auf die Spitalliste wird erst in Betracht gezogen, wenn mehr als $X\%$ (z.B. $X = 10$) der baselstädtischen oder basellandschaftlichen Patienten in einer Leistungsgruppe dort behandelt werden.

Damit können ausserkantonale Leistungserbringer mitberücksichtigt werden, welche einen gewissen Prozentsatz an BS- und BL-Patienten behandeln. Klarer Massstab für die Aufnahme auf die Spitalliste wäre für ausserkantonale Anbieter gegeben. Des Weiteren werden die Patientenströme – wie vom KVG verlangt – nachvollzogen.

D.5.1.6 Qualitätsmessungen

Die Spitäler werden zur Teilnahme an den nationalen Qualitätsmessungen von BAG und dem Nationalen Verein für Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) verpflichtet. Seit dem 1. April 2016 besteht zwischen dem Kanton BS und dem Kanton BL eine Vereinbarung, welche festhält, dass das Qualitäts- und Versorgungsmonitoring gemeinsam auf der im Kanton BS schon länger etablierten Basis durchgeführt werden soll.

Mit dem Qualitäts- und Versorgungsmonitoring wird die Qualität der Leistungserbringung transparent gemacht und hilft damit die Patientensicherheit weiter zu erhöhen. Spitäler müssen einen gewissen Aufwand für die Dokumentation der medizinischen Leistungen betreiben.

D.5.1.7 Rechnungslegung der stationären Einrichtungen

Sämtliche Spitäler werden verpflichtet, nach einem anerkannten Rechnungslegungsstandard ihre Jahresberichte aufzubereiten.

Damit soll der transparente Ausweis des Geschäftsganges und der finanziellen Situation der Spitäler gewährleistet werden. Sonderregelung für Kleinstspitäler und Geburtshäuser sorgen für eine Umsetzung mit Augenmass.

D.5.1.8 Zur Verfügung stellen von Ausbildungsplätzen

Die Spitäler werden mit den Leistungsvereinbarungen verpflichtet, Ausbildungsplätze im ärztlichen und nicht ärztlichen Bereich zur Verfügung zu stellen (Weiterbildungsstellen FMH und nicht ärztliche Berufe auf Basis des Prognosemodells der OdA Gesundheit beider Basel).

Mit diesem Kriterium soll sichergestellt werden, dass in der Region genügend Ausbildungsplätze im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen und dadurch der Nachwuchs gefördert



wird. Verpflichtung bedeutet für das eine oder andere Spital das Überdenken der Ausbildungsstrategie (ev. Bonus / Malus-System bei mehr als erfüllter oder nicht erfüllter Vorgabe).

D.5.1.9 Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen von Tariffestsetzungs- und Genehmigungsverfahren

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kantone im Rahmen von Genehmigungs- beziehungsweise Festsetzungsverfahren hat zum Ziel, das richtige Verhältnis zwischen Leistungen und deren Preisen (Tarifen) zu definieren. Entscheidend für die Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Benchmarkingverfahren ist daher die Herstellung einer für Betriebsvergleiche ausreichenden Datenbasis und die korrekte und transparente Lieferung der Daten durch die Spitäler.

Die Tariffestsetzungs- und Genehmigungsverfahren sowie die entsprechende Wirtschaftlichkeitsprüfung der Tarife sollen über die Kantonsgrenze hinweg koordiniert werden. Die Methodik für die Bestimmung des Benchmarks soll gemeinsam festgelegt werden.

Vereinheitlichung der Tariffestsetzungs- und Genehmigungsverfahren bringt eine erhöhte Transparenz im Tarifbereich. Ein gemeinsames Benchmarking über die Kantonsgrenzen hinaus befördert die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Leistungserbringer.

Eine strenge Prüfung der Tarife durch die Kantone kann ausserdem einen kostendämpfenden Effekt ausüben. Der Gestaltungsrahmen ist jedoch eng, da die Prüfung der Tarife durch rechtliche Vorgaben eingeschränkt ist. Ein schweizweiter Benchmark wird Druck auf die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und insbesondere die Tarifhöhe bewirken. Das Verfahren wird bereits heute in den beiden Kantonen praktiziert.

D.5.1.10 Direkte oder indirekte Mengensteuerung

Gemäss KVG könnte eine indirekte (Globalbudget) oder eine direkte Mengensteuerung (maximale Obergrenze) vorgenommen werden.

Ergänzend dazu könnten Vorgaben betreffend zwingend ambulant durchzuführenden Eingriffen von den Kantonen festgelegt werden³³.

Es handelt sich dabei um ein starkes Steuerungsinstrument, doch ist offen, wie stark eine Ausweichbewegung der Patientinnen und Patienten aus dem Gesundheitsversorgungsraum BS und BL stattfinden würde. Würden sich mehr Patientinnen und Patienten ausserkantonale behandeln lassen, wäre nichts gewonnen, da die Kantone verpflichtet sind, den Kantonsanteil den Patientinnen und Patienten „mitzugeben“ und auf der anderen Seite würden Leistungserbringer in BS und BL geschwächt. Aus diesen Gründen wird dieses Instrument zur Zeit nicht aktiv bewirtschaftet, doch bleibt es eine Option, falls Patientenbewegungen und Kostenentwicklungen tiefgreifendere Eingriffe ins Gesundheitssystem nötig machen würden.

D.5.1.11 Berücksichtigung von zusätzlichem Patienten- und/oder Systemnutzen

Dieses Kriterium zieht nicht nur quantitative sondern auch qualitative Aspekte mit ein. Dabei könnten z.B. die wohnortnahe Behandlung, deutlich günstigere Preise oder eine zwischen

³³ Eine solche Vorgabe bedürfe einer Anpassung der gesetzlichen Grundlagen in beiden Kantonen.



Leistungserbringer und Krankenversicherer abgeschlossene Vereinbarung über eine Zusammenarbeit in der integrierten Versorgung, berücksichtigt werden.

Aus der Berücksichtigung dieses Kriteriums kann eine Verbesserung der Versorgung aber auch Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungserbringung resultieren.

D.5.1.12 Weitere grundsätzlich zulässige Vorgaben in den Leistungsaufträgen

Spitäler könnten – wo sinnvoll – verpflichtet werden ein bestimmtes Leistungsspektrum für eine Region integral anzubieten (z.B. Verpflichtung zum Führen einer Notfallstation oder Zusammenarbeit mit einer Permanence etc.).

Mit diesem Kriterium können sinnvolle Versorgungsstrukturen unterstützt beziehungsweise gefordert werden, was wiederum einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit zuträglich ist. Daneben wird damit auch die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungserbringung gefördert.

D.5.1.13 Mindestanteil für die Behandlung von nur OKP-Versicherten

Zur Sicherung, dass sich Spitäler nicht nur auf die lukrativen halbprivat und privatversicherten Patientinnen und Patienten konzentrieren, könnte eine Vorgabe des Anteils von nur OKP-Versicherten gemacht werden.

Mit dieser Massnahme könnte sichergestellt werden, dass kein Systemmissbrauch stattfindet und die auf der Spitalliste zugelassenen Leistungserbringer sämtliche Patienten – unabhängig ihres Versichertenstatus – aufnehmen. Aktuell liegen dem GD BS und der VGD BL keine Hinweise vor, die ein entsprechendes Verhalten der Spitäler in beiden Basel nahe legen würden. Daher wird im Moment keine Notwendigkeit für eine solche Massnahme gesehen.

D.5.1.14 Entwicklung der Kriterien in der Zukunft

Die Kriterienliste soll jeweils auf dem neusten aktuellen Kenntnisstand der Entwicklungen im schweizerischen Gesundheitswesen basieren und bildet die jeweils gültigen Grundsätze für die Aufnahme auf die Spitalliste oder die Vergabe von Leistungsaufträgen.

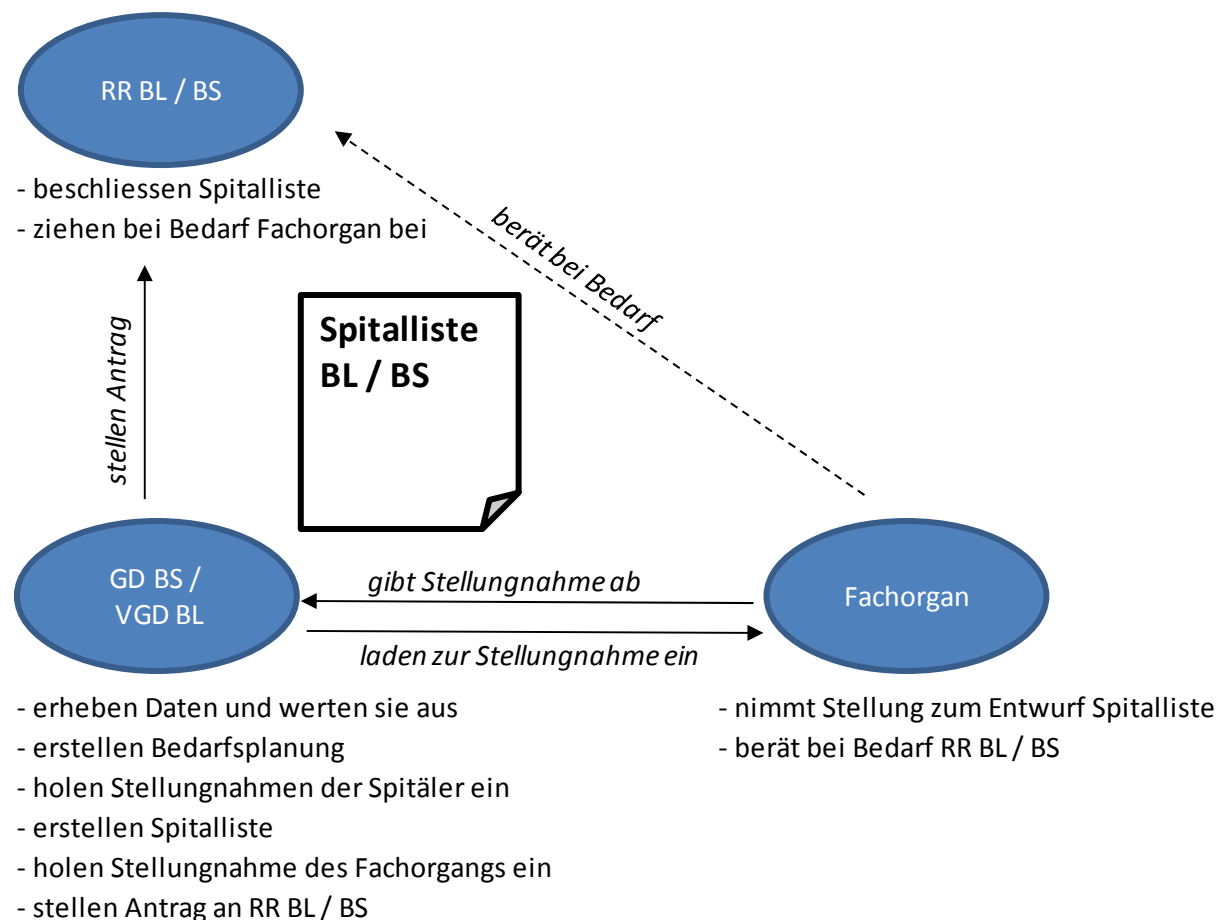
Die Kriterienliste wird frühzeitig und transparent kommuniziert, um für die Leistungserbringer Planungssicherheit zu gewährleisten.

D.5.2 Prozess und Organisationsform

In diesem Abschnitt wird die Ausgestaltung und Strategieentwicklung der künftigen gemeinsamen Regulation und Aufsicht der beiden Kantone im Bereich der Spitalplanung aufgezeigt. Im Zentrum dieser Zusammenarbeit stehen die koordinierte Erarbeitung und der Erlass der Spitallisten für den Versorgungsraum BS/BL.

