



Kanton Basel-Stadt  
Kanton Basel-Landschaft

Basel / Liestal, 3. Juli 2017

## **Koordination und Umsetzung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft**

### **Gemeinsamer Bericht für die Vernehmlassung**

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>2. AUSGANGSLAGE.....</b>	<b>6</b>
2.1 Aktuelle Situation der Spitalversorgung in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft .....	6
2.1.1 Bevölkerung und Demographie in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft .....	6
2.1.2 Patientenströme .....	7
2.1.3 Spitalangebot .....	8
2.1.4 Krankenkassenprämien.....	9
2.2 Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ (GGR).....	10
2.3 Verhältnis des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung zum Staatsvertrag über die [Spitalgruppe AG].....	12
<b>3. TEILPROJEKT GEMEINSAME GESUNDHEITSVERSORGUNG.....</b>	<b>13</b>
3.1 Projektstruktur .....	13
3.2 Aufträge der Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Ausarbeitung eines Staatsvertrags für die gemeinsame Gesundheitsversorgung ...	13
3.3 Gegenstand und Ziele des Staatsvertrages.....	14
3.3.1 Gemeinsame Gesundheitsversorgung .....	14
3.3.2 Gemeinsame Regulierung und Aufsicht .....	15
3.3.3 Zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung Regulation und Aufsicht	15
3.3.3.1 Ambulante Grundversorgung / Hausarztmedizin.....	15
3.3.3.2 Förderung der integrierten Versorgung .....	16
3.3.3.3 Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe.....	16
3.3.3.4 Auf- und Ausbau von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.....	16
<b>4. AUFBAU DER GEMEINSAMEN GESUNDHEITSVERSORGUNG .....</b>	<b>16</b>
4.1 Funktion der Versorgungsplanung gemäss KVG .....	16
4.2 Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft .....	17
4.2.1 Primärversorgung / Grundversorgung .....	18
4.2.2 Sekundärversorgung .....	18
4.2.3 Tertiärversorgung .....	19
4.2.4 Gesundheitsraum Jura-Nordbogen.....	19
4.2.5 Ausgewählte statistische Angaben zum Versorgungsraum BL / BS.....	20
4.2.6 Versorgungslage gemäss Patientenstromanalyse .....	23
4.2.7 Fallzahlen und Marktanteile.....	24
4.2.8 Qualität und Mindestfallzahlen.....	25
<b>5. KOORDINATION UND UMSETZUNG DER GEMEINSAMEN GESUNDHEITSVERSORGUNG .....</b>	<b>26</b>
5.1 Gegenstand der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht .....	26
5.2 Partnerschaftliche Ausgestaltung .....	27
5.3 Versorgungsplanungsbericht .....	27
5.4 Gleichlautende Spitallisten .....	28

5.5	Verfahren .....	29
5.5.1	Verfahren bei Uneinigkeit .....	30
5.6	Fachkommission .....	30
5.7	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL).....	31
5.7.1	Definition GWL .....	31
5.7.2	Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG .....	32
5.7.3	Leistungen mit ungedeckten Kosten.....	32
5.7.3.1	Harmonisierung der Kriterien .....	32
5.7.3.2	Fall- und systembezogene GWL.....	33
5.7.3.3	Weiterbildungsbezogene GWL .....	33
5.7.3.4	Standortbezogene GWL .....	33
<b>6.</b>	<b>VEREINBARKEIT DER GEMEINSAMEN GESUNDHEITSVERSORGUNG MIT ANDEREN ERLASSEN .....</b>	<b>36</b>
6.1	Auf Bundesebene.....	36
6.1.1	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).....	36
6.1.2	Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).....	37
6.2	Auf Kantonebene.....	38
6.2.1	Vereinbarkeit mit den Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft .....	38
6.2.1.1	Kantonsverfassung BS (KV BS).....	38
6.2.1.2	Kantonsverfassung BL (KV BL).....	38
6.2.2	Vereinbarkeit mit Erlassen BS .....	38
6.2.2.1	Gesundheitsgesetz (GesG).....	38
6.2.2.2	Gesetz über die Krankenversicherung (GKV) .....	39
6.2.2.3	Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO) 39	
6.2.3	Vereinbarkeit mit Erlassen BL .....	40
6.2.3.1	Gesundheitsgesetz .....	40
6.2.3.2	Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG).....	40
6.2.3.3	Spitalgesetz .....	40
<b>7.</b>	<b>ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN BESTIMMUNGEN DES STAATSVERTRAGES .....</b>	<b>40</b>
	Allgemeine Bestimmungen.....	40
	Parteien und Regelungsgegenstand .....	40
	§ 1 Vertragsparteien .....	40
	§ 2 Zweck .....	40
	§ 3 Gegenstand der gemeinsamen, Planung, Regulation und Aufsicht.....	41
	Koordination und Durchführung .....	41
	§ 4 Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht.....	41
	§ 5 Datenerhebung und Datenaustausch.....	43
	§ 6 Durchführung .....	43

Organisation und Verfahren der interkantonalen Planung .....	43
Berichterstattung.....	43
§ 7 Versorgungsplanungsbericht.....	43
Fachkommission .....	44
§ 8 Aufgaben .....	44
§ 9 Wahl und Zusammensetzung.....	44
§ 10 Einberufung und Geschäftsreglement .....	44
§ 11 Datenbearbeitung und Informationszugang.....	45
Allgemeine Verfahrensbestimmungen.....	45
§ 12 Verfahren für planerische Massnahmen.....	45
§ 13 Verfahren bei Uneinigkeit.....	45
Verfahren zum Erlass der Spitallisten .....	46
§ 14 Vorgaben für gleichlautende Spitallisten .....	46
§ 15 Evaluation und Erlass der Spitallisten .....	46
§ 16 Periodizität der Spitallisten .....	47
Weitere Bestimmungen.....	47
§ 17 Finanzierung .....	47
§ 18 Datenschutz.....	47
§ 19 Anpassungen der Vereinbarung.....	47
§ 20 Streitigkeiten und Schiedsgericht .....	48
Übergangs- und Schlussbestimmungen.....	48
§ 21 Geltung der bisherigen Spitallisten .....	48
§ 22 Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten .....	49
§ 23 Beitritt.....	49
§ 24 Vertragsdauer und Kündigung.....	49
§ 25 Inkrafttreten.....	49
<b>8. AUSWIRKUNGEN DES GEMEINSAMEN VERSORGUNGSRAUMS.....</b>	<b>49</b>
8.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in der Region.....	49
8.2 Finanzielle Auswirkungen.....	50
8.2.1 Auf die Vereinbarungskantone .....	50
8.2.2 Auf die Leistungserbringer.....	51
<b>9. GESETZLICHER ANPASSUNGSBEDARF .....</b>	<b>51</b>
9.1 Baselstädtische Erlasse .....	51
9.2 Spitalgesetz des Kantons Basel-Landschaft.....	51
<b>10. REFERENDUM .....</b>	<b>52</b>
<b>11. REGULIERUNGSFOLGEABSCHÄTZUNG .....</b>	<b>52</b>
<b>12. FAZIT UND WEITERES VORGEHEN.....</b>	<b>52</b>
12.1 Fazit .....	52
12.2 Weiteres Vorgehen.....	53

## 1. Zusammenfassung<sup>1</sup>

Die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen sind vielschichtig. Die Finanzierbarkeit des Systems stösst unter anderem aufgrund der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts an ihre Grenzen. Diese Herausforderungen haben die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Anlass genommen, eine vertiefte Kooperation als Lösungsansatz zu prüfen, da eine grössere Versorgungsregion mehr Möglichkeiten bietet, Kompetenzen und Investitionen zu bündeln, Leistungen effizienter zu erbringen und Behandlungsabläufe über Kantonsgrenzen zu optimieren, um dadurch die Qualität zu steigern.

Dabei verfolgen die beiden Regierungen folgende übergeordneten Ziele:

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

Der Versorgungsraum Nordwestschweiz ist für eine engere Zusammenarbeit prädestiniert, da die Patientenströme – der zunehmend mobilen Gesellschaft – nicht vor den Kantonsgrenzen Halt machen. Die Analysen des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt (GD BS) und der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (VGD BL) haben zudem ergeben, dass die Zusammenarbeit der Spitäler mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern sowie die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen Verbesserungspotential hat. Ferner sollen neue Betriebsmodelle – wie die geplante Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe auf dem Bruderholz – und innovative Ansätze zur Leistungserbringung ermöglicht werden.

Die Regierungen von Basel-Stadt und Basel-Landschaft sehen vor, künftig gemeinsam die Gesundheitsversorgung für die beiden Kantonsbevölkerungen zu planen und durchzuführen.

Sie sehen dies als ersten Schritt für eine gemeinsame Versorgungsplanung in der gesamten Nordwestschweiz und sind offen, das vorgelegte Planungskonzept zusammen mit den zuständigen Gremien der Kantone Aargau und Solothurn auf die gesamte Versorgungsregion der Nordwestschweiz, also auch auf die Bezirke Dorneck und Thierstein (SO) sowie die Bezirke Laufenburg und Rheinfelden (AG) auszudehnen, falls dies von den Kantonen Aargau und Solothurn gewünscht wird.

Die gemeinsame Gesundheitsversorgung bietet sowohl aus planerischer, medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive grosse Vorteile und ist daher die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen. 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 den kantonalen Spitallisten. Die gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akut-somatik, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

Die neu zu errichtende gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst im Wesentlichen:

---

<sup>1</sup> Grau hinterlegt sind Passagen, welche in diesem und im Vernehmlassungsbericht zum „Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die [Spitalgruppe AG]“ identisch sind.

- Gemeinsame Planung (Analyse, Versorgungsplanung) des Gesundheitsversorgungs- und Regulationsraums (heute vorwiegend im stationären Bereich; zukünftig je nach Entwicklung auch verstärkt im ambulanten Bereich);
- Gemeinsame Projekte (z.B. Qualitätsmonitoring, Versorgungsmonitoring, Projekt E-Health);
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen im Versorgungsraum zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Etablierung einheitlicher Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen unter Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern, gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungen;
- Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- Informationsaustausch unter den Kantonen.

Aus Sicht der beiden Kantone bildet die gemeinsame künftige Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung die erforderliche verbindliche Grundlage für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung im kantonsübergreifenden Gesundheitsraum. Dies ermöglicht die Nutzung der Planungssynergien und schafft Voraussetzungen für eine Einflussnahme auf die Kostenentwicklung.

## 2. Ausgangslage

### 2.1 Aktuelle Situation der Spitalversorgung in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

#### 2.1.1 Bevölkerung und Demographie in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Die Versorgungsplanung hat die Aufgabe, den Bedarf der Bevölkerung an Gesundheitsdienstleistungen zu erheben und Grundsätze festzuhalten, nach welchen Spitäler und weitere Leistungserbringer nach den Regeln des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) zuzulassen sind, um diese Bedürfnisse bedarfsgerecht und wirtschaftlich abzudecken.

Im Jahr 2015 verfügten die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft über eine Bevölkerung von 475'048 Einwohnerinnen und Einwohner. Nach ihnen hat sich die Versorgungsplanung zu richten. Dabei ist auf die demographische Zusammensetzung Rücksicht zu nehmen, insbesondere auf die ältere und betagte Bevölkerung, da diese in überdurchschnittlichem Ausmass auf medizinische (Spital-)Leistungen angewiesen ist. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Zusammensetzung der Bevölkerung laufend verändert und insbesondere die Gruppe der über 80-Jährigen rasch wächst.

#### 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

### Prognose zur Bevölkerungsentwicklung 80+

		2013	2020	2025	2030	2035	2040
<b>BL</b>	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%
<b>BS</b>	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

**Altersquotient:** Verhältnis der Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren zu jenen im erwerbsfähigen Alter

Kanton	BS	BL	Tessin (höchste Altersquote)	Freiburg (tiefste Altersquote)	Durchschnitt Schweiz
<b>2016</b> (prov.)	31.9	36.1	36.9	24.5	29.3
<b>2015</b>	32.2	35.6	36.5	24.1	29

Quelle: BFS 2017

#### 2.1.2 Patientenströme

Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme"<sup>2</sup> haben die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patientenströmen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt. 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. 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 (Bezirke Rheinfelden und Laufenburg) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch 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.

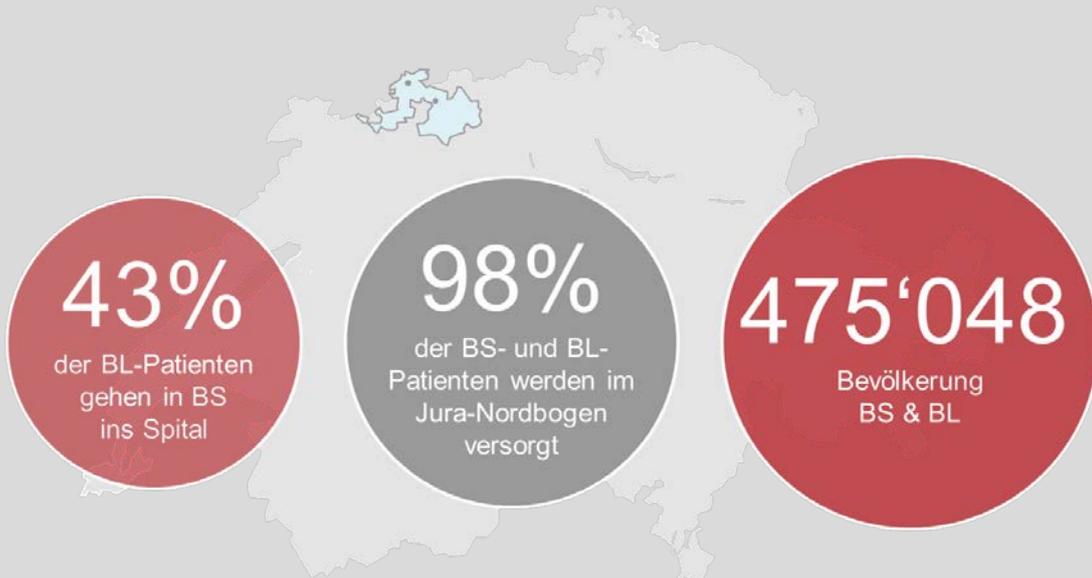
Aus der Patientenstromanalyse ergaben sich folgende wichtige Erkenntnisse:

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

<sup>2</sup><http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalplanung.html>

Dieser Bericht konzentriert sich im Weiteren auf die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

## BS & BL: Hohe Patientenmobilität

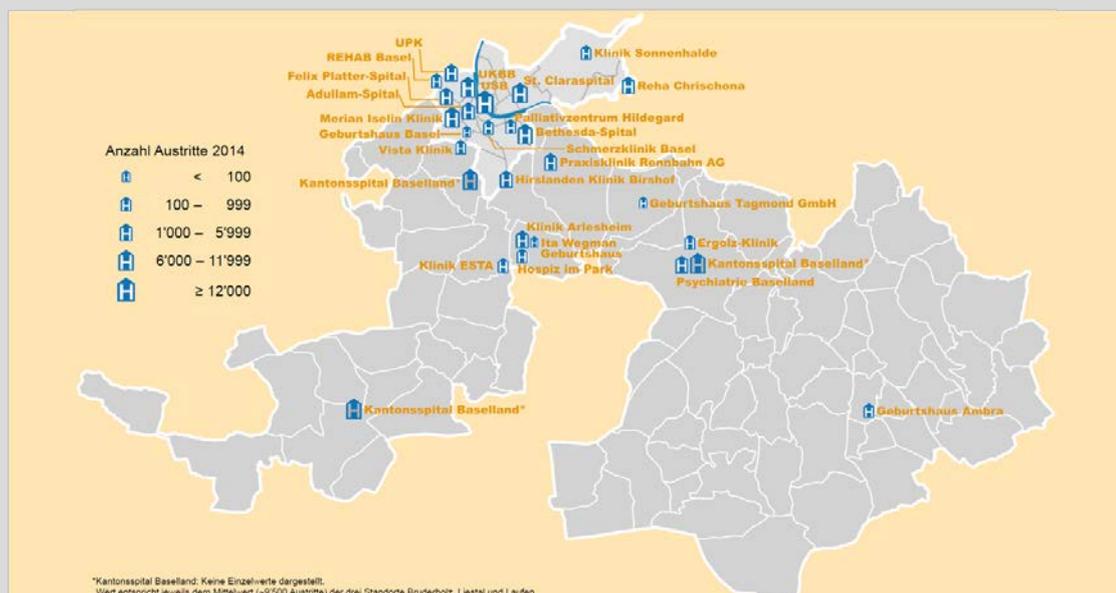


Zahlen 2014, Bevölkerung 2015

### 2.1.3 Spitalangebot

Die Kantone BS und BL verfügen über eine überdurchschnittlich hohe Spitaldichte – insgesamt stehen 27 Spitäler (inkl. Psychiatrie, Rehabilitation, Geburtshäuser) auf den beiden Spitallisten. Die geografische Verteilung der stationären Einrichtung in den beiden Kantonen weist auf eine deutliche Konzentration der Leistungserbringer in Zentrumsnahе hin.

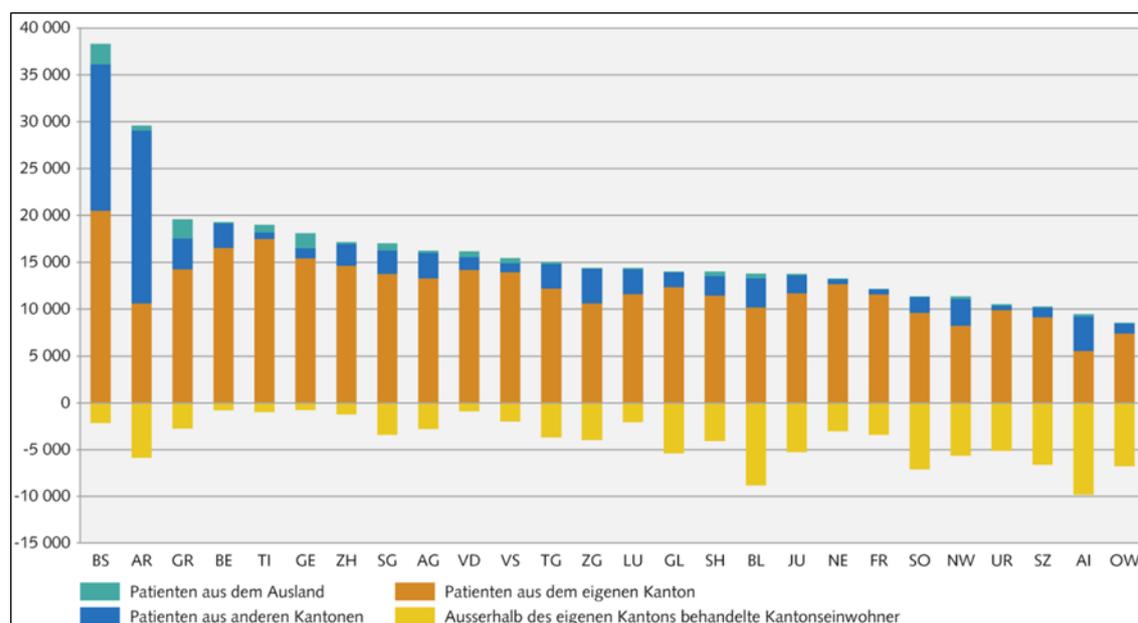
## 27 Spitäler in den Kantonen BS und BL



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

Einerseits weisen die beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft als eine Region schweizweit die höchste Bettendichte auf. Andererseits sind auch andere medizinische Einrichtungen, technische Geräte und freipraktizierende Spezialärzte in sehr hoher Zahl in der Region vertreten. Das Angebot konzentriert sich aufgrund der Zentrumsfunktion auf die Stadt. Die Dichte an medizinischen Leistungserbringern in Basel-Stadt ist somit doppelt so hoch, wie der Bedarf der baselstädtischen Bevölkerung wäre. Rund 46% der Gesundheitsleistungen werden von ausserkantonalen Patienten und Patientinnen – insbesondere auch Baselbieter und Baselbieterinnen – in Anspruch genommen.

