



**Faktenblatt zur Medienmitteilung zur Versorgungsplanung:
„Ab 1. Juli 2021: Gleichlautende Spitalisten für Basel-Stadt und Basel-Landschaft“**
Basel / Liestal, 27. Mai 2021

Zur Methodik der Versorgungsplanung	<p>Dem Bewerbungsverfahren ging eine umfangreiche gemeinsame Versorgungsplanung voraus (vgl. Versorgungsplanungsbericht vom 4. September 2019). Der Bedarf der Bevölkerung nach akutsomatischen Leistungen wurde modelliert und dem Angebot der Spitäler gegenübergestellt. Auf diese Weise konnten spezifisch für einige medizinische Leistungsbereiche Tendenzen zu Überversorgung identifiziert werden. Daraus wurde die künftige bedarfsgerechte Leistungsmenge abgeleitet und der quantitative Rahmen des medizinischen Versorgungsbedarfes festgelegt. Das bestehende Überangebot wird also über eine Mengensteuerung kontinuierlich bis 2024 abgebaut. Im Dialog mit den Leistungserbringern wird künftig das Volumen gesteuert, um das Angebot besser zu bündeln.</p> <p>Die Überversorgung stellt für die Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft als Prämien- und Steuerzahlende eine hohe Belastung dar. Die gleichlautenden Spitalisten haben zum Ziel, die Überversorgung gemeinsam mit den Leistungsanbietern zu reduzieren.</p>
Wie ist die Versorgungssituation im Gemeinsamen Gesundheitsraum?	<p>Ein sehr grosser Teil die Bevölkerung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft lässt sich im Fall eines notwendigen akutstationären Aufenthaltes in einem der Spitäler der beiden Kantone behandeln (93.2 Prozent). Unter Berücksichtigung der Spitäler in Dornach und Rheinfelden erhöht sich der Anteil auf rund 98%. Für die rund 481'000 Personen in den beiden Basel wird die stationäre Versorgung durch 26 Spitalstandorte auf den Kantonsgebieten sichergestellt.</p>
Wie funktioniert das Planungsmodell?	<p>Das grundlegende Kriterium für die Verteilung der bedarfsgerechten Leistungsmenge ist der definierte effizienzgewichtet Patienten- und Systemnutzen (ePUS). Die Bedarfsmengen sollen demnach zunächst durch die Spitäler gedeckt werden, welche in der jeweiligen Spitalleistungsgruppe den höchsten ePUS aufweisen. Die Verteilung der Bedarfsmengen wird wiederum durch verschiedene definierten Rahmenbedingungen limitiert, namentlich den Kapazitäten der Spitäler, den Mindestfallzahlen nach SPLG-Systematik, den verknüpften Leistungen nach SPLG-Systematik, der generellen Mindestfallzahl von 10 Fällen sowie Mindestmarktanteilen als Kriterium der Versorgungsrelevanz.</p>
Stufe 1 der Nutzenermittlung	<p>Um den Nutzenbeitrag des jeweiligen Spitals ermitteln zu können, werden Unterziele definiert, deren Zielerreichung messbar ist.</p> <p>Zu Ziel 1 (nicht abschliessend): In einer Region in welcher die Menschen neben dem städtischen Zentrum noch in einer eher ländlich geprägten Peripherie leben, spielt die Erreichbarkeit der Grundversorgung / Notfallversorgung eine wichtige Rolle. Dies lässt sich über die Vorgaben zur zeitlichen Erreichbarkeit der Spitalangebote bemessen. Aber auch die Qualität der Versorgung ist ein wichtiges Kriterium.</p> <p>Zu Ziel 2 (nicht abschliessend): Eine Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich schafft den Spielraum dafür, dass die Prämien in der Region Basel in Zukunft weniger stark ansteigen. Neben der preisgünstigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung (messbar in Baserate und schweregradbereinigten Fallkosten) spielt auch die</p>

