



Kanton Basel-Stadt
Kanton Basel-Landschaft

Basel / Liestal, 23. Juni 2015

**Gemeinsamer Bericht betreffend Prüfung einer vertieften
Kooperation in der Gesundheitsversorgung zwischen Ba-
sel-Landschaft und Basel-Stadt in den drei Ebenen Versor-
gung, Aufsicht / Regulation sowie Beteiligungen**

Inhalt

1. Ausgangslage	2
2. Vorgehen im Projekt	3
3. Ergebnisse der Analysen	3
3.1 Evaluation der neuen Spitalfinanzierung auf Bundesebene	3
3.2 Ergebnisse Ebene Versorgung	4
3.3 Ergebnisse Ebene Aufsicht / Regulation	6
3.4 Ergebnisse Ebene Beteiligungen	7
4. Visionen in den drei Ebenen	7
4.1 Visionen Ebene Versorgungs	7
4.2 Vision Ebene Aufsicht / Regulation	8
4.3 Visionen Ebene Beteiligungen	8
5. Ziele, Absichten und Strategien in den drei Ebenen.....	8
5.1 Ziele, Absichten und Strategien Ebene Versorgung UND Aufsicht / Regulation.....	8
5.2 Ziele, Absichten und Strategien Ebene Beteiligungen.....	9
6. Weiteres Vorgehen - Aufträge.....	11
6.1 Ebene Versorgung UND Aufsicht / Regulation.....	11
6.2 Ebene Beteiligungen.....	12
7. Zeitplan.....	13
8. Personelle und finanzielle Auswirkungen	13
9. Kommunikation	14
10. Lenkungsausschuss Partnerschaftsverhandlungen.....	14
11. Fazit	14
12. Beschlüsse.....	15

1. Ausgangslage

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (GD BS) sowie die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (VGD BL) wurden beauftragt, „einen Projektplan für eine vertiefte Kooperation zwischen dem USB und dem KSBL vorzulegen, die sich nach den abgestimmten Versorgungs- und Eigentümer-Zielsetzungen der beiden Kantone richten soll. Die Ergebnisse (Zielsetzungen, Projektplan und Projektorganisation) werden vor den Sommerferien von Seiten der Regierungen aktiv öffentlich kommuniziert“.

Die zu erarbeitende Strategie hat folgende übergeordnete Ziele:

- i. eine **optimierte Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung der beiden Kantone,
- ii. eine deutliche **Dämpfung des Kostenwachstums** im Spitalbereich sowie
- iii. eine langfristige **Sicherung der Hochschulmedizin** in der Region.

2. Vorgehen im Projekt

Es fanden insgesamt vier Workshops unter der Leitung der beiden Gesundheitsdirektoren statt. An zwei Workshops nahmen zudem Vertreter des Universitätsspitals Basel (USB) sowie des Kantonsspitals Baselland (KSBL) teil.

Das ganze Projekt fokussiert im stationären Bereich auf den akutsomatischen Teil; ein Einbezug insbesondere der Rehabilitation und eventuell sogar auch der Psychiatrie zu einem späteren Zeitpunkt ist denkbar.

Das konkrete Vorgehen seit März 2015 beinhaltete folgende Schritte:

- i. Analysen durchführen;
- ii. Visionen formulieren;
- iii. Ziele und Absichten ableiten;
- iv. Aufträge vorbereiten.

Bekanntlich haben die Kantone mehrere Rollen, die sie im Spitalbereich wahrnehmen (Gewährleister, Finanzierer, Regulator, Besteller, Eigentümer). Um die notwendige Schärfung in der Analyse, der Formulierung von Visionen, Zielsetzungen und allfälligen Massnahmen zu erhalten, wurden und werden im Projekt die drei folgenden Ebenen jeweils auseinandergelassen:

- Versorgung
- Aufsicht und Regulation
- Beteiligungen

3. Ergebnisse der Analysen

3.1 Evaluation der neuen Spitalfinanzierung auf Bundesebene

Unabhängig von den Analysen des GD BS und der VGD BL ist auf Stufe Bund vorgesehen, die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu untersuchen. Der Bundesrat hat die Durchführung einer Evaluation beschlossen. Von 2012 bis 2018 sollen in diversen Themenbereichen Studien durchgeführt werden, unter anderem zum Einfluss der KVG-Revision auf

- die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems,
- die Qualität der stationären Spitalleistungen,
- die Entwicklung der Spitallandschaft und Sicherstellung der Versorgung und auf
- das Verhalten der Spitäler.

Das BAG hat im Mai 2015 einen Zwischenbericht zur Evaluation veröffentlicht, 2019 wird ein abschliessender Synthesebericht vorliegen.

Die Zwischenergebnisse sind noch grober Natur und zeigen, dass

- sich die Qualität der stationären Spitalbehandlungen mit der neuen Spitalfinanzierung nicht verändert hat,
- die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten sich verkürzt hat,
- es keine Hinweise auf zu frühe Entlassungen gibt,
- mit der neuen Spitalfinanzierung die Transparenz sich verbessert hat,
- es zur erwarteten Kostenverlagerung auf die Kantone kam und
- die Leistungen der einzelnen Spitäler besser miteinander verglichen werden können.

Die verbesserte Transparenz ist eine der Voraussetzungen dafür, dass das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP, Grundversicherung) im stationären Spitalbereich mittelfristig eingedämmt werden kann. Das BAG stellt allerdings auch fest, dass dieses Ziel im Jahr 2012 noch nicht erreicht wurde.