Schematisch lässt sich der Prozess wie folgt darstellen:

Abbildung 50: Prozess und Akteure gemeinsame Spitalliste



Der Prozess lässt sich grob in drei Phasen unterteilen:

Phase 1: Basierend auf der Vereinbarung beider Basel über die Statistiken im Bereich des Gesundheitswesens vom 4. Juni 2013 erfolgt die Erhebung und Aufbereitung der vom Bundesamt für Statistik (BFS) geführten Gesundheitsstatistiken durch das Statistische Amt BL für beide Kantone. Die Überprüfung der Datenqualität wird im Rahmen der Sitzungen des Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel durchgeführt. Nachdem die Datenqualität verifiziert wurde, erfolgt die Datenlieferung an das BfS und das Statistische Amt BS.

Die Datenanalyse erfolgt gemeinsam durch das GD BS und die VGD BL gestützt auf den Vertrag über die Lieferung von Daten des Statistischen Amtes BL vom 29. März 2016. Basierend auf den Ergebnissen der Datenanalyse, der Kriterienliste zur Steuerung der stationären Kapazitäten in den Kantonen BS und BL sowie weiteren qualitativen Analysen werden die Bedarfsplanung erstellt und allfällige Auswirkungen auf die Spitalliste evaluiert sowie die entsprechenden Anpassungen der bestehenden Spitallisten vorgenommen.

Phase 2: Die gemeinsam erarbeiteten übereinstimmenden Spitallisten werden dem Fachorgan mit Beratungsfunktion zur Stellungnahme unterbreitet. Dieses Fachorgan soll aus unabhängigen Mitgliedern der Spitäler, Versicherern, Fachexperten und Patientenvertretungen bestehen. In einem ersten Schritt nimmt das Fachorgan Stellung zu den erstellten Spitalis-



ten und gibt Empfehlungen gegenüber der VGD BL und dem GD BS ab. Weicht die Empfehlung des Fachorgans erheblich von den erstellten Spitallisten ab, dann begründet es dies schriftlich. Die VGD BL und das GD BS können gegebenenfalls die Spitallisten entsprechend den Empfehlungen des Fachorgans anpassen.

Phase 3: Die konsolidierten Spitallisten werden inkl. Stellungnahme des Fachorgans den Regierungsräten BL und BS zur Genehmigung unterbreitet. Bei Unklarheiten oder Differenzen können die zuständigen Vorsteher der VGD und des GD einzeln oder gemeinsam das Fachorgan konsultieren. Das Fachorgan kann zuhanden der Regierungen Empfehlungen abgeben. Bei Einigkeit erfolgt der Erlass der Spitalliste BS und BL als partnerschaftliches Geschäft: Folge sind zwei separate aber identische Spitallisten. Bei Uneinigkeit ist kein Streitschlichtungsverfahren vorgesehen, vielmehr sind die Parteien bestrebt, sich einvernehmlich zu einigen. Kommt dennoch kein Konsens zu Stande, erlässt jeder Regierungsrat unabhängig voneinander die eigene kantonale Spitalliste. Dies hat jedoch keinen Einfluss auf die zeitlich nachfolgenden Anpassungen. Das vorliegend beschriebene Verfahren der drei Phasen kommt bei jeder Anpassung der Spitallisten wiederum zur Anwendung.

D.5.3 Mögliche Eckwerte für eine interkantonale Vereinbarung

Die interkantonale Zusammenarbeit der beiden Basel im Bereich der gemeinsamen Versorgungsplanung wird mittels einer interkantonalen Vereinbarung (Staatsvertrag) geregelt.

Betreffend der Inhalte dieser Vereinbarungen sind Verhandlungen zwischen den Departementen (GD BS und VGD BL) unter starkem Einbezug der Parlamente beziehungsweise der zuständigen Kommissionen aufzunehmen.

Nachfolgend werden im Sinne eines Konzeptes beispielhaft mögliche Inhalte einer interkantonalen Vereinbarung aufgeführt:

- Die Vereinbarung soll Ziel und Zweck enthalten und insbesondere die Zusammenarbeit der beiden Kantone BS und BL betreffend Ausgestaltung und Strategieentwicklung der künftigen gemeinsamen Versorgung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Spitalplanung regeln;
- Die Vereinbarung soll organisatorische Bestimmungen über die Zusammensetzung und die Funktionsweise des Fachorgans enthalten;
- Es gilt ein Verfahren festzulegen wie eine Spitalliste erarbeitet und vom Fachorgan verabschiedet werden soll;
- Regelung einer gemeinsamen und zielorientierten Planung der künftigen gemeinsamen Regulation und Aufsicht im Bereich der Spitalplanung. Dabei stehen folgende Punkte im Vordergrund:
 - Einheitliche und transparente Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen
 - Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität
 - Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und/oder Fehlversorgung
 - Gemeinsame effiziente und effektive Bewirtschaftung des Gesundheitsversorgungsraums
 - Weiterführung der gegenseitigen vollen Patientenfreizügigkeit



- Gegenseitig verbindliche regulatorische Massnahmen
- Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern
- Richtlinien im Hinblick auf die Datenerhebungen im Zusammenhang mit dem Datenschutz müssen in der Vereinbarung enthalten sein. Dabei müssen das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) und die Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG) sowie die einschlägigen kantonalen Gesetze berücksichtigt werden. Es existieren bereits eine Vereinbarung beider Basel über die Statistiken im Bereich des Gesundheitswesens und ein Vertrag über die Lieferung von Daten des Statistischen Amtes Basel- Landschaft;
- Der Umgang mit entstehenden Kosten ist zu regeln;
- Das Verhalten im Konfliktfall ist zu regeln;
- Die Regelungsebene ist in Phase C noch zu klären.

D.6 Schlussfolgerung im Bereich Regulation und Aufsicht

Da nur ein kleiner Prozentsatz der baselstädtischen und basellandschaftlichen Wohnbevölkerung ausserhalb der beiden Kantone BS und BL stationäre medizinische Leistungen nachfragt, kann von einem praktisch in sich abgeschlossenen Gesundheitsversorgungsraum gesprochen werden. Soll innerhalb des gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraums der beiden Kantone ein sinnvolles und bedarfsgerechtes Angebot sichergestellt werden, ohne dass einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung Vorschub geleistet wird, dann drängt sich eine gemeinsame Regulierung und Aufsicht über die Leistungserbringer in beiden Kantonen auf. Damit kann sichergestellt werden, dass das Leistungsangebot im gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum transparent und nachvollziehbar bewirtschaftet werden kann.

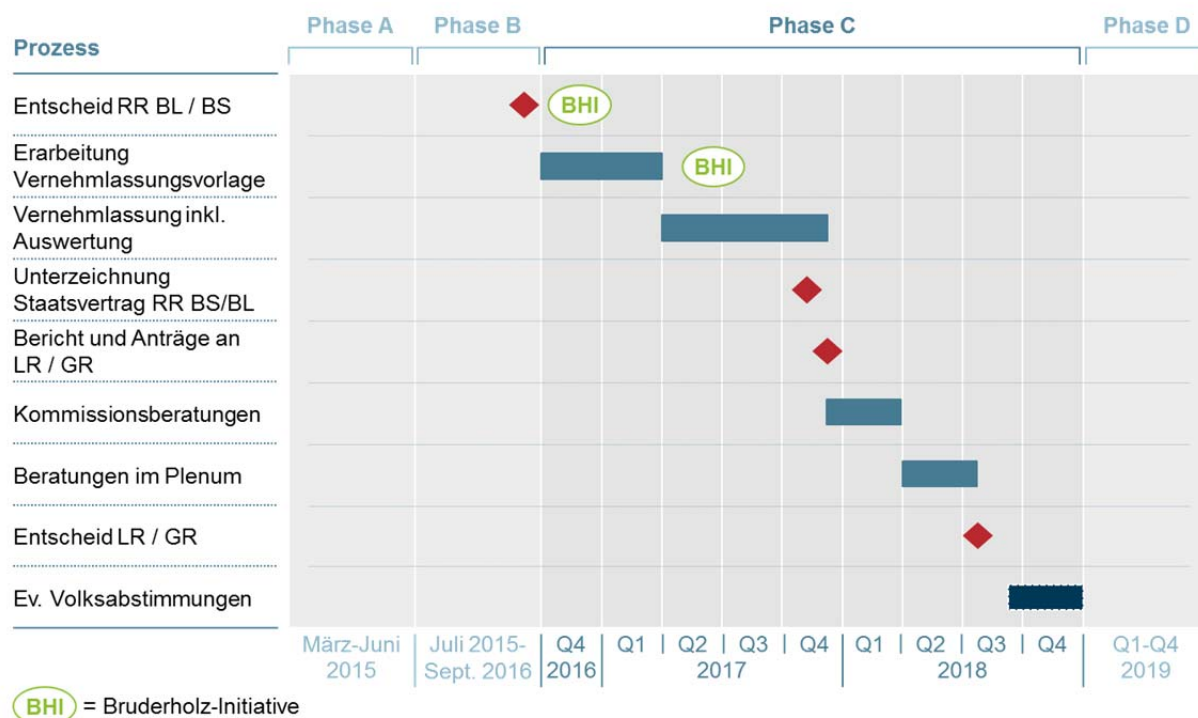
Des Weiteren kann mit einer sinnvollen und mit Bedacht ausgeführten Regulation auch ein Wettbewerbselement (z.B. Vergabe von Leistungsaufträgen nach objektiven und transparenten Kriterien) eingesetzt werden. Dies sollte zu vermehrter Effizienz und Effektivität der erbrachten Leistungen beziehungsweise des gesamten gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraums führen. Daneben wird zumindest eine teilweise Entflechtung der Rollenkonflikte der Kantone (Regulator, Eigner, Versorger, Beschwerdeinstanz) erreicht. Die Anwendung der weiter vorne beschriebenen Kriterienliste dient dem übergeordneten Ziel der Dämpfung der Gesundheitskosten. Effektive Auswirkungen können allerdings erst ex post mittels einer Analyse der Patientenströme festgehalten werden. Im Sinne einer Übergangsregelung ist vorgesehen, die bestehenden Leistungsaufträge mit den Spitälern weiterlaufen zu lassen und sie nach ihrem ordentlichen Auslaufen dem neuen Regime anzupassen.



E. WEITERES VORGEHEN

Wie in unten stehender Grafik sichtbar, stellen die Beschlüsse der Regierungen BS und BL an ihrer gemeinsamen Sitzung vom 13. September 2016 den Startschuss zur Phase C dar. Die Phase C entspricht der Transformationsphase (3) gemäss Grundlagenbericht STAB. Die Transformationsphase aus Sicht STAB ist in Kapitel 4.5.2 dargestellt.

Abbildung 51: Projekt-Masterplan



Diese beginnt mit der Ausarbeitung der Entwürfe für die verschiedenen Rechtsgrundlagen (interkantonale Vereinbarungen, Gesetze, Verordnungen etc.), die Mitte 2017 in die Vernehmlassung geschickt werden sollen. Es ist noch zu prüfen, auf welcher Ebene (Parlament oder Regierung) die interkantonale Vereinbarung zwischen BL und BS für die Erarbeitung einer koordinierten Versorgungsplanung inkl. Spitalliste und Tarifgenehmigung bzw. -festsetzung im Konsultativverfahren zu formulieren ist. Der gesetzgeberische Handlungsbedarf in den beiden Kantonen muss nicht identisch sein. So ist im Fall BL zu prüfen, ob die Überarbeitung der Bestimmungen im bestehenden Spitalgesetz neu in zwei Gesetzen (Gesetz über die öffentlichen Spitäler und Spitalversorgungsgesetz) vorzunehmen ist. In BS ist dies bereits der Fall. Ziel ist eine zeitlich parallele Behandlung der beiden Projekte „gemeinsame Spitalgruppe“ und „gemeinsame Versorgung und Regulation“.



F. FAZIT UND AUSBLICK

Der vorliegende Bericht zeigt auf, dass wenn die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone BS und BL medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, sie dies in erster Linie im Gesundheitsraum Jura-Nordbogen tun. Innerhalb dieses Raums besteht auch eine erhöhte Patientenmobilität. Das Leistungsangebot im Gesundheits- und Versorgungsraum inkl. Zugang zur Notfallversorgung kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Zugleich ist das gemeinsame Leistungsangebot in den beiden Kantonen deutlich über dem Schweizer Durchschnitt. Das wirkt sich auch auf die Kosten und dies wiederum auf die Krankenkassenprämien und auf die beiden Kantonshaushalte aus.