	<p>Investitionsfähigkeit in effizienzsteigernde Massnahmen eine wichtige Rolle. Dies drückt sich u.a. in der Eigenkapitalquote sowie der Kennziffer für die operative Leistungsfähigkeit vor Investitionen (EBITDAR-Marge) aus.</p> <p>Zu Ziel 3 (nicht abschliessend): Ist das Spital Teil eines universitären Netzwerkes und beteiligt sich spürbar an der ärztlichen Weiterbildung ist davon auszugehen, dass das Spital einen Beitrag zur Sicherung der universitären Medizin in der Region leistet.</p>
Stufe 2 & 3 der Nutzenermittlung	<p>Auf der nächsten Stufe werden die Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) der Grundversorgung, der erweiterten Grundversorgung oder der spezialisierten Versorgung zugeordnet. Je Versorgungsebenen sind die Ziele unterschiedlich zu gewichten. So wird der Nutzenbeitrag aus Ziel 2 für elektive Spitalplanungsleistungsgruppen der „erweiterten Grundversorgung“ höher gewichtet als für Leistungen der Grundversorgung.</p> <p>Auf der abschliessenden dritten Stufe wird der Nutzen eines Spitals pro SPLG eine Effizienzgewichtung unterzogen. Spitäler, welche Behandlungen für komplexere multimorbide Patienten kostengünstig durchführen, erhalten einen Effizienzaufschlag und vice versa (in Abbildung 8 Beispiel für einen „Effizienzabschlag“). Dem liegt aus Sicht der Kantone die Annahme zu Grunde, dass die Spitäler, welche multimorbide Patienten mit niedrigen Fallausgaben behandeln, Patienten relativ effizient versorgen.</p>
Wie wurden die potenzielle Überversorgung ermittelt?	<p>Aus dem Pool von 40 Spitalleistungsgruppen, für die ein Überversorgungspotenzial von mindestens 15 Fällen identifiziert wird, kann für 17 Spitalleistungsgruppen (mit positivem unerklärtem Residuum) aus medizinischer Sicht eine angebotsinduzierte Überversorgung abgeleitet werden. In Zahlen bedeutet dies: Die erfolgte Standardisierung zeigt ein Reduktionspotenzial von 6'643 Fällen (8,6 Prozent der Gesamtfallzahl) für die 17 Spitalleistungsgruppen auf. Im Maximalszenario ist davon auszugehen, dass die Abweichung vom erwarteten Wert – gegeben der soziodemographischen Struktur – für die ausgewählten Spitalleistungsgruppen zu 100 Prozent angebotsinduziert ist. Für das Versorgungsszenario wird davon ausgegangen, dass im Durchschnitt über alle 17 SPLG rund 50 Prozent der unerklärten Varianz angebotsinduziert sind. Somit wird im Versorgungsszenario von einer bedarfsgerechten Leistungsmenge für das Jahr 2018 ausgegangen, die um 3'321 Fälle (4,3 Prozent der Gesamtfallzahl) geringer ist als im Status quo.</p>
Wie wurden die Leistungsaufträge zugeteilt?	<p>Mit der Zuteilung von Leistungsmengen durch das Planungsmodell erhält das Spital im Planungsmodell auch einen Leistungsauftrag für die jeweilige Spitalleistungsgruppe. Diese technische Zuteilung muss anschliessend durch die langjährige Planungsexpertise der Fachbereiche in beiden Departementen bzw. Direktionen validiert werden. In wenigen Einzelfällen kommt es zu einer Übersteuerung des technischen Modells, da nicht alle medizinischen Zusammenhänge abschliessend in der Zürcher Leistungsgruppensystematik abgebildet werden (können). Diese Abweichungen müssen rechtssicher dokumentiert werden. Im Rahmen des rechtlichen Gehörs hatten die Spitäler die Möglichkeit auf Unklarheiten in der Leistungszuteilung hinzuweisen.</p>