3.2 Ergebnisse Ebene Versorgung

Im Rahmen des **Projekts "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme"** als Teil der koordinierten Versorgungsplanung der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn wurden unter anderem folgende Schlussfolgerungen gezogen:¹

- Die Region NWCH² ist ein weitgehend geschlossenes Versorgungssystem. Die Abwanderungen in der akutstationären und ambulanten Versorgung bewegen sich im einstelligen Prozentbereich. In diesem Sinne stellt diese Region eine sinnvolle Planungsregion dar.
- Zur Beurteilung der Versorgungslage fehlen verschiedentlich die notwendigen Richtwerte, anhand derer die Planungskriterien operationalisiert werden können. Für eine aktive kantonale beziehungsweise regionale Versorgungsplanung braucht es fachlich beziehungsweise politisch abgestützte Planungskriterien und Richtwerte zum Beispiel auch bezüglich Erreichbarkeit der Leistungen.
- Es empfiehlt sich ein überschaubares Set von Indikatoren zu definieren, anhand derer die Entwicklungen innerhalb des Versorgungssystems langfristig aufgezeigt werden können, zumal sich erfahrungsgemäss grössere Systemveränderungen erst mit einigen Jahren einstellen, wenn diese in die Praxis Eingang gefunden haben.
- Im Monitoring werden die Versorgungsbereiche der akutstationären Versorgung, der stationären Psychiatrie und Rehabilitation sowie der ambulanten Versorgung nicht ausschliesslich, aber weitgehend unabhängig voneinander betrachtet. Um die Auswirkungen der KVG-Revision an den Schnittstellen dieser Versorgungsbereiche zu untersuchen, bedarf es ergänzender Analysen.

Darüber hinaus haben die beiden Direktionen im März und April **eigene Erhebungen bzw. Analysen** zum stationären wie auch zum ambulanten Markt aufgrund vorhandener Daten vorgenommen. Durch den Zusammenschluss der Daten wurde eine regionale Sicht (Basel-Landschaft und Basel-Stadt) möglich. Die Daten bilden die Grundlage für Aussagen und

¹ socialdesign ag „Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme“ – Zwischenbericht, Bern, 28. November 2014,

² Beinhaltend die Kantone Basel-Landschaft, Basel-Stadt, das Fricktal (AG) sowie die Bezirke Dorneck und Thierstein (SO)

Feststellungen zu Raum, Mobilität, Angebot, Nachfrage und weiteren Aspekten. Die Erhebung der Daten und die Analysen sind noch nicht abschliessend und werden weiter zu entwickeln sein. Insbesondere im ambulanten Bereich ist die Qualität der Aussagen (zum Beispiel zu den Leistungserbringern) noch zu wenig aussagekräftig. Dennoch können erste interessante Aussagen gemacht werden:

Mobilität der Patientinnen und Patienten: Anders als in den Nachbarkantonen Aargau und Basel-Stadt, wo die Bevölkerung sich zum überwiegenden Teil in Spitälern im eigenen Kanton behandelt lässt (AG: 83%, BS: 91%) sticht heraus, dass 46% der BL-Patienten sich ausserhalb des Kantons behandeln lassen; knapp 40% aller BL-Patienten in BS.

Anzahl aller stationären **Akutsomatik** A-Fälle nach Wohnkanton des Patienten und Spitalstandort im Jahr 2012 (Anzahl Austritte) inkl. Langzeitpflegefälle

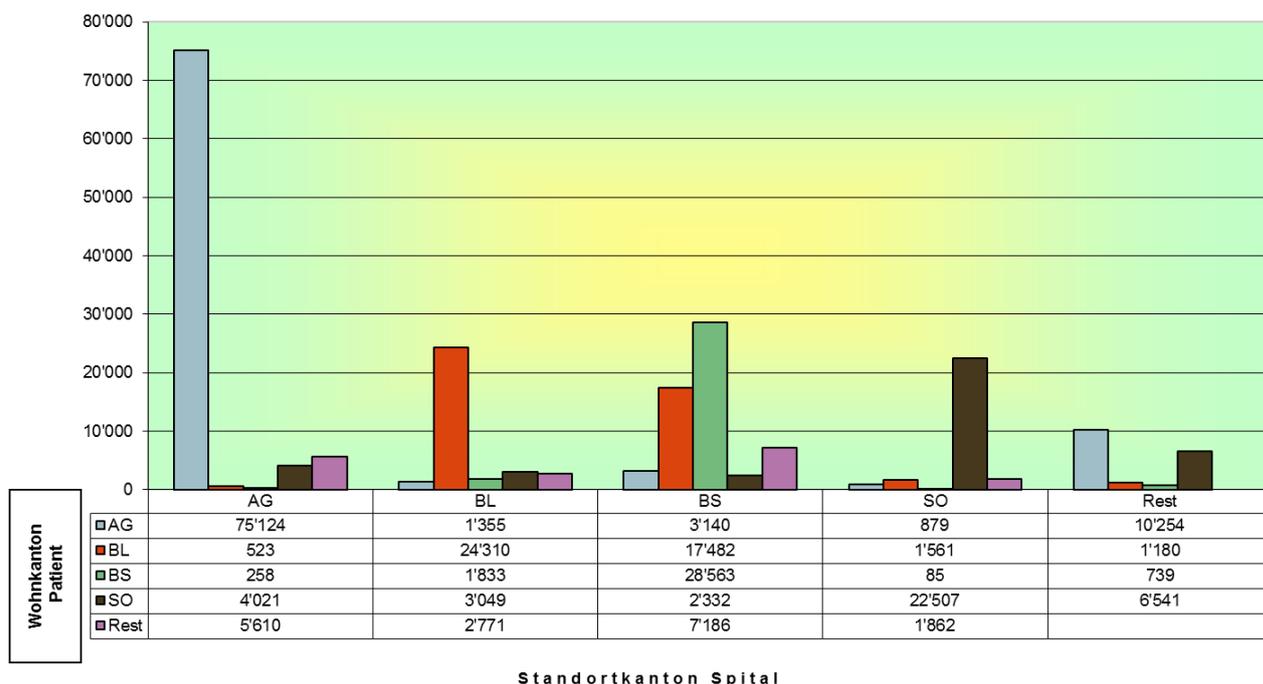


Abbildung 1: Stationäre Akutsomatik-Fälle nach Wohnkanton und Spitalstandort

Schweregrad: Zugleich kann festgehalten werden, dass die BL-Patienten, welche sich in BS behandeln lassen im Durchschnitt einen höheren Schweregrad aufweisen. Das ist ein Indiz dafür, dass in BS nicht vorwiegend Grundversorgungsfälle aus BL behandelt werden (vgl. folgende Graphik).