### Hospitalisierungsraten pro 100'000 Einwohner 2015



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2017

Für den Stadtkanton spielt ausserdem die schweizweit höchste Bevölkerungsdichte, die höchste Anzahl von Einpersonenhaushalten und der hohe Anteil von Migranten eine entscheidende Rolle.

#### 2.1.4 Krankenkassenprämien

In beiden Basel werden schweizweit überdurchschnittlich viele medizinische Leistungen von der Bevölkerung in Anspruch genommen, was die Kosten und damit auch die Krankenkassenprämien stark ansteigen lässt. Die Prämienhöhe in der Region (BS die höchste, BL fünftöchste Prämie im Jahr 2017) ist ein Abbild der von der Wohnbevölkerung in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen, wobei aktuell am meisten der ambulante Bereich (freipraktizierende Spezialisten und spitalambulante Behandlungen) zum Kostenwachstum beiträgt. Die Hauptgründe für das hohe Kostenwachstum liegen vor allem in der Anspruchshaltung der Bevölkerung und dem medizinischen Fortschritt begründet. Insbesondere spielen auch die soziodemographischen Strukturen, der hohe Altersquotient und die sehr hohe Angebotsdichte in der Region eine entscheidende Rolle.

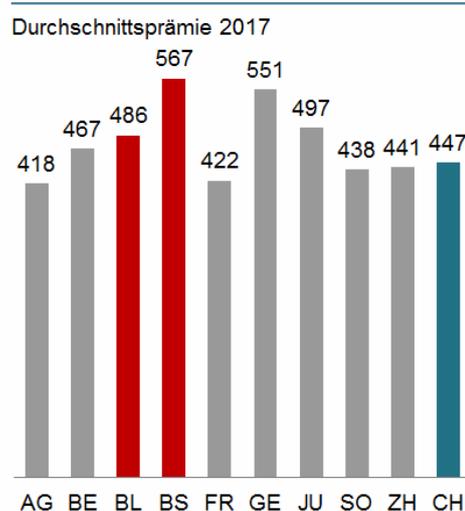
## Höchste Bettendichte, hohe Krankenkassenprämien

Anzahl Betten und Bettendichte im 2015  
(Akutsomatik)

Kanton	Einwohner	Betten	Betten / 100'000 Einwohner
<b>BS</b>	191'817	1'173	612
<b>BL</b>	283'231	655	231
<b>BS + BL</b>	475'048	1'828	385
SO	266'418	521	196
AG	653'675	1'496	229
BE	1'017'483	3'050	300
ZH	1'466'424	4'497	307
GE	484'736	1'459	301
FR	307'461	515	168
JU	72'782	136	187
<b>CH</b>	<b>8'327'126</b>	<b>23'350</b>	<b>280</b>

Quelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik; Stand: 23.03.2017  
Akutsomatik = exkl. Reha und Psychiatrie

Durchschnittliche Krankenkassenprämien  
in den beiden Basel und weiteren Kantonen



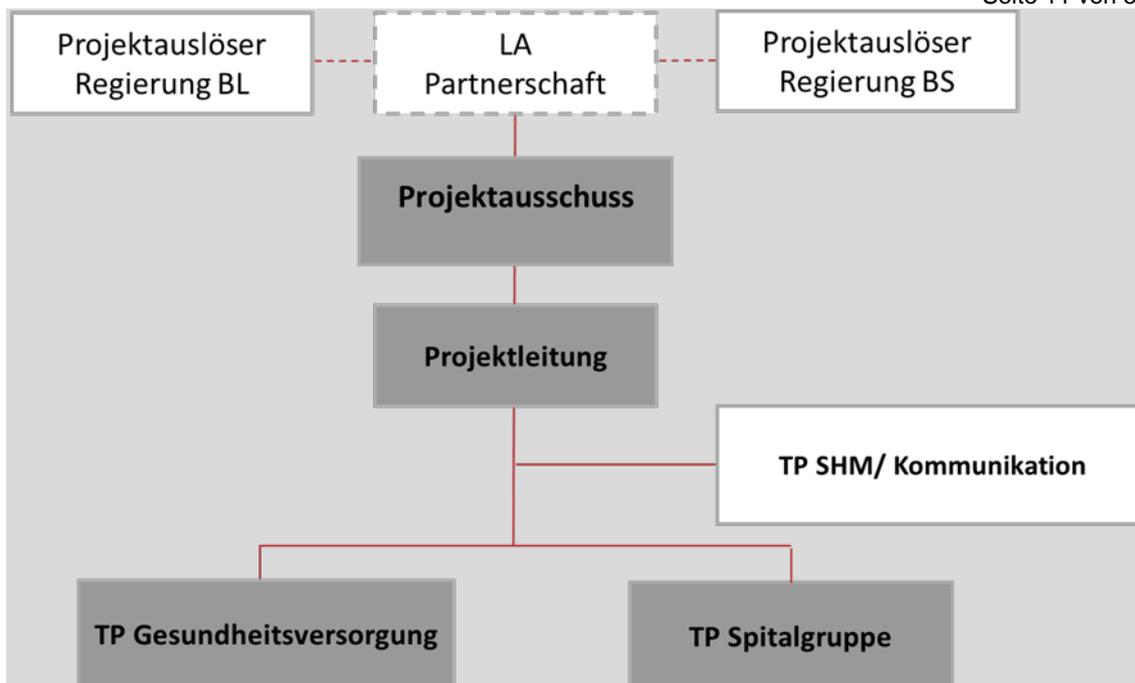
Standardprämie: Franchise 300 CHF, mit Unfall,  
Erwachsene ab 26 Jahren

### 2.2 Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ (GGR)

Die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt hatten erstmals im März 2015 an einer gemeinsamen Sitzung die Absicht bekräftigt, in der Gesundheitsversorgung und insbesondere im Spitalwesen über die Kantonsgrenzen hinweg enger zusammenzuarbeiten. Dieser Initiative vorangegangen waren Gespräche der beiden Gesundheitsdirektoren mit Vertretern des Universitätsspitals Basel (USB) und des Kantonsspitals Baselland (KSBL), die ihrerseits eine engere Zusammenarbeit angeregt hatten, eine Absicht, die von den beiden Gesundheitsdirektoren ausdrücklich begrüsst wurde.

Gut drei Monate später, am 29. Juni 2015, legten die beiden Regierungsräte, Thomas Weber, Basel-Landschaft, und Dr. Lukas Engelberger, Basel-Stadt, anlässlich einer Medienkonferenz ein ausführliches Strategiepapier vor, das die seinerzeitige Absichtserklärung (vertiefte Kooperation in der Gesundheitsversorgung, Errichtung einer gemeinsamen Spitalgruppe und Aufbau einer „Tagesklinik für operative und interventionelle Eingriffe“ (TOP) auf dem Bruderholz) konkretisierte.

In der Folge wurden in den Gesundheitsdirektionen der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft [Gesundheitsdepartement Basel-Stadt (GD BS) und Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft (VGD BL)] eine Projektorganisation für das Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ implementiert. Diese besteht aus den beiden Teilprojekten „gemeinsame Spitalgruppe“ und „gemeinsame Gesundheitsversorgung“:



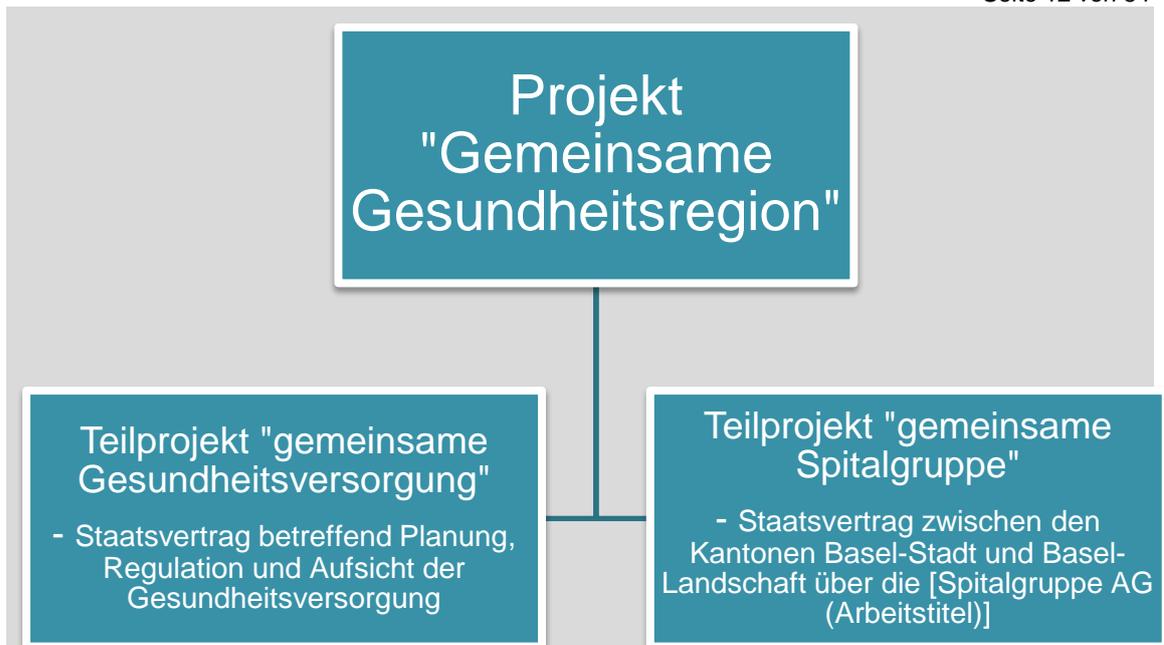
Die Konzeptarbeiten mündeten in drei Berichten und wurden im September 2016 der Öffentlichkeit präsentiert:

- „**Bericht zur Ebene Versorgung, Regulation und Aufsicht**“ (vom 13. September 2016)
- „**Bericht zur Ebene Beteiligungen**“ (vom 13. September 2016) sowie
- „**Grundlagenbericht der beiden Spitäler KSBL und USB für eine gemeinsame Spitalgruppe**“ (vom 18. August 2016)

Die vollständigen Berichte sind unter [www.chance-gesundheit.ch](http://www.chance-gesundheit.ch) zu finden.

Die beiden Regierungen bekräftigten, dass die Spitalplanungen der beiden Kantone künftig nach einheitlichen transparenten Kriterien aufeinander abgestimmt werden und das Universitätsspital Basel (USB) und das Kantonsspital Baselland (KSBL) in eine neue, gemeinsame Spitalgruppe zusammengeführt werden sollen.

Das GD BS und die VGD BL wurden in der Folge beauftragt, zwei Staatsverträge für die Vernehmlassung und den parlamentarischen Prozess vorzubereiten, welche mit den vorliegenden Vernehmlassungsberichten vorgelegt werden. Es ist vorgesehen, dass die Rechtsgrundlagen für die neue gemeinsame [Spitalgruppe AG] und die gemeinsame Spitalplanung der Kantone BS und BL am 1. Januar 2019 in Kraft treten. Unter diesen Rahmenbedingungen könnte die gemeinsame Spitalgruppe per 1. Januar 2020 gegründet werden.



### 2.3 Verhältnis des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung zum Staatsvertrag über die [Spitalgruppe AG]

Der „Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ soll die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsplanung sowie der Regulation und Aufsicht über die Leistungserbringer regeln und schafft unter anderem die Voraussetzungen für eine wirkungsvollere Einflussnahme auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

Zentrale Planungsinstrumente sind die Festlegung der koordinierten, gemeinsamen Versorgungsziele sowie die Erarbeitung und der Erlass transparenter, gleichlautender Massnahmen und Instrumente (insbesondere Spitallisten, gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungen) im stationären Bereich. Künftig könnte auch eine gemeinsame Planung des ambulanten Bereichs möglich werden, sofern die dazu notwendigen Kompetenzen für die Kantone auf nationaler Ebene geschaffen werden.

Zur Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie zur Unterstützung der Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich erfolgt eine gemeinsame Planung, Aufsicht und Regulation. Diese soll insbesondere folgende Aufgaben umfassen:

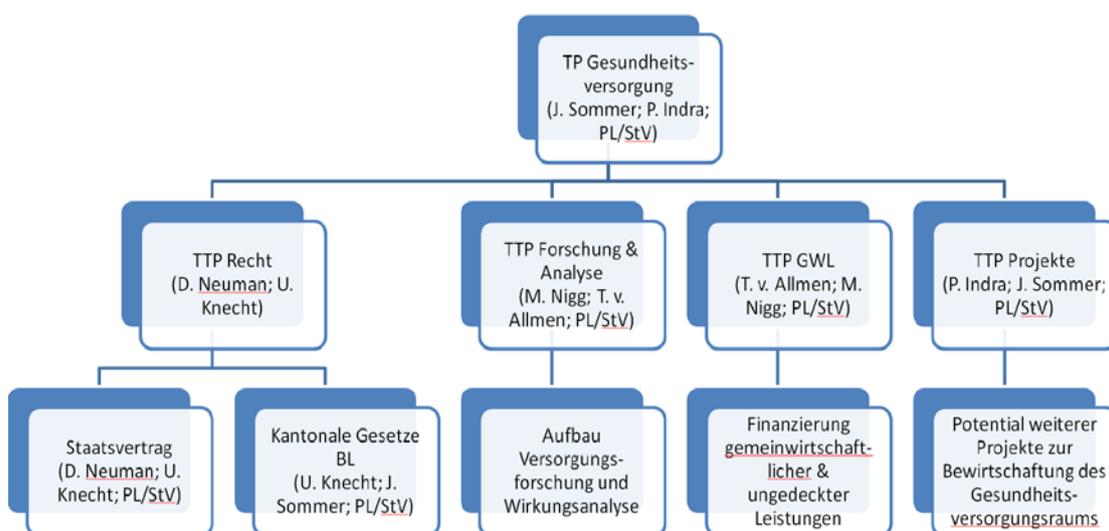
- Gemeinsame Planung (Analyse, Versorgungsplanung) des Gesundheitsversorgungs- und Regulationsraums (heute vorwiegend im stationären Bereich; zukünftig je nach Entwicklung auch verstärkt im ambulanten Bereich);
- Gemeinsame Projekte (z.B. Qualitätsmonitoring, Versorgungsmonitoring, Projekt E-Health);
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen im Versorgungsraum zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Etablierung einheitlicher Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen unter Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern, gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungen;
- Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- Informationsaustausch unter den Kantonen.

Die gemeinsame Versorgungsplanung ist eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der neuen [Spitalgruppe AG]. Sollte der „Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ nicht in Kraft treten, würde dies auch die gemeinsame [Spitalgruppe AG] tangieren. Unterschiedliche oder gar widersprüchliche regulatorische Konzepte in den Standortkantonen der integrierten Spital-Unternehmung würden deren Erfolg gefährden. Entsprechend müssen sich die beiden Regierungen in ihrer Rolle als Eigentümervorteiler gegenüber den Spitälern vorbehalten, bei Ablehnung des „Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ auch den „Staatsvertrag über die [Spitalgruppe]“ in der vorgesehenen Fassung nicht abzuschliessen.

### 3. Teilprojekt gemeinsame Gesundheitsversorgung

#### 3.1 Projektstruktur

Das Teilprojekt gemeinsame Gesundheitsversorgung für die Kantone BS und BL weist folgende Projektstruktur auf:



Es besteht aus den 4 Teilprojekten:

- Recht;
- Forschung und Analyse;
- Gemeinwirtschaftliche und ungedeckte Leistungen (GWL);
- (weitere) Projekte.

#### 3.2 Aufträge der Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Ausarbeitung eines Staatsvertrags für die gemeinsame Gesundheitsversorgung

Die beiden Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben anlässlich ihrer gemeinsamen Sitzung vom 13. September 2016 das Gesundheitsdepartement des Kantons BS (GD) und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons BL (VGD) beauftragt, bis Mitte 2017 eine interkantonale Vereinbarung zu einer gemeinsamen Spitalplanung im Entwurf mitsamt den notwendigen Anpassungen der jeweiligen kantonalen Erlasse auszuarbeiten.

### **3.3 Gegenstand und Ziele des Staatsvertrages**

Auf der Grundlage der im Staatsvertrag vereinbarten Bestimmungen und der angestrebten Ziele beabsichtigen die beiden Gesundheitsdirektoren in Zukunft möglichst viele Schritte sowohl auf Ebene der Versorgung sowie auf Ebene der Regulation und Aufsicht gemeinsam anzugehen und zu optimieren. Der Fokus ist darauf gerichtet, die Versorgung zu optimieren, die Qualität zu steigern und eine mittel- bis langfristige Kostendämpfung im Gesundheitswesen der beiden Basel 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. gleichlautende Spitallisten, gemeinsame planerische Massnahmen, Harmonisierung und Koordination von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), eHealth, Qualitätssicherung und Versorgungsmonitoring etc.) wie auch auf die institutionellen Gefässe (z.B. im Steuerungsausschuss Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Basel (SAM)).

Der Versorgungsraum Nordwestschweiz ist für eine enge Zusammenarbeit prädestiniert, da die Patientenströme der zunehmend mobilen Gesellschaft nicht vor den Kantongrenzen Halt machen. Die Bildung grösserer Gesundheitsversorgungsräume bietet sowohl aus planerischer, medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive hohe Vorteile. Der Beitritt weiterer Kantone zum Staatsvertrag ist deshalb explizit vorgesehen und erwünscht.

Nachfolgend soll aufgezeigt werden, wie mittels der im Staatsvertrag vereinbarten Rahmenbedingungen und Ziele die Versorgung, Regulierung und Aufsicht der gemeinsamen Gesundheitsversorgung ausgestaltet werden können. Ferner werden die noch zu vertiefenden Themen aus Sicht Versorgung, Regulation und Aufsicht aufgezeigt.

#### **3.3.1 Gemeinsame Gesundheitsversorgung**

Der von den beiden Regierungen in Auftrag gegebene Staatsvertrag soll die künftige Zusammenarbeit (Analyse, Planung, Leistungsauftragsvergabe, gleichlautende Spitallisten etc.) in einen für die beiden Kantone verbindlichen Rahmen überführen. Folgende Themen haben sich für die Umsetzung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung herauskristallisiert:

- Aufbau einer gemeinsamen Datenbasis für die Analyse der Gesundheitsversorgung in beiden Kantonen;
- Erarbeitung einer gemeinsamen Versorgungsplanung mit Planungs- und Wirkungsmodell;
- Gemeinsam definierte, einheitliche und transparente Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen und die Aufnahme auf die Spitallisten;
- Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL);
- Gemeinsame Projekte, welche mittelfristig eine kostendämpfende Wirkung auf die Gesundheitskosten von derzeit rund 5.6 Mrd. Franken in den beiden Kantonen haben.