Die Hebelwirkung von regulatorischen Massnahmen darf bei geschätzten Gesundheitskosten von rund 5.5 Milliarden Franken als bedeutend betrachtet werden. Aufgrund der hohen Mobilität der Patienten und der Leistungserbringer ist es zwingend, dass Massnahmen über beiden Kantone hinweg harmonisiert werden. Im Zentrum steht eine gemeinsame Spitalliste, mit Vorgaben und Kriterien, welche Gewähr bieten, dass der Wettbewerb zwischen den Spitalern spielt und gleich lange Spiesse für alle bestehen. Ziel ist es, im gemeinsamen Versorgungsraum BL / BS den Patientennutzen über die gesamte Behandlungskette weiter zu verbessern und dabei die Kosteneinsparungspotenziale – z.B. bei der Unterstützung einer Umlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen - zu realisieren.

Zusammenarbeit mit Nachbarkantonen und Bund

Die Gesundheitsdirektoren BL und BS haben das Projekt über eine Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen BS und BL im Bereich der Gesundheitsversorgung auch den Kolleginnen und Kollegen aus den Nachbarkantonen in bilateralen Gesprächen und innerhalb der Gesundheitsdirektorenkonferenz der Nordwestschweiz (GDK NWCH) vorgestellt. Die Rückmeldungen sind grundsätzlich positiv und einzelne Kantone haben Interesse an weitergehenden, gemeinsamen Vorgehensweisen signalisiert.

Auf **Bundesebene** ist die Diskussion betreffend die ungleichen Finanzierungsmodi zwischen ambulant (monistisch) und stationär (dual-fix) mit den im vorliegenden Bericht aufgezeigten Fehlanreizen und den massiven negativen Kostenfolgen im Gange. Im Nationalrat liegen entsprechende Vorstösse vor, die eine Behebung dieser unbefriedigenden Situation anstreben. Die beiden Gesundheitsdirektoren haben ihre Kontakte in Bern verstärkt und werden dies weiter tun. Ziel ist es, das aufgezeigte Kostensenkungspotenzial durch eine Umlagerung von stationär nach ambulant über eine gesetzliche Anpassung zu realisieren. Die von der Spitalgruppe lancierte Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe leistet dazu einen wichtigen Beitrag.



G. BESCHLÜSSE

1. Vom vorliegenden Bericht zur gemeinsamen Versorgung, Regulation und Aufsicht der beiden Kantone BS und BL wird Kenntnis genommen.
2. Das Gesundheitsdepartement des Kantons BS (GD) und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons BL (VGD) werden beauftragt, bis Mitte 2017 eine interkantonale Vereinbarung zu einer gemeinsamen Spitalplanung im Entwurf mitsamt notwendigen Anpassungen der jeweiligen kantonalen Erlasse auszuarbeiten.
3. Das Gesundheitsdepartement des Kantons BS (GD) und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons BL (VGD) werden beauftragt, auf der Basis der im Bericht inkl. ANHANG I erwähnten Überlegungen bis Mitte 2017 dem Regierungsrat einen Antrag zu möglichen Projekten vorzulegen mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung in der gemeinsamen Versorgungsregion BS-BL so zu beeinflussen, dass Patientennutzen und Qualität der Leistungen verbessert und Kosteneinsparungen über die ganze Behandlungskette realisiert werden können.

ANHANG

- Weitere im Verlauf des Projektes zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung, Regulation und Aufsicht



ANHANG

Weitere im Verlauf des Projektes zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung, Regulation und Aufsicht

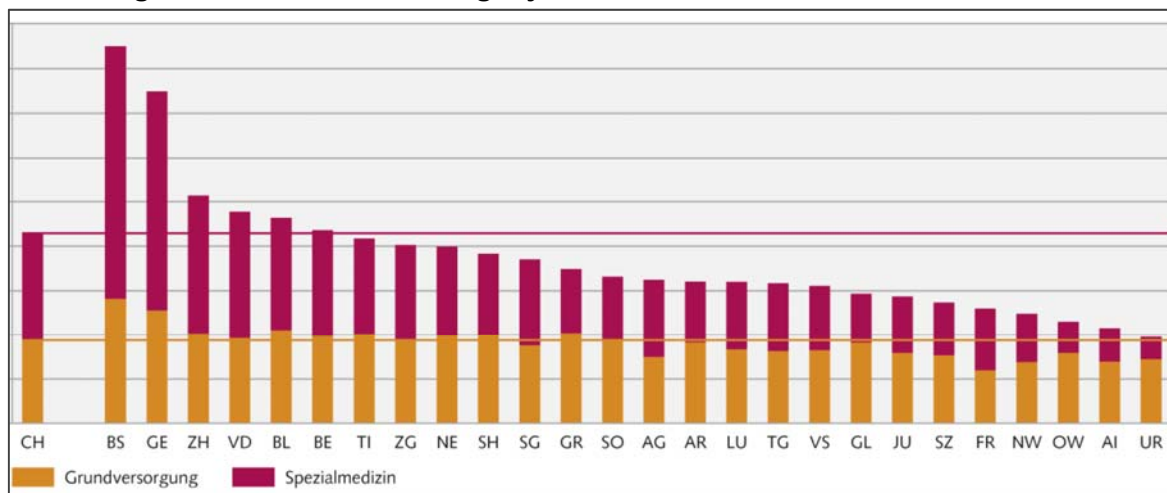
1. Ambulante Grundversorgung / Hausarztmedizin

Die Grundversorgung ist die erste Anlaufstelle für eine kurative oder präventive Intervention (Erstbehandlung) und bildet somit den zentralen Ausgangspunkt der Gesundheitsversorgung. Der medizinischen Grundversorgung kommt somit die Rolle einer Nahtstelle zu („Gatekeeper“ Funktion), an welcher über weitere Behandlungsschritte in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung befunden wird.

Insbesondere die „Hausarztmedizin“ gehört zu einem wichtigen Pfeiler der ambulanten Grundversorgung. Dies nicht zuletzt aus der Erkenntnis heraus, dass, gemäss Angaben des Berufsverbands „MFE Haus- und Kinderärzte Schweiz“, 90% aller ärztlichen Behandlungen durch die Hausarztmedizin ohne Überweisungen an Spezialisten oder Spezialistinnen, oder an ein Spital, abgeschlossen werden können.

Der Gesundheitsraum „Jura-Nordbogen“ zeichnet sich aktuell durch eine im schweizweiten Vergleich überdurchschnittliche Anzahl an Hausärzten und Hausärztinnen aus, wobei die verfügbaren Angaben zurzeit keine Aussage über die tatsächlich zur Verfügung stehende Arbeitskraft (Stichwort: full time equivalent, FTE) zulassen:

Abbildung 1: Anzahl Grundversorger je Kanton und 100'000 Einwohner



Quelle: FMH-Ärzttestatistik, Auswertung durch Bundesamt für Statistik 2014 (Grundversorgung: Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin, Kinder und Jugendmedizin sowie praktische Ärztinnen und Ärzte)

Bezogen auf die Analysen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und Publikationen des Berufsverbands mfe Haus- und Kinderärzte und der Schweizerischen Ärztezeitung³⁴, wonach in einem „hausarztzentrierten Gesundheitswesen“

³⁴ Quelle: The OECD Health Project Towards high performing health systems. OECD 2004; Berufsverband «mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz», 2015 (<http://www.hausaerzteschweiz.ch/themen/hausarzt/>); Schweizerische Ärztezeitung SAeZ 2012, 93, 17



1000 Einwohner/Einwohnerinnen von einem Hausarzt / einer Hausärztin betreut werden sollen, ergibt sich in beiden Basel für das Jahr 2015 folgendes Bild:

Abbildung 2

Fachgebiet	Anzahl BL	Anzahl BS	Dichte pro 1000 Einwohnende	
			BL	BS
Allgemeine Innere Medizin	231	223	0.9	1.2
Med. pract.	30	20		
Kinder- und Jugendmedizin	45	37	-	-
Total	306	280	1.1	1.4
Einwohnende per 2015	284'960	197'005	1.2	

Quellen: FMH-Statistik 2015: Zahlen medizinische Grundversorger inkl. Kindermedizin für BS und BL; Statistische Ämter der Kantone BL und BS

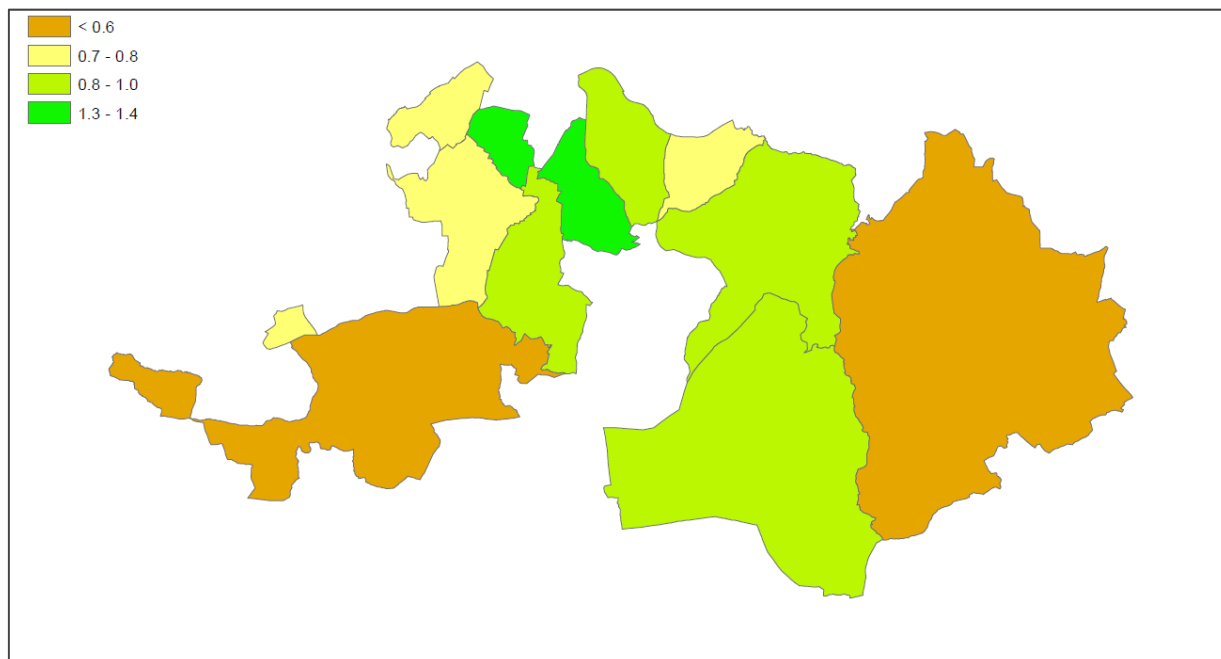
Auch hier lassen die verfügbaren Angaben zurzeit keine Aussage über die tatsächlich zur Verfügung stehende Arbeitskraft (Stichwort: full time equivalent, FTE) zu. Es muss jedoch generell befürchtet werden, dass die Möglichkeit zur Leistungserbringung durch die Hausarztmedizin, bedingt durch die Altersstruktur bei Hausärztinnen und Hausärzten oder dem zunehmenden Wunsch nach flexibleren Arbeitszeiten und Teilzeitpensen künftig abnehmen wird.