CMI-Kreuztabelle alle Spitäler 2012

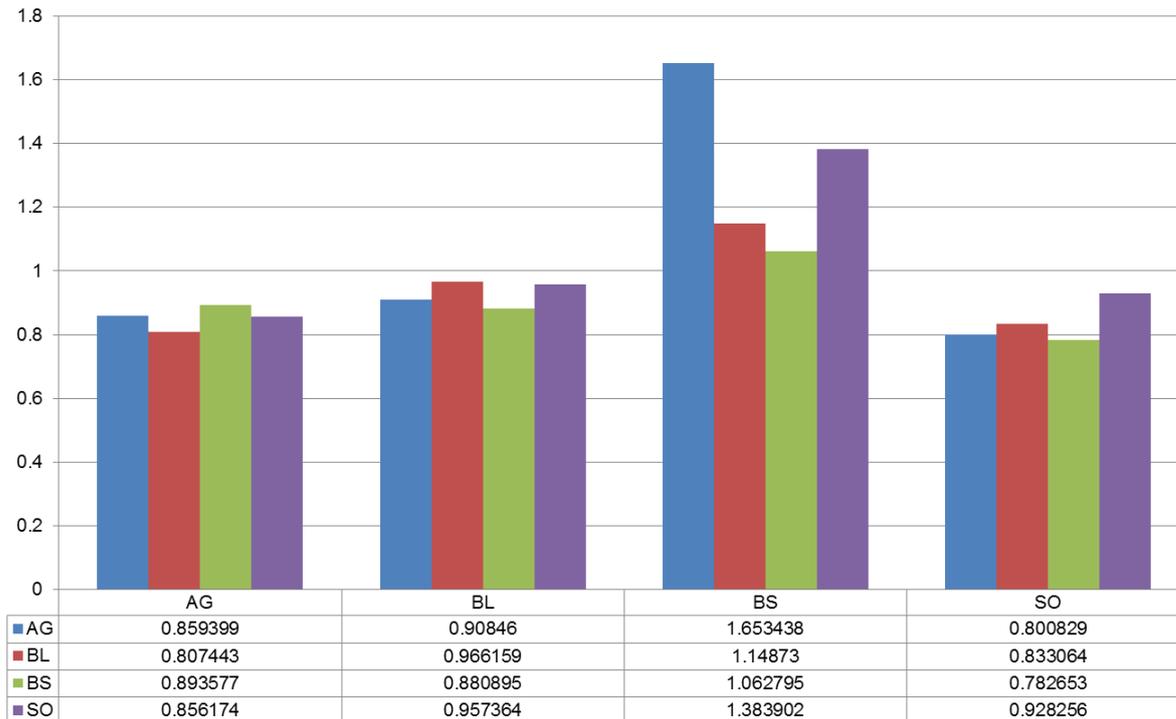


Abbildung 2: CMI-Kreuztabelle 2012

Angebotsdichte: Zur Angebotsdichte (Anzahl Spitäler, Betten, Ärzte, Fälle oder Konsultationen jeweils im Verhältnis zur Bevölkerung) sind abschliessende Aussagen noch nicht möglich. Offensichtlich ist, dass die Angebotsdichte in der Region deutlich über dem Schweizer Durchschnitt liegt.

Ein Hinweis für die ausgezeichnete regionale Gesundheitsversorgung liefert die **Erreichbarkeit** gemessen an Fahrzeiten im Rahmen der Notfallversorgung und der Herznotfälle mit kardiologischer Intervention innerhalb von 1 – 15 Minuten. Sie liegt in BS bei jeweils 100% und in BL bei 93.8% (Notfall) bzw. bei 86.0% (Kardiologie) und damit (deutlich) über dem Nordwest-Schweizer Durchschnitt (Notfall: 91.7%, Kardiologie: 67.6%).

3.3 Ergebnisse Ebene Aufsicht / Regulation

Auf dieser Ebene geht es um die Frage, in welchem Umfang und in welcher Qualität die Kantone die ihnen vom KVG zugeordnete Rolle in der Aufsicht und in der Regulation wahrnehmen sollen. Auch wenn das KVG Vorgaben macht und das Primat des Wettbewerbs, also der Marktkräfte, gilt, besteht in der Umsetzung ein gewisser Handlungsspielraum für die Kantone.

Als Beispiel für ein Qualitätsmonitoring sei der Bereich Versorgungsforschung genannt, der in BS derzeit für ausgewählte Leistungsbereiche (Knieorthopädie) im Spitalbereich aufgebaut wird. Ziel ist es zukünftig, vermehrt die erbrachten Leistungen auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu überprüfen. Je nach Ergebnis könnte einem Leistungserbringer die Aufnahme auf die Spitalliste verweigert oder nur befristet und unter Auflagen erlaubt werden.

Die vertiefte Analyse im Bereich der Aufsicht und Regulation (was ist möglich? was wird heute bereits angewendet? was sind mögliche Konsequenzen von stärkeren Eingriffen?) wurde bisher zu Gunsten der Analyse in den anderen beiden Ebenen zurückgestellt und wird ein Schwerpunkt der Gesundheitsdirektionen in der nächsten Projektphase.

3.4 Ergebnisse Ebene Beteiligungen

Eine erste gemeinsame **Marktanalyse** von USB und KSBL hat unter anderem ergeben, dass

- es in den Kantonen BS und BL eher zu viel als zu wenig Spitalbetten hat;
- die Spitäler vor der mittel- und längerfristigen Herausforderung stehen, mit weniger Personal mehr Patienten versorgen zu müssen;
- die Spitäler sich auf einen wachsenden Anteil multimorbider Patienten einstellen müssen;
- ein grosses Verlagerungspotenzial von stationären zu ambulanten Leistungen besteht;
- von abnehmenden durchschnittlichen Aufenthaltsdauern auszugehen ist;
- die Zusammenarbeit der Spitäler mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern Verbesserungspotential hat sowie
- die finanziellen Anreize heute auf Stufe Spital, Spitalarzt und Krankenkasse eine Verlagerung von stationär zu ambulant zuwiderlaufen oder mindestens erschweren.

Betreffend die **Unternehmensanalyse** stellen beide Spitäler fest, dass es ihnen ohne konzeptionelle und grössere strukturelle Änderungen kaum gelingen wird, die oben erwähnten medizinischen Herausforderungen zu meistern. Beide stehen vor finanziellen und baulichen Herausforderungen, beide Spitäler werden Mühe haben, die anstehenden Investitionen zur dringenden Gebäudeerneuerung in vernünftiger Frist abzuschreiben und (bei möglicherweise steigenden Zinsen) zu verzinsen. Alleine die langfristig betriebswirtschaftlich nachhaltige Aufrechterhaltung des Status Quo erfordert für beide Unternehmen zusätzliche Mittel pro Jahr in namhafter Höhe.