Rund 98% der baselstädtischen und basel-landschaftlichen Patientinnen und Patienten lassen sich nördlich des Juras behandeln. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer gemeinsamen Sichtweise auf die Gesundheitsversorgung und die damit verbundene gemeinsame Versorgungsplanung. Durch die gemeinsame Versorgungsplanung können auch übergreifende Themen, wie die Verlagerung von medizinischen Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich, die Förderung der integrierten Versorgung oder das Schnittstellenmanagement (Hausarzt → Spital → Rehabilitation → ambulante Nachsorge) etc. gezielter angegangen werden. Darunter fallen auch Mass-

nahmen, welche zum einen der Gesundheitsversorgung, zum anderen aber auch der Regulation und Aufsicht zugeordnet werden können. Als Beispiele können hier das Qualitätsmonitoring, welches seit dem 1. April 2016 vom Kanton BS auch sukzessive auf den Kanton BL ausgeweitet wird oder das Pilotprojekt zur Indikationstellung von Erstimplantationen und Revisionen von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen (COMI = Core Outcome Measures Index), welches im zweiten Quartal 2017 auch im Kanton BL durchgeführt werden soll, aufgeführt werden.

### **3.3.2 Gemeinsame Regulierung und Aufsicht**

Da nur ein kleiner Prozentsatz der baselstädtischen und basellandschaftlichen Wohnbevölkerung ausserhalb der beiden Kantone BS und BL stationäre medizinische Leistungen beansprucht, kann von einem praktisch in sich geschlossenen Gesundheitsversorgungsraum gesprochen werden, in dem ein sinnvolles und bedarfsgerechtes Angebot sichergestellt werden soll, ohne dass einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung Vorschub geleistet wird. Eine gemeinsame Regulierung und Aufsicht über die Leistungserbringer in beiden Kantonen drängt sich auf, damit sichergestellt werden kann, dass das Leistungsangebot im gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum transparent und nachvollziehbar bewirtschaftet werden kann. Der ausgearbeitete Staatsvertrag stellt somit die Rahmenbedingungen und Prinzipien sicher, unter welchen künftig die beiden Kantone die notwendige Zusammenarbeit effektiv ausgestalten können. Dies beginnt beim Austausch von Daten über die Patientenbewegungen bis zur Ausarbeitung von gemeinsamen Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen und die einheitliche Aufnahme auf die kantonalen Spitallisten.

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 und Aufsichtsinstanz) erreicht. Die gemeinsame Versorgungsplanung, Regulation und Aufsicht dient den übergeordneten Zielen der Optimierung der Gesundheitsversorgung und der Dämpfung der Gesundheitskosten. Effektive Auswirkungen können allerdings erst ex post mittels einer Analyse der Patientenströme festgehalten werden. Der Staatsvertrag sieht in den Übergangsbestimmungen vor, dass die bestehenden Leistungsaufträge mit den Spitälern in beiden Kantonen noch bis zum Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten ihre Gültigkeit behalten.

### **3.3.3 Zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung Regulation und Aufsicht**

Da sich die Gesundheitskosten in den beiden Kantonen mittlerweile auf geschätzte 5,6 Mrd. Franken belaufen, wovon rund 2 Mrd. Franken die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) betreffen, ist es angezeigt, die gesamten Gesundheitskosten zu analysieren und nach möglichen Kostendämpfungs- und Effizienzpotenzialen zu suchen. Dies soll unter anderem mit folgenden zu vertiefenden Themen angestrebt werden.

#### **3.3.3.1 Ambulante Grundversorgung / Hausarztmedizin**

Die ambulante Grundversorgung bzw. die Hausarztmedizin sind die Eintrittspforten in das Gesundheitswesen. Sind diese gut organisiert und entsprechend positioniert, profitiert die Effizienz des gesamten Gesundheitssystems. Hier gilt es, vertiefte Analysen und Überlegungen anzustreben, wie die Grundversorgung der Zukunft aussehen wird, bzw. wie diese zukunftsfähig ausgestaltet werden kann.

### **3.3.3.2 Förderung der integrierten Versorgung**

Um eine gezielte Förderung der integrierten Versorgung zu erreichen, ist eine bedarfs-spezifische Analyse der Schnittstellen und Brüche (Arzt, Spital, Rehabilitation, Nachsorge, Spitex, Pflegeheim etc.) in der Gesundheitsversorgung der beiden Kantone nötig.

### **3.3.3.3 Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe**

Bei der Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe können grundsätzlich zwei parallel verlaufende Konzepte verfolgt werden. Zum einen sorgen die Kantone mittels Vorgaben in Leistungsaufträgen dafür, dass genügend Ausbildungsplätze für nicht-universitäre Gesundheitsberufe angeboten werden, und zum anderen sollen diese Berufe mehr Durchführungskompetenzen erhalten. Hier sind verschiedene Vorstösse auf Bundesebene (Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten) lanciert worden, welche in diese Richtung zeigen. Um die möglichen Auswirkungen auf die beiden Kantone simulieren zu können, müssen die notwendigen Grundlagen und Datenanalysen erst erarbeitet werden.

### **3.3.3.4 Auf- und Ausbau von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung**

Der Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist mittel- bis langfristig ein wichtiger Faktor, der spürbare Auswirkungen auf die Nutzung und damit auch die Kosten eines Gesundheitssystems haben kann. Bei den zu vertiefenden Arbeiten geht es schweremwichtig darum, zuerst das Verhalten der Bevölkerung zu analysieren (Zugang über Notfall, Einholen von ärztlichen Zweitmeinungen etc.), um danach gezielte Massnahmen lancieren zu können (z. B. erster Notfallkontakt immer über medizinische Notrufzentrale etc.).

## **4. Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung**

### **4.1 Funktion der Versorgungsplanung gemäss KVG**

Die Versorgungsplanung im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) stellt zum einen den konkreten Bedarf an Spitalleistungen der Kantonsbevölkerung fest. Zum anderen legt sie fest, welche Spitäler für die Sicherstellung der Versorgung der Kantonsbevölkerung geeignet und notwendig sind. Art. 58a Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) (in Verbindung mit Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG) konkretisiert, wie die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten ist: „Die Versorgung muss bedarfsgerecht sein“. Die Grundzüge der Bedarfsermittlung und -deckung nach KVG sind in den Art. 58a bis Art. 58d KVV festgelegt. Art. 58e KVV (in Verbindung mit Art. 39 KVG) regelt schliesslich die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste. Art. 58b KVV nennt die Grundzüge, nach denen die Bedarfsermittlung und -deckung erfolgen sollen.

- Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten und stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Abs. 1);
- Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2);
- Weiter bestimmen sie das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, um die Versorgung zu gewährleisten. Dieses Angebot entspricht dem ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Abs. 2 ermittelten Angebots (Abs. 3);
- Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert

- nützlicher Frist und die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4);
- Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und die Mindestfallzahlen sowie die Nutzung von Synergien (Abs. 5).

Die Versorgungsplanung nach KVG ist kein starrer Prozess. Zur Erreichung der Grundsätze in Art. 58 KVV muss die Versorgungsplanung angemessen dynamisch sein. Entsprechend den Vorgaben des KVG muss ein Spital „der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind“ (Art. 39 Abs. 1 Bst. c in Verbindung mit Art. 35 KVG). Damit die Versorgungsplanung und ihre Umsetzung auf Ebene der Spitalliste bedarfsgerecht sind, ist es den Kantonen schliesslich nicht erlaubt, Über- oder Unterkapazitäten einzuplanen. Daraus folgt, dass jede Aufnahme eines Spitals auf die kantonale Spitalliste immer nur gemäss der bundesrechtlich geforderten Anpassung an den tatsächlichen Bedarf erfolgen darf.

Ein wesentlicher Bestandteil des KVG ist die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitallisten. Spitäler dürfen stationäre Leistungen nur dann zu Lasten der OKP erbringen, wenn sie auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons als sogenanntes Listenspital aufgeführt sind.

Aufgrund dieser zentralen wirtschaftlichen Bedeutung der Spitallisten, kommt es nicht selten zu Rechtsstreitigkeiten zwischen den beteiligten Akteuren. Die Versorgungsplanung selbst hat keine unmittelbare Rechtswirkung und kann daher nicht Gegenstand von Rechtsstreitigkeiten werden. Art. 58a bis 58e KVV nennen zwar die Grundsätze, an welche die Kantone bei der Erstellung der Versorgungsplanung gebunden sind. Die hier beschriebenen Regeln der Bedarfsermittlung und -deckung sind jedoch nicht konkret und erfüllen nicht die Anforderungen an eine Rechtsnorm.

Was die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste gemäss Art. 39 KVG anbelangt, so wird die Spitalliste in der Literatur teilweise mit der Rechtsnatur des Nutzungsplans - als Institut sui generis - verglichen (Paul Richli, Die Spitalliste - Ein Planungsinstrument mit staats- und verwaltungsrechtlichen Geburtsgebrechen?, in: Das Recht in Raum und Zeit, Zürich 1998, S. 407 ff., 422; Thomas Mattig, Grenzen der Spitalplanung aus verfassungsrechtlicher Sicht, Diss. Basel 2002, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 39). Nach Mattig ist der Kreis der direkten Adressaten aber eng, nämlich auf die Spitäler beschränkt, weshalb die Spitalliste aus dieser Optik als Verfügung zu qualifizieren sei. Zum Teil wird die Spitalliste auch als „Bündel von Einzelverfügungen“ bezeichnet (Richli, a.a.O., S. 422; Bernhard Rütsche, Neue Spitalfinanzierung und Spitalplanung, Bern 2011, S. 14 Fn. 4).

Der Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste gemäss Art. 39 KVG kommt analog einer Rechtsnorm eine rechtlich verbindliche Aussenwirkung zu.

#### **4.2      **Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft****

Ausgangslage für den Aufbau der gemeinsamen Versorgungsplanung bildet das medizinische Versorgungsspektrum (die Gesundheitsversorgungskette). Daher sollen zunächst, ausgehend von nachfolgender Übersichtstabelle, die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung kurz erläutert werden. Danach werden die einzelnen Parameter, welche es für den Aufbau der gemeinsamen Versorgungsplanung zu beachten gilt, näher vorgestellt.

## 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

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

Neben den oben genannten Grundversorgerinnen und Grundversorger tragen die Leistungen von Vertreterinnen und Vertretern weiterer Gesundheitsberufe wie Apothekerinnen und Apotheker, Drogistinnen und Drogisten, Fachpersonen der Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Optometrie, Osteopathie, Geburtshilfe sowie Assistenzberufe, wie medizinische Praxisassistentinnen und –assistenten, zu den Dienstleistungen der medizinischen Grundversorgung im Sinne von Artikel 117a BV bei.

### 4.2.2 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.

#### 4.2.3 Tertiärversorgung

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

#### 4.2.4 Gesundheitsraum Jura-Nordbogen

Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme" haben die Kantone Aargau, BL, BS und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patientenströmen 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 Fricktal bis Laufenburg) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Wir bezeichnen diesen Raum als „Jura-Nordbogen“.

#### 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 in einzelnen Spitälern 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 oder le Noirmont im Jura).

Aus der Patientenstromanalyse ergaben sich folgende wichtige Erkenntnisse für die Hospitalisationen im Gesundheitsraum „Jura-Nordbogen“:

- 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 Aargau. Der Schluss liegt nahe, dass diese ebenfalls mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden.

Die geographische Ausdehnung des Jura-Nordbogens kann als „integraler Gesundheitsraum“ für alle Aspekte des Leistungsspektrums sowie für alle Bevölkerungsgruppen und Altersstufen betrachtet werden. Der Gesundheitsraum hat daher für die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik der Kantone BL und BS, auf deren Gebiet die meisten dieser Gesundheitsleistungen angeboten werden, eine zentrale Bedeutung.

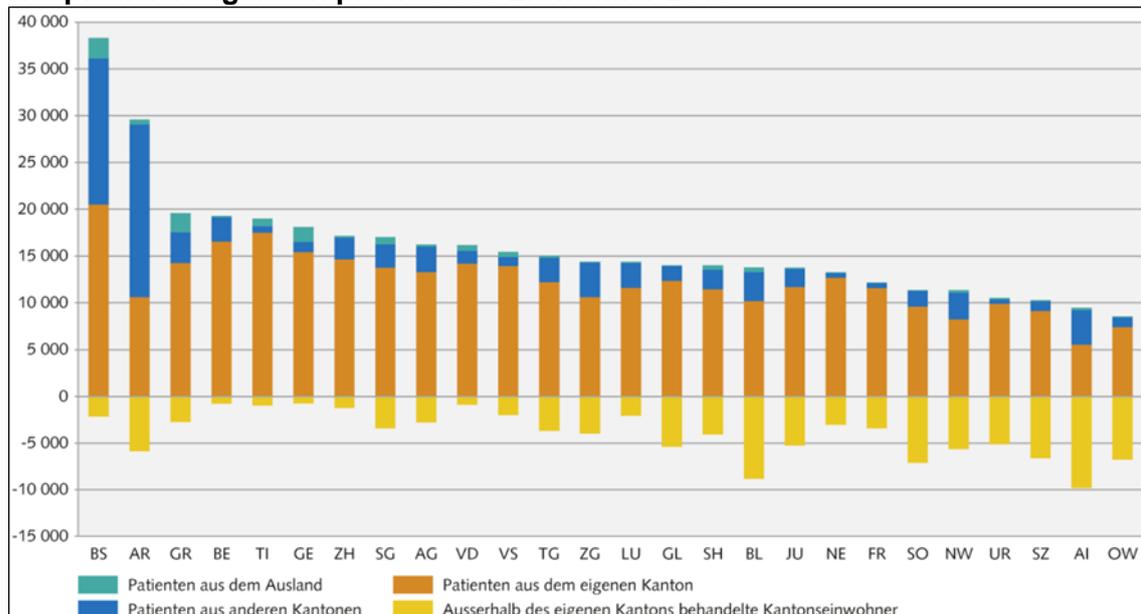
#### 4.2.5 Ausgewählte statistische Angaben zum Versorgungsraum BL / BS

Fakten zum Versorgungsraum BS und BL (ohne Gebiete SO und AG):

- 475'048 Einwohnerinnen und Einwohner (2015)
- 27 Spitäler (inkl. Psychiatrie, Rehabilitation und Geburtshäuser);
- 2'689 praktizierende Ärzte (2013);
- 110'802 Spitalaustritte (2014);
- Jeden Tag 303 Spitalaustritte;
- 495.8 Franken durchschnittliche Krankenkassenprämie für Erwachsene.

Die geografische Verteilung der stationären Einrichtung in den beiden Kantonen weist auf eine deutliche Konzentration der Leistungserbringer in Zentrumsnähe hin. Ein wichtiger Einfluss auf die Nachfrage von Gesundheitsleistungen geht von der demographischen Struktur einer Bevölkerung aus.

#### Hospitalisierungsraten pro 100'000 Einwohner 2015



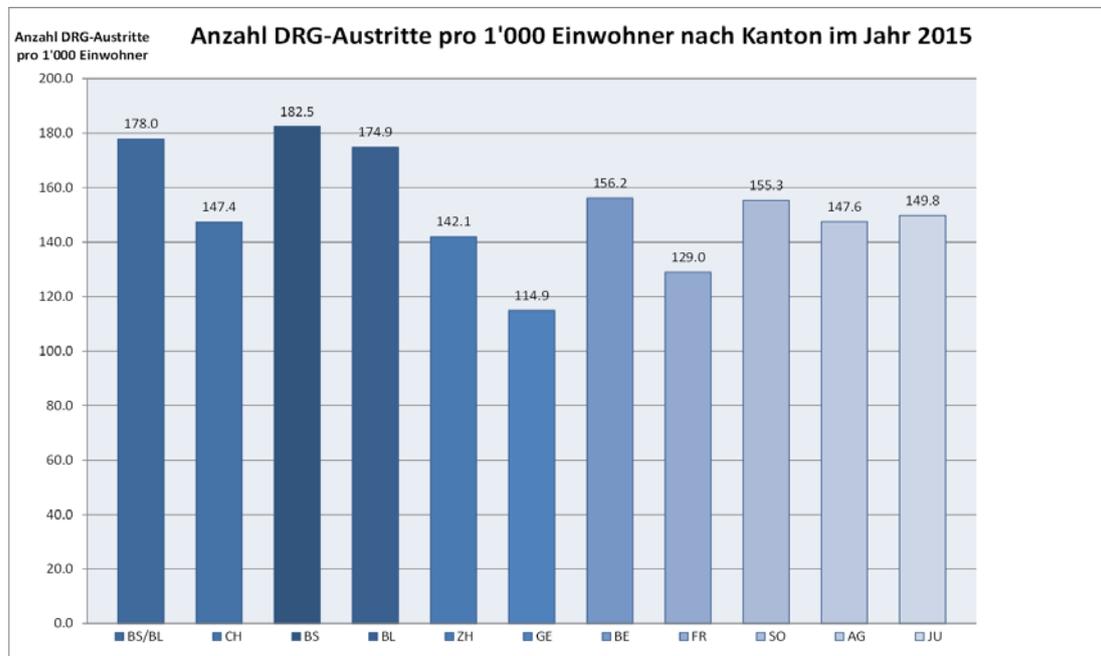
Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2017

Die Ausgangslage für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung im stationären Bereich bilden die Bedarfszahlen (Hospitalisierungsraten und Fallzahlen). Die kantonspezifischen 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 Grafik entnommen werden kann, haben im Jahr 2012 die baselstädtische 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 behandelten Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohnern). Dabei fällt auf, dass rund 90% aller baselstädtischer Patientinnen und Patienten in einem baselstädtischen Spital stationär behandelt worden sind, wohingegen die Patientinnen und Patienten in der basel-landschaftlichen Wohnbevölkerung nur zu rund 54% im eigenen Kanton stationär versorgt wurden.

### Spitalbehandlungen Akutsomatik 2015

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 auf und liegen beide deutlich über dem schweizweiten Durchschnitt, der bei 144,7 liegt.

### Spitalbehandlungen Akutsomatik (DRG-Austritte) pro 1'000 Einwohner 2015



### 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. Dabei ist zu beachten, dass ein wesentlicher Anteil der Betten in BS von Patientinnen und Patienten aus BL belegt wird. Die Bettendichte von BL und BS zusammen liegt immer noch 38 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt.