Können Leistungsaufträge auch mit Einschränkung vergeben werden?	<p>Leistungsaufträge können auch unter Einschränkungen vergeben werden:</p> <p>•Alterseinschränkungen</p> <p>Kinder: Kinder (0 bis 16 Jahre) sollen grundsätzlich aus Qualitäts- und Sicherheitsgründen im Universitäts-Kinderspital behandelt werden. Die SPLG-Systematik sieht die Vergabe von bestimmten Leistungen der Kindermedizin (KINB) auch ausserhalb von Kinderspitälern vor, vor allem auch aus Gründen der Erreichbarkeit. Aus diesem Grund wurde KINB auch an das Kantonsspital Liestal vergeben, da hier eine Notfallversorgung gewährleistet wird. Damit aber ältere Kinder vor allem</p>

	<p>bei elektiven Eingriffen eine Wahlmöglichkeit haben, sind die Planungsbehörden von der SPLG-Systematik abgewichen und erlauben die Behandlung von Kindern im Rahmen des Leistungsauftrages ab 12 Jahren auch in den anderen Spitälern.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geriatrische Fälle: Der Leistungsauftrag kann auf die Behandlung von älteren Patienten/ Geriatrische Behandlungen eingeschränkt werden. • Zeitliche Befristung von Leistungsaufträgen: Leistungsaufträge können zeitlich befristet werden, wenn z. B. absehbar ist, dass eine Leistung nach einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr angeboten wird (z. B. weil der Arzt pensioniert wird, aus strategischen Gründen). • Medizinische Einschränkung von Leistungsaufträgen: Leistungsaufträge werden mit einer Einschränkung vergeben, so dass nicht alle in der SPLG-Systematik aufgeführten Codes durchgeführt werden dürfen. Dies ist vor allem der Fall, wenn nur ein klar definierter Teilbereich einer SPLG erbracht wird, der in Zusammenhang mit einem anderen Leistungsauftrag steht (z. B. Teile der Viszeralchirurgie im Zusammenhang mit gynäkologischen Tumoren). 										
<p>Welche Anforderungen können bei den Spitalplanungsleistungsguppen hinterlegt sein?</p>	<p>Für jede Leistungsgruppe werden leistungsspezifische Anforderungen und Verknüpfung zwischen den Leistungsgruppen definiert. Leistungsgruppenspezifischen Anforderungen können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facharzt und Erreichbarkeit • Notfallstation – Level • Intensivstation – Level • Verknüpfte Leistungen (Inhouse oder mittels Kooperation) • Tumorboard • Mindestfallzahlen • Sonstige Anforderungen (bspw. Zertifizierungen) <p>Diese Anforderungen müssen von dem Spital erfüllt werden, welches eine entsprechende Leistungsgruppe abbildet. Die Verknüpfung zwischen den Leistungsgruppen ist medizinisch indiziert.</p>										
<p>Wie ist das Bewerbungsverfahren abgelaufen?</p>	<p>Am 4. September 2019 startete das Bewerbungsverfahren für die gleichlautenden Spitallisten. Die Bewerbungsfrist dauerte bis zum 31. Oktober 2019. Das Bewerbungsverfahren stand allen Spitälern offen, die für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft stationäre Leistungen erbringen möchten. Die bisherigen Leistungserbringer in den beiden Kantonen wurden direkt zum Bewerbungsverfahren eingeladen. Wer einen Leistungsauftrag von den beiden Basler Kantonen erhalten möchte, muss neben bereits bisher zu erfüllenden Kriterien unter anderem auch Volumen- und Ausbildungskriterien akzeptieren.