Auf der Basis der obigen Ergebnisse sind die beiden Gesundheitsdirektoren zum Schluss gekommen, dass ein gemeinsames Angehen der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen auf allen drei Ebenen jener Weg ist, der die grössten Chance bietet, die vorgenannten übergeordneten Ziele zu erreichen. Es gibt zum derzeitigen Stand der Analyse und Planung keine Indizien, dass eine Stand alone-Lösung auf der Versorgungs-, auf der Regulations- und Aufsichts- oder auf der Eigentümerebene für die Bevölkerung der beiden Kantone ein besseres Ergebnis zeitigen würde.

4. Visionen in den drei Ebenen

Entsprechend haben die beiden Vorsteher - abgeleitet aus den Analysen - für alle Ebenen gemeinsame Visionen für die beiden Kantone formuliert:

4.1 Visionen Ebene Versorgungsraum

1. Wir sehen die Region als einen gemeinsamen und integralen Gesundheitsversorgungsraum.
2. Wir verfolgen für die Bevölkerung die Prinzipien einer adäquaten, qualitativ hochstehenden, gut erreichbaren und bezahlbaren Gesundheitsversorgung.

3. Wir wollen neben einer starken und kostengünstigen Grundversorgung und einer bedarfsgerechten Zentrumsversorgung auch eine Spitzenrolle in der Hochspezialisierten Medizin und in der universitären Lehre und Forschung einnehmen.

4.2 Vision Ebene Aufsicht / Regulation

4. Wir handeln gemeinsam, respektieren dabei die Rolle der öffentlichen wie auch der privaten Anbieter und beeinflussen den Gesundheitsversorgungsraum, wo dies zur Erreichung der übergeordneten Ziele nötig ist

4.3 Visionen Ebene Beteiligungen

5. Wir tragen mit den eigenen/gemeinsamen Spitälern wesentlich zur qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung bei.
6. Wir bilden eine gemeinsame Spitalgruppe mit einer nachhaltigen Positionierung des universitären Charakters auf nationaler und internationaler Ebene; für eine Beteiligung weiterer Partner sind wir offen.

5. Ziele, Absichten und Strategien in den drei Ebenen

Die knappen Ressourcen in diesem Projekt wurden in den letzten drei Monaten aufgrund der hohen Priorität schwergewichtig für die Erarbeitung von Zielen und Absichten auf der Ebene der Beteiligungen eingesetzt. Ziel ist es, ein analoges Papier auch für die beiden anderen Ebenen zu erstellen.

5.1 Ziele, Absichten und Strategien Ebene Versorgung UND Aufsicht / Regulation

Auch ohne Vorliegen verpflichtender Ziele, Absichten und Strategien kann festgehalten werden, dass die beiden Gesundheitsdirektoren beabsichtigen, zukünftig möglichst viele Schritte auf der Ebene Versorgung sowie auf der Ebene Aufsicht und Regulation gemeinsam anzugehen. Dieses „gemeinsam“ bezieht sich auf alle angebots- und nachfrageseitigen Analysen (Leistungen, Qualität, Patientenströme), den Einsatz von Instrumenten (z.B. Spitalliste) wie auch der institutionellen Gefässe (z.B. im SAM, Steuerungsausschuss Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Basel). Damit die volle Wirkung erzielt werden kann, sind – soweit notwendig und zweckmässig – auch kantonale Rechtsgrundlagen entsprechend anzupassen.

Um die eingangs erwähnten übergeordneten Ziele einer optimalen Gesundheitsversorgung und einer Dämmung des Kostenwachstums zu erreichen und um ein Zeichen für eine regionale Versorgungsplanung zu setzen, ist vorgesehen, dass die beiden Kantone auf nationaler Ebene gemeinsame Positionen vertreten:

- Spitalstationäre und spitalambulante Leistungen sollen nach einem einheitlichen Schlüssel (dual zwischen Kantonen und Krankenkassen) finanziert werden (kostenneutral im Vergleich zum heutigen System).
- Eine effektive Steuerung des ambulanten Bereichs durch die Kantone soll ermöglicht werden.
- Die Information und Eigenverantwortung der Patienten soll gestärkt werden.

5.2 Ziele, Absichten und Strategien Ebene Beteiligungen

Ihre Ziele, Absichten und Strategien auf der Ebene Beteiligungen (akutsomatische Spitäler) haben die beiden Gesundheitsdirektoren wie folgt festgehalten:

Ziele:

1. Eine gemeinsame öffentliche Leistungserbringung für den Versorgungsraum;
2. Koordination der vorzunehmenden Investitionen³;
3. Stationäre Leistungsangebote werden auf ambulante verlagert;
4. Stationäre Überkapazitäten werden abgebaut⁴;
5. Kernkompetenzen werden abgestimmt und Schwerpunkte gebildet;
6. Leistungserbringungen werden konzentriert;
7. Synergien werden ausgeschöpft, also Effizienz und Effektivität erhöht sowie Parallelitäten und doppelten Kapazitäten reduziert;
8. Skaleneffekte werden realisiert (Grösse, Aufbau, Spektrum, Ort, ...);
9. Neue Betriebsmodelle und innovative Ansätze zur Leistungserbringung (z.B. Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)⁵, integrierte Versorgung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern etc.) werden ermöglicht.

Absichten:

- i. Die öffentliche Leistungserbringung gemeinsam strukturieren und konzentrieren;
- ii. Effekte realisieren, die dank Grösse, Aufbau, Leistungsspektren und Fallzahlen möglich werden (Synergien);
- iii. Investitions- und Betriebskosten senken dank Innovation (z.B. ambulant statt stationär), Konzentration (Bildung von Schwerpunkten) und stärkerer Koordination;
- iv. Eine adäquate und differenzierte Kostenstruktur für die benötigten Leistungen erreichen;
- v. Effizientere und effektivere Strukturen (Kosten, Leistungen, Organisation, Infrastrukturen, ...) in der Spital-Versorgung erreichen.