Die folgenden Graphiken verdeutlichen die Situation am Beispiel der Ärztinnen und Ärzte mit Fachgebiet Allgemeine Innere Medizin / med. pract. für den Kanton BL:

- Die erste Tabelle zeigt die Anzahl pro 1000 Einwohner und Notfallkreis im Jahr 2016
- Die zweite Tabelle zeigt die prognostizierte Anzahl pro 1000 Einwohner und Notfallkreis im Jahr 2026 ohne Praxisübernahmen oder Neueröffnungen und somit die Gebiete mit dem potenziell grössten Handlungsbedarf; für die Berechnung der Prognosen 2026 wurden alle heute praktizierenden Ärztinnen und Ärzte mit Jahrgang 1961 und jünger berücksichtigt. Dies unter der Annahme, dass Ärztinnen und Ärzte im Jahr, in welchem sie das 65. Altersjahr erreichen, noch praktizieren – hingegen im 66. Altersjahr nicht mehr
- Die Notfallkreise 1 -10 entsprechen der Einteilung der Ärztesgesellschaft Baselland³⁵
- Sowohl für die Auswertungen für das Jahr 2016 wie auch für die Prognosen 2026 wurden die Bevölkerungszahlen des ersten Quartals 2016 des Zahlenfensters des statistischen Amtes verwendet

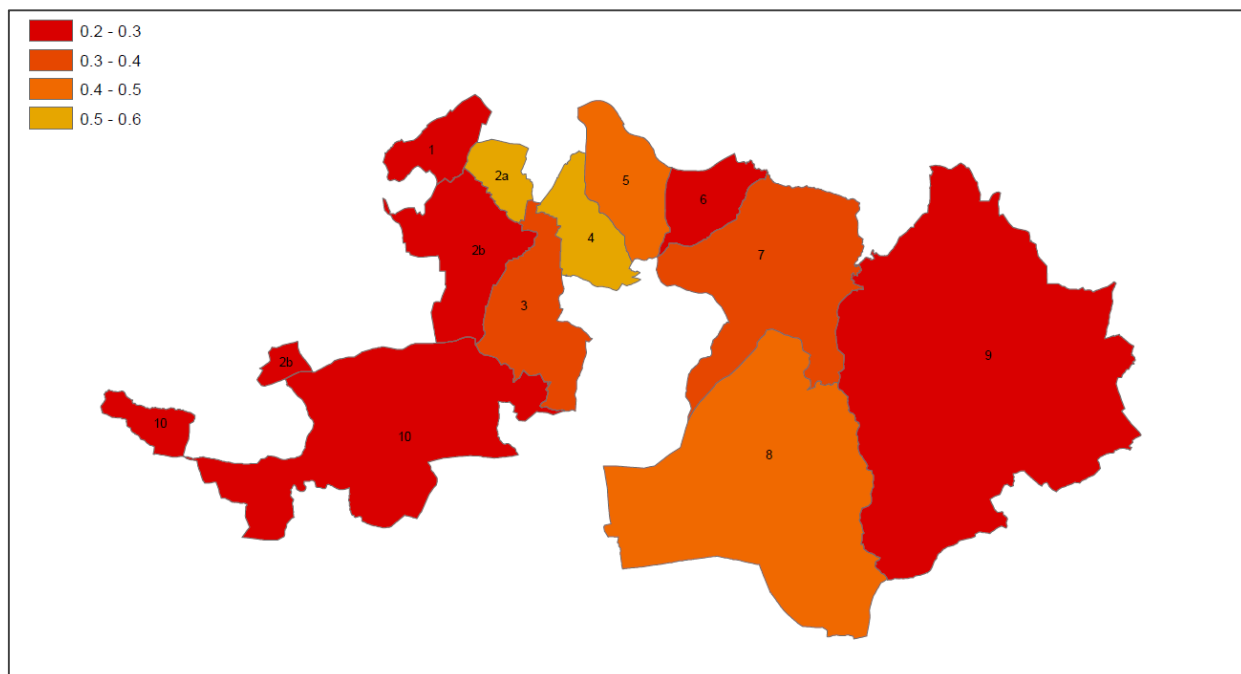
³⁵ Quelle: <http://www.aerzte-bl.ch/arzt suche/ampel/#search>

Abbildung 3: Anzahl Hausärzte pro 1000 Einwohner und Notfallkreis im Jahr 2016



Quelle: Amt für Geoinformation des Kantons BL; mit Zahlen des statistischen Amtes BL und der Ärztesgesellschaft Baselland; Stand 2016 („Hausärzte“ pro Notfallkreis 1 -10)

Abbildung 4: Anzahl Hausärzte pro 1000 Einwohner und Notfallkreis im Jahr 2026 (Prognose ohne Praxisübernahmen oder Neueröffnungen)



Quelle: Amt für Geoinformation des Kantons BL; mit Zahlen des statistischen Amtes BL und der Ärztesgesellschaft Baselland; Stand 2016 („Hausärzte“ pro Notfallkreis 1 -10)

Eine Förderung der ambulanten Grundversorgung findet deshalb in den beiden Kantonen bereits heute statt, indem:



- Programme zur Mitfinanzierung von Assistenzstellen in Hausarztpraxen eingerichtet sind
- Im Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel ein Weiterbildungs-Curriculum für Hausärzte/Hausärztinnen etabliert wurde
- In den Leistungsvereinbarungen der beiden Kantone mit den Spitälern das Zurverfügungstellen von Ausbildungsplätzen verbindlich vorgeschrieben wird, sobald entsprechende Berechnungsverfahren betreffend das Ausbildungspotential verschiedener Gesundheitsberufe vorliegen
- im Sinne der integrierten Versorgung und der Allokation stufengerechter Tätigkeiten die Bedeutung aller Gesundheitsberufe, die zu den Dienstleistungen der ambulanten medizinischen Grundversorgung beitragen, angemessen gewürdigt wird
- an verschiedenen Spitalstandorten Hausärztliche Notfallpraxen betrieben werden; dies in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Gesellschaft Basel, beziehungsweise der Ärztesgesellschaft Baselland.

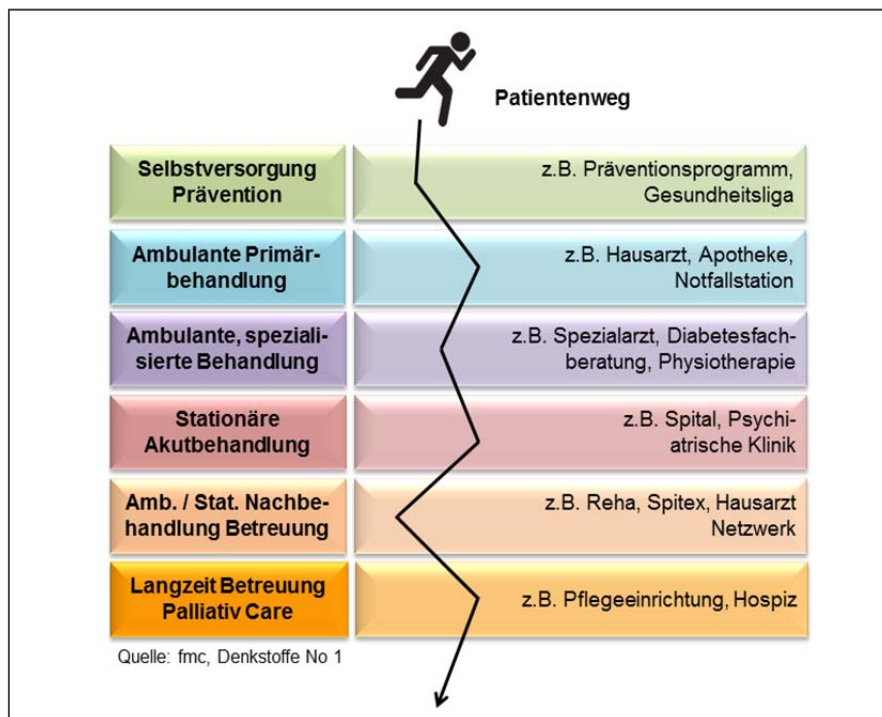
Fazit:

Die ambulante Grundversorgung hat eine grosse Bedeutung für ein effizientes und kostenbewusstes Gesundheitswesen. Allerdings zeichnet sich für die Zukunft ein Mangel insbesondere an hausärztlichen Leistungen ab. Die Förderung der Hausarztmedizin bleibt deshalb im Fokus der beiden Basler Halbkantone.

2. Förderung der integrierten Versorgung

Unter integrierter Versorgung wird die Schaffung von (regionalen) Versorgungsnetzwerken in denen die Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgung institutionalisiert sowie ergebnisorientiert zusammenarbeiten, verstanden. Knappe Ressourcen können zielgerichteter eingesetzt werden, und Gesundheitsfachleute können ihre Kompetenzen möglichst fokussiert einsetzen. Ein zusätzlicher Vorteil mag in der Entlastung medizinischer Fachpersonen liegen, indem sie administrative Aufgaben an entsprechende Fachleute innerhalb des Netzwerkes abgeben können. Der Nutzen entsteht, indem der Behandlungsprozess der Patienten, unter Mitwirkung derselben, über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert wird. Ausländische Studien zeigen, dass integrierte Versorgung zu besseren Health Outcomes führt.

Abbildung 5:



Szenarien

Modelle der integrierten Versorgung aus dem In- und Ausland zeigen, dass in integrierten Versorgungsnetzwerken Ressourcen effizienter genutzt werden können und das Kosten-Nutzen-Verhältnis besser ist als in herkömmlichen Versorgungsmodellen. Vor dem Hintergrund, dass in der Schweiz rund 20% Chronisch- und/oder Schwerkranke rund 80% der Kosten verursachen, kann mehr Qualität und Effizienz vor allem durch die verbesserte Versorgung von Chronisch- und Schwerkranken sowie eine verbesserte Prävention erreicht werden. Durch eine Optimierung der Arbeits- und Kompetenzverteilung kann das Potential der einzelnen Berufsgruppen besser genutzt und über die Verbesserung der Arbeitszeiten und die Arbeit im Team auch die Attraktivität der einzelnen Berufe verbessert werden. Verbesserte Rahmenbedingungen wie ein morbiditätsorientierter Risikoausgleich oder ein Finanzierungssystem, das sich am Massstab von Qualität, Effizienz und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert, sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Stakeholder sind zwingende Voraussetzungen. Die Netzwerke müssen genügend gross sein, wobei dem Bedürfnis der Patienten nach individueller Betreuung Rechnung zu tragen ist. Dies ist nötig, damit die Qualität bei der Vielfalt der Krankheitsbilder der darauf spezialisierten Fachpersonen gewährleistet werden kann.

Anreize für die Bevölkerung, sich für integrierte Versorgung zu entscheiden, müssen primär qualitativer und nicht finanzieller Natur sein, um die Chancengleichheit zu gewähren. Insbesondere chronisch/schwerkranke und multimorbide Patienten müssen von den Vorteilen der integrierten Versorgung profitieren können.

Zur Förderung einer integrierten Versorgung ist insbesondere eHealth ein wichtiger Faktor.

eHealth ist ein Sammelbegriff für den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen. eHealth soll den Zugriff für Gesundheitsfachpersonen und die Patienten selbst Zugriff auf relevante Patientendaten vereinfachen und standardisieren. Somit ist eHealth eine Mass-



nahme zur Optimierung der (elektronischen) Kommunikation im Gesundheitswesen. Damit werden insbesondere die Patientensicherheit erhöht und eine Informations- und Behandlungskontinuität sichergestellt.

Mit eHealth-Instrumenten können die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit verbessert werden, indem alle Behandelnden jederzeit und überall Zugriff auf relevante Informationen und Unterlagen der Patienten/-innen haben. Damit leistet eHealth einen Beitrag zu mehr Effizienz, weil Doppelspurigkeiten in der Diagnostik vermieden werden. Bei der Umsetzung ist dem Schutz persönlicher Daten grosse Bedeutung beizumessen. Mit eHealth kann die Koordination aller Akteure im Behandlungsprozess gestärkt werden. Dies kommt den Patienten/-innen zugute – insbesondere bei aufwendigen chronischen Erkrankungen. Diese Qualitätsverbesserungen werden mittel- und langfristig auch zu einer Kostenreduktion führen.