#### Anzahl Betten und Bettendichte im 2015 (Akutsomatik)

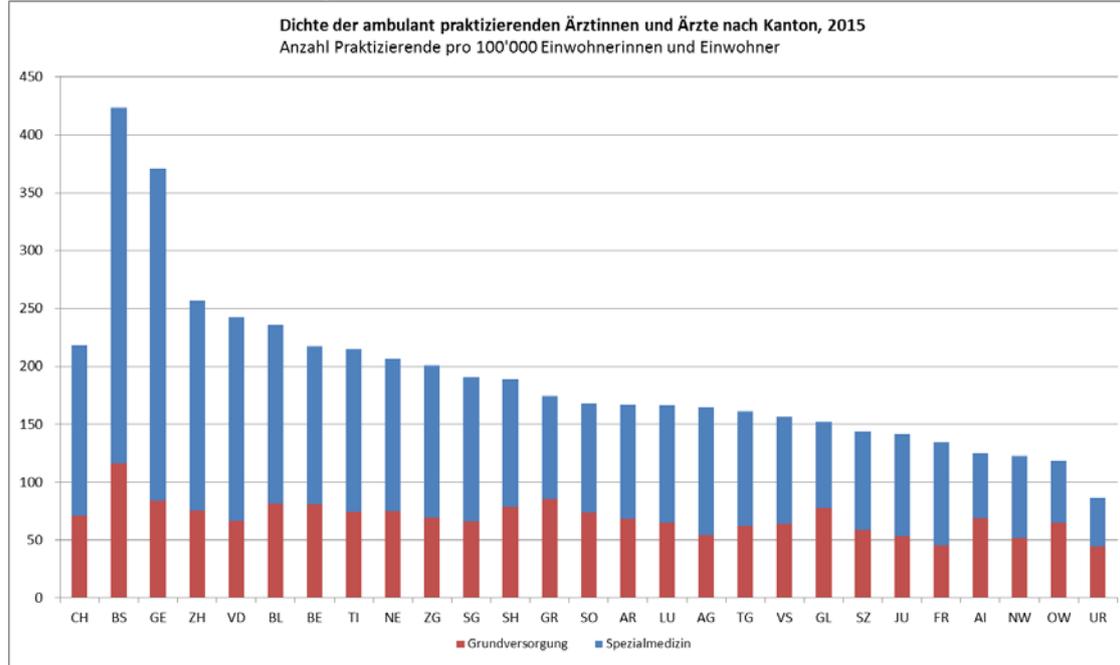
Kanton	Einwohner	Betten	Betten / 100'000 Einwohner
<b>BS</b>	<b>191'817</b>	<b>1'173</b>	<b>612</b>
<b>BL</b>	<b>283'231</b>	<b>655</b>	<b>231</b>
<b>BS + BL</b>	<b>475'048</b>	<b>1'828</b>	<b>385</b>
SO	266'418	521	196
AG	653'675	1'496	229
BE	1'017'483	3'050	300
ZH	1'466'424	4'497	307
GE	484'736	1'459	301
FR	307'461	515	168
JU	72'782	136	187
<b>CH</b>	<b>8'327'126</b>	<b>23'350</b>	<b>280</b>

Quelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik; Stand: 23.03.2017  
Akutsomatik = exkl. Reha und Psychiatrie

#### Ärztendichte

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

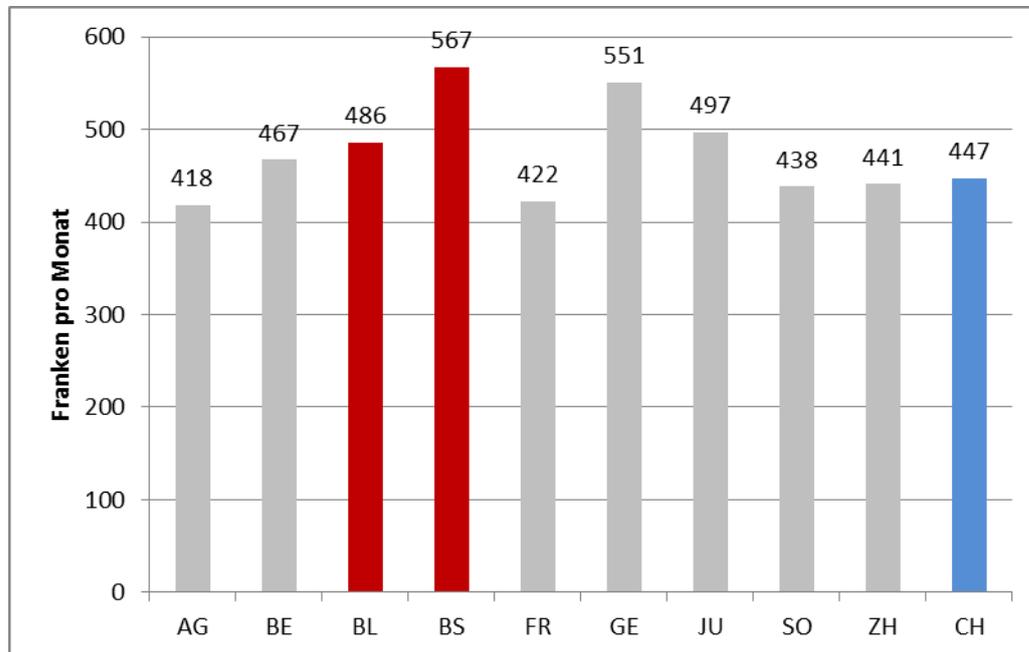
## Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner 2015



Quelle: Bundesamt für Statistik, Oktober 2016.

Die hohe Angebotsdichte und die grosse Nachfrage bleiben nicht ohne Folgen für die Kostenseite. Die durchschnittlichen Krankenkassenprämien in den beiden Basel gehören schweizweit zu den Teuersten.

### Durchschnittsprämien 2017



#### 4.2.6 Versorgungslage gemäss Patientenstromanalyse

Weiteren Aufschluss über die Versorgungslage in den beiden Basel brachte auch die bereits 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.

Grundsätzlich konnte für alle Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme festgestellt werden. Teilweise kann diese Entwicklung mit dem Bevölkerungswachstum sowie der älter werdenden 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% (Solethurn) bis 100% (BS). Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit liegen gar 98,7 % der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung. Im Bericht wurden ausserdem die Bereiche Kindermedizin, Akutgeriatrie, Herz-/Kreislaufkrankungen, interventionelle Kardiologie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und 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.

#### 4.2.7 Fallzahlen und Marktanteile

Im Rahmen der Projektarbeiten zum Monitoring der Patientenströme in der Nordwestschweiz aus dem Jahr 2015 haben die Kantone Aargau, BL, BS und Solethurn die Leistungen ihrer auf kantonalem Hoheitsgebiet befindlichen Spitäler erhoben. Eine Aktualisierung der Erhebung für die Jahre 2014 – 2016 wurde im Mai 2017 in Auftrag gegeben. Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Anzahl Austritte (Fälle) in der Akutmedizin in den Jahren 2011 – 2013 in den Kantonen BS und BL.

#### Fallzahlen in den akutstationären Spitälern in BS

Kanton Basel-Stadt	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälles	MA <sub>BS</sub>	Fälle	Fälles	MA <sub>BS</sub>	Fälle	Fälles	MA <sub>BS</sub>
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
<b>Kantonale Listenspitäler</b>	<b>58'570</b>	<b>51.4%</b>	<b>92.7%</b>	<b>61'286</b>	<b>50.6%</b>	<b>91.7%</b>	<b>63'737</b>	<b>49.5%</b>	<b>91.8%</b>
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%
<b>Übrige Spitäler</b>			<b>7.3%</b>			<b>8.3%</b>			<b>8.2%</b>
<b>Total</b>			<b>100.0%</b>			<b>100.0%</b>			<b>100.0%</b>

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 – gemessen an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von basel-städtischen Patientinnen und Patienten – bleibt über die Jahre weitgehend konstant und beläuft sich im Jahr 2013 auf 91,8%. Folglich kommt den übrigen Spitälern im Jahr 2013 ein Marktanteil von 8,2% zu. Das USB weist beinahe die Hälfte aller Hospitalisationen von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton BS auf.

## Fallzahlen in den akutstationären Spitälern in BL

Kanton Basel-Landschaft	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle <sub>BL</sub>	MA <sub>BL</sub>	Fälle	Fälle <sub>BL</sub>	MA <sub>BL</sub>	Fälle	Fälle <sub>BL</sub>	MA <sub>BL</sub>
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
<b>Kantonale Listenspitäler</b>	<b>39'382</b>	<b>70.6%</b>	<b>61.7%</b>	<b>40'070</b>	<b>69.0%</b>	<b>59.9%</b>	<b>40'120</b>	<b>69.1%</b>	<b>58.2%</b>
Kantonsspital Baselland	29'021	80.4%	51.7%	28'764	78.6%	48.9%	27'991	79.1%	46.5%
Universitäts-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%
<b>Ausserkantonale Listenspitäler</b>	<b>73'290</b>	<b>21.1%</b>	<b>34.3%</b>	<b>75'386</b>	<b>22.2%</b>	<b>36.2%</b>	<b>78'383</b>	<b>22.7%</b>	<b>37.3%</b>
Universitätsspital 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%
<b>Übrige Spitäler</b>			<b>4.0%</b>	<b>198'041</b>	<b>0.9%</b>	<b>4.0%</b>			<b>4.4%</b>
<b>Total</b>			<b>100.0%</b>	<b>313'497</b>	<b>14.7%</b>	<b>100.0%</b>			<b>100.0%</b>

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 basellandschaftlichen 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 dem Kanton BS und 8.3% aus dem Kanton BL nutzen stationäre Angebote ausserhalb der Kantone 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 basel-landschaftlichen Wohnbevölkerung zu sehen. Die volle Freizügigkeit erlaubt es den Bewohnerinnen und Bewohnern der beiden Kantone ein Spital ihrer Wahl in den beiden Kantonen zu wählen, ohne dass mögliche Mehrkosten zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen.

### 4.2.8 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) an. 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 Operationsteams und weitere Rahmenbedingungen und Faktoren eine wichtige Rolle. Mittels der SPLG können auch Vorgaben bezüglich Vorhandensein einer Notfallstation, einer Intensivpflegestation oder der 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 Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreffend Fallzahlen und Mortalität) analysiert und bearbeitet und in einem zweiten Schritt nimmt der Kanton BL ab dem 1. Januar 2017 auch an den kantonalen Messungen des Kantons BS und dem Projekt CO-MI (Core Outcome Measures Index) zur Indikationsqualität betreffend Erstimplantation und Revisionen von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen teil.

## **5. Koordination und Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung**

### **5.1 Gegenstand der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht**

Das Ziel der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht ist die Sicherstellung einer zukunftsfähigen und qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung beider Kantone. Die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht unterstützt die von den Regierungen BS und BL definierten übergeordneten Ziele der optimierten Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung beider Kantone und die angestrebte deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich.

Im Rahmen der Versorgungsplanung beabsichtigen die beiden Kantone ein Planungs- und Wirkungsmodell zu erarbeiten, um auf Modellebene mögliche Optimierungs- und Steuerungsmassnahmen der Kantone für die Gesundheitsversorgung simulieren zu können. Dabei soll die gesamte Breite der Gesundheitsversorgung (ambulant und stationär) analysiert werden, um mögliche Kostendämpfungs- und Optimierungspotenziale ausfindig machen zu können. Stichworte dazu sind die Verlagerung von stationären zu ambulanten Eingriffen, Konzentration von medizinischen Leistungsspektren, Förderung von Kooperationen, Auf- und Ausbau der integrierten Versorgung, Schnittstellenmanagement und Qualitäts- und Versorgungsmonitoring, etc.

Im Vordergrund der Versorgungsplanung steht die Ermittlung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung der Vereinbarungskantone. Die Auswertung und Analyse des so ermittelten Bedarfs bildet die Grundlage zum Erlass der gleichlautenden Spitalisten der Vereinbarungskantone. Sie bilden auch die Basis für die Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) und der Weiterbildungsverpflichtung im Bereich der universitären Lehre und Forschung. Von dem Planungs- und Wirkungsmodell erwarten die Vereinbarungskantone auch Aussagen zu weiteren Schwerpunkten der Versorgungsplanung wie eHealth, Palliative Care, Integrierte Versorgung, Patientenfreizügigkeit zwischen den Vereinbarungskantone und die Qualitätssicherung in Spitälern. Es soll auch in diesen Bereichen eine Koordination angestrebt werden.

In den Bereichen Regulation und Aufsicht werden Fragen zur Gesundheitsversorgung in der Region sowie zu den Möglichkeiten der beiden Kantone, diese zu gestalten, gemeinsam analysiert. Die gemeinsame Regulation und Aufsicht soll alsdann die Rah-

menbedingungen für eine bedarfsgerechte und effektive Gesundheitsversorgung für die beiden Kantonsbevölkerungen schaffen. Die Vorgaben des höherrangigen Rechts sind einzuhalten.

## **5.2 Partnerschaftliche Ausgestaltung**

Alle aus der Koordination und Umsetzung des gemeinsamen Gesundheitsraums erwachsenden Rechte und Pflichten werden partnerschaftlich von den Kantonen BS und BL wahrgenommen. So werden auch alle im Rahmen der Etablierung und Umsetzung des gemeinsamen Gesundheitsraums entstehenden direkten Kosten (Drittaufträge für Erhebungen und Studien, Kommissionsentschädigungen usw.) von beiden Kantonen hälftig getragen.

Beim Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung handelt es sich um ein partnerschaftliches Geschäft. Dies ist eine gemeinsame Vorlage der beiden Kantone BS und BL. Sie braucht die Zustimmung sowohl des Grossen Rates als auch des Landrats.

## **5.3 Versorgungsplanungsbericht**

Die Versorgungsplanung im Sinne des KVG betrifft die Planung der Versorgung der Kantonsbevölkerung mit somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalleistungen. Sie stellt den konkreten Bedarf an Spitalleistungen der Kantonsbevölkerung fest und bezeichnet, die Spitäler, welche für die Sicherstellung der Versorgung der Kantonsbevölkerung geeignet und notwendig sind. Was unter einer „Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung“ (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG) zu verstehen ist, wird durch die einheitlichen Planungskriterien näher bestimmt, welche der Bundesrat gestützt auf Art. 39 Abs. 2ter KVG erlassen hat. Die Grundzüge der Bedarfsermittlung und -deckung nach KVG sind in Art. 58a bis Art. 58d KVV festgelegt. Art. 58e KVV (in Verbindung mit Art. 39 KVG) regelt schliesslich die Umsetzung der Versorgungsplanung auf Ebene der Spitalliste.

Das Ziel der Versorgungsplanung ist demzufolge, eine stationäre medizinische Versorgung für die Bevölkerung beider Kantone sicherzustellen, die zukunftsfähig, flächendeckend, qualitativ gut und wirtschaftlich nachhaltig tragbar ist.

Zur Erreichung der Grundsätze der bundesrechtlichen Planungsvorgaben muss die Versorgungsplanung angemessen dynamisch sein und laufend angepasst werden. Jede Aufnahme eines Spitals auf die kantonale Spitalliste steht unter dem Vorbehalt, dass die Anpassung der Spitalliste der bundesrechtlich geforderten Anpassung an den tatsächlichen Bedarf entspricht.

Der Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung sieht die Erarbeitung eines gemeinsamen Versorgungsplanungsberichts durch das zuständige Departement und die zuständige Direktion vor. Dieser bildet den Prozess der Versorgungsplanung ab und vollzieht diesen laufend nach.

Der Versorgungsplanungsbericht bildet die Grundlage für die gemeinsame Versorgungsplanung, insbesondere auch für den Erlass der Spitallisten. Im Bericht sollen die Patientenströme, die stationären Spitalleistungen in der Akutmedizin, der Rehabilitation und der Psychiatrie dargestellt und Bedarfsprognosen erstellt werden. Dabei sollen auch verschiedenste Entwicklungen, welche die Nachfrage beeinflussen, berücksichtigt werden. Darunter fallen z. B. die demografische Entwicklung, die medizin-technische Entwicklung, gesetzliche Anpassungen, namentlich im Sozialversicherungsrecht des Bundes, oder veränderte ökonomische Rahmenbedingungen.

Der Erlass der Spitallisten erfolgt nach dem Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung alle 4 Jahre. Aufgrund des engen Konnexes des Versorgungsplanungsberichts mit dem Erlass der Spitallisten ist es angezeigt, diesen auch in der entsprechenden Periodizität von 4 Jahren zu publizieren.

## **5.4 Gleichlautende Spitallisten**

Gemäss Art. 39 Abs. 1 Bst. e KVG muss ein Spital auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sein, um Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen zu dürfen. Die versicherte Person kann für stationäre Behandlungen unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste des Wohnkantons oder derjenigen des Standortkantons aufgeführt sind (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Die Spitäler, die auf der Spitalliste eines Kantons aufgeführt sind, werden als Listenspitäler bezeichnet. Die versicherte Person hat demnach die freie Spitalwahl unter den Listenspitälern in der ganzen Schweiz. Demzufolge gilt die freie Spitalwahl der Versicherten auch innerhalb des Gesundheitsraums „Jura Nordbogen“ und namentlich zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Freie Spitalwahl bedeutet jedoch nicht, dass der Krankenversicherer und der Wohnkanton in jedem Fall die vollen Kosten der Spitalbehandlung nach dem Tarif des behandelnden Spitals (sog. Standorttarif) übernehmen müssen. Dies ist lediglich in denjenigen Spitälern gewährleistet, welche auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind. In anderen Spitälern übernehmen gemäss Art. 41 Abs. 1bis KVG der Versicherer und der Kanton die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt (sog. Referenztarif). Ausgenommen sind Fälle, in denen eine Behandlung aus medizinischen Gründen in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital durchgeführt wird. Als medizinische Gründe gelten namentlich Notfälle und Fälle, in denen die erforderliche Leistung in einem Listenspital des Wohnkantons nicht angeboten wird. In diesen Fällen vergüten der Versicherer und der Wohnkanton den Standorttarif (Art. Abs. 3 und 3bis KVG).

Für die beiden Basel bedeutet dies, dass das KVG für die Bevölkerung beider Kantone zwar die „freie Spitalwahl“ garantiert, gemäss welcher ein Spital im jeweils anderen Kanton aufgesucht werden darf. Von Bundesrechts wegen besteht jedoch keine „Freizügigkeit“ zwischen den beiden Kantonen, da nicht in jedem Fall die vollen Kosten der Behandlung nach dem Standorttarif übernommen werden müssen. Eine allfällige Differenz geht zu Lasten der versicherten Person oder einer Zusatzversicherung.

Seit dem 1. Januar 2014 gilt für die baselstädtische und die basellandschaftliche Bevölkerung die volle Freizügigkeit für Spitalbehandlungen in Spitälern auf den beiden Kantonsgebieten. Damit ist gewährleistet, dass alle Einwohnerinnen und Einwohner beider Kantone sämtliche Spitäler in Basel-Stadt und Basel-Landschaft, die sich auf einer Spitalliste befinden, ohne zusätzliche Kostenfolge für ihre Behandlung auswählen können. Die Umsetzung der Freizügigkeit erfolgte durch jeden Kanton autonom im Rahmen der Spitallisten. Eine rechtlich bindende gegenseitige Verpflichtung besteht nicht.