Strategien: Konkret verfolgen die Vorsteher u.a. folgende Strategien zu den Leistungsangeboten und zu den Standorten der Beteiligungen:

- a. USB und KSBL sollen zu einer gemeinsamen Spitalgruppe zusammengeführt werden;
- b. Die akutsomatische stationäre Versorgung wird mittel- bis langfristig an den Standorten Basel und Liestal konzentriert;
- c. Auf dem Bruderholz wird eine Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) gebaut⁶;

³ Ziel ist es, dass die Beteiligungen bei ihren Investitionsentscheiden mitberücksichtigen, dass gewisse Leistungen zukünftig ambulant erbracht werden können. Dies wird weniger Investitionen auslösen, als im Status Quo geplant ist und wirkt in diesem Sinne beschränkend.

⁴ Als Überkapazitäten werden jene Kapazitäten verstanden, die heute noch für stationär erbrachte Leistungen zur Verfügung stehen, welche zukünftig ambulant erbracht werden sollen.

⁵ Arbeitstitel

- d. Es findet eine deutliche Verlagerung des Leistungsangebots von stationärer zu ambulanter Versorgung statt. Dies bedeutet, dass Verschiebungen von heutigen ambulanten Angeboten des USB und des KSBL, wo möglich und sinnvoll, in die Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) stattfinden müssen;
- e. Die heutigen und weiteren Vorhaben und Entwicklungen vom USB und KSBL tragen den Absichten einer gemeinsamen Spitalgruppe und der Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) prioritär Rechnung.

In der Abbildung 3 sind die vorgenannten Strategien auf eine Zeitachse umgelegt. Die Grafik zeigt den Zusammenhang bzw. die Abhängigkeiten zwischen den Strategien. Der Abbau der stationären Angebote am Standort Bruderholz geht einher mit dem Aufbau der Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP). Parallel sind die stationären Kapazitäten an den Standorten Basel und Liestal so auszurichten, dass ein Teil der ambulanten Fälle an den Standort Bruderholz abgegeben werden können und zugleich vom Standort Bruderholz stationäre Fälle übernommen werden können. Zugleich sollen mit einer bis 2019 zu bildenden Spitalgruppe die Voraussetzungen geschaffen sein, um ab dem Jahr 2020 laufend weitere Synergien in den medizinischen und betrieblichen Leistungen zu erzielen.

⁶ Eine Umsetzung an diesem Standort bietet aufgrund der Eigentumsverhältnisse (Kanton Basel-Landschaft), der zonenrechtlichen Gegebenheiten (keine langwierigen Umzonungen notwendig) sowie der vorhandenen ÖV- und MIV-Erschliessung inkl. Parkmöglichkeiten eine grosse Planungssicherheit für eine rasche Realisierung.

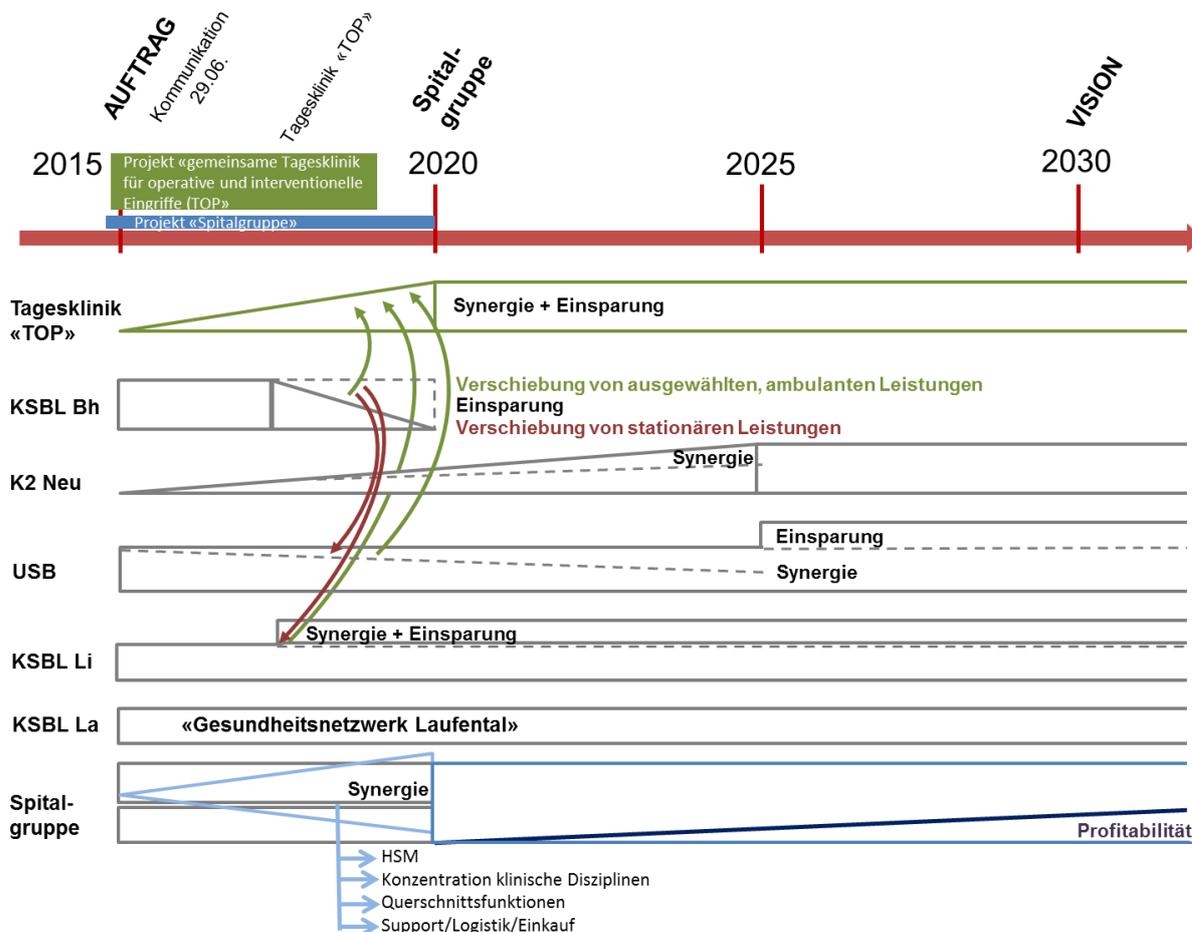


Abbildung 3: Grober Fahrplan „Spitalgruppe“ und „Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)“

6. Weiteres Vorgehen - Aufträge

Mit den vorliegenden Ergebnissen ist die Analysephase weitestgehend abgeschlossen. In der nun folgenden Strategie- und Konzeptphase braucht es jeweils konkrete Aufträge an die Verantwortlichen, entsprechende Vorschläge mit Varianten auszuarbeiten.