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Spitäler mit Leistungsaufträgen in BS und/oder BL bisher</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td> Spitäler, die sich nicht mehr beworben haben</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td> Spitäler, die sich neu beworben haben</td> <td style="text-align: right;">5</td> </tr> <tr> <td>Spitäler mit Leistungsaufträgen auf Spitallisten 2021</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td> Davon neu auf Spitallisten</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> </table> <p>-----</p> <p>Im März 2020 wurde allen Spitälern, die sich für die gleichlautenden Spitallisten beworben haben, mitgeteilt, ob bzw. welche Leistungsaufträge sie aufgrund des Planungs- und Wirkungsmodells resp. der parallel dazu durchgeführten Prüfung der Bewerbungen erhalten sollen. Dabei wurde den Leistungserbringern im Falle von mengengesteuerten SPLG auch mitgeteilt, welche Fallzahlen vorgesehen sind. Jede Bewerberin erhielt eine individuelle Rückmeldung – anderen Bewerbern zugewiesene Leistungen waren somit für die einzelnen Leistungserbringer nicht ersichtlich.</p> <p>Anhörung: Die Gespräche mit den Spitälern fanden im August/September 2020 statt. Aufgrund der Ergebnisse des Gesprächs bestand die Möglichkeit, die Bewerbung anzupassen oder zu ergänzen</p>	Spitäler mit Leistungsaufträgen in BS und/oder BL bisher	32	Spitäler, die sich nicht mehr beworben haben	2	Spitäler, die sich neu beworben haben	5	Spitäler mit Leistungsaufträgen auf Spitallisten 2021	31	Davon neu auf Spitallisten	1
Spitäler mit Leistungsaufträgen in BS und/oder BL bisher	32										
Spitäler, die sich nicht mehr beworben haben	2										
Spitäler, die sich neu beworben haben	5										
Spitäler mit Leistungsaufträgen auf Spitallisten 2021	31										
Davon neu auf Spitallisten	1										

	<p>und insbesondere noch fehlende Unterlagen (z. B. Nachweise betreffend Personal und Infrastruktur) nachzureichen. Daraufhin wurden die Wiedererwägungsgesuche analysiert und zusammen mit dem Departementsvorsteher und dem Direktionsvorsteher besprochen.</p> <p>Die provisorischen gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wurde Anfang Dezember 2020 in die Vernehmlassung bei den Spitälern und betroffenen Kantonen (die Nachbarkantone Aargau, Jura, Solothurn sowie der Kanton Zürich, da dort mit der Klinik Lengg ein Leistungserbringer einen Leistungsauftrag erhalten soll) geschickt (rechtliches Gehör). Danach wurden die Vernehmlassungsantworten analysiert und sowohl mit der Fachkommission als auch mit den Direktions- bzw. Departementsvorstehern besprochen.</p>
<p>Wie ist das rechtliche Gehör verlaufen?</p>	<p>Von Anfang Dezember 2020 bis 23. Februar 2021 wurde den Spitälern die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben (rechtliches Gehör). Mit Schreiben vom 1. Februar 2021 wurde zudem allen Akutspitälern das „Mastersheet Nutzungsbewertung“ der Leistungserbringer zur Information unaufgefordert zugänglich gemacht. Damit erhielten die Leistungserbringer erstmals offiziell Kenntnis über die Leistungsaufträge und Mengen ihrer Mitbewerber.</p> <p>Die kritischen Stellungnahmen lassen sich grundsätzlich in zwei Kategorien unterteilen: Die erste Kategorie beinhaltet den Vorwurf, den Spitälern seien im Rahmen der Akteneinsicht nicht alle Dokumente offengelegt worden oder deren Inhalt sei nicht nachvollziehbar. Die zweite Kategorie zweifelt die Objektivität und Gleichbehandlung bei der Erteilung von Leistungsaufträgen an. Beides entbehrt jeglicher Grundlage und konnte im bilateralen Austausch mit zwei sehr kritischen Spitälern erfolgreich widerlegt werden.</p>
<p>Was steht in den sogenannten Leistungsvereinbarungen?</p>	<p>Die Leistungsvereinbarungen beinhalten nicht die Leistungsaufträge gemäss gleichlautender Spitalliste, sondern die Rahmenbedingungen, nach denen das Spital seine Leistungen zu erbringen hat, sowie die Zusammenarbeit mit den Kantonen.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Das Spital verpflichtet sich, sämtliche Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen mit Wohnort Basel-Stadt/Basel-Landschaft gemäss dem erteilten Leistungsauftrag aufzunehmen •Das Spital verpflichtet sich zum Verzicht auf jegliche direkte und indirekte Zuwendungen im Rahmen von Überweisungen von Patientinnen und Patienten. •Das Spital verpflichtet sich, dass zielbezogene Bonuszahlungen von Chefärztinnen, leitenden Ärzten und Belegärztinnen nicht an den Umsatz und/oder an der Menge von Behandlungen ausgerichtet werden. Das Spital nimmt Weisungen des Kantons über die Patientenaufnahme in ausserordentlichen Situationen (Katastrophen, Pandemie etc.) entgegen. •Das Spital stellt im Rahmen der Weiterbildungsordnung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH gemäss den Weiterbildungsprogrammen der jeweiligen Fachgebiete zur Verfügung. •Das Spital ist verpflichtet, genügend Ausbildungsstellen für die verschiedenen nicht-universitären Gesundheitsberufe sicherzustellen. •Das Spital verpflichtet sich zur Zusammenarbeit im Qualitätsmonitoring Nordwestschweizerische Spitäler (QNS). •Das Spital ist gegenüber dem Kanton rechenschafts- und auskunftspflichtig. Im Rahmen der Bestimmungen des KVG zur Tariffestsetzung/Tarifgenehmigung kann der Kanton jederzeit zusätzlich zu den Daten im ITAR-K-Modell weitergehende Informationen verlangen, welche für eine sachgerechte Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendig sind. •Zur Überprüfung der korrekten Umsetzung der Kodierrichtlinien ist das Spital verpflichtet, jährlich eine Kodierrevision über das vergangene Rechnungsjahr durchzuführen. •Zielvereinbarung über Leistungsmengen: Die bedarfsgerechten

	<p>Leistungsmengen pro Spitalleistungsbereich und Spitalleistungsgruppe werden im Rahmen dieser Leistungsvereinbarung als Zielvorgabe für stationär behandelte Patientinnen und Patienten aus dem Gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum definiert. Bei einer erheblichen und unverhältnismässigen Überschreitung der definierten Leistungsmengen ohne ersichtlichen Grund, und unter der Voraussetzung, dass das Spital keine Bemühungen für die Einhaltung der bedarfsgerechten Leistungsmengen erkennen lässt, kann der Kanton den Entzug des Leistungsauftrags prüfen und vollziehen.</p>
<p>Welche finanziellen Auswirkungen werden im Jahr 2024 erwartet?</p>	<p>Konzentration der Leistungsaufträge Um Gelegenheitsmedizin zu vermeiden, erhalten Spitäler keinen Leistungsauftrag, wenn in den Vorjahren pro Jahr in einer Spitalplanungsleistungsgruppe weniger als 10 Patienten (Fälle) behandelt wurden. Diese Fälle werden an den Spitalern konzentriert, die weiterhin einen Leistungsauftrag für diese Spitalleistungsgruppe erhalten. Dies kann dazu führen, dass insbesondere spezialisierte Spitalleistungen am Universitätsspital Basel und am Kantonsspital Baselland konzentriert werden. Aufgrund der etwas höheren durchschnittlichen Baserate steigen die Kosten pro Fall in diesen Spitalleistungsgruppen. Der Effekt beläuft sich auf rund 375'000 Franken.