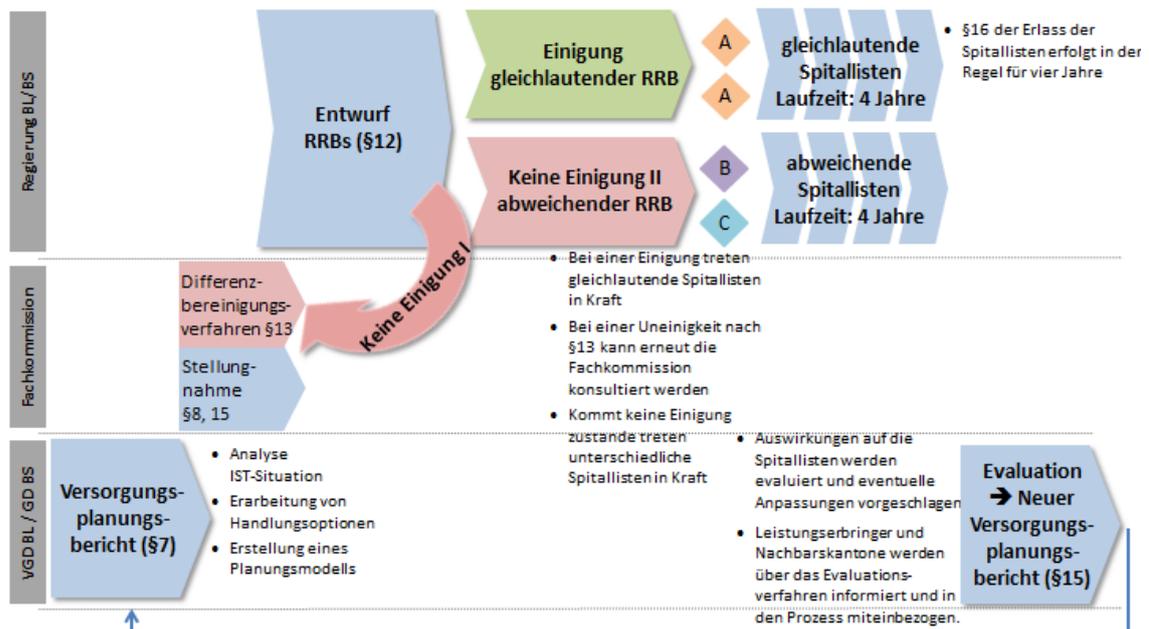
Mit dem vorliegenden Staatsvertrag soll nun ein weiterer Schritt erfolgen. Gestützt auf die gemeinsame Versorgungsplanung werden künftig der Erlass gleichlautender Spitallisten sowie die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen durch beide Kantone angestrebt. Die Spitallisten sollen alle Leistungserbringer in den jeweiligen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen umfassen, welche für die Versorgung der Bevölkerung beider Kantone erforderlich sind. Sie können Auflagen und Einschränkungen enthalten, welche dem höherrangigen Recht nicht widersprechen dürfen. Der Erlass der

gleichlautenden Spitallisten soll als partnerschaftliches Geschäft mittels gleichlautenden Beschlüssen der beiden Regierungen erfolgen.

Das Verfahren von partnerschaftlichen Geschäften wird in der Vereinbarung zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Zusammenarbeit der Behörden vom 21. Juni 2011 (SG 118.300 resp. SGS 109.11) geregelt. Gemäss § 3 der Vereinbarung bilden die Regierungsräte der beiden Kantone keine gemeinsame Behörde und fassen keine gemeinsamen Beschlüsse. Die Spitallisten werden demnach formell gesehen weiterhin von den einzelnen Kantonsregierungen separat und lediglich mit Wirkung für den eigenen Kanton beschlossen. Wie erwähnt, wird jedoch angestrebt, dass die Spitallisten der beiden Kantone inhaltlich gleichlautend sein sollen. Bei Uneinigkeit zwischen den Kantonen findet ein Differenzbereinigungsverfahren statt. Bleibt dieses erfolglos, erlässt jeder Kanton eine eigene Spitalliste, wobei die allenfalls unterschiedlich geregelten Aspekte den im Staatsvertrag festgehaltenen gemeinsamen Zielsetzungen nicht zuwiderlaufen dürfen. Mit dem Staatsvertrag verpflichteten sich die Kantone damit beim Erlass der Spitallisten eine sehr weitgehende Kooperation einzugehen. Jedoch wird auf ein schwerfälliges Verfahren verzichtet, welches notwendig wäre, um formell eine gemeinsame Spitalliste zu beschliessen.

Schliesslich regelt der Staatsvertrag die Periodizität des Erlasses der Spitallisten. Demnach sollen alle vier Jahre neue, überarbeitete Spitallisten beschlossen werden. Punktuelle Anpassungen der Spitallisten sollen indessen auch in der Zwischenzeit laufend möglich sein. Dies ist notwendig, um die Spitallisten auf einem aktuellen Stand zu halten und auf Änderungen des Angebots kurzfristig reagieren zu können.

## Verfahren Spitallisten



## 5.5 Verfahren

Im Verfahren zum Erlass allgemeiner planerischer Massnahmen auf Versorgungsebene sieht der Staatsvertrag die Zusammenarbeit zwischen dem zuständigen Departement und der zuständigen Direktion vor. Mögliche planerische Aktivitäten werden gemeinsam evaluiert und, sofern zur Zweckerfüllung des Staatsvertrags erforderlich und sinnvoll, gemeinsam umgesetzt. Um die Koordination zwischen den Vereinbarungskantonen sicherzustellen, werden den Regierungen gleichlautende Beschlussanträge zur Umsetzung der planerischen Massnahmen unterbreitet.

Die Fachkommission wird im Rahmen ihres Aufgabengebietes in die Planung einbezogen. Das bedeutet, dass die Fachkommission auf Anfrage des Departements oder der Direktion Empfehlungen zu den beabsichtigten Massnahmen abgeben kann und zu den konsolidierten Anträgen auf Erlass planerischer Massnahmen eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen verfasst.

### **5.5.1 Verfahren bei Uneinigkeit**

Grundsätzlich sind die Vereinbarungskantone bestrebt, im Bereich der Versorgungsplanung einvernehmliche Lösungen zu erzielen. Können sich die Vereinbarungskantone dennoch nicht auf eine planerische Massnahme einigen, kann in einem ersten Schritt erneut die Fachkommission konsultiert werden. Das zuständige Departement und die zuständige Direktion sollen daraufhin in einem Differenzbereinigungsverfahren eine einvernehmliche Lösung anstreben. Hierfür wird eine Frist von acht Wochen gesetzt, um das Verfahren nicht unnötig zu verzögern. Können sich die Kantone auf Verwaltungsebene auf ein gemeinsames Vorgehen einigen, wird die entsprechende Lösung den beiden Regierungen unterbreitet.

Kommt keine Einigung zu Stande, steht es jedem Kanton frei, eigene planerische Massnahmen zu beschliessen, die jedoch dem Sinn und Zweck des Staatsvertrages nicht zuwiderlaufen dürfen.

## **5.6 Fachkommission**

Die Vereinbarungskantone sind übereingekommen, eine Fachkommission einzusetzen, welche in den Prozess der Versorgungsplanung, der Evaluation und des Erlasses der Spitallisten einbezogen ist.

Die Fachkommission besteht aus neun unabhängigen, ad personam zu wählenden Mitgliedern mit Bezug zum regionalen Gesundheitswesen. Es kann sich dabei um Vertreterinnen oder Vertreter von Spitälern und Versicherern, Fachexperten, freiberuflich Tätige oder Patientenvertretungen handeln, wobei keine diesbezüglichen Quoten oder Ansprüche festgesetzt werden. Der Fachkommission kommt einerseits eine Beratungsfunktion und andererseits ein Empfehlungsrecht im Planungsprozess zu. Auf Anfrage des zuständigen Departements oder der zuständigen Direktion kann die Fachkommission auch eine Empfehlung zum Entwurf der Spitallisten abgeben. Der Fachkommission steht es frei, bei Bedarf auch weitere Personen, wie etwa Experten, beizuziehen.

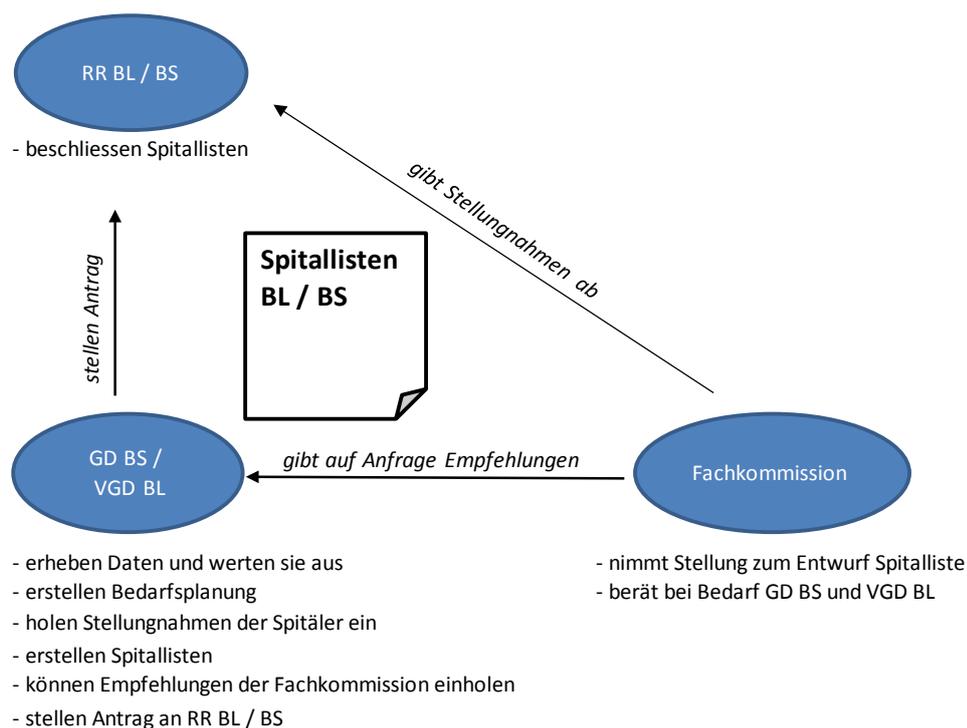
Nach Abschluss des Evaluationsverfahrens zum Erlass der Spitallisten reicht die Fachkommission eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen ein. Auch in Bezug auf weitere Planungsmassnahmen wie auch bei wesentlichen Änderungen der Spitallisten, die den Beschlüssen der Regierungen bedürfen, gibt die Fachkommission eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen ab. Die Fachkommission kann auch im Falle von Uneinigkeiten der Vereinbarungskantone bezüglich Massnahmen auf Versorgungsebene sowie im Zusammenhang mit dem Erlass der gleichlautenden Spitallisten (Differenzbereinigungsverfahren) konsultiert werden.

Durch Einsetzung einer Fachkommission werden weitere Kreise in die kantonalen Planungsprozesse eingebunden, die Akzeptanz der planerischen Massnahmen kann dadurch erhöht und deren Legitimation verstärkt werden. Auch können auf diese Weise weitere Aspekte und Gesichtspunkte in den Planungsprozess einfließen. Dem vom Bundesrecht geforderten angemessenen Einbezug privater Trägerschaften in den Spitalplanungsprozess (Art. 39 Abs.1 Bst. e KVG) kann durch Einsitz von Vertretern der Privatspitäler in die Fachkommission Rechnung getragen werden.

Die Mitglieder der Fachkommission werden von den Regierungen der Vereinbarungskantone gewählt und vom zuständigen Departement und der zuständigen Direktion einberufen; diese sind auch für den Erlass und Änderung des Geschäftsreglements zuständig.

Um eine gewisse Kontinuität zu wahren, werden die Mitglieder der Fachkommission für die Dauer von vier Jahren gewählt, mit der Möglichkeit zur Wiederwahl. Diese Dauer entspricht der Periodizität des Erlasses der Spitallisten wie auch der Publikation des Versorgungsplanungsberichts.

## Aufgaben Fachkommission



## 5.7 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)

Im Rahmen des Staatsvertrages für die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL soll auch eine Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL angestrebt werden.

### 5.7.1 Definition GWL

Gemäss Art. 49 Abs. 3 KVG dürfen gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht über die OKP finanziert werden. Da diese Leistungen keine OKP-Leistungen darstellen, müssen sie von den Kantonen, beziehungsweise Gemeinden oder Dritten, die sie bestellen, separat bezahlt werden. Zu diesen Leistungen gehören insbesondere die universitäre Lehre und Forschung oder beispielsweise die Sozialdienste der Spitäler, die Schulangebote für Kinder bei längerem Spitalaufenthalt, aber auch Aufgaben, welche das Bundesrecht den Kantonen vorschreibt (z.B. Geschützte Operationsstelle, anonyme Schwangerschaftssprechstunde etc.).

Neben den GWL gemäss KVG sind auch die kantonsspezifischen Vereinbarungen und Regelungen in die GWL einzubeziehen.

Die GWL werden in Leistungen gemäss KVG, GWL im engeren Sinn und Leistungen mit ungedeckten Kosten unterteilt.

Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden in den Kantonen BS und BL gegenwärtig grösstenteils durch die öffentlichen Spitäler erbracht.

### **5.7.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG**

In Artikel 49 Abs. 3 KVG wird Folgendes zu den GWL festgehalten:

„Die Vergütungen nach Absatz 1 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 die Kantone definiert werden können. Diese Leistungen sind mittels separaten Leistungsvereinbarungen bei den entsprechenden Spitälern zu bestellen und durch den Besteller (Kanton) zu finanzieren. Dabei handelt es sich um transparent zu definierende und auszuweisende Leistungen, welche der Kanton zum Beispiel in Ausübung von Bundesrecht erbringen muss oder die aus sozialen und / oder gesellschaftlichen Gründen für die Bevölkerung angeboten werden sollen.

### **5.7.3 Leistungen mit ungedeckten Kosten**

Im Unterschied zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen 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 gegenwärtig durch die KVG- und IV-Tarife nur ungenügend oder gar nicht gedeckt. Diese Situation, die sich akzentuiert in den ambulanten Leistungen der Kindermedizin (UKBB) manifestiert, ist aus regulatorischer Sicht äusserst unbefriedigend. Den Spitälern entstehen so Finanzierungslücken. Zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung sind die Kantone jedoch daran interessiert, dass diese Leistungen weiterhin erbracht werden, da sie sinnvoll und notwendig sind und bei fehlendem Angebot anderweitige und teilweise höhere Kosten generiert würden.

#### **5.7.3.1 Harmonisierung der Kriterien**

Nachfolgende Punkte sollen als Leitlinien dienen, um eine Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL zu erreichen:

- Es müssen übergeordnet einheitliche Kriterien nach Leistungstyp vorliegen, die klarstellen, wer wofür wie viel zahlt;
- Es gilt möglichst klare und abgrenzbare Kategorien von GWL zu definieren, um die notwendige Transparenz bei der Zuweisung von Beiträgen durch die beiden Kantone zu gewährleisten;
- Ein Grossteil der GWL wird voraussichtlich standortgebunden zu organisieren sein (z. B. Public Health), um den jeweils lokalen Bedürfnissen möglichst patientengerecht entsprechen zu können.

Um eine nachvollziehbare und möglichst klar abgrenzbare Struktur der GWL zu erzielen, sollen folgende drei Kategorien abgebildet werden:

### **5.7.3.2 Fall- und systembezogene GWL**

Leistungen, die direkt im Zusammenhang mit der Behandlung von Personen anfallen. Dazu gehören etwa die Tagesklinik oder die Beratungsstellen.

### **5.7.3.3 Weiterbildungsbezogene GWL**

Leistungen, welchen einen direkten Bezug zu Weiterbildungskosten der ärztlich und medizinisch tätigen Arbeitnehmenden der Institutionen haben. Darunter fallen insbesondere die Beiträge an die ärztliche Weiterbildung zum eidgenössischen Facharzttitel oder an die Beiträge an die Weiterbildung von Assistenz-Psychologen.

### **5.7.3.4 Standortbezogene GWL**

Leistungen, die klar auf einen Spitalstandort zugewiesen werden können. Dazu gehören z. B. die Spital-Sozialdienste, die Transplantationskoordination oder die Geschützte Operationsstelle (GOPS).

Nachfolgende Tabelle zeigt, wie die heute ausgerichteten GWL den drei Kategorien zugeordnet werden könnten:

## Übersicht über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) der Spitäler BS und BL im 2017

	Fallbezogen	Weiterbildungsbezogen	Standortbezogen
<b>GWL gemäss KVG - universitäre Lehre und Forschung</b>			
Unterdeckung Finanzierung universitäre Lehre und Forschung*			
Weiterbildung Assistenzärzte		x	
Weiterbildung Assistenz-Psychologen		x	
<b>Tarif-Unterdeckungen</b>			
24-Stundenbetrieb Notfallstation (Bereitschaftsdienst)			x
Langzeitpflege im Spital			x
Spitalexterne Onkologiepflege (SEOP)			x
spitalambulante Unterdeckung			x
Tagesklinik	x		
<b>GWL im engeren Sinn</b>			
Antidot-Versorgung			x
Beratungssdienstleistungen von Institutionen, Behörden und Fachpersonen	x		
Beratungsstelle für pränatale Untersuchungen / Schwangerschaftsberatungsstelle	x		
Dolmetscher-Dienste			x
Geschützte Operationsstellen (GOPS)			x
Leistungen für Prävention und aufklärende Öffentlichkeitsarbeit			x
Leitender Notarzt (LNA)			x
Medizinische Notrufzentrale (MNZ)	x		
Sanität / Rettungsdienste	x		
Sozialdienst / Case Management	x		
Spital-Schule	x		
Spital-Seelsorge	x		
Transplantationskoordination			x
Vorhalteleistungen bei hochansteckenden Krankheiten			x
*gemäss Universitätsvertrag von der Universität Basel zu bezahlen; bisher sind Kosten nicht vollständig gedeckt und werden vom Kanton Basel-Stadt finanziert.			

Als Ausgangspunkt für die Diskussion rund um die künftige Ausgestaltung und mögliche Weiterführung der GWL werden nachfolgend die im Jahr 2017 von den beiden Kantonen bezahlten Beiträge an die GWL angeführt:

## Gesamtübersicht über die von den Kantonen BS und BL gesprochen GWL-Beiträge für das Jahr 2017

	GWL-Art	BS	BL	UKBB (BS/B)	Total	Beziehungsart
LuF	Unterdeckung LuF	37'155	0	0	37'155	offen*
	Weiterbildung Assistenzärzte	12'898	4'091	1'590	18'579	personenbezogen
	Weiterbildung Assistenz-Psychologen	0	404	0	404	personenbezogen
ungedekte Kosten	Langzeitpflege	900	0	0	900	standortbezogen
	SEOP	0	200	0	200	standortbezogen
	Tagesklinik	4'010	1'187	0	5'197	fallbezogen
	Unterdeckung ambulant	0	0	9'428	9'428	standortbezogen
	Vorhalteleistungen Notfall	0	11'053	0	11'053	standortbezogen
GWL im engeren Sinn	Antidotversorgung	30	0	0	30	standortbezogen
	Beratungs-DL	0	194	0	194	fallbezogen
	Beratungsstellen SS / pränatal	86	0	0	86	fallbezogen
	Dolmetscher	0	256	0	256	standortbezogen
	GOPS	160	0	0	160	standortbezogen
	Leistungen für Prävention und Öffentl.	0	109	0	109	standortbezogen
	LNA	500	0	0	500	standortbezogen
	MNZ	200	400	0	600	fallbezogen
	Rettung / Sanität	565	472	0	1'037	fallbezogen
	Spital-Schule	862	0	623	1'485	fallbezogen
	Spital-Seelsorge	790	0	0	790	fallbezogen
	Spital-Sozialdienst / Case Management	4'100	3'237	534	7'871	fallbezogen
	Transplantationskoordination	120	0	20	140	standortbezogen
	Vorhalteleistungen hochanst. Krankheiten	300	0	0	300	standortbezogen
	<b>Total:</b>	<b>62'676</b>	<b>21'603</b>	<b>12'195</b>	<b>96'474</b>	
*gemäss Universitätsvertrag von der Universität Basel zu bezahlen; bisher sind Kosten nicht vollständig gedeckt und werden vom Kanton BS finanziert						

Aktuell sind die GWL in den Kantonen BS und BL zum Teil noch unterschiedlich definiert. Der überwiegende Anteil der GWL-Positionen kann ohne grössere Probleme auf die geplanten Gruppen übertragen werden. Grössere Differenzen (Frankenbeträge) bestehen bei folgenden Positionen:

- **Vorhalteleistungen Notfall**

Diese Position wendet nur der Kanton BL an. Im Rahmen der geplanten Konsolidierung im Kanton BL (mittelfristiger Ersatz der stationären Notfallstationen Laufen und Bruderholz durch Notfall-Permanenzen) sollen die Vorhalteleistungen für den Notfall entsprechend reduziert werden. Vorzubehalten ist eine Neubeurteilung der Notfall-Abgeltung, falls sich der Kostendeckungsgrad der notfallstationen durch Korrekturen in der TARMED-Tarifstruktur dramatisch verschlechtern würde.