6.1 Ebene Versorgung UND Aufsicht / Regulation

Für die beiden Ebenen sollen bis zur gemeinsamen Regierungssitzung im 3. Quartal 2016 analog zur Beteiligungsebene gemäss Ziffer 5.2 Ziele, Absichten und Strategien sowie konkrete Umsetzungsvorschläge formuliert werden, welche analog zur Spitalgruppe auch die organisatorische und gegebenenfalls auch die strukturelle Ebene des GD BS und der VGD BL tangieren kann. Es wird eine Projektorganisation installiert, welche sich aus den Schlüsselpersonen in den beiden Verwaltungen zusammensetzt.

Konkret werden die beiden Gesundheitsdirektoren wie folgt beauftragt:

1. Aufbau einer Projektorganisation der beiden Gesundheitsdirektionen zur Vertiefung der Analysen (Leistungen, Qualität, Patientenströme) und zur Prüfung des Einsatzes von gemeinsamen Instrumenten im Bereich der Spitalversorgung sowie der Aufsicht / Regulation.
2. Gemeinsame Erarbeitung von Handlungsoptionen (Wettbewerbs- versus Regulierungsszenario) und Massnahmen, welche insgesamt kostendämpfend wirken. Dazu soll eine einheitliche Datengrundlage erarbeitet, ein gemeinsames Qualitätsmonitoring aufgebaut, die Patientenströme analysiert und Kapazitäten in beiden Kantonen überprüft werden.

6.2 Ebene Beteiligungen

Auf der Ebene Beteiligungen sind nun die beiden Spitäler gefordert, die Konkretisierung der oben definierten Strategien, mit den beiden Projekten „gemeinsame Spitalgruppe“ sowie „gemeinsame Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP)“, zu erarbeiten.

Der Lead für das Projekt (Projektsteuerung) liegt bei den beiden strategischen Führungsorganen der Spitäler. Das GD BS und die VGD BL nehmen die Projektaufsicht wahr. Es wird einen engen periodischen Austausch zwischen Aufsicht und Projektleitung geben (vgl. Abbildung 4).

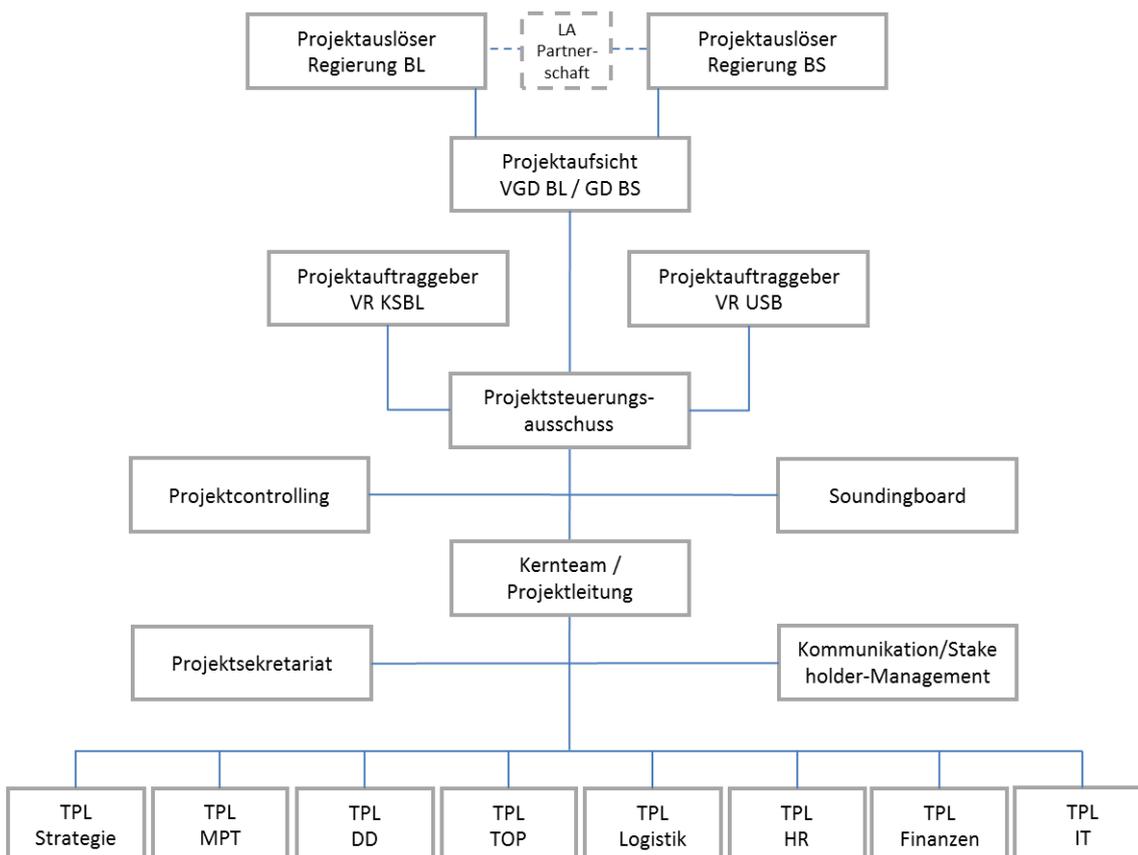


Abbildung 4: Projektorganisation auf Ebene Beteiligungen

MPT: Medizin, Pflege, Therapie; DD: Due Diligence; TOP: Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe

Gegebenenfalls notwendige wettbewerbsrechtliche Analysen und Verfahren bleiben vorbehalten und werden in die Projektplanung integriert.

7. Zeitplan

Ein erster grober Zeitplan für die nun folgende Entwicklungs- und Konzeptphase liegt vor (Abbildung 5). Erfahrungen aus anderen Kantonen zeigen, dass die notwendigen Arbeiten in einem Jahr vorliegen können, hierfür jedoch in einem hohen Arbeitstakt die notwendigen Zwischen- und Endergebnisse erarbeitet werden müssen. Es ist vorgesehen, an der gemeinsamen Sitzungen der beiden Regierungen Basel-Landschaft und Basel-Stadt im Herbst 2016 über die Ergebnisse der Aufträge zu berichten und Anträge für das weitere Vorgehen zu stellen.