</p> <p>Standortbezogene Leistungsaufträge Die gleichlautenden Spitalisten sehen eine Vergabe der Leistungsaufträge pro Spitalstandort – und nicht mehr pro Spitalunternehmen – vor. Die zukünftige Baserate wird ebenfalls pro Spitalstandort ermittelt. Somit werden inskünftig die Leistungen des Universitätsspitals Basel am Standort Gellertstrasse wahrscheinlich zu einem anderen Preis erbracht als am Hauptcampus des USB. Gleiches gilt für die beiden Standorte des KSBL.</p> <p>Mengendialog Die bedarfsgerechte modellhafte Verteilung der Leistungsmengen für die Spitalplanungsleistungsgruppen im Mengendialog hat sowohl einen Mengen- als auch einen Preiseffekt zur Folge. Der Preiseffekt wird wie folgt ermittelt.</p> <p>Vorgehensweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Anhand der tatsächlichen/vorgesehenen Leistungsmengen 2018/2024 werden die Leistungsmengenanteile pro Spital für die jeweiligen Jahre berechnet; •Der durchschnittliche Case-Mix-Index (CMI) pro SPLG ermittelt sich über den jeweiligen CMI pro Spital gewichtet mit dem Leistungsmengenanteil; •Die durchschnittliche Baserate 2018/2024 pro SPLG ermittelt sich aus der Baserate pro Spital gewichtet mit dem Leistungsmengenanteil; •Die durchschnittlichen Fallkosten 2018/2024 ergeben sich aus der Baserate des Jahres 2018 * CMI 2018 // Baserate 2024 * CMI 2018. <p>Der Preis für die Spitalplanungsleistungsgruppen im Mengendialog bleibt in der Summe konstant (Absenkung um 120'000 Franken). Dabei steigt der Preis pro Fall im Bereich HNO/KAR/URO leicht an (weniger als 100 Franken/Fall), sinkt jedoch im Bereich BEW und dem BP/BPE. Die höheren Leistungsmengen in den zuletzt genannten Spitalleistungsbereichen führen zu einem negativen Preiseffekt.</p> <p>Mengeneffekt Bis zum Jahr 2024 wird die Menge an stationär erbrachten Leistungen für die Bevölkerung im gemeinsamen Gesundheitsraum um rund 3'300 Fälle pro Jahr sinken. Bei einer durchschnittlichen Baserate im gemeinsamen Gesundheitsraum von derzeit ca. 10'000 Franken wird ein</p>

	Einsparvolumen für Versicherer und Kantone in Höhe von rund 33 Mio. Franken pro Jahr erschlossen.
Was passiert, wenn ein Spital eine Behandlung durchführt, für welche es keinen Leistungsauftrag hat?	Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen war eine klare Prämisse, bei kleinen Fallzahlen keine Leistungsaufträge zu vergeben. Es handelt sich dabei um Fälle, welche durch die Codierung hierarchisch höher gestellter Codes in eine Leistungsgruppe fallen, welche nicht der eigentlichen Hauptbehandlung entspricht (z. B. viszeralchirurgische Codes bei gynäkologischen Tumoren; es wird nur der gynäkologische Leistungsauftrag auf der Spitalliste erteilt). In diesen Fällen wurde den Spitälern zugesichert, dass die Behandlungen weiterhin durchgeführt werden können und diese mittels Leistungsauftragscontrolling überprüft werden. Diese Zusätze zu den Leistungsaufträgen werden in den Leistungsvereinbarungen geregelt und nicht auf der Spitalliste abgebildet.
Warum erhalten Psychiatrie und Rehabilitation erst später eine bedarfsgerechte Spitalliste?	Zum Zeitpunkt der Erstellung des Versorgungsplanungsberichtes 2019 fehlen für die rehabilitative und psychiatrische Versorgung die wesentlichen Grundlagen, um eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung durchzuführen. Dies betrifft für die <ul style="list-style-type: none"> •Rehabilitation eine schweizweit gültige Nomenklatur; •Psychiatrie ein bikantonales Versorgungskonzept („Konzept zur Zukunft der Psychiatrie im GGR“). Diese Grundlagen werden derzeit erarbeitet.