- **Weiterbildung zum eidg. Facharzt und Assistenz-Psychologen**

Der Kanton BS zahlt zurzeit für die universitären Weiterbildungsstellen pro Jahr und Vollzeitäquivalent 24'000 Franken und bei den restlichen Weiterbildungsstellen 15'000 Franken pro Jahr und Vollzeitäquivalent. Hier ist geplant, dass eine Angleichung der Beiträge an die universitären Weiterbildungsstellen zwischen den Kantonen stattfindet. Des Weiteren ist geplant, dass beim Zustandekommen des Staatsvertrages die Regierung des Kantons BL die „Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV)“ dem Landrat zum Beitritt un-

terbreiten wird. Falls bis zum Inkrafttreten des Staatsvertrages über die gemeinsamen Gesundheitsversorgung die WFV nicht zustande kommt oder wirksam wird, sehen die beiden Regierungen vor, eine der WFV entsprechende Abgeltung der betreffenden Kosten zu vereinbaren. Der Kanton BS wird seinerseits prüfen, ob die Weiterbildung der Assistenz-Psychologen – analog dem Kanton BL – mit GWL-Beiträgen unterstützt werden soll.

- **Beiträge an die universitäre Lehre und Forschung**

Den mit Abstand grössten Betrag bei den GWL leistet der Kanton BS an die universitäre Lehre und Forschung. Bei dieser Position prüft der Kanton BS eine teilweise Überführung in die ärztliche Weiterbildung zum eidgenössischen Facharzt und eventuell in die Weiterbildung der Assistenz-Psychologen, da in diesen Bereichen die ungedeckten Kosten immer noch hoch sind.

Im Rahmen der Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL wird weiter zu beachten sein, dass trotz Optimierungs- und Sparanstrengungen der beiden Regierungen die Beiträge an die GWL zum Teil gesetzlich (z. B. durch bundesrechtliche Vorgaben) vorgegeben sind und damit nicht beliebig reduziert werden können. GWL, wie z.B. die anonyme Schwangerschaftsberatung oder die Beschulung von Kindern während längerer Spitalaufenthalte, sind somit nicht nur durch die Kantone zu bestellen, sondern auch dementsprechend zu finanzieren (gebundene Ausgaben). Die beiden Kantone streben mittel- bis langfristig sinkende Aufwendungen für die GWL an.

## **6. Vereinbarkeit der gemeinsamen Gesundheitsversorgung mit anderen Erlassen**

### **6.1 Auf Bundesebene**

#### **6.1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)**

Massgebende rechtliche Grundlage auf Bundesebene für die Spitalplanung ist Art. 39 KVG. Diese Bestimmung formuliert die Zulassungsbedingungen für Spitäler und andere Einrichtungen, welche der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen. Nebst den Erfordernissen einer ausreichenden ärztlichen Betreuung des erforderlichen Fachpersonals und der zweckentsprechenden medizinischen Einrichtungen sowie einer zweckentsprechenden pharmazeutischen Versorgung (Art. 39 Abs. 1 Bst a – c KVG), müssen die Spitäler der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechten Spitalversorgung entsprechen (Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG). Gestützt auf die Spitalplanung haben die Kantone die zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen Spitäler in einer Spitalliste namentlich zu nennen und sie müssen diese Spitalliste nach Leistungsaufträgen gliedern (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG). Die Spitalliste dient der Transparenz, Publizität und Rechtssicherheit. Sie ist ein wichtiges Instrument zur Durchsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und mit dieser untrennbar verknüpft. Art. 39 Abs. 2 KVG hält zudem fest, dass die Kantone ihre Planung koordinieren. Das beinhaltet die Mitberücksichtigung der Planung anderer Kantone, ebnet den Weg zur Bildung grösserer Versorgungsregionen und ist Grundlage für die Schaffung von Planungs- und/oder Spitalregionen.

Das Bundesrecht sieht somit eine gemeinsame koordinierte Spitalplanung unter den Kantonen explizit vor - bis hin zur Bildung gemeinsamer Versorgungsregionen. Die durch die Kantone BS und BL im Staatsvertrag angestrebte gemeinsame Regelung der Gesundheitsversorgung und Bildung eines gemeinsamen Versorgungsraums entspricht den Intentionen des Bundesgesetzgebers und ist somit mit dem Bundesrecht nicht nur vereinbar, sondern setzt dieses auch in exemplarischer Weise um.

### **6.1.2 Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)**

Der Bundesrat hat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erlassen (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Dies ist mit einer Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV erfolgt. Die Kriterien für die Spitalplanung werden in den Art. 58a bis 58e KVV näher umschrieben.

Die KVV konkretisiert die einzelnen Planungsvorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung. Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Art. 39 Abs. 1 Bst. d KVG umfasst die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital und Geburtshaus sowie die Behandlung in einem Pflegeheim für die Einwohnerinnen und Einwohner der Kantone, die die Planung erstellen. Die Kantone haben die Planung periodisch zu überprüfen (Art. 58a KVV). Art. 58b KVV konkretisiert die Versorgungsplanung insbesondere die Ermittlung des Bedarfs. Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebots sind namentlich zu berücksichtigen: die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung sowie der Zugang der Patientinnen und Patienten innert nützlicher Frist. Als Kriterium der Wirtschaftlichkeit und Qualität haben die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität sowie die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten (Art. 58b KVV).

Zur interkantonalen Koordination der Planung gemäss Art. 39 Abs. 2 KVG hält Art. 58d KVV fest, dass die Kantone insbesondere die nötigen Informationen über die Patientenströme auswerten und mit den betroffenen Kantonen austauschen sowie die Planungsmassnahmen mit den davon in ihrer Versorgungssituation betroffenen Kantonen koordinieren.

Der Staatsvertrag regelt in § 4 die Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht der Vereinbarungskantone. Die in dieser Bestimmung festgelegten Zielsetzungen, insbesondere:

- die Planung einer effektiven und effizienten Versorgung im ambulanten und stationären Bereich;
- Konzentration und Koordination von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung;
- medizinisch sinnvolle und effiziente Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmethoden;
- Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sowie für die universitäre Lehre und Forschung;
- und die Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten im Rettungswesen,

entsprechen den Vorgaben des Bundesrechts und den Planungskriterien der KVV.

Die im Staatsvertrag vorgesehenen Bestimmungen über die Organisation und das Verfahren der interkantonalen Planung (§§ 7 ff.) konkretisieren – bundesrechtskonform – die Verfahrensschritte, welche zur Umsetzung und Überprüfung der im Staatsvertrag formulierten Zielsetzung führen, wie insbesondere das Verfahren bei planerischen Massnahmen, das Verfahren bei Uneinigkeit, das gemeinsame Erstellen eines Versorgungsberichts, die Einsetzung einer Fachkommission, die Datenbearbeitung und den Informationszugang. In einem weiteren Kapitel wird das eigentliche Verfahren zum Erlass der Spitalisten geregelt, ebenso das Evaluationsverfahren, das Verfahren der konsolidierten Spitalisten sowie die Periodizität des Erlasses der Spitalisten.

## **6.2 Auf Kantonebene**

### **6.2.1 Vereinbarkeit mit den Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft**

#### **6.2.1.1 Kantonsverfassung BS (KV BS)**

Gemäss der Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005 (KV BS, SG 111.100) soll in der Region eine Verstärkung der regionalen behördlichen Zusammenarbeit angestrebt werden. Zur Erfüllung gemeinsamer oder regionaler Aufgaben soll mit den Behörden der Kantone, insbesondere des Kantons Basel-Landschaft, der Gemeinden der Agglomeration und der Region Oberrhein zusammengearbeitet werden (§ 3 KV BS).

Nach § 26 KV BS schützt und fördert der Staat die Gesundheit der Bevölkerung und gewährleistet eine allen zugängliche medizinische Versorgung.

Der Kanton betreibt öffentliche Spitäler und Kliniken; er strebt kantonsübergreifende Trägerschaften an. Er sorgt mit den Gemeinden und privaten Trägerschaften sowie in Absprache mit der Region für die Bereitstellung von weiteren notwendigen öffentlichen Spitälern, Kliniken und Einrichtungen (§ 27 KV BS) und übt die Aufsicht über das Gesundheitswesen aus (§ 28 KV BS).

Durch den Staatsvertrag werden diese Ziele angestrebt und insbesondere auch der regionale Aspekt berücksichtigt und gefördert. Er ist demgemäss mit der Kantonsverfassung vereinbar und verwirklicht die dort formulierten Ziele.

#### **6.2.1.2 Kantonsverfassung BL (KV BL)**

Vorliegend handelt es sich um einen Staatsvertrag mit gesetzwesentlichem Inhalt, der gemäss § 30 lit. b resp. § 31 Abs. 1 lit. c der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. Mai 1984 (KV BL, SG 100) dem obligatorischen oder fakultativen Referendum untersteht. Die Gesundheitsversorgung ist in den §§ 110 und 111 der KV BL geregelt. Demgemäss ist der Kanton für die Überwachung und Koordination des Gesundheitswesens zuständig (§ 110 Abs. 4 KV BL). Die Zusammenarbeit mit den Nachbarkantonen bei der Gesundheitsversorgung ist in § 111 Abs. 1 KV BL ausdrücklich vorgesehen. Der vorliegende Staatsvertrag ist somit mit der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft konform.

### **6.2.2 Vereinbarkeit mit Erlassen BS**

#### **6.2.2.1 Gesundheitsgesetz (GesG)**

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt vom 21. September 2011 (GesG, SG 300.100) regelt unter Vorbehalt des höherrangigen Rechts das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Stadt.

Es bezweckt die Erhaltung, die Förderung, den Schutz und die Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung und der einzelnen Person durch Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsschutzes (§ 1 GesG). Zudem regelt das Gesetz die Aufsicht über das Gesundheitswesen (§§ 2 und 3 GesG). Der Kanton gewährleistet und finanziert die stationäre und die ambulante Behandlung der Bevölkerung nach Massgabe des Sozialversicherungsrechts des Bundes. Der Regierungsrat bestellt bedarfsgerecht gemeinwirtschaftliche Leistungen (§ 7 GesG).

Der Staatsvertrag enthält keine dem Gesundheitsgesetz widersprechende Regelungen und ist demgemäss mit diesem vereinbar. Vielmehr unterstützt und realisiert er die im Gesundheitsgesetz vorgesehenen Ziele.

### **6.2.2.2 Gesetz über die Krankenversicherung (GKV)**

Das Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 15. November 1989 (GKV, SG 834.400) regelt primär das Versicherungsobligatorium und die Modalitäten der Prämienverbilligung. In § 1 GKV wird als generelle Zielsetzung festgehalten: „Um der Bevölkerung des Kantons eine dauerhafte, finanziell tragbare Krankenversicherung zu gewährleisten, regelt der Kanton die soziale Krankenversicherung gemäss den nachfolgenden Bestimmungen, soweit nicht durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) abschliessend geregelt“. § 56 GKV erteilt dem Regierungsrat zudem die Kompetenz zum Erlass der zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Ausführungsbestimmungen, von welcher er mit Erlass der Verordnung über die Krankenversicherung Gebrauch gemacht hat.

Die mit dem Staatsvertrag angestrebte Optimierung des Gesundheitsversorgungsraums BS/BL entspricht der Zielsetzung des GKV, der Bevölkerung eine dauerhafte, finanziell tragbare Krankenversicherung zu gewährleisten und ist demgemäss mit diesem vereinbar.

### **6.2.2.3 Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)**

Die Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 111.100) regelt umfassend die innerkantonalen Zuständigkeiten zur Durchführung und den Vollzug der dem Kanton vom Bund übertragenen Aufgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung regelt die KVO in § 1 Abs. 2 Bst. d, dass die Spitalplanung vom GD BS zuhanden des Regierungsrats durchgeführt wird. Dies gilt auch für die Durchführung von Betriebsbereichen und die Mitwirkung bei der Erstellung der bundesrechtlich vorgeschriebenen Statistiken. Das GD BS ermittelt die Grundlagen zur Festlegung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung und zur Festlegung des Bedarfs an Pflegebetten (§ 3. Abs. 1). Explizit erwähnt die KVO die Bestrebungen nach einer regionalen und interkantonalen Zusammenarbeit (§ 3. Abs. 2 KVO). Das GD BS ist damit beauftragt, zuhanden des Regierungsrates die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Listen der zugelassenen kantonalen und ausserkantonalen Spitäler zu erarbeiten.

Wie aus dieser Aufzählung ersichtlich, handelt es sich bei den erwähnten Bestimmungen der KVO um die innerkantonale Zuteilung von Kompetenzen an das GD BS im Bereich Gesundheitsversorgung, insbesondere im Zusammenhang mit der Spitalplanung und der Erarbeitung der Spitalliste.

Der Staatsvertrag beinhaltet keine Regelung, welche in die innerkantonale Zuständigkeit eingreift oder diese abändert. Vielmehr regelt der Staatsvertrag die koordinierte bikantonale Zusammenarbeit im Rahmen der Planung des Gesundheitsversorgungsraums BS/BL mit Schwerpunkt Spitalversorgung; dies unter Beibehaltung der jeweiligen innerkantonalen Zuständigkeiten.

Der Staatsvertrag ist demgemäss mit den Bestimmungen der KVO kompatibel und verwirklicht auch die in § 3 Abs. 2 KVO vorgesehenen Bestrebungen nach einer regionalen und interkantonalen Zusammenarbeit (§ 3. Abs. 2 KVO).

## **6.2.3 Vereinbarkeit mit Erlassen BL**

### **6.2.3.1 Gesundheitsgesetz**

Das Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Landschaft vom 21. Februar 2008 (SGS 901) regelt das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Landschaft. Es enthält namentlich Bestimmungen über die Bewilligungspflicht und die Berufsausübung der Gesundheitsberufe und der Institutionen im Gesundheitswesen, die Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten, die Heilmittel sowie die öffentlichen Gesundheitsaufgaben. Der Staatsvertrag enthält keine dem Gesundheitsgesetz widersprechende Regelungen und ist demgemäss mit diesem vereinbar.

### **6.2.3.2 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)**

Das basel-landschaftliche Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 25. März 1996 (EG KVG; SGS 362) regelt das Versicherungsobligatorium und die Modalitäten der Prämienverbilligung. Der Staatsvertrag enthält keine Bestimmungen, welche in den Regelungsbereich des EG KVG fallen.

### **6.2.3.3 Spitalgesetz**

Das Spitalgesetz des Kantons Basel-Landschaft vom 17. November 2011 (SGS 930) wird gleichzeitig mit dem Abschluss des Staatsvertrags totalrevidiert und in zwei neue Gesetze aufgeteilt (siehe Ziffer 9.2). Diese - insbesondere das neue Spitalversorgungsgesetz - werden mit dem Staatsvertrag kompatibel ausgestaltet.

## **7. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages**

### **Allgemeine Bestimmungen**

#### **Parteien und Regelungsgegenstand**

##### **§ 1 Vertragsparteien**

###### Abs. 1

Der Staatsvertrag wird gemäss Absatz 1 zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft abgeschlossen. Diese Vereinbarungskantone bilden vorerst die Vertragsparteien. Der Beitritt weiterer Kantone, namentlich solcher, die ebenfalls Teil des Gesundheitsversorgungsraums Nordwestschweiz sind, soll jedoch möglich sein (siehe § 23 des Staatsvertrags).

###### Abs. 2

In Absatz 2 dieser Bestimmung wird die partnerschaftliche Wahrnehmung der Rechte und Pflichten betont. Diese bildet eine Voraussetzung um die Koordination der gemeinsamen Bewirtschaftung des Gesundheitsversorgungsraums der Vereinbarungskantone sicherzustellen.

##### **§ 2 Zweck**

###### Abs. 1

Zweck des Staatsvertrags ist ein gemeinsames und abgestimmtes Vorgehen im Bereich der Planung, der Regulation und der Aufsicht. Darunter ist zunächst als wichtigstes Element die Spitalplanung zu verstehen. Aber auch weitere Massnahmen und regulatorische Eingriffe im ambulanten und stationären Bereich sollen gestützt auf den Staatsvertrag koordiniert werden. Diese werden in § 4 näher umschrieben. Das Ziel

soll dabei eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung sein.

#### Abs. 2

Mit einem koordinierten Vorgehen sollen gezielt Synergien genutzt und die Einflussnahme der Kantone auf die Kostenentwicklung gestärkt werden. Dies ermöglicht eine Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten und der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung.

### **§ 3 Gegenstand der gemeinsamen, Planung, Regulation und Aufsicht**

#### Abs. 1

Abs. 1 von § 3 beinhaltet eine Umschreibung des Umfangs der gemeinsamen periodischen Versorgungs- und Bedarfsplanung sowie des Gegenstands der gemeinsamen Regulation und Aufsicht. Diese umfassen insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

#### Abs. 2

Gemäss Abs. 2 steht im Vordergrund der Versorgungsplanung die Ermittlung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung der Vereinbarungskantone. Die Auswertung und Analyse des so ermittelten Bedarfs bildet die Grundlage der gleichlautenden Spitallisten, deren Erlass die Vereinbarungskantone anstreben. Sie bildet auch die Basis für die Koordination der GWL und der Weiterbildungsverpflichtung im Bereich der universitären Lehre und Forschung. Vom Planungs- und Wirkungsmodell erwarten die Vereinbarungskantone auch Aussagen zu weiteren Schwerpunkten der Versorgungsplanung wie eHealth, Palliative Care, Integrierte Versorgung, Patientenfreizügigkeit zwischen den Vereinbarungskantonen und die Qualitätssicherung in Spitälern. Es soll auch in diesen Bereichen eine Koordination angestrebt werden.

#### Abs. 3

In Abs. 3 wird geregelt, dass die gemeinsame Regulation und Aufsicht die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und effektive Gesundheitsversorgung schaffen sollen, wobei die Vorgaben des höherrangigen Rechts einzuhalten sind.

### **Koordination und Durchführung**

### **§ 4 Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht**

#### Abs.1

Diese Bestimmung benennt exemplarisch die Ziele, welche die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung verfolgt und auf welche Weise und mit welchen Mitteln diese umgesetzt und realisiert werden sollen.

Es gilt mittels einer bedarfsgerechten Planung – etwa anhand eines gemeinsamen Planungs- und Wirkungsmodells – eine effektive und effiziente Versorgung sicherzustellen. Die Planung bezieht sowohl den ambulanten wie auch den stationären Bereich ein und erstreckt sich über den gesamten Gesundheitsversorgungsraum der Vereinbarungskantone (lit. a).

Zum Zweck der Qualitätssicherung soll die medizinische Leistungserbringung konzentriert und koordiniert werden. Dies kann gegebenenfalls standortbezogen unter Festlegung von Mindestfallzahlen in den Spitallisten erfolgen (lit. b).