Planung Juli 2015 – September 2016: Phase B

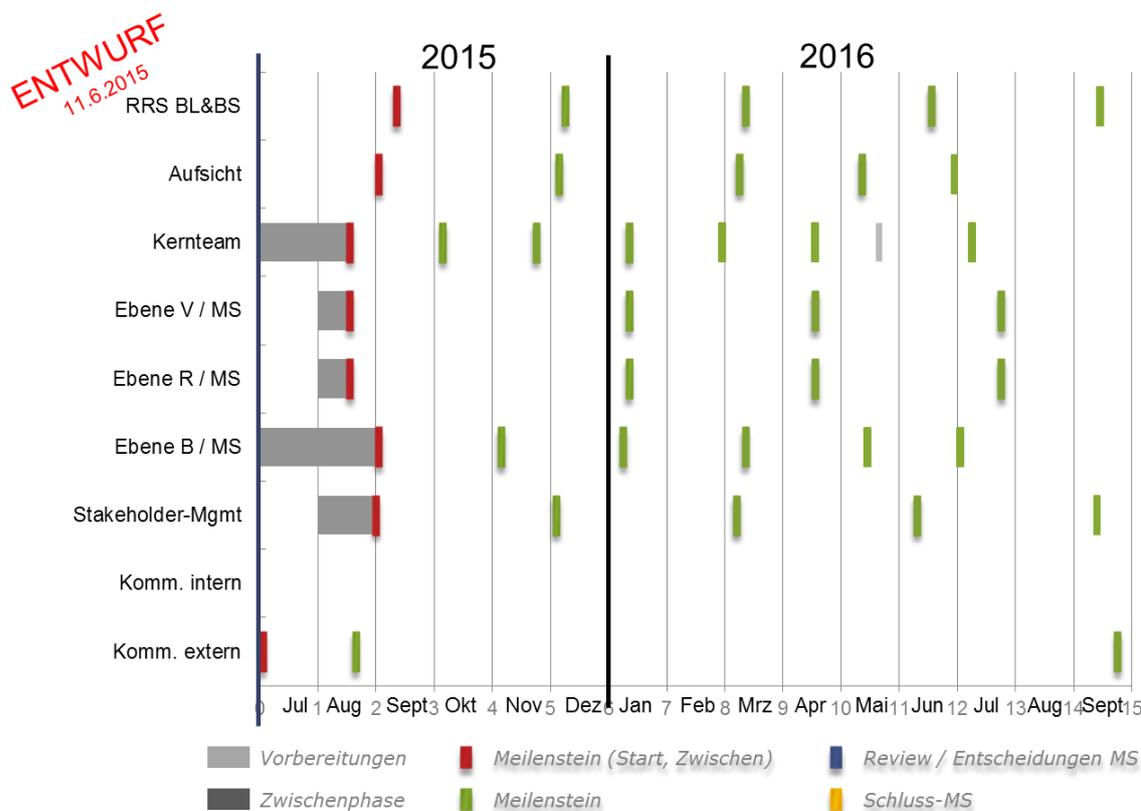


Abbildung 5: Planung Juli 2015 bis September 2016 (Entwurf)

8. Personelle und finanzielle Auswirkungen

Das GD BS und die VGD BL werden die anstehenden Arbeiten gemäss Ziffer 6.1 und 6.2 nicht ohne externe Unterstützung leisten können. Es ist deshalb der Unterstützungsbedarf aufgrund der extern einzukaufenden Leistungen zu evaluieren und bei Bedarf ein entsprechender Finanzierungsantrag zu stellen.

Die Kosten welche im Rahmen des Projektauftrags bei den Beteiligungen entstehen, werden von diesen getragen.

9. Kommunikation

Am Montag, 29. Juni findet um 9.30h (Hofmatt in Münchenstein) eine Medienkonferenz statt, an der über den Stand und das weitere Vorgehen über alle drei Ebenen informiert wird. Anwesend sein werden die beiden Gesundheitsdirektoren sowie die beiden Verwaltungsratspräsidenten und CEO's des USB und KSBL.

10. Lenkungsausschuss Partnerschaftsverhandlungen

Das Teilprojekt Gesundheit wird im Lenkungsausschuss Partnerschaftsverhandlungen reaktiviert. Dabei ist aufgrund der engen Zeitverhältnisse und der Komplexität des Vorhabens auf Seiten des GD BS und der VGD BL eine frühzeitige Planung (Einbezug des Lenkungsausschusses) an die Hand zu nehmen und auf Seiten des Lenkungsausschusses eine hohe zeitliche Flexibilität aufzubringen.

11. Fazit

Im Rahmen des Projekts "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme" hat sich eindrücklich gezeigt, dass Basel-Stadt und Basel-Landschaft (inkl. das Fricktal und Dorneck-Thierstein) einen Gesundheitsversorgungsraum bilden, in welchem sich die Patientinnen und Patienten bewegen. Innerhalb dieses Raums ist ihnen eine optimale, qualitativ hochstehende und zeitgleich möglichst kostengünstige Gesundheitsversorgung zu bieten.

In den wenigen Wochen seit März haben die beiden Gesundheitsdirektionen die Zeit genutzt, um die Situation in der regionalen Gesundheitsversorgung zu analysieren. Dabei sind die verschiedenen Rollen der Kantone zu beachten und die Ebenen „Beteiligungen“, „Versorgung“ und „Aufsicht und Regulation“ auseinanderzuhalten. Denn nur die Berücksichtigung aller drei Ebenen bietet die Chance, die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gemeinsam meistern zu können. In der Analyse der Ebene „Versorgung“ ist festzustellen, dass die Region im stationären Bereich eher übertersorgt ist. Grosses Potential liegt in der Förderung der integrierten Versorgung, in welcher der Behandlungsprozess der Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg und in Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen erfolgt. Auch besteht aus Sicht des USB und des KSBL ein beträchtliches Potential für eine Verlagerung von stationären Behandlungen in den kostengünstigeren ambulanten Bereich – dies ohne Qualitätseinbussen.