Fazit

Die beiden Kantone BS und BL sind bestrebt, dass in allen Regionen des Versorgungsgebiets Angebote der integrierten Versorgung vorhanden sind.

eHealth ist eine Voraussetzung für eine funktionierende integrierte Versorgung. Damit kann sichergestellt werden, dass ein Patient richtig triagiert und evidenzbasiert versorgt wird. Die wichtigsten Massnahmen zur Einführung von eHealth sind:

- Einführung des elektronischen Patientendossiers, um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit zu erhöhen sowie um die Behandlungsprozesse und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern zu unterstützen.
- Realisierung von Quick-Wins, wie z.B. der eMedikation mit der Möglichkeit für Ärzte/-innen, Apotheken und Spitäler, einen elektronischen Zugang auf Medikationsinformationen der Patienten/-innen zu erhalten.

3. Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe

Analyse

Qualifizierte Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor. Verschiedene umfassende Analysen auf nationaler und auf kantonaler Ebene zeigen, dass die bisherige Entwicklung der Ausbildungstätigkeit der Betriebe in nichtuniversitären Gesundheitsberufen ohne weitere Massnahmen klar nicht ausreicht, um den künftigen Bedarf an qualifizierten Mitarbeitenden in diesen Berufen zu decken. Parlamentarische Vorstösse zielen auch darauf ab, bisher ärztliche Tätigkeiten an nicht-universitäre Berufsgruppen zu delegieren.

Mehr Ausbildungsabschlüsse in Pflegeberufen: Dies ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz auch in Zukunft funktioniert. Damit der steigende Personalbedarf in der Pflege aus dem Inland gedeckt werden kann, braucht es deutlich mehr Ausbildungsplätze und attraktive, arbeitsmarktorientierte Berufsprofile.

Die Gesundheitsausbildungen wurden im vergangenen Jahrzehnt in die Regelungskompetenz des Bundes überführt. Bestehende Ausbildungen wurden neu positioniert und neue Ausbildungen geschaffen – von der beruflichen Grundbildung bis zur Fachhochschulstufe. Die Weiterentwicklung der Berufsbildung im Gesundheitsbereich ist eine Verbundaufgabe von Bund, kantonalen Bildungsdepartementen und der Organisation der Arbeitswelt O&A



Santé. Die Kantone bringen sich über die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) ein. Die GDK bringt die Versorgungssicht über ihre Vertretung im Vorstand der OdA Santé ein.

Die detaillierten Leistungszahlen zur betrieblichen Ausbildung in nichtuniversitären Gesundheitsberufen der Vorjahre zeigen ein sehr unterschiedliches Bild. Während sich einige Spitäler, Heime und Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause in der betrieblichen Ausbildung mit Erfolg sehr engagieren, sind andere Betriebe in diesem Bereich wenig aktiv oder verzichten ganz auf die Ausbildungstätigkeit.

Umsetzung

Damit der steigende Personalbedarf aus dem Inland gedeckt werden kann, braucht es deutlich mehr Ausbildungsplätze und attraktive, arbeitsmarkt-orientierte Berufsprofile. Hier setzte z.B. der Masterplan Bildung Pflegeberufe an, der von 2010 bis 2015 verbundpartnerschaftlich die notwendigen Massnahmen koordiniert und umgesetzt hat.

Ausbildungsverpflichtung für Spitäler und andere Betriebe

Mit der Ausbildungsverpflichtung sollen alle Betriebe dazu verpflichtet werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten an der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen mitzuwirken und damit einen Beitrag zur Versorgungssicherheit mit qualifiziertem Personal in nichtuniversitären Gesundheitsberufen zu leisten.

Die Ausbildungsverpflichtung dient somit der Gewährleistung der Versorgungsziele, dies auch im Interesse der verpflichteten Betriebe. Messgrösse für die Höhe der Ausbildungsverpflichtung sind aber nicht die Versorgungsziele selber, sondern das Ausbildungspotenzial der Betriebe.

Massnahmen auf den Ebenen Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe und des Ausbildungspotentials der Praxis

Ergänzend zu bisherigen Massnahmen können noch die folgenden Massnahmen getroffen werden:

- Einführung einer branchenübergreifenden Ausbildungspflicht für die Praxis. Die Instrumente zur Umsetzung sind auf die spezifischen gesetzlichen Regelungsmöglichkeiten in den Teilbranchen Spitäler und Kliniken, Langzeitbereich und Spitex abzustimmen.
- Die Steuerung durch eine Ausbildungspflicht setzt die Erarbeitung eines Instrumentariums für die Ermittlung des Ausbildungspotentials der Betriebe voraus.
- Einführung einer Ausbildungsentschädigung für die Bildungsgänge.
- Unterstützung von Massnahmen von Verbänden, welche die Betriebe bei der Erhöhung ihres Ausbildungspotentials wirksam unterstützen.

Massnahmenvorschläge auf der Ebene optimierter Einsatz des bestehenden Personals

Mit diesen Massnahmenebenen sind vorab die Betriebe gefordert. Die folgenden Massnahmen der Betriebe versprechen hier erhebliche Wirkung:



- Ausschöpfung der beruflichen Kompetenzen des eingesetzten Personals, verbunden mit einer Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation im Rahmen von Organisationsentwicklungsprojekten zur Optimierung des Skill- und Grade-Mix.
- Erhöhung des Beschäftigungsgrades des eingesetzten Personals. Potential hierzu hat insbesondere die Spitex. Mit der erfolgreichen Umsetzung von Massnahmen in diesem Bereich können nicht nur Versorgungsengpässe mit Personal entschärft werden, sondern den Klient/innen kann auch die gewünschte Kontinuität des betreuenden Personals besser gewährleistet werden.

Massnahmenvorschläge auf der Ebene Personalerhaltung

Auch auf diesen Massnahmenebenen sind vorab die Betriebe gefordert. Insbesondere die folgenden Massnahmen der Betriebe versprechen hier Wirkung:

- Arbeitszeitmodelle überprüfen und soweit möglich Verbesserungen realisieren, die eine ausgewogenere Work-Life-Balance ermöglichen.
- Entlastungsmöglichkeiten schaffen zum Ausgleich von körperlichen und psychischen Belastungssituationen.
- Kompetenzgerechte Zuweisung von Aufgaben und Verantwortung zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit.
- Entwicklungsmöglichkeiten schaffen durch inner- und/oder überbetriebliche Karriere-möglichkeiten, durch Anreicherung von Tätigkeitsfeldern im Verbund mit Weiterbildung (Job Enrichment) sowie durch inner- und/oder überbetriebliche Rotation.
- Ausbau des Personalwesens und Stärkung der Personalentwicklung.
- Der Kanton Bern kann Massnahmen unterstützen, welche das Image der Gesundheitsberufe und das Image der Gesundheitsbranche, insbesondere im Langzeitbereich, verbessern.
- Der Kanton Bern kann ferner Massnahmen von Verbänden unterstützen die zum Ziel haben, die Rekrutierung von Wiedereinsteiger/innen zu verstärken.

Qualifizierte Mitarbeitende sind der zentrale Erfolgsfaktor für ein Spital oder eine Spitalgruppe. Die Stärke einer Spitalgruppe ermöglicht attraktive Entwicklungsmöglichkeiten und höhere Arbeitsplatzsicherheit für die Mitarbeitenden. Dies führt zu einer höheren Attraktivität als Arbeitgeber und zu einem grossen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Gesundheitseinrichtungen auf dem Arbeitsmarkt.

Fazit

Der Nationale Bericht Gesundheitsberufe von GDK und OdA Santé formuliert Massnahmenvorschläge, um der drohenden Knappheit von Personal in Gesundheitsberufen zu begegnen. Dazu stehen die folgenden vier Handlungsebenen zur Verfügung, wobei je nach Massnahmenvorschlag die Betriebe, die Branche, die Organisationen der Arbeitswelt oder die Behörden die geeigneten Handlungsträger sind:

- Ausschöpfung des Rekrutierungspotentials für Gesundheitsberufe,
- Ausschöpfung des Ausbildungspotentials der Praxis,



- Optimierter Einsatz des bestehenden Personals,
- Personalerhaltung

Die Massnahmenvorschläge des Nationalen Berichts Gesundheitsberufe sind generell auch für die Region NWCH gültig.

4. Gesundheits- und Selbstkompetenz

Analyse

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetent ist, wer im Alltag Entscheidungen treffen kann, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dazu gehören nicht allein das Wissen, sondern auch die Motivation und die Fähigkeiten von Personen oder ganzen Gruppen, sich gesund zu verhalten.

Eine gesundheitskompetente Person nutzt im Alltag ihre Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten in Gesundheitsfragen. Sie ist motiviert und in der Lage, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und entsprechend zu handeln – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheits- und Bildungssystem und allgemein in der Gesellschaft.

Definition Gesundheitskompetenz (Health Literacy):

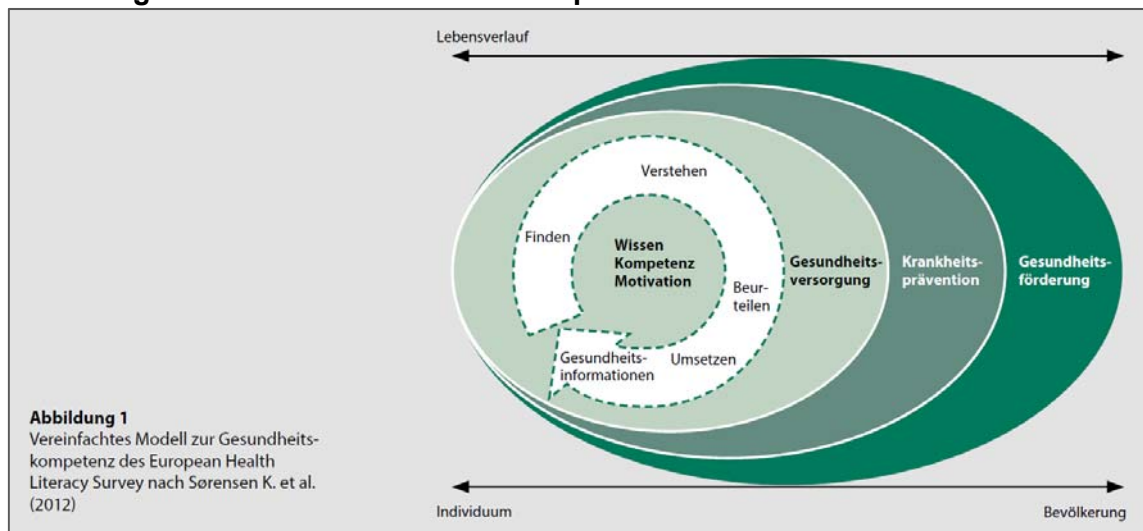
Gesundheitskompetenz ist verknüpft mit Bildung und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, welche die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.³⁶

Die Dimensionen der Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wirkt in drei Bereichen: Gesundheitsversorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Sie betrifft z.B. auch die Bildungs- und Arbeitswelt und nicht nur das Gesundheitswesen. Als Querschnittsthema ist die Gesundheitskompetenz für Krankenversicherungen, Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen, Gesundheits- oder Patientenorganisationen, aber auch für die Ernährungs- und die Sportindustrie bis hin zum Detailhandel von Bedeutung. Die Gesundheitskompetenz ist wichtig für die einzelne Person, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes. Sie betrifft alle Lebensphasen.

³⁶ European Health Literacy Consortium 2012

Abbildung 6: Modell zu Gesundheitskompetenz



Seit vielen Jahren ist vom mündigen Patienten die Rede; er ist im Gesundheitswesen das Pendant zum souveränen Konsumenten. Er kennt einerseits seine Präferenzen und kann sie gegenüber dem Gesundheitssystem durchsetzen, er weiss Informationsquellen zu nutzen und verweigert sich mehr und mehr einem patriarchalischen Verständnis von medizinischer Versorgung. Seine Kommunikation mit Ärzten erfolgt auf Augenhöhe.

Problematische Gesundheitskompetenz führt nachweislich zu weniger gesunden Entscheidungen, riskanterem Verhalten, schlechterer Gesundheit, weniger Selbsthilfe und mehr Krankenhauseinweisungen. Das Resultat ist ein hoher personeller und finanzieller Aufwand im Gesundheitssystem. Begrenzte Gesundheitskompetenz hängt zusammen mit reduzierter Teilnahme an gesundheitsförderlichen Aktivitäten und solchen zur Feststellung von Erkrankungen, risikoreicheren gesundheitsbezogenen Entscheidungen (wie höheren Raucherquoten), mehr Arbeitsunfällen, suboptimalem Chronic Disease Management (wie Diabetes, HIV-Infektion und Asthma), geringer Therapiemotivation, mehr Klinikeinweisungen mit „Drehtür-Effekten“, höherer Morbidität und mehr vorzeitigen Sterbefällen.

In Kanada verursachte begrenzte Gesundheitskompetenz 2009 Kosten von mehr als 8 Mrd. US-\$, schätzungsweise 3 - 5% der Gesamtausgaben im dortigen Gesundheitswesen. 1998 schätzte die National Academy on an Aging Society in den Vereinigten Staaten die durch begrenzte Gesundheitskompetenz verursachten Mehrausgaben im Gesundheitswesen auf etwa 73 Mrd. US-Dollar. Es sind noch keine vergleichbaren Daten für Gesundheitssysteme in Europa verfügbar. Aber begrenzte Gesundheitskompetenz dürfte auch für die Ressourcen in den europäischen Gesundheitssystemen konsequenzenreich sein, die fast alle uneingeschränkten Zugang zu Versorgungsleistungen bieten.³⁷

Gesundheitskompetenz beeinflusst die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.

Der European Health Literacy Survey zeigt, dass in europäischen Ländern Gesundheitskompetenz schwach, aber signifikant mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

³⁷ Kickbusch et al. in Gesundheitskompetenz, Die Fakten, WHO 2016



im Gesundheitswesen korreliert, z.B., wie häufig Klinikleistungen in Anspruch genommen werden.

Selbstkompetenz / Selbstmanagement

Programme für das Selbstmanagement chronischer Krankheiten entwickeln und unterstützen.

Die Gesundheitskompetenz von Personen mit chronischen Erkrankungen und ihren Familien zu unterstützen und ihr Selbstmanagement zu fördern, bedeutet nicht nur, relevante und vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zugänglich zu machen. Neben der Wissensvermittlung ist genauso wichtig, ihre Kompetenzen zu fördern und ihr Selbstvertrauen zu stärken. Dazu zählt auch, die Komplexität gesundheitsbezogener Informationen zu verringern. All diese Ansatzmöglichkeiten werden umso wirksamer, wenn Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Anreize für Leistungserbringer im Gesundheitswesen bieten, bestehende Versorgungsangebote mit peer-basierter Selbstmanagementforderung zu kombinieren. Das bringt zugleich neue Rollen für Patienten und Angehörige mit sich.

Die gesellschaftlichen Kosten verringern.

Begrenzte Gesundheitskompetenz verursacht signifikante Kosten für die Gesellschaft, Gesundheitssysteme sowie Einzelpersonen und ihre Familien. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist eine Langzeitstrategie, die langfristige Investitionen erfordert. Nationale oder regionale Regierungen oder Gemeindeverwaltungen können unterstützende Rahmenbedingungen schaffen, die das Engagement für Gesundheitskompetenz fördern.

Sie können hohe Gesundheitskompetenz zu einem expliziten Ziel der Gesundheits- und Bildungspolitik machen. Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Messgrösse für die frühkindliche Entwicklung, Schullehrpläne und lebenslanges Lernen zugunsten von Gesundheit und Wohlbefinden, die über den gesamten Lebenszyklus gefordert werden müssen.

Fazit:

Folgende Punkte sind empfohlen:

1. Gesundheitskompetenz als ein gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Thema einstufen.

Gesundheitskompetenz fällt nicht nur in die Verantwortung des Einzelnen oder von politischen Entscheidungsträgern oder Fachkräften im Gesundheitssektor. Sie ist grenz-, professions- und ressortübergreifend (Vergleiche Abbildung). Viele Akteure müssen beteiligt werden. Initiativen zur Förderung der Gesundheitskompetenz müssen in den Settings des Lebensalltags ansetzen.

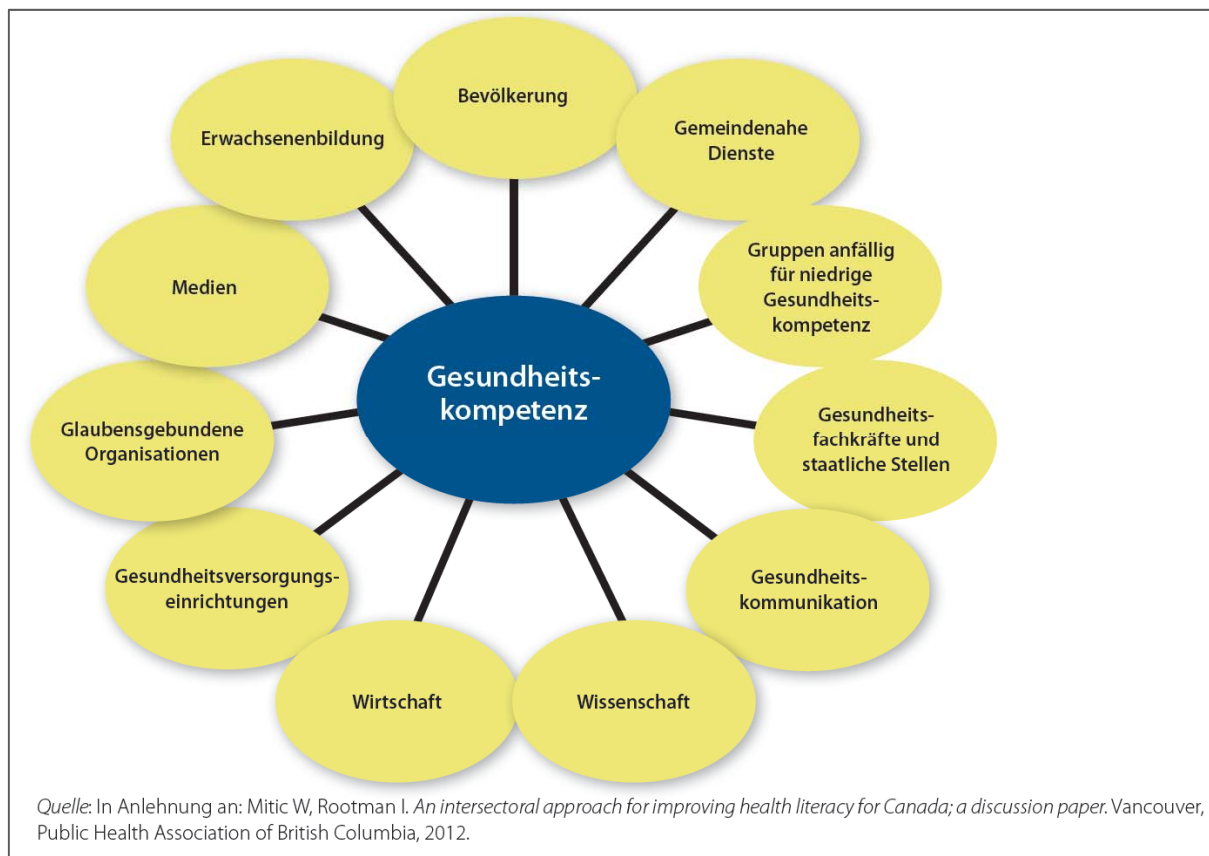
2. Viele Akteure bei Gesundheitskompetenz involvieren.

Zwar werden in der nachstehenden Abbildung die Verbindungen zwischen den Akteuren als streng linear und wie die Speichen eines Rads von innen nach aussen verlaufend dargestellt. In Wirklichkeit verlaufen sie aber kreuz und quer und überschneiden sich. Das verdeutlicht die komplexen Wechselbeziehungen unter den vielen Akteuren, die sich gesellschaftlich für die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung engagieren.

3. Leicht verständliche Angebote entwickeln.

Damit ist gemeint, dass beim Zuhören oder Lesen etwas sofort verstanden werden kann. Zur Förderung der Gesundheitskompetenz müssen aussagekräftige und zuverlässige Informationen bereitgestellt werden. Deren Inhalt und Format sollten Unterschiede und Vielfalt in Bezug auf Kulturen, Geschlecht, Alter und Personen ausreichend berücksichtigen

Abbildung 7: Wichtige Akteure in der Gesundheitskompetenz



In der Schweiz vernetzt die Allianz Gesundheitskompetenz³⁸ als Plattform Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und den Medien zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Sie will gesellschaftspolitische Impulse geben, strategische Konzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickeln und unterstützt die Umsetzung konkreter Projekte mit Partnern inner- und ausserhalb der Allianz. Die Allianz möchte die soziopolitische Agenda voranbringen, entwickelt Strategien sowie Konzepte für die Förderung der Gesundheitskompetenz und unterstützt zusammen mit Partnern von innerhalb und ausserhalb der Allianz die Verwirklichung konkreter Projekte in der Schweiz.

5. Die Steuerung des Patienten im Gesundheitswesen

Patientensteuerung

Der Begriff der „Patientensteuerung“ geht von der Prämisse aus, dass der Patient sich im Gesundheitswesen nicht „ideal“ verhält. Man geht davon aus, dass ein „gesteuerter“ Patient

³⁸ www.allianz-gesundheitskompetenz.ch



im ökonomischen Sinne geringere Kosten verursacht und im medizinischen Sinne ein besseres Behandlungsergebnis hat. In diesem Zusammenhang wurden in der Schweiz seit den späten 90er Jahren vor allem von Versichererseite verschiedene Patientensteuerungsmodelle auf freiwilliger Basis eingeführt, die unter dem Begriff „Managed Care“ Einzug gefunden haben. Mit Managed Care wird allgemein die gezielte Steuerung des Patienten in der medizinischen Behandlung bezeichnet. In diesen Managed Care-Modellen verpflichtet sich der Versicherte zu einer freiwilligen Einschränkung, nämlich in irgendeiner Art und Weise durch seine Krankenversicherung oder deren Beauftragte gesteuert zu werden, und erhält dafür einen der potentiellen Einsparung entsprechenden Rabatt auf seiner Krankenversicherungsprämie. Allen Modellen gleich ist der Ansatz, dass sich Patienten primär über eine Person (Hausarzt) oder Institution (Ärztinnen- und Ärztegesellschaft, HMO) bei ihrer Behandlung steuern lassen. Damit soll erreicht werden, dass sich der Patient bewusst und „gesteuert“ auf dem Behandlungspfad bewegt.

Das Versorgungsmanagement

Für die "Kunden" im Gesundheitssystem werden zunehmend mehr Angebote des Versorgungsmanagements bereitgestellt. Der Patient erhält nicht nur medizinische Güter und Dienstleistungen, sondern zusätzlich professionelle Hilfestellung ("Management"), um sie effizient in Anspruch nehmen zu können. Dabei muss ein Versorgungsmanagement kein Widerspruch zur Patientensouveränität sein, sondern kann sogar notwendigerweise mit ihr einhergehen. Als Beispiel sei ein Patient genannt, der sicherstellen möchte, dass seine Erkrankung nach wissenschaftlich fundierten Leitlinien behandelt wird. Überdies möchte er ein Team von Anbietern der ambulanten und stationären Versorgung, das die Kontinuität seiner Behandlung gewährleistet. Er schreibt sich deshalb in ein integriertes Versorgungsnetz von Leistungserbringern ein, die sich auf seine Erkrankung spezialisiert haben und sich somit koordiniert um seine gesamten therapeutischen Abläufe kümmern. Die Angebotsvielfalt im Gesundheitswesen nimmt zu und das bedeutet, Patienten können auswählen, welche Versorgung sie wünschen. Voraussetzung dabei ist jedoch, dass die Patienten die Angebote kennen und wissen, was zu tun ist, um sie zu erhalten. Selbst für den Prototyp des mündigen Patienten dürfte es nicht leicht sein, sich Transparenz zu verschaffen. Die Komplexität der Arbeitsteilung schreitet fort, nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auf vielen anderen Gebieten ebenso. Die Ausübung von Nachfrage wird damit anspruchsvoller und es ist eher wahrscheinlich, dass die Nachfrager beziehungsweise Nutzer überfordert sind und der Hilfestellung von Experten bedürfen.

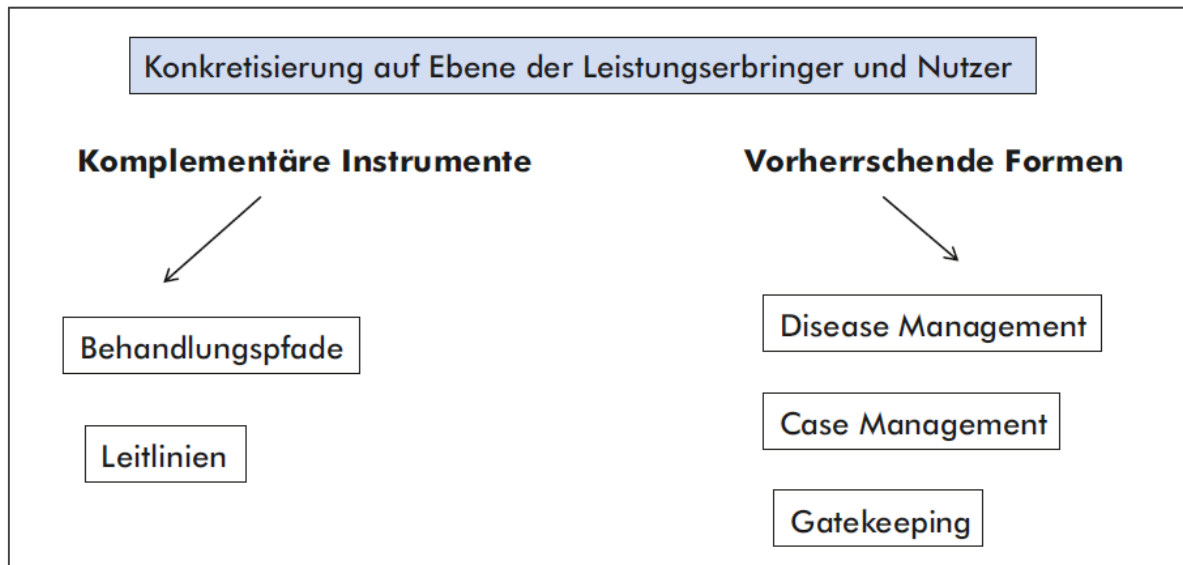
Bei den Modellen von Patientensteuerung und Versorgungsmanagement wird grundsätzlich unterschieden zwischen:

- Hausarzt-Modell: Steuerung über Hausarzt welcher in ein Ärztenetz integriert ist
- HMO-Modell: Steuerung über HMO-Praxen

Weitere Merkmale von Managed Care sind:

- Vernetzung von Behandlungseinrichtungen
- Finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer am Versicherungsrisiko

Abbildung 8



Die generelle Erwartung ist, dass mit Managed Care Modellen sowohl die Kosten gesenkt beziehungsweise der Kostenanstieg gebremst, als auch die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden können. Mindestens jedoch sollten sie eine gleich gute Versorgung zu tieferen Kosten als im herkömmlichen System erbringen.

Die Fragen und Problemstellungen von solchen Steuerungsmodellen sind:

- Wer soll / kann steuern? (Versicherung, HMO³⁹, Arzt, Telemedizin)
- Welche Interessen hat der Steuernde?
- Werden dem Patienten allenfalls sinnvolle Behandlungen aus Kostengründen vorenthalten zu Gunsten günstigerer aber schlechterer Behandlungen?
- Sind die Akteure vernetzt?
- Haben die Akteure Zugriff auf die notwendigen Daten?

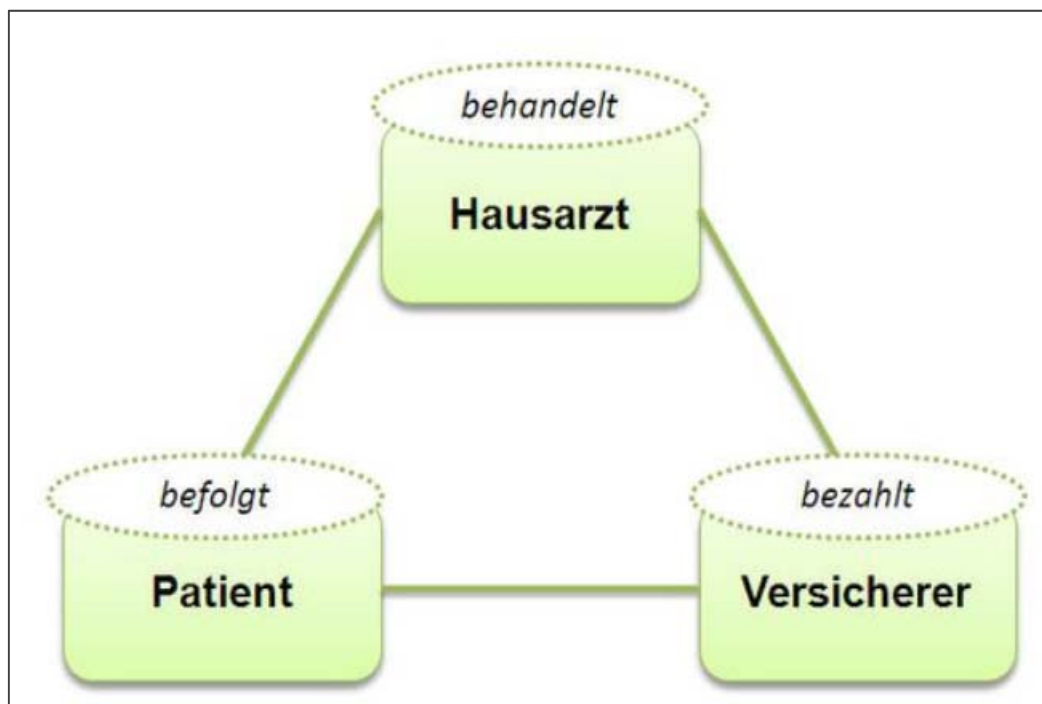
Das Hausarztmodell

Ein Hausarztmodell (oder auch Hausarztversicherung) ist eine Form von Managed Care. Dabei übernimmt ein in einem Ärztenetzwerk organisierter Hausarzt eine zentrale Funktion, indem er die ganze Behandlung des Patienten koordiniert. Dies beinhaltet auch allfällige Überweisungen an weitere Leistungserbringer (Spezialisten, Spitäler). Mit der gezielten Steuerung des Patienten kann im Vergleich zu Patienten mit freier Arztwahl eine kosteneffizientere Behandlung erreicht werden. Durch die optimaler Gestaltung von internen Abläufen und Überweisungsprozessen mit weiteren Leistungserbringern wird oftmals sogar die Behandlungsqualität noch verbessert. Der Patient erhält zudem einen Prämienrabatt in der Höhe zwischen 10 und 20 %.

³⁹ HMO = Health Maintenance Organization

Hält sich ein Patient nicht an die Abmachungen und begibt sich ohne Abstimmung mit dem Hausarzt zu einem Spezialisten, kann dies dazu führen, dass der Versicherer die Kosten für die Behandlung nicht übernimmt.

Abbildung 9



Quelle: <http://www.argomed.ch/hausarztsystem.html>

Die Rollen der Beteiligten:

Hausarzt	Koordiniert die Behandlung des Patienten und betreibt ein Überweisungsmanagement
Patient	Lässt sich vom Hausarzt „steuern“. Überweisungen (auch von Spezialist an Spezialist) werden vom Hausarzt koordiniert. Er schliesst eine entsprechende Hausarztversicherung ab und erhält einen entsprechenden Prämiennrabbatt
Versicherer	Bietet ein Hausarztmodell an (in Kooperation mit Hausarzt/Ärztenez)

Managed Care-Modelle

Managed Care bezeichnet die Summe aller Steuerungs- und Integrationsinstrumente im Gesundheitswesen mit dem Ziel, eine bedürfnisgerechte, qualitätsbasierte und kosteneffektive medizinische Versorgung zu fördern. Der Begriff «Managed Care» wird allerdings immer weniger benutzt, vielmehr spricht man von «alternativen Versicherungsmodellen», „Patientenmanagement“ oder auch „integrierter Versorgung“. International sind eine Vielzahl solcher Steuerungs- und Integrationsansätze eingeführt worden, beispielsweise integrierte Organisationsformen (Hausarztmodelle, Ärztenetze, HMO/Gesundheitszentren) oder Integrationsinstrumente (Gatekeeping, Guidelines, Case Management, Disease Management, Demand Management / Telefontriage).



Alternative Modelle mit einer Steuerung des Patienten als Versicherungsform

Mit Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 wurde es möglich, **alternative Versicherungsmodelle (AVM)** anzubieten. Ausgehend vom Subsidiaritätsprinzip unseres liberalen Staates können seither die Vertragspartner, also Ärzte und Versicherer, solche Modelle entwickeln und anbieten. Heute können Versicherte innerhalb der regulären Krankenversicherung zwischen verschiedenen AVM wählen - häufig auch Managed-Care-Modelle oder Modelle der integrierten Versorgung genannt - und sich als Patienten in Ärztenetzen / HMO behandeln und betreuen lassen.

Allen AVM gemeinsam ist das Prinzip des **Gatekeeping**: Die versicherte Person verpflichtet sich, bei gesundheitlichen Beschwerden immer den gleichen «Eingang» ins Gesundheitswesen zu nehmen. Dies kann der Hausarzt sein, ein Gesundheitszentrum (HMO) oder ein medizinisches Call Center, das man telefonisch kontaktiert. Spezialisierte oder stationäre Behandlungen sind nur nach Überweisung durch den Gatekeeper oder Care Manager möglich («eingeschränkte Arztwahl»). Im Gegenzug erhalten die Versicherten einen Prämienrabatt. Ausgenommen von dieser Verpflichtung sind Notfälle. Sonderregelungen gibt es meist für den Besuch eines Frauen-, Kinder- oder Augenarztes. In gewissen Regionen hat sich bereits über ein Drittel der Versicherten (z.B. Kanton Thurgau) für ein alternatives Versicherungsmodell entschieden.

Modelle

In der Schweiz haben sich verschiedene Modelle entwickelt:

Vertragsmodelle (Ärztenetze, HMO, Medizinische Callcenter):

In Ärztenetzen gehören die Hausärzte einer Gruppe von Ärzten an, die mit der Krankenkasse einen speziellen Vertrag hat. Darin verpflichten sich die Netze, die Ärzte konsequent weiterzubilden. Dies geschieht primär in sogenannten Qualitätszirkeln. Hier treffen sich die Ärztinnen und Ärzte regelmässig, um komplexe Einzelfälle zu besprechen, mögliche Fehlerquellen bei Behandlungen zu ermitteln oder neue Therapien zu bewerten. Weiter verpflichten sich die Netze, die Steuerung systematisch zu kontrollieren. Die Ärztenetze übernehmen als Kollektiv häufig eine finanzielle Mitverantwortung (Budgetmitverantwortung in Form eines Bonus-Malus-Systems oder Capitation-Vertrages). Sie erhalten eine Vergütung für den zusätzlichen Aufwand für Steuerung und Qualitätsarbeit. Analoge Anforderungen gelten für HMO/Gesundheitszentren. Die meisten von ihnen gehören Krankenversicherern, und die Ärzte sind angestellt. Die restlichen sind im Besitze der Ärzte.

In der Schweiz gibt es rund 90 Ärztenetze und HMOs. Knapp die Hälfte aller Grundversorgerinnen und Grundversorger engagieren sich in Ärztenetzen. Zwei von drei solcher Netze haben mit den Krankenversicherern eine Budgetmitverantwortung vereinbart. In gewissen Regionen können Versicherte bereits heute auch einen Spezialisten als primäre Anlaufstelle bezeichnen.

Bei Modellen mit einem medizinischen Callcenter beziehungsweise telemedizinischen Modellen haben die Versicherten die Pflicht, sich bei jedem Gesundheitsproblem zuerst telefonisch beraten zu lassen. Dabei geben medizinische Fachpersonen Auskünfte und Verhaltensempfehlungen oder weisen die Patienten an einen Arzt oder ein Spital weiter. Bei diesen Modellen besteht ein spezieller Vertrag zwischen Versicherer und Callcenter. Die Steuerung ist eher punktuell und beschränkt sich heute in der Regel auf das Telefonat. Weitergehende



Behandlungs- und Betreuungsangebote für bestimmte Patienten durch die Telemedizin sind aber möglich und werden teilweise auch angeboten.

Charakteristiken eines Ärztenetzes (angelehnt an die Definition von med-swiss.net)

- **Ärztebasiert:** Werden von Leistungserbringern gebildet und dienen der Gesundheitsversorgung
- **Verbindlichkeit:** Vertraglich geregelte Zusammenarbeit unter sich, mit netzfremden Leistungserbringern und Kostenträgern
- **Einheitliche Philosophie:** Handeln auf der Basis von vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur
- **Care Management:** Steuern die Gesundheitsleistungen so weit wie möglich aus einer Hand
- **Bedürfnisorientiert:** Richten sich konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten aus
- **Qualitätsorientiert:** Setzen sich für eine hohe Versorgungsqualität ein
- **Kostenbewusst:** Gehen mit den vorhandenen Mitteln haushälterisch um

Nicht-Vertragsmodelle (Listenmodelle, Lightmodelle):

Diese kennen keine besondere vertragliche Regelung zwischen Versicherern und Ärzten. Diese Modelle sind Versicherungsprodukte, bei denen die Versicherer Leistungserbringerlisten definieren, weshalb sie auch «Listenmodelle» genannt werden. Die Listenmodelle basieren ebenfalls auf der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers.

Sie sind aus folgenden Gründen umstritten:

- Ärztenetze und Ärzte bezeichnen Listenmodelle wegen der fehlenden vertraglichen Partnerschaft auch als Pseudo- oder Lightmodelle. Strittige Punkte sind die von den Versicherern definierten Leistungserbringerlisten sowie die fehlende Verbindlichkeit; dadurch werde nur der Risikoselektion Vorschub geleistet und die Entwicklung von integrierter Versorgung stark behindert.
- Versicherer sind überzeugt, dass Listenmodelle in Regionen ohne Vertragsmodelle (Ärztenetze / HMO) sinnvoll sind und als Möglichkeit zur Kosteneinsparung angeboten werden sollen. Das Verhalten der Versicherten soll daher auch in diesen Modellen belohnt werden. Dass Listenmodelle die Entwicklung der integrierten Versorgung behindern, bestreiten die Versicherer aufgrund der Erfahrungszahlen, denn der Anteil aller AVM ist am Wachsen.

Integrierte Modelle in Entwicklung

Das zentrale Steuerungsinstrument der heutigen Modelle ist das Gatekeeping. Durch die Koordination der Überweisungen an spezialisierte beziehungsweise stationäre Betreuende sollen die Gatekeeper Doppelspurigkeiten und unnötige Behandlungen vermeiden. Das funktioniert bei Bagatellerkrankungen und gewissen Krankheiten einwandfrei. Integrierte Versorgung und Steuerung machen aber vor allem dort Sinn, wo viele und unterschiedlichste Behandlungen und / oder Betreuungen aufeinander abgestimmt und koordiniert werden sollten: bei komplexen, chronischen Krankheiten und bei Langzeitbetreuten, denn hier verspricht



eine integrierte Versorgung die Optimierung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung der Versorgungssicherheit und die Steigerung der Kosteneffektivität. Gerade diese Patientinnen und Patienten sollten Anreize haben, dass sie von einer integrierten Versorgung angezogen werden. Deshalb wären hier neben Prämienrabatten auch Reduktionen der Kostenbeteiligung als Anreiz sinnvoll.

Integrierte Versorgung aus Sicht der wichtigsten Akteure

Angesichts der unterschiedlichen Funktionen und Interessen der Akteure darf es nicht erstaunen, dass auch deren Vorstellungen an (gesetzliche) Grundlagen und Anreize zu Weiterentwicklungen in Teilaspekten (noch) disparat sind. Die Positionen dazu:

Sicht der Ärztenetze:

1. Grundlage der Ärztenetze ist ein Vertrag zwischen Versicherern und dem Ärzte- / Versorgungsnetz (Gruppe von Leistungserbringern); Verträge mit einzelnen Ärzten sollten die Ausnahme sein. In einem Vertrag mit einem Netzwerk sind die Modalitäten der Zusammenarbeit, das Leistungsangebot (eine allfällige Übernahme von Nichtpflichtleistungen) und dessen Vergütung geregelt, ausserdem eine Budgetmitverantwortung oder Risikobeteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen und deren Vergütung. Im Ärztenetz erzielte Einsparungen (inkl. logistische Einsparungen) sollen im System des Versorgungsvertrags bleiben.
2. In den Ärztenetzen ist ein Betreuungsarzt oder ein ärztlich geführtes Betreuungsteam erste Anlaufstelle für den Patienten. Diese koordinieren alle notwendigen Abklärungen und Behandlungen und stellen die Beziehungen und Koordination der an der Behandlung des Patienten beteiligten Leistungserbringer sicher. Die Ärztenetze organisieren sich autonom. Das Netzwerk regelt die Zusammenarbeit mit Spezialisten und weiteren Leistungserbringern, namentlich den Spitälern. Die Ärztenetze definieren und unterhalten ein Qualitätskonzept mit entsprechenden Qualitätsindikatoren und weisen die erreichten Ergebnisse aus.
3. Versicherte und Leistungserbringer sollen sowohl den Beitritt in ein Modell der integrierten Versorgung beziehungsweise ein Ärztenetz frei wählen können wie auch den Austritt. Längerfristige Verträge für Versicherte (länger als ein Jahr) sollen möglich sein. Versicherte in integrierten Modellen sollen gegenüber konventionell Versicherten finanziell begünstigt werden (Prämienrabatte, differenzierter Selbstbehalt).

Sicht der Versicherer:

1. Bei alternativen Versicherungsmodellen entscheiden sich die Versicherten freiwillig, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken. Dadurch werden eine bessere Koordination der Behandlung und nachgewiesenermassen tiefere Behandlungskosten möglich. Die tieferen Kosten sollen in Form von tieferen Prämien und eventuell tieferen Selbsthalten an die Versicherten weiter gegeben werden. Die Ärztenetze sollen Budgetverantwortung übernehmen und eine Vergütung für die Steuerung erhalten.
2. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen ermöglichen eine grosse Vielfalt alternativer Versicherungsmodelle. Diese soll nicht eingeschränkt werden. Leistungserbringer und Versicherer sollen besondere Modelle frei vereinbaren und auf die jeweiligen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Versicherten ausrichten können. Insbesondere ist auf einen speziellen Vertragszwang zu verzichten, da dieser Flexibilität, Einsparpotential



und geografische Ausdehnung hemmt. Zudem sollten zukünftig Mehrjahresverträge und Aufnahme von Nichtpflichtleistungen möglich sein.

3. Ein differenzierterer Risikoausgleich vermindert Risikoselektion durch die Versicherer (beispielsweise durch Billigkassen) und fördert integrierte Versorgung mit Blick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit. Der bereits 2012 verfeinerte Risikoausgleich soll in den nächsten Jahren deshalb noch weiterentwickelt werden.
4. Die Palette der möglichen Anreize soll derart erweitert werden, dass integrierte Versorgung beziehungsweise alternative Versicherungsmodelle für kranke Versicherte attraktiver werden. Das heisst, neben Prämien-Rabatten sollen auch differenzierte Kostenbeteiligungen (differenzierter Selbstbehalt) möglich sein.

Sicht der Patienten:

1. Die bisherigen Erfahrungen mit den alternativen Versicherungsmodellen zeigen, dass Wahlmöglichkeiten für Versicherte und Patienten bedeutsam sind. Versicherte und Patienten sollen deshalb innerhalb der Grundversicherung zwischen «gesteuerten Modellen» und «Modellen ohne Steuerung» wählen können.
2. Modelle und Versicherungsprodukte der integrierten Versorgung dürfen sich nicht nur durch die nachgewiesenermassen tieferen Behandlungskosten legitimieren. Eine bessere Koordination und Steuerung der Behandlung muss sich im Vergleich mit einer «ungesteuerten Behandlung» auch durch höhere Qualität ausweisen (mindestens aber gleichwertige). Dafür sollen geeignete Methoden und Massnahmen erarbeitet werden.
3. Für Patienten entscheidend sind das Gesamtergebnis (Outcome) und die Sicherheit von Behandlung und Betreuung. Deshalb sollen Anreize entwickelt werden, welche (integrierte) Leistungserbringer motivieren, Outcome- und Performance-Daten konsequent und kontinuierlich zu erheben und auch für Patienten zugänglich zu machen.

Fazit

Unter den Akteuren besteht grundsätzlicher Konsens, dass

- integrierte Versorgung durch eine verbindliche Koordination und Steuerung sowohl ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis wie eine höhere Qualität der Behandlung ermöglichen.
- Kosteneffektivität und Qualitätsoptimierung vor allem dort zu erwarten sind, wo verbindliche Regeln zu Koordination und Steuerung zwischen Leistungserbringenden und Versicherern vertraglich vereinbart sind.
- integrierte Versorgung zukünftig vor allem bei komplexen, chronischen Krankheiten und bei Langzeitbetreuten bedeutsam sein wird.
- integrierte Versorgung den elektronischen Zugang und Austausch der Patientendaten entlang der Behandlungskette im jeweiligen Betreuungsteam durch den datenschutzkonformen Einsatz von eHealth fördert.
- höhere Kosteneffektivität und Qualitätsoptimierung allen Beteiligten nützen: den Leistungserbringenden, den Versicherern und den Patienten.
- Versicherte mit alternativen Versicherungsmodellen finanziell begünstigt werden sollen (Prämienrabatte, differenzierte Selbstbehalte).



- Versorgungs- und Behandlungsqualität (Outcome, Performance) verstärkt evaluiert und zugänglich gemacht werden sollen.
- Versicherte in der Wahl ihres Versicherungsprodukts und Leistungserbringende in der Wahl ihres Versorgungsmodells frei sein sollen.
- die ab 2012 geltende Verfeinerung des Risikoausgleichs richtig ist und weiter zu entwickeln ist.

Ein grundsätzlicher Konsens ist noch zu entwickeln bezüglich die von Versicherern geforderte beziehungsweise von den Ärztenetzen abgelehnte Möglichkeit, Nicht-Vertragsmodelle beziehungsweise Listenmodelle uneingeschränkt anzubieten. Dazu ist folgende Kompromissvariante denkbar:

Versicherer bieten nur dort Listenmodelle an, wo keine Vertragsmodelle möglich sind. Bei Vertragsmodellen gilt das Tariffestsetzungsverfahren nach KVG, falls sich die Partner nicht einigen können. Während des Festsetzungsverfahrens werden die AVM unverändert weiter geführt. Dadurch soll wie bei der konventionellen Grundversicherung verhindert werden, dass die betroffenen Versicherten Nachteile in Kauf nehmen müssen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Integrierte Versorgungsmodelle können nicht von einem Partner des Gesundheitswesens alleine vorgeschlagen und entwickelt werden. Intelligente Kompromisse können nur im Dialog der Partner entwickelt und entscheidungsreif vorbereitet werden – es braucht den Runden Tisch mit interessierten Teilnehmern - Patienten - Politik (Bund und Kantone) - Versicherer - Ärztenetze / Ärzteschaft.

Weitere Strategien und Initiativen oder Massnahmen werden laufend in der Phase C erarbeitet und angestossen. Dies, weil die Öffnung des Blickwinkels auf den Gesundheitsraum, das gesamte Versorgungsspektrum wie auch die umfassenden Aufgaben des Staates als Regulator, Aufsicht, Versorger und Finanziere erst von statten gehen wird (als zentrale Aufgabe der Phase C).