Anhand einer bedarfsgerechten Planung, einer koordinierten Regulierung und effizienten Aufsicht soll eine medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden (lit. c).

Zur Verwirklichung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Leistungserbringung, soll – etwa anhand gemeinsam erarbeiteter Kriterien - eine medizinisch sinnvolle und klare Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung getroffen werden (lit. d).

Um den Grundsatz der Gleichbehandlung zwischen privaten und öffentlichen Spitälern zu wahren, sind sämtliche Leistungserbringer (privat und öffentliche) in den Planungsprozess einzubinden (lit. e).

Das Angebot an Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sowie die universitäre Lehre und Forschung sind sicherzustellen, sofern diese versorgungsrelevant sind. Dies trägt zur Kontinuität einer qualitativ hochstehenden Leistungserbringung bei und führt auch zur Stärkung des Universitätsstandortes der Nordwestschweiz (lit. f).

Auf Basis der gemeinsamen Versorgungsplanung soll auch das Rettungswesen für die gemeinsame Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen in die Planungsüberlegungen einfließen. Damit soll ein effizientes und effektives Notfall- und Rettungsangebot sichergestellt werden (lit. e).

#### Abs.2

In Absatz 2 wird festgelegt, in welchem Rahmen die Umsetzung der koordinierten Planung, Regulation und Aufsicht zu erfolgen hat und was sie insbesondere umfasst.

Im Vordergrund der Umsetzung steht eine gemeinsame Bedarfsermittlung und -analyse. Anhand eines gemeinsamen Planungs- und Wirkungsmodells soll der versorgungsrelevante Bedarf sowohl stationär wie auch ambulant ermittelt werden (lit. a).

Um die Regulierung zu koordinieren und somit deren Effektivität und Effizienz sicherzustellen, erstellen die Vereinbarungskantone verbindliche und transparente Kriterien für Regulierungsmassnahmen. Als Aufsichtsinstrument über die Einhaltung der Regulierungsmassnahmen kann ein gemeinsames Controlling und Spitalmonitoring eingeführt werden (lit. b).

Zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung im stationären Bereich kommt der Aufnahme der Leistungserbringer auf die Spitalliste und der Vergabe von Leistungsaufträgen grosse Bedeutung zu. Im Sinne einer gemeinsamen koordinierten Regulierung sollen deshalb einheitliche Vorgaben zur Aufnahme auf die Spitalliste und der Erteilung von Leistungsaufträgen erarbeitet werden (lit. c).

Im Jahr 2009 hat der Kanton BS ein umfassendes Qualitätsmonitoring aufgebaut und weiterentwickelt, welches seit April 2016 stufenweise zu einem bi-kantonalen Qualitätsmonitoring beider Basel (QubB) ausgebaut wird. Die gemeinsam definierten Qualitätsstandards werden laufend umgesetzt und an neue Vorgaben angepasst. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, ein Portfolio von Indikatoren zu messen, statistische Daten an den Bund zu liefern und sich an kantonalen Messungen zu beteiligen (lit. d).

Die Voraussetzungen für die Vergabe von kantonalen Betriebsbewilligung an die Leistungserbringer sollen von den Vereinbarungskantonen gemeinsam erarbeitet und weiterentwickelt werden (lit. e).

Im Rahmen der Tarifverfahren nach KVG soll die für die Prüfung von Vertragsgenehmigungen oder Festsetzungen vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung zwischen

den Vereinbarungskantonen koordiniert werden. Dies kann auf dem Wege eines gemeinsamen Benchmarkingverfahrens erfolgen (lit. f).

Die Vergabe von Gemeinwirtschaftlichen Leistungen soll anhand von gemeinsamen Leitlinien harmonisiert werden. Dazu müssen übergeordnete Kriterien nach Leistungstyp geschaffen werden, wie etwa fall- und systembezogene GWL, weiterbildungsbezogene GWL oder standortbezogene GWL (lit. g).

Zur Harmonisierung und Sicherung des versorgungsrelevanten Angebots für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sorgen die Kantone etwa mittels gemeinsamer Vorgaben in Leistungsaufträgen, dass genügend Ausbildungsplätze für nicht-universitäre Gesundheitsberufe sowie für die universitäre Lehre und Forschung angeboten werden (lit. h).

Nebst der Ermittlung des versorgungsrelevanten Angebots im Rettungswesen ist auf Ebene der Umsetzung die Koordination des vorhandenen Angebots sicherzustellen (lit. i).

### **§ 5 Datenerhebung und Datenaustausch**

In § 5 regeln die Vereinbarungskantone die Modalitäten der Daten- und Informationserhebung. Sie legen fest, dass sie alle für eine wirksame Koordination erforderlichen Daten und Informationen untereinander austauschen. Gemeint sind insbesondere benötigte Daten und Informationen für die Versorgungsplanung, die Erarbeitung der gemeinsamen Spitallisten oder für die Ausarbeitung anderer planerischer Massnahmen auf Versorgungsebene. Die gemeinsame systematische Auswertung der Daten und Informationen erfolgt im Rahmen des Versorgungsplanungsberichts gemäss § 7.

### **§ 6 Durchführung**

Im Rahmen der Umsetzung und Anwendung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht kann es sich erweisen, dass konkrete Massnahmen ergriffen werden müssen. Um die Koordination zwischen den Vereinbarungskantonen sicherzustellen, sind diese Massnahmen gemeinsam zu ergreifen. Dies gilt auch für den Erlass von allfällig legislatorischen Massnahmen, wie etwa den Erlass von entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

## **Organisation und Verfahren der interkantonalen Planung**

### **Berichterstattung**

#### **§ 7 Versorgungsplanungsbericht**

##### Abs. 1

Zur Erreichung der Grundsätze der bundesrechtlichen Planungsvorgaben gemäss KVG muss die Versorgungsplanung angemessen dynamisch sein und laufend angepasst werden. Jede Aufnahme eines Spitals auf die kantonale Spitalliste steht unter dem Vorbehalt, dass die Anpassung der Spitalliste der bundesrechtlich geforderten Anpassung an den tatsächlichen Bedarf entspricht.

Der Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung sieht in § 7 Abs. 1 die Erarbeitung eines gemeinsamen Versorgungsplanungsberichts durch das zuständige Departement und die zuständige Direktion vor. Dieser bildet den Prozess der Versorgungsplanung ab und passt diesen laufend an.

Der Versorgungsplanungsbericht bildet die Grundlage für die gemeinsame Versorgungsplanung, insbesondere auch für den Erlass der Spitallisten. In dem Bericht sollen die

Patientenströme, die stationären Spitalleistungen in der Akutmedizin, der Rehabilitation und der Psychiatrie dargestellt und Bedarfsprognosen erstellt werden. Dabei sollen auch verschiedenste Entwicklungen, welche die Nachfrage beeinflussen, berücksichtigt werden. Darunter fallen z. B. die demografische Entwicklung, die medizin-technische Entwicklung, gesetzliche Anpassungen oder veränderte ökonomische Rahmenbedingungen.

#### Abs. 2

§ 7 Abs. 2 regelt, dass der Erlass der Spitallisten alle vier Jahre erfolgt. Aufgrund des engen Konnexes des Versorgungsplanungsberichts mit dem Erlass der Spitallisten, ist es angezeigt diesen auch in der entsprechenden Periodizität von 4 Jahren zu publizieren.

### **Fachkommission**

#### **§ 8 Aufgaben**

##### Abs. 1

In § 8 wird festgehalten, dass die Vereinbarungskantone eine Fachkommission einsetzen, welche in den Prozess der Versorgungsplanung, der Evaluation und des Erlasses der Spitallisten einbezogen ist.

Sie erarbeitet Stellungnahmen zuhanden der Regierungen bei anstehenden Änderungen der Spitallisten oder weiteren planerischen Massnahmen, die den Beschlüssen der Regierungen bedürfen.

##### Abs. 2

Ferner kann sie auf Anfrage das zuständige Departement und die zuständige Direktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen und Empfehlungen abgeben.

#### **§ 9 Wahl und Zusammensetzung**

##### Abs. 1

Gemäss § 9 erfolgt die Wahl der Fachkommission durch die Regierungen der Vereinbarungskantone.

##### Abs. 2

Die Fachkommission besteht aus neun unabhängigen, ad personam aufgrund des Anforderungsprofils der Fachkommission zu wählenden Mitgliedern mit Bezug zum regionalen Gesundheitswesen. Es kann sich dabei z.B. um Vertreterinnen oder Vertreter von Spitälern und Versicherern, Fachexperten, freiberuflich Tätige oder Patientenvertretungen handeln. Eine Wiederwahl ist möglich.

##### Abs. 3

Der Fachkommission steht es frei, bei Bedarf auch weitere Fachpersonen beizuziehen.

#### **§ 10 Einberufung und Geschäftsreglement**

##### Abs. 1

In § 10 wird festgehalten, dass die Einberufung der Fachkommission im Rahmen ihrer Aufgaben durch das zuständige Departement und die zuständige Direktion erfolgt.

##### Abs. 2

In Abs. 2 von § 10 wird geregelt, dass das zuständige Departement und die zuständige Direktion verantwortlich sind für den Erlass und die Änderungen des Geschäftsreglements der Fachkommission. Dieses regelt die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise, Beschlussfassung und Entschädigung u.a.

## **§ 11 Datenbearbeitung und Informationszugang**

### Abs. 1

Die Fachkommission wird von den Regierungen der Vereinbarungskantonen (§ 8) eingesetzt und ist demzufolge ein gemeinsames Gremium beider Kantone. Deshalb muss entschieden werden, ob die Fachkommission dem Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons BS vom 9. Juni 2010 (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG, SG 153.260) oder dem Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons BL vom 10. Februar 2011 (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG, SG 162) untersteht. Inhaltlich sind beide Erlasse gleich. Die Festlegung auf die Gültigkeit eines Erlasses ist erforderlich, weil derjenige Kanton, dessen Datenschutzgesetzgebung zur Anwendung kommt, gleichzeitig auch für die Aufsicht der Fachkommission im Rahmen ihres Umgangs mit Personendaten zuständig ist. In Abs. 1 des § 11 ist festgelegt, dass die Fachkommission für ihre Bearbeitung von Personendaten dem IDG des Kantons BS untersteht.

### Abs. 2

Ferner wird in Abs. 2 geregelt, dass das Gesuch um Informationszugang nach Öffentlichkeitsprinzip immer über das zuständige Departement sowie die zuständige Direktion laufen muss und nicht über die Fachkommission. Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass sämtliche Anfragen für die Behandlung von Gesuchen für den Informationszugang immer über das zuständige Departement und die zuständige Direktion gestellt werden.

## **Allgemeine Verfahrensbestimmungen**

### **§ 12 Verfahren für planerische Massnahmen**

#### Abs. 1

In dieser Bestimmung wird das Vorgehen bei planerischen Massnahmen auf Versorgungsebene (ambulant und stationär) allgemein umschrieben. Die Evaluation und Erarbeitung solcher Massnahmen erfolgt gemeinsam durch das zuständige Departement und die zuständige Direktion. Anschliessend werden den beiden Regierungen Anträge für gleichlautende Beschlüsse gestellt. Auch die Umsetzung erfolgt soweit möglich und sinnvoll gemeinsam.

#### Abs. 2

Im Rahmen ihres Aufgabengebiets (Empfehlungsrecht zuhanden der zuständigen kantonalen Behörden und Stellungnahme zuhanden des Regierungsrates) wird die Fachkommission in diese Arbeiten einbezogen.

### **§ 13 Verfahren bei Uneinigkeit**

#### Abs. 1

In dieser Bestimmung wird geregelt, wie vorgegangen werden soll, wenn sich die Kantone nicht auf gemeinsame planerische Massnahmen und auf gleichlautende Spitallisten (§ 15 Abs. 3) einigen können. In diesem Fall kann zunächst erneut die Fachkommission konsultiert werden.

#### Abs. 2

Das zuständige Departement und die zuständige Direktion sollen daraufhin im Rahmen eines Differenzbereinigerungsverfahrens eine einvernehmliche Lösung finden. Hierfür wird eine Frist von acht Wochen gesetzt, um das Verfahren nicht unnötig in die Länge zu ziehen. Können sich die Kantone auf Verwaltungsebene auf ein gemeinsames Vorgehen einigen, wird die entsprechende Lösung den beiden Regierungen unterbreitet.

### Abs. 3

Kommt keine Einigung zu Stande, steht es jedem Kanton frei, eigene Massnahmen zu beschliessen wobei diese dem Sinn und Zweck des Staatsvertrags nicht zuwiderlaufen dürfen.

## **Verfahren zum Erlass der Spitallisten**

### **§ 14 Vorgaben für gleichlautende Spitallisten**

#### Abs. 1

In dieser Bestimmung werden die Rahmenbedingungen für die gleichlautenden Spitallisten geregelt. Es wird festgehalten, dass die Vereinbarungskantone den Erlass von gleichlautenden Spitallisten und die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen anstreben. Sie verpflichten sich damit zu einer sehr weitgehenden Kooperation.

#### Abs. 2

Die Spitallisten stellen die Umsetzung der Auswahlentscheidung aus der Versorgungsplanung auf operativer Ebene dar. Sie bezeichnen die Leistungserbringer in den jeweiligen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Sie führen die nach Kategorien (Akut-somatik, Psychiatrie, Rehabilitation) gegliederten Leistungsaufträge der inner- (jeweils Kanton BS und BL) und ausserkantonalen Leistungserbringer auf. Die auf den Spitallisten aufgeführten Leistungen sind in Leistungsgruppen aufgeteilt, welche leistungsgruppen-spezifische Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität enthalten.

#### Abs. 3

Die Spitallisten können Auflagen und Einschränkungen enthalten, welche mit dem höherrangigen Recht vereinbar sein müssen. Die Kantone können mit der Erteilung von Leistungsaufträgen individuelle Auflagen und Einschränkungen verbinden.

Für jeden Leistungsbereich werden umfangreiche qualitative Vorgaben definiert. Sie umfassen generelle Anforderungen bezüglich Behandlungen, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und Personal. Pro Leistungsbereich gelten zusätzlich spezifische Auflagen und Einschränkungen in Bezug auf die Personaldotation, Therapieangebot, Diagnostik und Infrastruktur.

An alle Leistungsgruppen sind bestimmte Auflagen und Einschränkungen bezüglich Facharzttitel, Infrastruktur, Mindestfallzahlen, Notfallbereitschaft und zeitliche Verfügbarkeit der Fachärzte geknüpft. Gewisse Leistungsgruppen sind miteinander verknüpft und können nur im Verbund angeboten werden.

Die Auflagen und Einschränkungen pro Institution und Standort werden in den Leistungsvereinbarungen geregelt. Die detaillierten Leistungsaufträge pro Institution mit den individuellen Auflagen und Einschränkungen befinden sich in einem Anhang zu den Spitallisten.

### **§ 15 Evaluation und Erlass der Spitallisten**

#### Abs. 1

Diese Bestimmung regelt das Verfahren beim Erlass der Spitallisten im Besonderen. Sie stellt somit eine Spezialregelung zur allgemeinen Verfahrensbestimmung von § 12 dar. Grundlage bildet der Versorgungsplanungsbericht (siehe § 7). Gestützt darauf evaluieren das zuständige Departement und die zuständige Direktion gemeinsam allfällige Auswirkungen auf die Spitallisten.

#### Abs. 2

Die Leistungserbringer und die Nachbarkantone werden in das Evaluationsverfahren einbezogen. Die Erkenntnisse aus diesem Verfahren fliessen in den Entwurf der Spitallisten ein.

#### Abs. 3

In dieser Phase des Prozesses können die Verwaltungen der Kantone auch die Fachkommission ein erstes Mal konsultieren, wenn dies sinnvoll erscheint.

#### Abs. 4 und 5

Wenn die konsolidierten Entwürfe der Spitallisten auf Verwaltungsebene abschliessend erstellt worden sind, werden diese zwingend der Fachkommission vorgelegt. Diese prüft die Entwürfe und gibt dazu eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen ab, welche die Spitallisten anschliessend als partnerschaftliches Geschäft, sprich mittels gleichlautenden Beschlüssen, verabschieden.

#### Abs. 6

Kommen keine gleichlautenden Beschlüsse zu Stande, wird das Verfahren bei Uneinigkeit gemäss § 13 eingeleitet.

### **§ 16 Periodizität der Spitallisten**

#### Abs. 1

Die Periodizität der Spitallisten beträgt in der Regel vier Jahre. Aufgrund des engen Konnexes des Versorgungsplanungsberichts mit dem Erlass der Spitallisten, ist es angezeigt diesen auch in der entsprechenden Periodizität von vier Jahren zu publizieren (§ 7 Abs. 2).

#### Abs. 2

Punktuelle Anpassungen an den Spitallisten können laufend vorgenommen werden.

### **Weitere Bestimmungen**

#### **§ 17 Finanzierung**

In dieser Bestimmung ist vorgesehen, dass die aus dem Staatsvertrag entstehenden Kosten je hälftig von den beiden Kantonen getragen werden, gemeint sind Kosten für allfällige externe Analysen, eventuelle Sitzungsgelder für die Fachkommission, etc.

#### **§ 18 Datenschutz**

Hier wird auf die geltende Datenschutzgesetzgebung verwiesen. Besondere Bestimmungen zum Datenschutz sind mit Ausnahme von § 11 in diesem Staatsvertrag nicht erforderlich. Welches Datenschutzgesetz auf eine konkrete Fragestellung zur Anwendung gelangt, hängt davon ab, wer Personendaten bearbeitet: Bearbeiten kantonale oder kommunale öffentliche Organe Personendaten, so gelangt das kantonale Datenschutzrecht zur Anwendung (IDG des Kantons BS und IDG des Kantons BL).

#### **§ 19 Anpassungen der Vereinbarung**

In § 19 des Staatsvertrages wurde eine vertragsrechtliche Standardformulierung aufgenommen, welche zum Tragen kommt, wenn sich einzelne Bestimmungen des Staatsvertrags als ungültig, unwirksam oder unerfüllbar erweisen. In diesem Fall sollen die übrigen Teile des Staatsvertrags weiterhin anwendbar bleiben und die ungültigen, unwirksamen oder unerfüllbaren Bestimmungen durch neue ersetzt werden, die der ursprünglichen Absicht der Parteien am nächsten kommen.

## **§ 20 Streitigkeiten und Schiedsgericht**

### Abs. 1

Primäres Ziel der Vereinbarungskantone ist es, allfällige Streitigkeiten möglichst gütlich beizulegen.

### Abs. 2

Zur Lösung bei Uneinigkeiten, die sich aus diesem Staatsvertrag ergeben, wurde eine Schiedsgerichtsklausel in den Vertrag aufgenommen, um gegebenenfalls von einer neutralen Instanz einen Entscheid fällen zu lassen.

Das Schiedsgericht mit Sitz in Liestal entscheidet endgültig. Das Schiedsgerichtsverfahren kommt jedoch nicht zu Anwendung bei Uneinigkeit über das Verfahren beim Erlass von Massnahmen auf Versorgungsebene. In diesem Fall kommt das Verfahren gemäss §13 zum Tragen. Dieses sieht ein Differenzbereinungsverfahren vor, nach dessen Scheitern, die Kantone jeweils separate Beschlüsse fassen können. Dies gilt auch für Streitigkeiten beim Verfahren zum Erlass der konsolidierten Spitallisten gemäss § 15 des Vertrages. Auch in diesem Fall wird auf das Verfahren gemäss § 13 verwiesen und die Beilegung der Streitigkeit um den Erlass der gleichlautenden Spitalisten ist somit dem schiedsgerichtlichen Verfahren entzogen.