Aus Eigentümersicht stellen die Gesundheitsdirektoren fest, dass der Wettbewerb, in dem auch ihre Spitäler mitwirken, auch aufgrund der durch das KVG vorgegebenen Spielregeln nicht nur bessere Qualität und tiefere Kosten mit sich bringt. Es bestehen auch Anreize zur Schaffung von (Über-)Kapazitäten, die sich negativ in der Rentabilität eines Unternehmens niederschlagen können.

Erst mit der Bildung einer gemeinsamen Spitalgruppe wird die gewünschte Verbindlichkeit erreicht und die geforderte Dämpfung des Kostenwachstums durch stärkere Koordination und entsprechende Vermeidung von Doppelspurigkeiten ermöglicht. Ferner wird die gewünschte Qualitätssteigerung durch die Bildung von Schwerpunkten erreicht. Die Region als Life-Sciences-Standort profitiert dadurch, dass höhere Fallzahlen erreicht werden, womit die Region im Bereich der hochspezialisierten Medizin konkurrenzfähig bleibt.

Trotz unterschiedlicher Prioritätensetzungen und Herausforderungen in den Kantonen ist es den beiden Gesundheitsdirektoren gelungen, innerhalb kurzer Zeit ein gemeinsames Verständnis und gemeinsame Vorstellungen zu definieren.

Kurz: Die Gesundheitsdirektoren kommen zum Schluss, dass die derzeitige Situation im Gesundheitsversorgungsraum eine schweizweit einmalige Chance bietet, über zwei Kantone und die drei Ebenen Versorgung, Aufsicht/Regulation und Beteiligungen hinweg eine Parallelschaltung in den Visionen, Zielen und den Strategien vorzunehmen, um damit die übergeordneten Ziele einer optimierten Gesundheitsversorgung, einer deutlichen Dämpfung der Gesundheitskosten (im Spitalbereich) sowie eine längerfristige Sicherung der Hochschulmedizin zu erreichen. Die Region erhält damit die Möglichkeit, schweizweit eine einzigartige Pionierrolle einzunehmen und mit gutem Beispiel voranzugehen, in der Überzeugung, dass weitere Kantone nachziehen werden. Denn nur so können die grossen Herausforderungen im Gesundheitswesen in der Schweiz nachhaltig angegangen werden.

Selbstverständlich sind mit diesem Vorhaben auch Risiken verbunden, seien sie strategischer, finanzieller oder operativer Art. Eine solche Systemveränderung bedarf immer auch der Akzeptanz, von Seiten der Leistungserbringer wie auch der Patienten. Um diese notwendige Akzeptanz erzielen zu können, ist nun die nächste Phase anzugehen.

Es werden zurzeit noch keine unwiderruflichen Entscheide gefällt. Die bisherigen Analysen, Überlegungen und Schlussfolgerungen sind nun im Rahmen einer intensiven Strategieentwicklung zu konkretisieren. Die Ergebnisse werden sich an den übergeordneten Zielen einer optimierten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, einer deutlichen Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie einer langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin in der Region messen lassen müssen.

12. Beschlüsse

Es wird folgendes beschlossen:

1. Die beiden Regierungen nehmen das vorliegende Papier zur Kenntnis und genehmigen die hier vorgelegten Visionen, Ziele und Absichten.
2. Die beiden Regierungen begrüssen die Bestrebungen der Gesundheitsdirektoren einer gemeinsamen Versorgung, Aufsicht und Regulation im Gesundheitsbereich.
3. Ebenso begrüssen die beiden Regierungen die Stossrichtung einer gemeinsamen Spitalgruppe mit den beiden Unternehmen Kantonsspital Baselland KSBL und Universitäts-Spital Basel USB sowie einer gemeinsam betriebenen Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP).
4. 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 Basel-Landschaft und Basel-Stadt vor (Varianten mit Empfehlungen).
5. 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).
6. 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.
7. In den vom GD BS und der VGD BL unterbreiteten Vorschlägen gemäss Ziffern 4 bis 6 ist aufzuzeigen, welchen konkreten Beitrag die vorgeschlagenen Massnahmen zur

Erreichung der drei übergeordneten Ziele (Optimierung Gesundheitsversorgung, deutliche Senkung des Kostenwachstums, Sicherung der Hochschulmedizin) leisten.

8. Für die Aufträge gemäss Ziffer 5 und 6 gelten folgende Rahmenbedingungen:
 - i. Die Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe (TOP) kommt auf dem Bruderholz-Areal zu liegen
 - ii. Die stationären Leistungen sind mittel- bis längerfristig an den Standorten Basel und Liestal zu konzentrieren
 - iii. Die Vorschläge für ein gemeinsames Standort- und Immobilienkonzept basieren auf den bisherigen Standorten Basel, Bruderholz, Laufen und Liestal
 - iv. Zieldatum für die Umsetzung der Strategien und Konzepte ist 2019/2020
9. Das GD BS und die VGD BL stellen sicher, dass ab sofort die Unternehmen KSBL und USB keine Entscheide fällen, welche den unter Ziffer 5.2 festgehaltenen Zielen, Absichten und Strategien entgegenlaufen oder diese präjudizieren.
10. Die Freigabe der konkreten Projektaufträge an die beiden Spitäler KSBL und USB gemäss Ziffern 5 und 6 erfolgt gemeinsam durch die beiden Vorsteher GD BS und VGD BL. Diese nehmen die Aufsichtsfunktion wahr.
11. Das GD BS und die VGD BL werden beauftragt, bei den einschlägigen Stellen zu beantragen, das hier vorgestellte Gesamtvorhaben oder Teile davon wissenschaftlich (z.B. durch den Nationalfonds) begleiten zu lassen.
12. Für die Unterstützung zur Umsetzung des Auftrags gemäss Ziffer 4 (Erarbeitung), 5 (Aufsicht) und 6 (Aufsicht) werden externe Ressourcen benötigt. Deren Umfang ist zu evaluieren und allfällige Anträge auf zusätzliche Finanzierung an die Regierungen zu stellen.
13. Das Teilprojekt Gesundheit im Lenkungsausschuss Partnerschaftsverhandlungen wird reaktiviert.
14. Die Kommunikation erfolgt gemäss Ziffer 9 des vorliegenden Berichts.
15. Der vorliegende Bericht wird integral publiziert.