### Abs. 3

Gemäss Absatz 3, bestimmt jeder Kanton eine Schiedsrichterin oder einen Schiedsrichter, welche in der Folge gemeinsam eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden bestimmen. Wenn nach Ablauf von 20 Tagen ein Kanton nach Aufforderung des anderen keine Schiedsrichterin oder keinen Schiedsrichter benennt oder sich die beiden Schiedsrichter nach weiteren 20 Tagen nicht auf eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden einigen können, so wird das Mitglied oder der oder die Vorsitzende des Schiedsgerichts von der Präsidentin oder vom Präsidenten des Bundesgerichts bestimmt.

### Abs. 4

Damit bei Stimmgleichheit ein Entscheid gefällt werden kann, obliegt der oder dem Vorsitzenden der Stichentscheid.

### Abs. 5

Für die Anordnung vorsorglicher Massnahmen ist ausschliesslich das Schiedsgericht mit Sitz in Liestal zuständig.

### Abs. 6

Neben diesen grundsätzlichen Regelungen bestimmt sich das Verfahren nach den Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO, SG 272).

## **Übergangs- und Schlussbestimmungen**

### **§ 21 Geltung der bisherigen Spitalisten**

Bis zum Inkrafttreten der gleichlautenden Spitalisten sieht § 21 vor, dass jeder Vereinbarungskanton seine eigene Spitalliste erlässt und diese von den Vereinbarungskantonen gegenseitig anerkannt ist. Dies beinhaltet den Erlass wie auch allfällige Änderungen der Spitalisten. Die gegenseitige Anerkennung der Spitalisten hat zur Folge, dass zwischen den Vereinbarungskantonen volle Freizügigkeit herrscht und die Kantons-einwohnerinnen und -einwohner sich ohne Kostenrisiko innerhalb des Gebietes der Vereinbarungskantone stationär behandeln lassen können. Diese Anerkennung und die damit verbundene Freizügigkeit gelten bis längstens zum 31. Dezember 2021, da

davon ausgegangen werden kann, dass spätestens bis zu diesem Zeitpunkt der Erlass der gleichlautenden Spitallisten erfolgt ist.

## **§ 22 Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten**

Die zeitliche Vorgabe bis zur Umsetzung der gleichlautenden Spitallisten wird auf den 1. Januar 2020 festgelegt. Die Vereinbarungskantone sind deshalb bestrebt, die gleichlautenden Spitallisten auf diesen Zeitpunkt zu erlassen.

## **§ 23 Beitritt**

Die Bildung grösserer Gesundheitsversorgungsräume bietet sowohl aus planerischer, medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive hohe Vorteile. Gerade der Versorgungsraum Nordwestschweiz ist für eine engere Zusammenarbeit prädestiniert, da die Patientenströme der zunehmend mobilen Gesellschaft nicht vor den Kantongrenzen Halt machen. Der Beitritt weiterer Kantone zum Staatsvertrag ist deshalb in § 23 explizit vorgesehen und erwünscht. Die Vereinbarungskantone sollen Vertragsbeitritte von anderen Kantonen und somit die Erweiterung des gemeinsamen Versorgungsraums aktiv fördern. Eine Erweiterung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung auf zusätzliche Kantone ermöglicht die Nutzung von Planungssynergien und ermöglicht eine verstärkte Einflussnahme auf die Kostenentwicklung.

## **§ 24 Vertragsdauer und Kündigung**

Der Vertrag ist mit einer unbestimmten Laufzeit vereinbart worden. Um eine gewisse Kohärenz und Rechtssicherheit zu garantieren, ist die Kündigungsfrist auf zwei Jahre per Ende eines Kalenderjahres festgelegt.

## **§ 25 Inkrafttreten**

Der Staatsvertrag wird durch übereinstimmende Beschlüsse der Regierungen der Vereinbarungskantone in Kraft gesetzt. Die Inkraftsetzung erfolgt nach der Genehmigung durch die Parlamente der Vereinbarungskantone und nach einer Annahme allfälliger Referenden. Im Kanton Basel-Stadt ist das Referendum fakultativ und im Kanton Basel-Landschaft obligatorisch.

# **8. Auswirkungen des gemeinsamen Versorgungsraums**

## **8.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in der Region**

Die Gesundheitskosten der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft betragen jährlich rund 5,6 Mrd. Franken. Davon wird nur ein Teil, nämlich rund 2 Mrd. Franken durch die Krankenversicherung vergütet; der Rest wird durch andere Finanzierungsquellen bezahlt, wie zum Beispiel über Steuermittel durch die Kantone über Spitalbeiträge, Restfinanzierung im Langzeitbereich und gemeinwirtschaftliche Leistungen, durch Zusatzversicherungen und vor allem durch die Kantonseinwohnerinnen und -einwohner selbst. Die Region weist die grösste Dichte an Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich aus und hat die höchsten Hospitalisationsraten in der ganzen Schweiz. Das Ziel einer ganzheitlichen Betrachtung und Regulierung dieses Raumes ist es, die Gesundheitsversorgung einheitlich, effizient und effektiv zu gestalten, soweit dies in der Kompetenz der Regulierungsbehörden ist. Dort, wo aber Kompetenzen gegeben sind, wie zum Beispiel in der Spitalplanung oder der Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte, ist es wichtig, in diesem gemeinsamen Raum eine einheitliche kantonsübergreifende Regulierung anzustreben; dies vor allem um eine gute Qualität der Versorgung zu gewährleisten und möglichst eine Über- und Unterversorgung zu verhindern.

Wenn im Rahmen eines gemeinsamen Staatsvertrages die Grundlage für eine gemeinsame Planung und Regulierung gelegt wird, sind dabei auch künftige Entwicklungen auf nationaler Ebene mit weiterführenden Möglichkeiten der Einflussnahme im ambulanten und stationären Bereich mitzubedenken.

## **8.2 Finanzielle Auswirkungen**

Bei einer Einflussnahme auf die Gesundheitsversorgung sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, die einen Einfluss auf Gesundheit, Krankheit und deren Behandlung haben. Insbesondere sind auf Grund der immer höher steigenden Kosten für die Behandlung von Krankheiten die Prävention, die Stärkung der Grundversorgung (die im Gegensatz zur komplexeren Spitalmedizin kostengünstiger ist) und die Weiterentwicklung von Lehre und Forschung wichtige Faktoren, um die Kostenentwicklung beeinflussen zu können.

Zunächst ist es wichtig zu unterscheiden, ob man von den gesamten Kosten, den von den für die Krankenkassenprämien entscheidenden Kosten der Grundversicherung oder den steuerfinanzierten Anteil der Gesundheitskosten spricht.

Eine abschliessende Schätzung der finanziellen Auswirkungen einer gemeinsamen Gesundheitsregion ist sehr stark abhängig von der Intensität der ergriffenen regulatorischen Massnahmen, sei es durch die Setzung von Anreizen oder durch stringente Eingriffe durch die Kantone und des Bundes im Rahmen ihrer Befugnisse.

Gelingt es, die gesamten Gesundheitskosten in der Region „nur“ um ein Prozent zu reduzieren, würden jährlich rund 50 Mio. Franken eingespart. Die Bundesstrategie „Gesundheit 2020“ des Eidgenössischen Departementes des Innern geht davon aus, dass mittelfristig im heutigen Gesundheitswesen bis zu 20% der Kosten in der Grundversicherung ohne eine wesentliche qualitative Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung eingespart werden könnten. Wesentliche Einsparungen sind dabei von einer wirksamen Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen unter Vermeidung von Leistungs- resp. Mengenausweitungen oder vom durchgängigen Einsatz des elektronischen Patientendossiers (eHealth) zu erwarten.

### **8.2.1 Auf die Vereinbarungskantone**

In einem ersten Schritt konzentrieren sich das GD BS und die VGD BL als Regulatoren der beiden Kantone auf die Spitalplanung. Der Staatsvertrag hält die Regeln und Mechanismen fest, wie die Kantone auf Basis eines regionalen Versorgungsplanungsberichts die stationäre Spitalversorgung zu steuern gedenken. Dabei sind gleichlautende Spitalisten BS und BL im Hauptfokus, welche auf den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Qualität eine optimale Versorgung der Bevölkerung gewährleisten sollen. Dazu soll als Basis der gemeinsamen Regulierung ein regelmässig erscheinender Versorgungsplanungsbericht über die ganze Region initiiert und ein Planungs- und Wirkungsinstrument zur Initiierung und Kontrolle von Massnahmen geschaffen werden.

In einem zweiten Schritt sollen wegen der grossen finanziellen Hebelwirkung bei der Beeinflussung des gesamten Spektrums des Gesundheitswesens der Region auch weitergehende Vorhaben geprüft werden mit dem Ziel, den Patientennutzen und / oder die Qualität der Leistungen weiter zu verbessern und Kosteneinsparungen über die ganze Behandlungskette realisieren zu können. Dabei sollen Massnahmen, die das höchste Potential ausweisen, prioritär angegangen werden.

## **8.2.2 Auf die Leistungserbringer**

In einem ersten Schritt sind auf Grund der Regulierungskompetenzen der Kantone vor allem die Spitäler, die auf diese Spitalliste aufgenommen und entsprechende Leistungsaufträge erhalten wollen, betroffen. Diese müssen die von den Kantonen BS und BL gemeinsam definierten Kriterien einhalten. Eine Kriterienliste wird qualitative, wie quantitative Vorgaben beinhalten (z. B. Qualitätsnormen, Fallzahlen, Ausbildungsverpflichtungen und Ausbildungsplätze, Benchmarking). Eine direkte Mengensteuerung, welche das KVG grundsätzlich zulässt, ist in Abhängigkeit von der künftigen Kostenentwicklung gemeinsam zu prüfen und gegebenenfalls durch geeignete Massnahmen umzusetzen. Die Spiesse zwischen den privaten und den öffentlichen Spitälern wie auch zwischen den Spitälern in den beiden Kantonen sollen gleich lang sein; der Wettbewerb soll grundsätzlich spielen. Geplant ist auch, dass die Kantone BS und BL sich im Rahmen der kantonalen Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren neu jeweils gegenseitig konsultieren.

## **9. Gesetzlicher Anpassungsbedarf**

### **9.1 Baselstädtische Erlasse**

Im Kanton Basel-Stadt sind keine Anpassungen der rechtlichen Bestimmungen notwendig. Wie aus den unter Ziffer 6.2 aufgeführten Bestimmungen ersichtlich, beinhalten diese Zielsetzungen und Kompetenzzuteilungen, welche mit den staatsvertraglichen Regelungen vereinbar sind. Aus dem Staatsvertrag ergeben sich keine neuen Aufgaben, Kompetenzen oder Verschiebungen von Kompetenzen, welche nicht durch die bereits vorhandenen kantonsrechtlichen oder bundesrechtlichen Regelungen erfasst werden. Vielmehr fördert der Staatsvertrag die sowohl im Bundesrecht wie auch im kantonalen Recht formulierten Bestrebungen nach interkantonaler Zusammenarbeit, Planung und Koordination im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung.

### **9.2 Spitalgesetz des Kantons Basel-Landschaft**

Das Spitalgesetz des Kantons Basel-Landschaft vom 17. November 2011 (Spitalgesetz, SG 930) umfasst heute einerseits allgemeine Bestimmungen über die Spitalplanung und -versorgung sowie die Regulation und Aufsicht im Spitalbereich. Andererseits enthält das Gesetz die Bestimmungen über die Organisation der öffentlichen Spitäler Kantonsspital Baselland und Psychiatrie Baselland. Es vereint somit die Versorgungs- und die Eigentümeraspekte im gleichen Erlass. Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Staatsvertrag sowie dem Staatsvertrag über die gemeinsame Spitalgruppe ist vorgesehen, das Spitalgesetz in zwei neue Gesetze aufzuteilen:

Zum einen ist ein Spitalbeteiligungsgesetz geplant, in welchem die Beteiligungen des Kantons Basel-Landschaft an seinen Spitälern auf- und ausgeführt werden. Im Wesentlichen wird sich dieses Gesetz auf die Regelung der Eigentümeraspekte an der Psychiatrie Baselland beschränken. Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und die neue Spitalgruppe AG werden darin nur vollständigheitshalber aufgeführt sein, da sich deren Konstituierung aus übergeordneten Staatsverträgen ergibt. Auf diese wird im Gesetz verwiesen.

Zum anderen soll ein neues Spitalversorgungsgesetz mit dem Ziel geschaffen werden, eine bedarfsgerechte, wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Spitalversorgung der Kantonsbevölkerung zu gewährleisten. Dieses Gesetz soll die bisherigen Bestimmungen des Spitalgesetzes über die Spitalplanung und -versorgung sowie die Regulation und Aufsicht im Spitalbereich übernehmen sowie vereinzelt Revisionsbedarf in

diesem Bereich aufnehmen. Die Entwürfe für diese neuen Gesetze werden dem Landrat in separaten Vorlagen unterbreitet.

## **10. Referendum**

### Kanton Basel-Stadt

Gemäss dem Gesetz betreffend Initiative und Referendum (IRG) vom 16. Januar 1991 (SG 131.100) des Kantons Basel-Stadt unterliegt der „Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die [Spitalgruppe AG]“ dem fakultativen Referendum.

### Kanton Basel-Landschaft

Gemäss der Terminologie der basellandschaftlichen Verfassung handelt es sich beim vorliegenden Vertrag um einen sogenannten „gesetzeswesentlichen Staatsvertrag“. Dieser untersteht dem obligatorischen Referendum, wenn ihn der Landrat mit weniger als 4/5 der anwesenden Mitglieder beschliesst oder wenn er durch separaten Landratsbeschluss der obligatorischen Volksabstimmung unterstellt wird (§ 30 Absatz 1 Buchstabe b KV BL). Soweit das obligatorische Referendum nicht zum Tragen kommt, kann der Staatsvertrag auf Begehren von 1500 Stimmberechtigten mit dem fakultativen Referendum der Volksabstimmung unterbreitet werden (§ 31 Absatz 1 Buchstabe c KV BL).

### Wirksamkeit

Bei einer erfolgreich durchgeführten Referendumsabstimmung, bestimmen die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft durch übereinstimmende Beschlüsse nach Eintritt der Rechtskraft den Zeitpunkt der Wirksamkeit. Es ist vorgesehen, den Staatsvertrag per 1. Januar 2019 in Kraft zu setzen.

## **11. Regulierungsfolgeabschätzung**

Mit der Regulierungsfolgeabschätzung sind die wirtschaftlichen Auswirkungen insbesondere mit Bezug auf die KMU-Betriebe aufzuzeigen. Beim Aufbau, der Koordination und der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone BS und BL ist, wie mit vorliegendem Bericht aufgezeigt, keine erhebliche KMU-Relevanz erkennbar.

## **12. Fazit und weiteres Vorgehen**

### **12.1 Fazit**

Als Lösung für die anstehenden finanziellen, strukturellen, personellen und organisatorischen Herausforderungen im Gesundheitswesen und der Gesundheitsversorgung in der Nordwestschweiz schlagen die beiden Kantone BS und BL den Lösungsansatz einer vertieften Kooperation auf Verwaltungs- und Regierungsebene vor.

Die gemeinsame Gesundheitsversorgung bietet sowohl aus planerischer, medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive hohe Vorteile und ist daher die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen. 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 Spitalisten. Die gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken

und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

Die gemeinsame künftige Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung bildet für die beiden Kantone die Grundlage für eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Dies ermöglicht die Nutzung der Planungssynergien und schafft Voraussetzungen für eine Einflussnahme auf die Kostenentwicklung. Dabei ist vor allem eine Zusammenarbeit in den Bereichen „Versorgung“ sowie „Regulation und Aufsicht“ zwecks Aufbau und Durchführung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung, sinnvoll und notwendig.

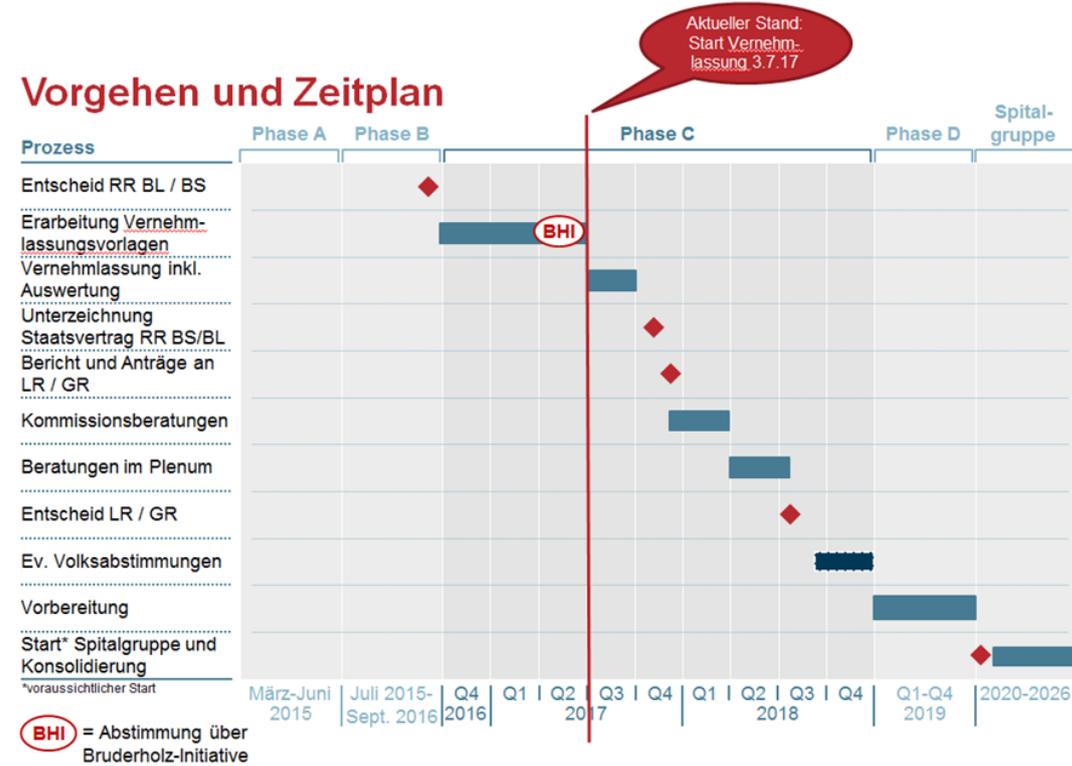
Mit der gemeinsamen Gesundheitsversorgung streben die beiden Regierungen insbesondere eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich und eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region an.

## 12.2 Weiteres Vorgehen

Ziel ist es, den beiden Parlamenten (Grosser Rat Basel-Stadt und Landrat Basel-Landschaft) im Dezember 2017 eine Vorlage für eine gemeinsame Gesundheitsversorgung vorzulegen. Den beiden Parlamenten wird mit der Vorlage des Ratschlags resp. der Landratsvorlage beantragt, den „Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ zu genehmigen. Der Beschluss der Parlamente gilt jeweils unter dem Vorbehalt eines gleichlautenden Beschlusses des anderen Kantons.

Der Zeitplan präsentiert sich wie folgt:

### Weiteres Vorgehen gemeinsame Gesundheitsversorgung



**Anhang:**

- Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung