



Kanton Basel-Stadt | Gesundheitsdepartement  
Kanton Basel-Landschaft | Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion  
Bereich Gesundheitsversorgung, Malzgasse 30, 4001 Basel  
Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

# Gleichlautende Spitallisten 2021 für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation

## Impressum

Herausgeber: Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung, und Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft, Amt für Gesundheit

Autoren: Joëlle Stöckli, Andrea Primosig, Michael Steiner, Thomas von Allmen, Matthias Nigg

Mai 2021



## Inhaltsverzeichnis

<b>Management Summary</b>	<b>4</b>
<b>1 Ausgangslage</b>	<b>4</b>
1.1 Staatsvertrag zur Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung	6
1.2 Die Fachkommission	6
<b>2 Zuständigkeit</b>	<b>8</b>
<b>3 Das Projekt „Gemeinsamer Gesundheitsraum Basel (GGR)“</b>	<b>9</b>
<b>4 Der Versorgungsplanungsbericht</b>	<b>10</b>
4.1 Die Bedarfsprognose	11
4.1.1 Schritt 1: bedarfsgerechte Nachfrage	11
4.1.2 Schritt 2: die bedarfsgerechten Leistungsmengen in der Zukunft (Bedarfsprognosen)	13
4.1.3 Das Prognosemodell	14
4.2 Schlussfolgerungen für die gemeinsame Versorgungsplanung in der Akutsomatik	17
4.2.1 Ablauf Mengendialog gemäss Leistungsvereinbarung	18
<b>5 Ablauf Spitalplanung 2021</b>	<b>21</b>
<b>6 Das Bewerbungsverfahren für die gleichlautenden Spitallisten</b>	<b>22</b>
<b>7 Vergabe von Leistungsaufträgen</b>	<b>24</b>
7.1 Die übergeordnete Zielsetzung und die Bedeutung für die Spitalplanung	24
7.2 Das Planungs- und Wirkungsmodell	24
7.2.1 Die Ermittlung des Nutzenbeitrags	25
7.2.2 Eine differenzierte Spitalliste auf Basis von Leistungsmengen	26
<b>8 Aufbau der gleichlautenden Spitallisten</b>	<b>26</b>
<b>9 Die Leistungsaufträge der gleichlautenden Spitallisten ab 2021</b>	<b>27</b>
9.1 Änderungen in der Leistungsgruppensystematik	27
9.2 Grundsätze zur Vergabe von Leistungsaufträgen	28
9.2.1 Leistungsauftragscontrolling	29
9.3 Bewerbungen für neue Leistungsaufträge	30
9.4 Änderungen gegenüber bestehenden Spitallisten	30
9.4.1 Klinik Arlesheim	30
9.4.2 St. Claraspital	32
9.4.3 Bethesda Spital	33
9.4.4 Solothurner Spitäler AG – Standort Dornach	34



9.4.5	Ergolz Klinik	36
9.4.6	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	37
9.4.7	Kantonsspital Baselland – Standort Liestal	38
9.4.8	Kantonsspital Baselland – Standort Bruderholz	40
9.4.9	Merian Iselin Klinik für Orthopädie	42
9.4.10	Rennbahn Klinik	44
9.4.11	Klinik Hirslanden Birshof	45
9.4.12	Universitätsspital Basel – Hauptcampus	46
9.4.13	Universitätsspital Basel – Augenspital	47
9.4.14	Universitätsspital Basel – Gellertstrasse	47
9.4.15	Felix Platter Spital Basel	48
9.4.16	Adullam Geriatriespital – Standort Basel	49
9.4.17	Adullam Geriatriespital – Standort Riehen	49
9.4.18	Klinik Lengg	50
9.4.19	Spitäler ohne Änderungen des bestehenden Leistungs-auftrages	50
<b>9.5</b>	<b>Anhörung der Spitäler (Rechtliches Gehör)</b>	<b>51</b>
<b>9.6</b>	<b>Mengendialog für Spitalleistungsgruppen (SPLG) mit Tendenz zur Übersorgung</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b><i>Psychiatrie und Rehabilitation</i></b>	<b>54</b>
<b>11</b>	<b><i>Angepasste und gleichlautende Leistungsvereinbarungen ab 2021</i></b>	<b>55</b>
<b>12</b>	<b><i>Einschätzung der Fachkommission zu den gleichlautenden Spitallisten Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2021</i></b>	<b>56</b>
<b>13</b>	<b><i>Rückmeldungen aus der Vernehmlassung bei den Kantonen</i></b>	<b>58</b>
<b>14</b>	<b><i>Finanzielle Auswirkungen</i></b>	<b>58</b>



## Management Summary

Mit dem am 10. Februar 2019 von der Stimmbevölkerung der beiden Kantone angenommenen Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 (Staatsvertrag Gesundheitsversorgung, Basel-Stadt: SG 333.200, Basel-Landschaft: SGS 930.001) wurde die Basis für gleichlautende Spitallisten beider Kantone geschaffen.

In einem ersten Schritt wurde eine Bedarfsprognose erstellt, die im Versorgungsplanungsbericht 2019 zusammengefasst wurde. Die Kantone haben dazu gemeinsame Versorgungsziele definiert, anhand derer die neue Versorgungsplanung ausgerichtet werden soll. Anhand eines Prognosemodells wurde unter Einbezug differenzierter Variablen der medizinische Bedarf der Bevölkerung beider Kantone für die Jahre 2020, 2024 und 2028 ermittelt.

Auf dieser Basis wurden im September 2019 alle Spitäler für ein Bewerbungsverfahren um Leistungsaufträge in der Akutsomatik der gleichlautenden Spitallisten eingeladen. Die Leistungsaufträge in der Psychiatrie und der Rehabilitation werden, da die Planung dieser Bereiche erst später stattfindet, auf den gleichlautenden Spitallisten im Status quo weitergeführt.

Anhand der eingegangenen Bewerbungen wurden die provisorischen Leistungsaufträge erstellt und den Spitalern im Mai 2020 zugestellt. Auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie kam es aber zu Verzögerungen bei der geplanten Anhörung der Spitäler. Infolgedessen wurde die geplante Inkraftsetzung der gleichlautenden Spitallisten vom 1. Januar 2021 auf den 1. Juli 2021 verschoben.

Die Spitäler wurden im August/September 2020 persönlich zu einem Gespräch über die provisorischen Leistungsaufträge im Rahmen eines rechtlichen Gehörs eingeladen. Auf Basis dieser Rückmeldungen wurde den Spitalern Anfang Dezember 2020 eine Spitalliste zugestellt und eine offizielle Vernehmlassung durchgeführt. Einige Spitäler beantragten Akteneinsicht, welche ihnen in dieser Zeit ebenfalls gewährt wurde.

Nach Auswertung der Vernehmlassungsantworten und kleineren Anpassungen verabschiedeten die beiden Gesundheitsdirektoren im März 2021 anlässlich einer Sitzung des bikantonalen Projektausschusses «Gemeinsame Gesundheitsregion» (GGR) die gleichlautenden Spitallisten und verabschiedeten sie für zuhanden der beiden Regierungsratsgremien frei. Die gleichlautenden Spitallisten sollen per 1. Juli 2021 in Kraft treten.

## 1 Ausgangslage

Gemäss Art. 39 Abs. 1 lit. e des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) sind Anstalten oder deren Abteilungen, die der



stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen, wenn sie unter anderem auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Die gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft dienen als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im jeweiligen Kanton. Dies unabhängig vom Behandlungsort und unter Berücksichtigung der Nachfrage nach stationären Leistungen von Einwohnerinnen und Einwohnern anderer Kantone sowie aus dem Ausland. Sie basiert auf der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG i. V. m. Art. 58b ff. der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV, SR 832.102]).

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben die Spitallisten gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) für eine leistungsorientierte Spitalplanung in so genannte Leistungsbereiche und Leistungsgruppen nach der Zürcher Leistungsgruppensystematik gegliedert. Für jede dieser Leistungsgruppen wurden spezifische Qualitätsanforderungen wie Infrastrukturvorgaben, Facharzttitel, Notfallanforderung und wo möglich Mindestmengen definiert.

Der am 10. Februar 2019 vom Volk der beiden Kantone angenommene Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 (Staatsvertrag Gesundheitsversorgung, Basel-Stadt: SG 333.200, Basel-Landschaft: SGS 930.001) sieht die Erarbeitung eines gemeinsamen Versorgungsplanungsberichtes vor. Dieser dient nach § 7 des Staatsvertrages als Grundlage für die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten.

Eine gemeinsame Spitalplanung bedarf gemeinsamer Versorgungsziele, an welchen sich die Leistungsaufträge der Spitäler auszurichten haben, und einer gemeinsamen Nomenklatur, anhand derer die medizinischen Leistungen klassifiziert werden. Die Versorgungsziele lauten wie folgt:

- Konzentration und Koordination der Leistungserbringung;
- Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung;
- Sinnvolle Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Leistungsangeboten;
- Gleichbehandlung der Anbieter sowie
- die Sicherung der universitären Lehre und Forschung

und leiten sich aus den übergeordneten politischen Zielen der gemeinsamen Gesundheitsregion ab:

- eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;



- eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
- eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

Die drei Ziele der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht nach § 4 des Staatsvertrages dienen einer effizienten und effektiven Versorgung in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettung und den nicht-universitären Gesundheitsberufen.

## **1.1 Staatsvertrag zur Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung**

Nach der Genehmigung des Staatsvertrages durch die Parlamente der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Jahr 2018 wurde dieser am 10. Februar 2019 durch die Stimmbevölkerung in beiden Kantonen gutgeheissen.

Der Staatsvertrag beinhaltet die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung. Er schafft damit die Voraussetzungen für eine wirkungsvollere Einflussnahme auf Versorgungsqualität sowie auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch die Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie die Unterstützung der Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Im Mittelpunkt der Versorgungsplanung steht der Versorgungsbedarf der Bevölkerung der Vereinbarungskantone. Zentrale Planungsinstrumente sind fortgeführte Patientenstromanalysen im stationären und ambulanten Bereich sowie die Erarbeitung von Versorgungsplanungsmodellen, mit denen sich die Wirkungen des planerischen Handelns modellieren lassen.

Ebenfalls bildet der Staatsvertrag die Basis für die Erarbeitung transparenter Regeln und Instrumente für den Erlass gleichlautender Spitallisten. Planerische und regulatorische Massnahmen werden durch eine Fachkommission begleitet, welche eine Stellungnahme zuhanden des Direktions- bzw. Departementvorstehers der Vereinbarungskantone erarbeitete (vgl. Ziff. 12 dieses Berichts).

## **1.2 Die Fachkommission**

Der Staatsvertrag sieht in § 8 vor, dass die Vereinbarungskantone eine siebenköpfige Fachkommission einsetzen, welcher folgende Aufgaben zukommen:

„Die Vereinbarungskantone setzen eine Fachkommission ein, welche bei anstehenden wesentlichen Änderungen der Spitallisten oder weiteren planerischen Massnahmen, die Beschlüsse der Regierungen erfordern, eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen der Vereinbarungskantone erarbeitet.

Die Fachkommission unterstützt auf Anfrage das zuständige Departement und die zuständige Direktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und gibt Empfehlungen ab.“



### **Die Mitglieder der Fachkommission sind:**

1. Peter Berchtold (Präsidium): Facharzt Innere Medizin, Lehrbeauftragter an der medizinischen Fakultät der Universität Bern, Präsident des Schweizer Forums für Integrierte Versorgung, Co-Leiter der Arbeitsgruppe „Interprofessionalität“ der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften und Vizepräsident der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO);
2. Barbara Züst: Juristin, Alters- und Gesundheitsbeauftragte Gossau SG, ehemalige Anästhesie-Pflegefachfrau;
3. Tilman Slembeck: Gesundheitsökonom, Professor im Bereich Volkswirtschaftslehre an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Leiter Zentrum für Wirtschaftspolitik der School of Management and Law der ZHAW. Diverse Mitgliedschaften in Fachgesellschaften, diverse Lehraufträge, Beratungstätigkeiten, Publikationen;
4. Daniela De la Cruz: Geschäftsführerin Krebsliga Schweiz, ehem. Spitaldirektorin, Physiotherapeutin;
5. Ursina Pally: Juristin, Krankenschwester, Hebamme, Generalsekretärin / Leiterin Rechtsdienst FMH, Nebenamtliche Handelsrichterin im Kanton Zürich, Lehrauftrag für Recht an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.;
6. Ludwig Heuss: Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Exec. MBA-HSG, Chefarzt Medizinische Klinik Spital Zollikerberg, Titularprofessor Gastroenterologie an der medizinischen Fakultät der Universität Basel, Vorstand der internistischen Chefärztevereinigung, Vorstand der Vereinigung Zürcher Internisten;
7. Simon Loeser: Mediziner, Volkswirt, Leitung des Unternehmensbereichs „Stationäre Versorgung“ bei der AOK Rheinland, Mitglied im Landesausschuss für Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, ehem. Beratertätigkeiten, Wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Die Fachkommission der Gemeinsamen Gesundheitsregion (FK GGR) begleitet die Erstellung der gleichlautenden Spitalisten seit dem 1. Juli 2019. Nach der fachlichen Beurteilung des Versorgungsplanungsberichtes (veröffentlicht im September 2019) fand ein Austausch zum methodischen Vorgehen und den Bewertungskriterien statt. Abschliessend gibt die Fachkommission eine Stellungnahme zu den beider Regierungen ab, in welcher die wesentlichen Punkte zum Ablauf der Versorgungsplanung und zur gleichlautenden Spitalisten festgehalten sind, dies insbesondere in Bezug auf eine nachvollziehbare und transparente Methodik, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Die Stellungnahme erörtert deshalb die Rahmenbedingungen und dokumentiert die relevanten Aspekte im Erarbeitungsprozess der neuen gleichlautenden Spitalisten. Im Weiteren enthält sie eine Gesamtbetrachtung der neuen Spitalliste in Bezug auf die drei übergeordneten Zielsetzungen sowie die Versorgungsziele und schliesst mit einer Synthese inklusive Empfehlungen ab.

### **Methodik und Bewertung durch die Fachkommission:**

Der Prozess zur Verabschiedung der gleichlautenden Spitalisten für die Akutsomatik lässt sich in mehrere Teilschritte mit erfolgskritischen Zwischenzielen unterteilen. Die Fachkommission wurde in ihren Sitzungen jeweils sowohl über die Planung der nächsten



Schritte als auch die aktuell erreichten Zwischenergebnisse informiert. Auch zwischen den Sitzungen wurden der Fachkommission wichtige Informationen per E-Mail durch das GGR-Projektteam zur Kenntnis gegeben, sodass sie die im Staatsvertrag formulierten Aufgaben entsprechend wahrnehmen konnte. Neben der Verfassung der Stellungnahme besteht die Aufgabe in der Unterstützung des zuständigen Departements und der zuständigen Direktion auf Anfrage sowie in der Abgabe von Empfehlungen. Anfragen zur Unterstützung ergaben sich beispielsweise bei der Bewertung von Entwürfen des Versorgungsplanungsberichts oder des Bewertungsverfahrens. Empfehlungen sprach die Fachkommission zum Beispiel zu den Themen der Transparenz über das Bewertungsverfahren sowie der Auswirkungsanalyse und der Justierung von Modellparametern aus.

## **2 Zuständigkeit**

Gemäss § 4 Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt vom 25. November 2008 (KVO, SG 834.410) erarbeitet das Gesundheitsdepartement (GD BS) zuhanden des Regierungsrates die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Listen der zugelassenen kantonalen und ausserkantonalen Spitäler, Kliniken und Pflegeheime. Schliesslich erlässt der Regierungsrat die nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederte Liste.

Gemäss § 2 des Spitalversorgungsgesetzes des Kantons Basel-Landschaft (SGS 931) führt der Kanton Basel-Landschaft eine Spitalplanung nach Leistungskategorien im Sinner der Krankenversicherungsgesetzgebung durch. § 12 regelt die Festlegung der Spitalliste die aufgrund der Spitalplanung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassenen Spitäler und Geburtshäuser sowie deren Leistungsauftrag durch den Regierungsrat.



### 3 Das Projekt „Gemeinsamer Gesundheitsraum Basel (GGR)“

Die Region des Jura-Nordbogens kann als „integraler Gesundheitsraum“ für das gesamte medizinische Leistungsspektrum sowie für alle Bevölkerungsgruppen und Altersstufen betrachtet werden. Die Menschen, die in dieser Region wohnen, lassen sich auch da behandeln.

Die akutstationäre Versorgungsplanung wurde in der Region bisher von jeweiligen Stimmbevölkerung separat durchgeführt. Mit dem am 10. Februar 2019 vom Stimmvolk der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft angenommenen Staatsvertrag erhalten die beiden Kantone den Auftrag, die Versorgungsplanung nun gemeinsam durchzuführen. Die Umsetzung des Staatsvertrages erfolgt im Rahmen eines bikantonalen Projektes. Die strategischen Entscheidungen werden im Projektausschuss gefällt, in welchem die beiden beauftragten Regierungsräte sowie die Generalsekretariate vertreten sind. Die Anbindung in die Linienorganisation erfolgt über die Projektsteuerungsgruppe. Die operative Projektdurchführung „Versorgungsplanung“ wird durch das Projektteam organisiert. Die Projektorganisation ist in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.



Abbildung 1: Projektorganisation

Die nachfolgende Abbildung zeigt die groben Schritte der Gesamtversorgungsplanung der Jahre 2021–2030:

### Versorgungsplanung synchronisiert – Gültigkeit der Zulassung / Spitallisten: 2021 - 2030

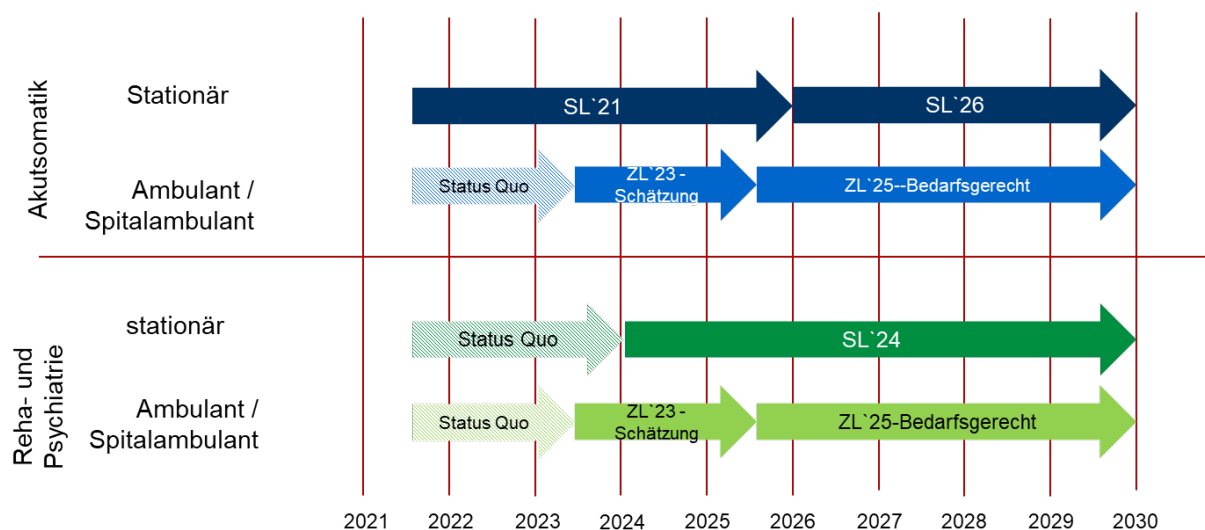


Abbildung 2: Gesamtversorgungsplanung der Jahre 2021–2030

## 4 Der Versorgungsplanungsbericht

Der Staatsvertrag sieht die Erarbeitung eines gemeinsamen Versorgungsplanungsberichtes vor. Dieser dient nach § 7 des Staatsvertrags als Grundlage für die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten.

Als Grundlage der bikantonalen Versorgungsplanung wurden gemeinsame Versorgungsziele definiert. Sie leiten sich aus den übergeordneten politischen Zielen der gemeinsamen Gesundheitsregion ab. Die fünf Ziele (Abbildung 3:) der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht nach § 4 des Staatsvertrages dienen einer effizienten und effektiven Versorgung in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettung und der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

Konsequente Ausrichtung der Planung auf die Ziele:

...zur Sicherung einer effizienten und effektiven Versorgung in den Bereichen:



Abbildung 3: Ziele der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht nach § 4 Staatsvertrag

Mit dem politisch vorgegebenen Ziel der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung setzt sich der Versorgungsplanungsbericht 2019 intensiv auseinander. Auslöser ist eine Analyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) im Rahmen des Projektes „Versorgungsatlas“. Das OBSAN stellt fest, dass ausgewählte Behandlungen im gemeinsamen Gesundheitsraum deutlich häufiger in Anspruch genommen werden als – im Vergleich zur übrigen Schweiz – zu erwarten gewesen wären. Für die Versorgungsplanung im gemeinsamen Gesundheitsraum ist diese Analyse von hoher Relevanz. Sollten diese Erkenntnisse auch für andere Spitalleistungsbereiche zutreffen, ist davon auszugehen, dass ein Teil der hohen Inanspruchnahme nicht medizinisch begründbar ist. Der Umfang der für die entsprechenden Leistungen vorhandenen Spitalressourcen wäre somit nicht bedarfsgerecht.

In einer vertieften statistischen Analyse erhärtet sich der Befund: Für einzelne Spitalleistungsbereiche muss von einer medizinisch nicht begründbaren Überinanspruchnahme in der Gemeinsamen Gesundheitsregion ausgegangen werden. Dies betrifft – unter konservativen Annahmen – 16 SPLG mit planbaren Eingriffen u. a. in den Bereichen Bewegungsapparat, HNO, Augenheilkunde, der Urologie und der Kardiologie. Diese Spitalleistungsgruppen, bei denen ein Teil der bisherigen Leistungen nicht medizinisch begründbar sind, werden dann im Planungs- und Wirkungsmodell aufgegriffen und bilden die Basis für den späteren Mengendialog (siehe Ziffer. 9.6).

## 4.1 Die Bedarfsprognose

Im **ersten** Schritt wird die bedarfsgerechte Nachfrage für den Status-Quo (hier das Jahr 2018) bestimmt. Im **zweiten** Schritt werden – darauf aufbauend – die bedarfsgerechten Leistungsmengen für die Zukunft ermittelt.

### 4.1.1 Schritt 1: bedarfsgerechte Nachfrage

Im Rahmen der Bedarfsprognose werden mit streng statischen Methoden vier aufeinander aufbauende Modelle betrachtet und quantifiziert: Ein Modell mit ausschliesslich demographischen Variablen (Spezifikation 1); ein Modell mit demographischen Variablen und Variablen zum Gesundheitszustand (Spezifikation 2), ein



Modell mit Variablen von Spezifikation 2 plus Variablen zum Bildungsstand und der Haushaltsgrösse, inklusive der Anzahl Singlehaushalte (Spezifikation 3); in Spezifikation 4 werden zusätzlich zu den Variablen von Spezifikation 3 noch Variablen zum Einkommen, zur Einkommensungleichheit, zum Vermögen und zur Arbeitslosigkeit eingebaut.

Als favorisierte Version wird die Spezifikation 3 genutzt, welche die potentielle Überversorgung am besten isoliert und alle drei Einflussfaktoren (Demografie, Gesundheit, Soziodemografie) mit einer relativ geringen Anzahl Kontrollvariablen abbildet. Damit wird auf Variablen verzichtet – mit Ausnahme der Bildungsvariablen –, die nur auf kantonaler Ebene verfügbar sind. Für die Bildungsvariablen wird aufgrund des in der Literatur erwähnten Zusammenhangs auf kantonale Variablen zurückgegriffen. Als Schätzmethode wird eine für Zählraten passende Methode, die Poisson-Regression, verwendet.

Aus dem Pool von 40 Spitalleistungsgruppen, für die ein Überversorgungspotenzial von mindestens 15 Fällen identifiziert wird, kann für 16 Spitalleistungsgruppen (mit positivem unerklärtem Residuum) aus medizinischer Sicht eine mögliche angebotsinduzierte Überversorgung abgeleitet werden. Die defensive Annahme gründet sich auf den Ausführungen des BAG im Jahr 2013 zur „Strategie 2020“ sowie dem Bericht der Expertengruppe aus dem Jahr 2017 „Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“, welche die Relevanz der akutsomatischen Versorgung im Rahmen der Kostendämpfung darstellen. Auch international verweist der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen auf vergleichbare Schätzgrössen.

In Zahlen (nachfolgende Tabelle) bedeutet dies: Die erfolgte Standardisierung zeigt ein Reduktionspotenzial von 6'643 Fällen (8.6% der Gesamtfallzahl) für die 16 SPLG auf. Im Maximalszenario ist davon auszugehen, dass die Abweichung vom erwarteten Wert – gegeben der soziodemographischen Struktur – für die ausgewählten SPLG zu 100% angebotsinduziert ist. Für das Versorgungsszenario wird davon ausgegangen, dass im Durchschnitt über alle 16 SPLG rund 50% 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% der Gesamtfallzahl) geringer ist als im Status-Quo.

SPLG	SPLG-Beschreibung	Unerklärte Varianz in Fällen (2016)	Unerklärte Varianz in Fällen (2018)	Angebots-induziert: 50% der unerklärten Varianz (in Fällen 2018)	Angebots-induziert: 50% der unerklärten Varianz
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	712	691	345	11%
BEW2	Orthopädie	198	185	92	11%
BEW3	Handchirurgie	166	189	94	11%
BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	22	--	--	0%
BEW5	Arthroskopie des Knies	841	739	370	17%
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	203	171	86	7%
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	564	511	255	8%
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	3'372	3'074	1'537	5%
GAE1	Gastroenterologie	224	222	111	5%
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)	39	26	13	6%
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	269	197	99	10%
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	60	77	39	9%
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	144	122	61	8%
KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	34	20	10	3%
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	273	145	72	3%
RHE1	Rheumatologie	85	81	40	9%
URO1	Urologie ohne Schwerpunkttitel Operative Urologie	271	193	96	3%

Tabelle 1: Unerklärte Varianz von stationären Behandlungen in der GGR-Bevölkerung nach Spitalplanungsleistungsgruppen – hier nur positive Varianz > 15 Fälle; Kinder bleiben unberücksichtigt, 2019

Für die spitalplanungsrelevanten Folgejahre hat dies zur Konsequenz, dass die erwarteten Fallzahlen auf Grundlage der Bedarfsprognose einen Niveaueffekt erfahren.

#### 4.1.2 Schritt 2: die bedarfsgerechten Leistungsmengen in der Zukunft (Bedarfsprognosen)

Häufig wird eine Prognose mit einer Trendfortschreibung ausgehend von der bisherigen Entwicklung vorgenommen. Dieses Vorgehen setzt aber voraus, dass eine längere Datenreihe ohne grössere Änderungen vorhanden ist. Dies ist im Gesundheitswesen nicht der Fall.

Aus diesen Gründen ist für Prognosen im Gesundheitswesen ein alternatives Verfahren zu wählen. Dabei werden die oben genannten Einflussfaktoren – soweit machbar – mitberücksichtigt. Da die Entwicklung der Einflussfaktoren nicht präzise vorausgesagt werden kann oder verschiedene Meinungen über die Entwicklung bestehen, werden drei Prognoseszenarien erarbeitet: Szenario „Passiv“, Szenario „Aktiv“, Szenario „Restriktiv“ (siehe nachfolgende Abbildung).

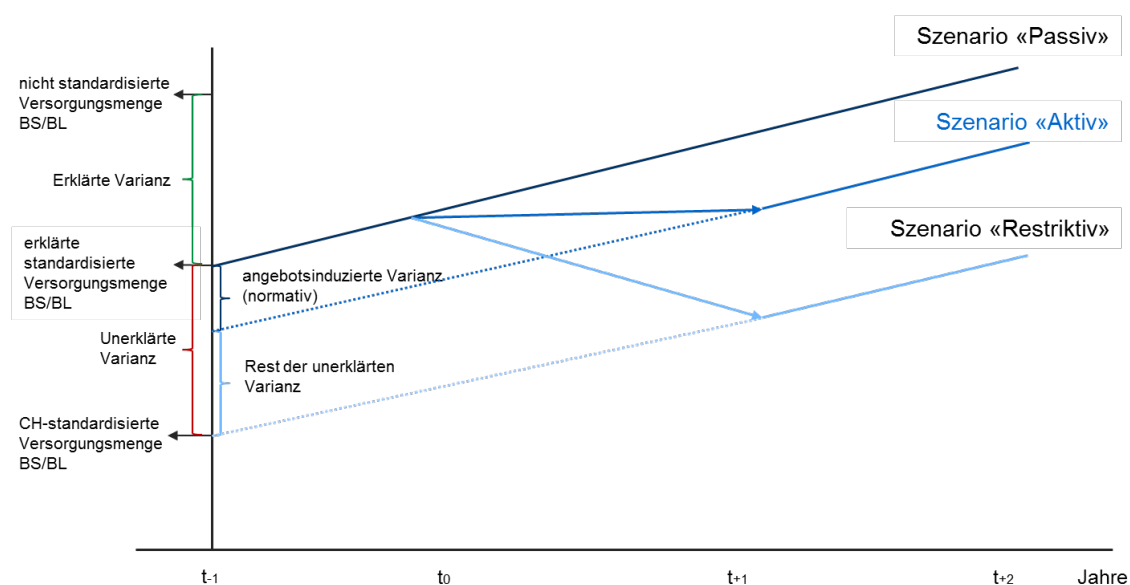


Abbildung 4: Entwicklung der Prognoseszenarien, eigene Darstellung

Das Szenario „Passiv“ beschreibt pro Leistungsgruppe eine Situation, die den Status-Quo fortschreibt, ohne dass regulierend eingegriffen wird. Im Szenario „Restriktiv“ wird davon ausgegangen, dass das heute bereits bekannte Potenzial ausgeschöpft wird und die Region die zu erwartenden Leistungsmenge erreicht, welche im Vergleich zur übrigen Schweiz – nach Standardisierung – zu erwarten wäre. Sei es durch ökonomische Anreize oder regulatorische Eingriffe. Das Szenario „Aktiv“ geht davon aus, dass der normativ definierte Anteil der unerklärten Varianz als angebotsinduzierte Nachfrage ab dem Jahr  $t_0$  bis zum Jahr  $t+1$  abgebaut wird (im Szenario „Restriktiv“ wird die gesamte unerklärte Varianz abgebaut). Weiter unterscheiden sich die Szenarien hinsichtlich des Anstiegs der Leistungsanspruchnahme (Steigung der Graden spiegelt die Trendannahmen wider).

Somit tragen sowohl der Abbau der unerklärten Varianz als auch die zugrunde gelegten Trendannahmen zur Prognose der Leistungsanspruchnahme bei.

#### 4.1.3 Das Prognosemodell

Das Vorgehen im Rahmen des Prognosemodells lässt sich in zwei Phasen gliedern. In der ersten Phase wird auf Grundlage der Bevölkerungsentwicklung der Versorgungsbedarf im Status-Quo in die Zukunft extrapoliert. In der zweiten Phase werden die SPLG-spezifischen Hospitalisierungsraten für die Jahre 2020, 2024 und 2028 unter Berücksichtigung bereits heute identifizierter Trends variiert. Die ermittelten

Leistungsmengen fliessen unter Berücksichtigung der erwarteten mittleren Aufenthaltsdauer in das Planungs- und Wirkungsmodell ein, um die benötigten Kapazitäten zu ermitteln. Die Wirkungen der Leistungszuteilung auf die Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklung werden auf dieser Grundlage analysiert (siehe nachfolgende Abbildung). Dieser letzte Schritt ist Teil des Prozesses zur Erstellung der Spitalisten.

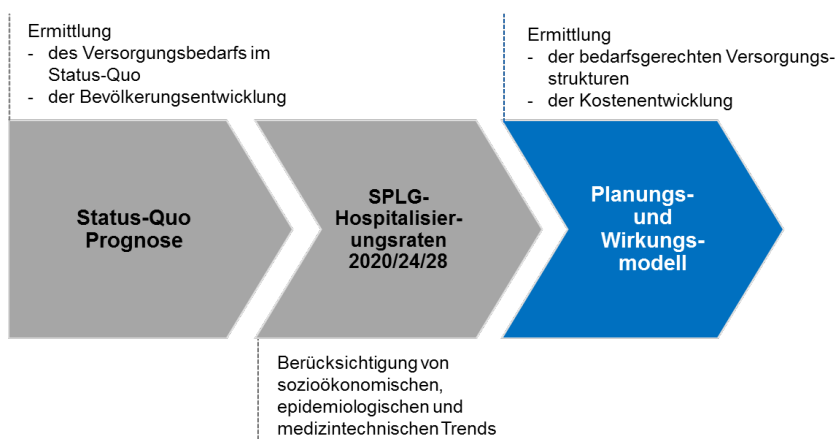


Abbildung 5: Übersicht Prognosemodell, eigene Darstellung

Das konkrete Vorgehen zur Ermittlung der stationären Leistungsmengen kann wie folgt skizziert werden.

Die bedarfsgerechte Leistungsmenge (pro SPLG) ist die, um den Korrekturfaktor (angebotsinduzierte Nachfrage) adjustierte Leistungsmenge aus dem Datensatz der medizinischen Statistik. Diese bildet die Basis des Prognosemodells.

Mithilfe der demografischen Daten können für das Jahr 2018 die Hospitalisierungsraten nach Alter und SPLG berechnet werden. Diese werden anschliessend auf die aktuellsten Bevölkerungsprognosen angewandt, um die Anzahl der bis zum Jahr 2028 prognostizieren Fälle zu erhalten. Auf die ermittelten demografieadjustierten Leistungsmengen werden abschliessend verschiedene Trendannahmen angewandt, um Leistungsmengen zu prognostizieren, welche auch den medizinischen und gesellschaftlichen Trends bis zum Jahr 2028 Rechnung tragen.

Wie die aufgeführten Trends bestimmt werden, stellt der nachfolgende Abschnitt dar.

### Trends und Stellgrössen

Beispielhaft stellt die nachfolgende Tabelle die Ausprägung der Trends im Prognosezeitraum bis zum Jahr 2028 vor.



<b>Trends</b>	<b>Szenario „Passiv“<sup>1</sup></b> (ohne regulatorische Eingriffe)  Fortschreibung Leistungsanspruchnahme Status-Quo	<b>Szenario „Aktiv“</b> (mit massvollen regulatorischen Eingriffen BS/BL) wahrscheinliche Leistungsanspruchnahme	<b>Szenario „Restriktiv“</b> (Regulation auf CH-standardisierten Durchschnitt) zurückhaltende Leistungsanspruchnahme
Demografie / Struktur	Referenzszenario <sup>2</sup>	Referenzszenario	Tiefes Szenario
Medizintechnik / Digitalisierung	Ausweitung	Kaum Ausweitung	Keine Ausweitung
Epidemiologie	Hohe Leistungszunahme	Mittlere Zunahme	Geringe Zunahme
Soziale	Keine Veränderung	Keine Veränderung	Keine Veränderung
Ökonomie	Fehlanreize wie bisher	Fehlanreize teilweise bereinigt	Fehlanreize weitgehend beseitigt.
Regulation	keine Substitution „Ambulant vor Stationär“	13er-Liste (maximal 80% der bisherigen Leistungen werden in den ambulanten Bereich umgeschichtet bei unter 70Jährigen)  Erweiterte 16er-Liste ab 2021 <sup>3</sup>	Erweiterte Liste mit 80%-Realisierung Gesamtbevölkerung

Tabelle 2: Trendausprägungen

Die vorgestellten Trends wirken sich auf die Stellgrössen im Modell aus. Dabei kann kein Eins-zu-eins-Zusammenhang hergestellt werden. Vielmehr geht es darum, die Annahmen zur Veränderung der Stellgrössen über die Trends zu validieren.

<sup>1</sup> Lesebeispiel Szenario „Passiv“: Die Inanspruchnahme von Spitalleistungen durch die Bevölkerung folgt dem Trend der letzten Jahre und steigt kontinuierlich an. Weiterentwicklungen in der Medizintechnik werden komplementär zu bestehenden Technologien eingeführt. Für die epidemiologischen Trends wird der „worst case“ zugrunde gelegt. Regulatorische Eingriffe erfolgen nicht. Bestehende Fehlanreize, welche zu einer Ausweitung der Leistungsanspruchnahme und Fehlallokationen führen, werden nicht korrigiert (bspw. Vergütung an der Schnittstelle von ambulant zu stationär oder Vergütungsregelungen innerhalb der Spitäler).

<sup>2</sup> Als Datengrundlage für die demographische Projektion wurden die kantonalen Bevölkerungsszenarien des BFS (2017) verwendet. Das BfS unterscheidet zwischen dem Referenzszenario (Mittleres Szenario) sowie Szenarien mit starkem Bevölkerungswachstum (Hohes Szenario) und geringem Bevölkerungswachstum (Tiefes Szenario). Das Tiefe Szenario findet in der vorliegenden Analyse nur im Szenario „Restriktiv“ Anwendung.

<sup>3</sup> Die sogenannte Zürcher-Liste beinhaltet bestimmt Operationen / Eingriffe zu 16 Indikationsfeldern, die primär ambulant durchgeführt werden sollten und nur medizinisch begründeten Fällen stationär erbracht werden. Bis zum Jahr 2021 kommt im Kanton Basel-Stadt eine Liste mit 13 Eingriffen zum Einsatz. Der Kanton Basel-Landschaft orientiert sich bis dahin an der 6er Liste des Bundes.



Mit dem präferierten Szenario „Aktiv“ wird eine differenzierte Vorgehensweise gewählt, welche die unterschiedlichen Entwicklungen über die Trends für jeden Leistungsbereich berücksichtigt.

## 4.2 Schlussfolgerungen für die gemeinsame Versorgungsplanung in der Akutsomatik

Die Überversorgung, die weder durch demografische noch sozioökonomische Faktoren (wie Bildungsgrad oder Haushaltsgrösse) erklärt werden kann, stellt für die Kantonsbevölkerung als Prämien- und Steuerzahlende eine hohe Belastung dar. Jede medizinisch nicht notwendige Operation, welche vermieden wird, vermeidet Belastungen für die Patienten und Kosten für die Allgemeinheit. Die Einsparungen werden sowohl die Krankenversicherer entlasten als auch die Ausgaben der Kantone für Spitalleistungen reduzieren. Immerhin übernehmen die beiden Kantone mindestens 55% der Kosten für stationäre Spitalaufenthalte. Aufgabe der Versorgungsplanung ist es daher auch, die angebotsinduzierte Überversorgung zu definieren, welche im Rahmen der anstehenden Ausgestaltung der gleichlautenden Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Jahr 2021 reduziert bzw. abgebaut werden kann, ohne die Versorgung der Bevölkerung einzuschränken. Für die Spitalplanung im Rahmen der Erstellung gleichlautender Spitalisten 2021 sind die ermittelten DRG-Fallzahlen und die Veränderungsdaten von hoher Bedeutung. Diese zeigen deutlich auf, dass trotz des Bevölkerungswachstums in einigen Leistungsgruppen mit einem Rückgang der akutsomatischen Fallzahlen bei bedarfsorientierter Planung zu rechnen ist (nachfolgende Tabelle). Eine Reduktion der Leistungsmenge um rund 4'000 Fälle (im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2018) entspricht einem jährlichen Brutto-Einsparvolumen von rund 35 Millionen Franken in der stationären Versorgung des GGR gegenüber der erwarteten Leistungsmenge für das Jahr 2024.

SPLG	Bezeichnung der Spitalplanungsleistungsgruppe	Veränderung der DRG-Fallzahl 2020–2024	Begründung Rückgang
ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)		Umsetzung „Ambulant vor Stationär“ (AvoS)
ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe		Umsetzung AvoS
AUG1.4	Katarakt		Umsetzung AvoS
AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme)		Umsetzung AvoS
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
BEW2	Orthopädie		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
BEW3	Handchirurgie		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
BEW5	Arthroskopie des Knies		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung

SPLG	Bezeichnung der Spitalplanungsleistungsgruppe	Veränderung der DRG-Fallzahl 2020–2024	Begründung Rückgang
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)		Abbau Überversorgung
GYN1	Gynäkologie		Umsetzung AvoS
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie		Abbau Überversorgung
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Duraeröffnung		Sehr geringe Fallzahl
KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
RHE1	Rheumatologie		Umsetzung AvoS + Abbau Überversorgung
	Fallzahlrückgang zwischen 3 bis 10%		
	Fallzahlrückgang um mehr als 10%		

Tabelle 3: Erwartete Fallzahlentwicklung in Spitalleistungsgruppen mit Mengendialog im Jahr 2024

#### 4.2.1 Ablauf Mengendialog gemäss Leistungsvereinbarung

Auszug aus der Leistungsvereinbarung:

„Das Spital, welches für den jeweiligen Spitalleistungsbereich und Spitalleistungsgruppe einen Leistungsauftrag erhalten hat, ist verantwortlich für die Einhaltung der in der Zielvereinbarung maximal definierten Leistungsmengen. Das Spital erstellt quartalsweise eine Übersicht über die Anzahl der für die Zielvereinbarung massgebenden erbrachten Leistungen und reicht diese dem GD spätestens 30 Tage nach Ablauf des jeweiligen Quartals ein.“

Die Spitäler melden die in den mengengesteuerten Spitalleistungsgruppen (Spitalleistungsgruppen mit Mengendialog) erbrachten Leistungen vierteljährlich dem GD / der VGD spätestens 30 Tage nach Ablauf des jeweiligen Quartals. Darüber hinaus erstellt das Spital eine Prognose der erwarteten Leistungsmenge bis zum Jahresende.

Das GD / die VGD stellt die gemeldeten Fallzahlen den jeweils für das Quartal massgebenden GGR-Zahlen gegenüber und führt die erwarteten Leistungsmengen der Spitäler für das Jahresende zusammen. Ist die gemeldete Gesamtzahl (Ist-Werte) unter

den Sollwerten passiert nichts. Ist die für das Jahresende hochgerechnete Gesamtzahl unter den Soll-Werten passiert nichts. Sind die gemeldeten Zahlen und die hochgerechneten Zahlen über den massgebenden GGR-Zahlen, wird mit den einzelnen Häusern der Mengendialog in Gang gesetzt. Dabei wird analysiert, in welchen Häusern die errechneten Zielwerte überschritten wurden, es werden gemeinsam Massnahmen eruiert und es wird vereinbart, mit welchen Massnahmen der Zielkorridor wieder erreicht wird (Zielvereinbarungsprozess). Massnahmen können bspw. die Einführung eines Indikationscontrollings oder die Implementierung eines Ortho-Boards mit allen Spitälern im GGR sein, welche über einen Leistungsauftrag für diese Spitalleistung verfügen.

### Prozess Mengendialog

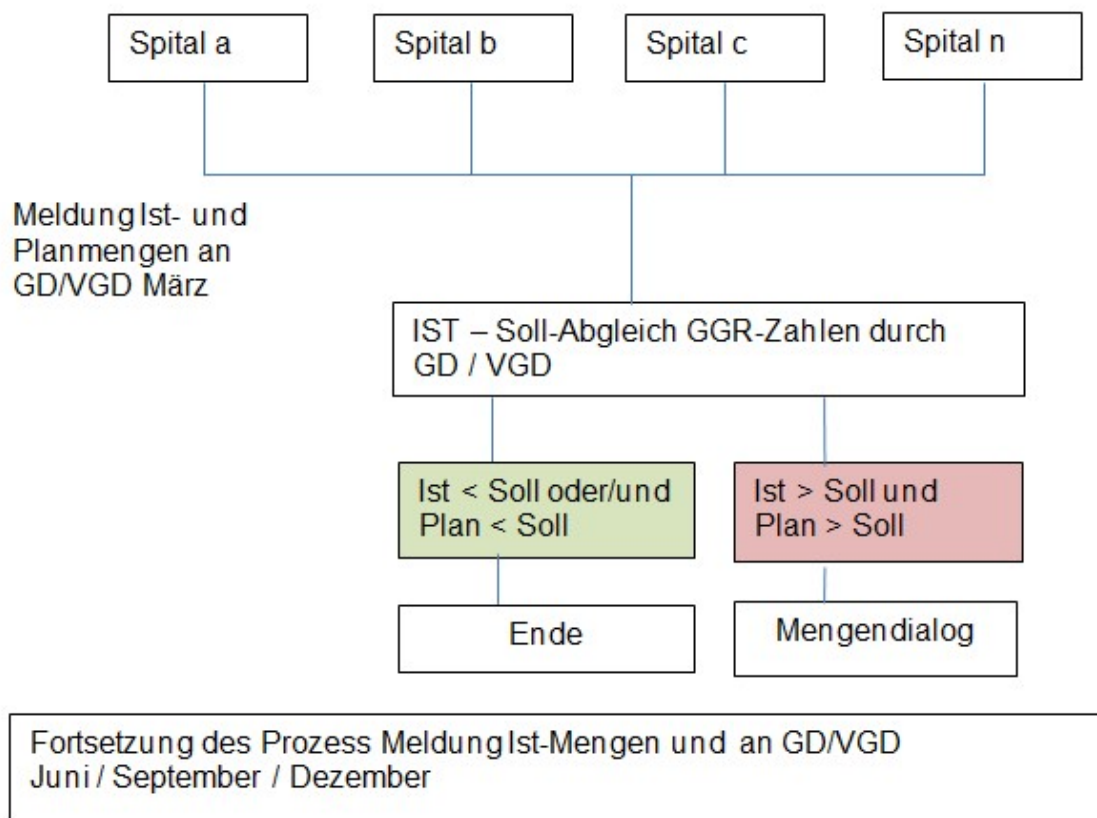


Abbildung 6: Prozess Mengendialog

Der Bereich Gesundheitsversorgung bzw. das Amt für Gesundheit kann aufgrund dieser Rückmeldungen die Prüfung der Indikationsstellung veranlassen.

Überschreitet das Spital die in der Zielvereinbarung definierten Leistungsmengen ohne ersichtlichen Grund und lässt es keine Bemühungen für die Einhaltung der bedarfsgerechten Leistungsmengen im Mengendialog erkennen, kann der Leistungsauftrag in der Folgeperiode nicht mehr oder nur noch provisorisch erteilt werden.

Leistungen, bei denen die Indikationsstellung gegeben war, gelten in jedem Fall als bedarfsgerecht und rechtfertigen eine entsprechende Überschreitung der in der Zielvereinbarung definierten Leistungsmengen. Vorbehalten bleiben zudem alle Leistungen in Erfüllung der Aufnahmepflicht nach Art. 4 Abs. 1 der Leistungsvereinbarung, die ebenfalls in jedem Fall als bedarfsgerecht gelten.

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 Bereich Gesundheitsversorgung bzw. Amt das für Gesundheit den Entzug des Leistungsauftrags nach Anhörung des Spitals auch vor Ablauf der Vertragsdauer der Leistungsvereinbarung prüfen und mittels einer anfechtbaren Verfügung vollziehen.

Über die Laufzeit der Spitalliste hinweg stellt sich der Prozess wie folgt dar:

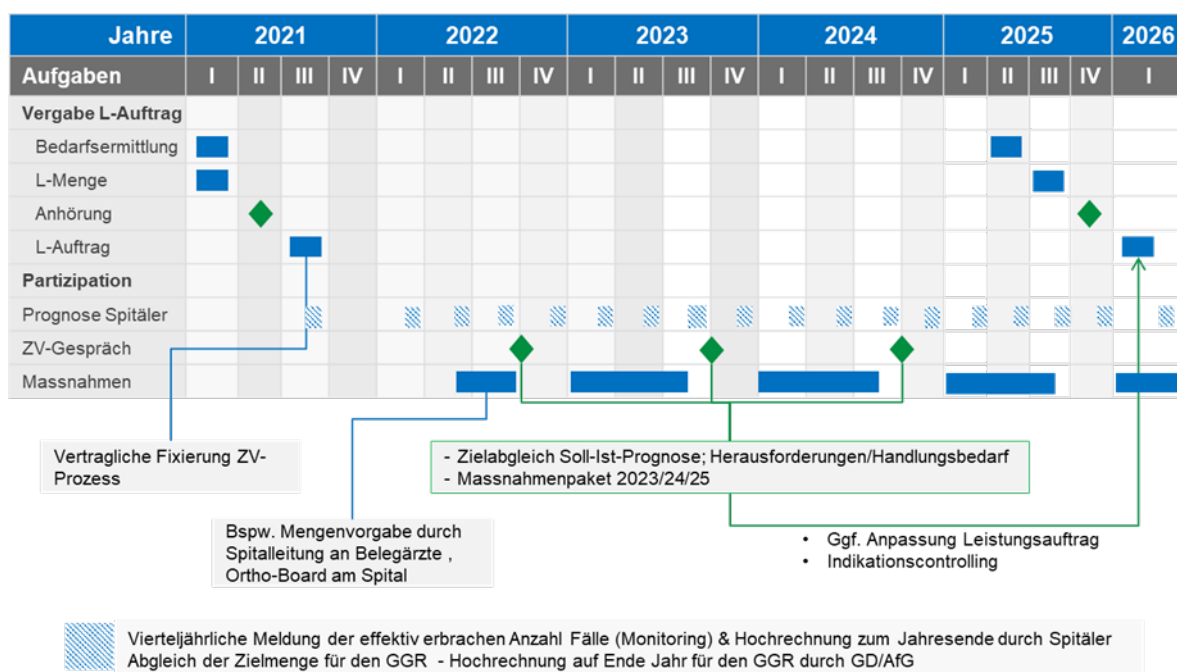


Abbildung 7: Mengendialog im Zeitverlauf

Der Prozess geht von folgenden Annahmen aus:

- Inkraftsetzung der Folgespitalliste zum 1. Januar 2026;
- Mindestens ein jährliches Zielvereinbarungsgespräch pro Spital für Leistungsgruppen im Mengendialog;
- Unterjährige bedarfsorientierte Zielvereinbarungsgespräche sind möglich;
- GSV und AfG können im Zielvereinbarungsprozess gleichberechtigt Massnahmen vorschlagen, welche die Zielerreichung unterstützen (bspw. stichprobenartiges Indikationscontrolling, Ortho-Boards);

- Präferiert werden wirkungsvolle Massnahmenvorschläge, welche von Seiten der Leistungserbringer in den Zielvereinbarungsprozess eingebracht werden. Höchste Priorität haben wirkungsvolle Massnahmen, welche unter den Spitälern abgestimmt sind (siehe dazu auch Kap. 9.6).

## 5 Ablauf Spitalplanung 2021

Im September 2019 starteten das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (GD BS) und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Landschaft (VGD BL) den Prozess der eigentlichen Spitalistenerstellung (nachfolgende Abbildung). Die Spitäler hatten sechs Wochen Zeit, sich in einem offenen Bewerbungsverfahren für Leistungsaufträge im Bereich der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation zu bewerben. Nach Abschluss der Bewerbungsfrist haben sich 37 Spitäler und Kliniken für einen Leistungsauftrag beworben, 11 davon Leistungserbringer ausserhalb der beiden Basel. Die eingegangenen Bewerbungen wurden daraufhin auf Vollständigkeit geprüft, erfasst und statistisch ausgewertet. Es folgten verschiedene bikantonale Sitzungen mit den Direktions- bzw. Departementsvorstehern zur Diskussion der Leistungsaufträge. Geplant waren die Zustellung der provisorischen Leistungsaufträge und das erste rechtliche Gehör der Spitäler für Mai 2020. Der ganze Prozess musste jedoch aufgrund der SARS-CoV2-Pandemie um sechs Monate verschoben werden.

Die COVID-19-bedingte Sistierung des rechtlichen Gehörs zu den vorläufigen gleichlautenden Spitallisten um sechs Monate hatte zur Folge, dass die gleichlautenden Spitallisten per 1. Juli 2021 statt per 1. Januar 2021 in Kraft gesetzt werden.

Der Projektablauf verschiebt sich um den Zeitraum der Sistierung der Anhörung – unter der jeweiligen Berücksichtigung eines Verfahrens bei Uneinigkeit nach § 13 Staatsvertrag um exakt sechs Monate.

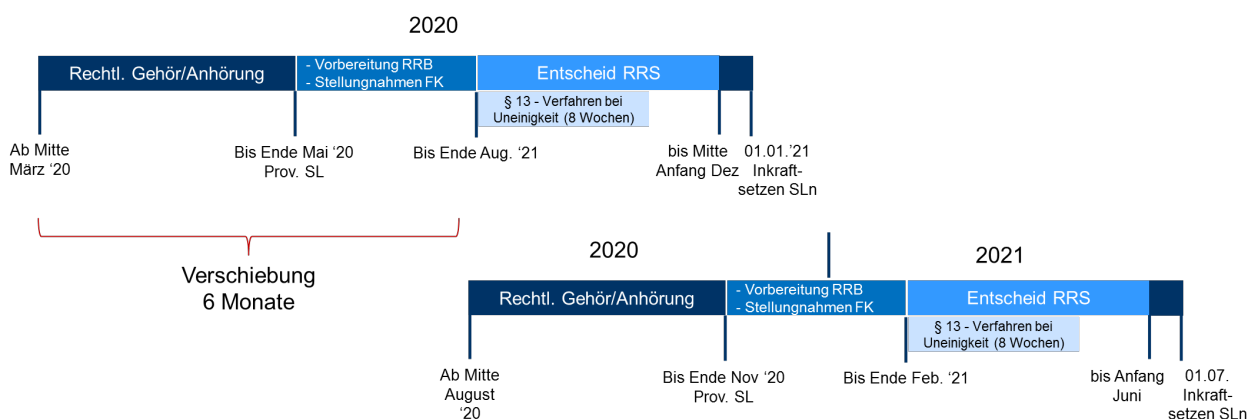


Abbildung 8: Projektablauf

Die Gespräche mit den Spitälern fanden im August/September 2020 statt. Von den Gesprächen mit den Bewerbern wurde jeweils ein Kurzprotokoll erstellt. Aufgrund der Ergebnisse des Gesprächs bestand die Möglichkeit, die Bewerbung anzupassen oder zu



ergänzen 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. 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. Danach wurden die Vernehmlassungsantworten analysiert und sowohl mit der Fachkommission als auch mit den Direktions- bzw. Departementsvorstehern besprochen.

## **6 Das Bewerbungsverfahren für die gleichlautenden Spitallisten**

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.

Die Bewerbung um Aufnahme auf die gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft richtete sich nach den nachfolgend aufgeführten Dokumenten mit allen für das Verfahren relevanten Ausführungen und Erklärungen. Diese enthalten sämtliche relevanten Ausführungen und Erklärungen.

1. Bewerbungsformular für die gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 1. Januar 2021 (Akutmedizin, Psychiatrie und Rehabilitation). MS-Excel-Formular zum Ausfüllen und Einreichen der Bewerbung an das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.
2. Anforderungen und Erläuterungen zu den Spitalleistungsgruppen (SPLG) der Gesundheitsdirektion Zürich in der Version 2019.1.

Das Bewerbungsformular hatte folgenden Inhalt für die Spitälern, welche sich für Leistungen in der Akutsomatik beworben haben:

1. Informationen zum Bewerbungsverfahren
2. Definitionen der Leistungsgruppen (Einleitung)
  - 2.1 Leistungsgruppen
  - 2.2 Leistungsgruppen und Anforderungen
3. Formulare für die Bewerbung
  - 3.0 Betriebsbewilligung
  - 3.01 Generelle Voraussetzungen
  - 3.02 Operationalisierung der Übergeordneten Ziele
  - 3.1 Allgemeine Qualitätsanforderungen (Akutsomatik)



- 3.2 Angaben zu Fachärztinnen / Fachärzten und deren zeitliche Verfügbarkeit
- 3.3 Anforderungen für die Notfall-Station
- 3.4 Anforderungen an die Intensivstationen
- 3.5 Kooperationen/Verknüpfungen
- 3.6 Tumorboards
- 3.7 Sonstige Anforderungen
- 3.8 Basisversorgung
- 3.9 Zusammenfassung der Angebotserhebung für die Leistungsgruppen
- 3.10 Pädiatrie und Kinderchirurgie
- 3.11 Akutgeriatrie
- 3.12 Spezialisierte Palliative Care im Spital
- 3.13 Geburtshaus
- 3.14 Weitere Angaben zur Bewerbung
4. Allgemeine Angaben zum Leistungserbringer
5. Erklärung

Beim Bewerbungsformular für jene Spitäler, die sich ausschliesslich für Leistungsaufträge in der Psychiatrie und/oder in der Rehabilitation beworben haben, entfielen die Akutsomatik-spezifischen Tabellenblätter – namentlich der Grossteil der Register 3.02 bis 3.13. Für die Akutsomatischen Spitäler stellt das Blatt „Zusammenfassung der Angebotserhebung für die Leistungsgruppen“ das zentrale Element dar. Die nachfolgende Abbildung zeigt einen Auszug aus diesem Blatt:

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen		Leistungsgruppenspezifische Anforderungen							Wollen Sie sich für diese Leistungsgruppe bewerben?	Verknüpfungen		Mindestfallzahlen	
			3.8: <u>Essenzielles Basispaket</u>	3.2: <u>Fachärztin/-arzt und zeitl. Verfügbarkeit</u>		3.3: <u>Notfallstation (NFS)</u>	3.4: <u>Intensivstation (IS)</u>	3.5: <u>Kooperation</u>	3.6: <u>Tumorboard (TB)</u>		3.7: <u>Sonstige Anforderungen</u>	innerhalb Leistungsbereich		zwischen Leistungsbereichen
				Kürzel	Bezeichnung									
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin		Allgemeine Innere Medizin und Chirurgie	1	1	1							
Basispaket Elektiv	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer		entsprechend Leistungsgruppe	2		1	BP						
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	BP	Dermatologie und Venerologie	1	2	1							
	DER1.1	Dermatologische Onkologie	BP	Dermatologie und Venerologie			1		TB		DER1	ONK1	S 10	
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen	BP	Dermatologie und Venerologie	2	2	2				DER1			
	DER2	Wundpatienten	BPE/BP							Wundambulatorium				
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	BPE/BP	Oto-Rhino-Laryngologie	2		1							
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	BPE/BP	Oto-Rhino-Laryngologie	2		1				HNO1			
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)	BPE/BP	Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie	2		2			TB	HNO1	KIE1		
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	BPE/BP	Oto-Rhino-Laryngologie	2		1				HNO1			
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Daueröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	BP	Oto-Rhino-Laryngologie inkl. Schwerpunkte - Hals- und Gesichtschirurgie	2		1				HNO1	NCH1		
HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Oskuloplastik inkl. Stapesoperationen)	BPE/BP	Oto-Rhino-Laryngologie	2		1				HNO1				

Abbildung 9: Beispiel Angebotserfassung

In diesem Tabellenblatt wählt das Spital jene SPLG an, für die es sich bewerben möchte. Zudem sind hier sämtliche, in den anderen Tabellenblättern vom Spital eingegebenen Angaben zur Erfüllung der Anforderung, wie etwa betreffend ärztliches Personal und dessen Verfügbarkeit, Notfall- und Intensivpflegestationen, verknüpft. Anhand dieser Angaben findet ein Abgleich mit den Soll-Anforderungen zu den SPLG der Gesundheitsdirektion Zürich (siehe oben) statt. Die sich dann ergebenden roten und grünen Felder zeigen somit an, ob ein Spital die Anforderungen erfüllt oder nicht.



## 7 Vergabe von Leistungsaufträgen

### 7.1 Die übergeordnete Zielsetzung und die Bedeutung für die Spitalplanung

Die fünf gemeinsamen Versorgungsziele leiten sich aus den drei übergeordneten politischen Zielen der gemeinsamen Gesundheitsregion ab:

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

Die fünf Ziele der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht nach § 4 des Staatsvertrages dienen einer effizienten und effektiven Versorgung in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettung und der nicht-universitären Gesundheitsberufe, wobei der Fokus auf der Versorgung mit akutsomatischen Leistungen liegt. Die übrigen Leistungsbereiche wie Psychiatrie und Rehabilitation folgen zu einem späteren Zeitpunkt. Diese fünf Ziele lauten:

- Konzentration und Koordination der Leistungserbringung;
- Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung;
- Sinnvolle Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Leistungsangeboten;
- Gleichbehandlung der Anbieter sowie
- die Sicherung der universitären Lehre und Forschung.

Die drei übergeordneten politischen Ziele sind gleich gewichtet. Damit der jeweilige Beitrag des Spitals zur Zielerreichung ermittelt werden kann, werden die Ziele weiter operationalisiert. Der jeweilige Beitrag wird im Rahmen einer Nutzwertanalyse pro Spitalleistungsgruppe quantifiziert. Grundsätzlich lässt sich sagen: Je höher der Nutzwert eines Spitals für die jeweilige Spitalleistungsgruppe ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass das Spital den Leistungsauftrag erhält.

Um ein transparentes Vorgehen im Rahmen der Leistungsvergabe sicherzustellen, wurde ein Planungs- und Wirkungsmodell gemeinsam mit dem Statistischen Amt Basel-Stadt entwickelt. Die Zuteilung der Leistungsaufträge im Planungs- und Wirkungsmodell berücksichtigt zum einen die Kriterien des Züricher Leistungsgruppenmodells (2020) zum anderen die im Bewerbungsverfahren vom Spital beantragten Leistungsaufträge sowie den Nutzwert des jeweiligen Spitals pro Spitalleistungsgruppe.

### 7.2 Das Planungs- und Wirkungsmodell

Um der Komplexität der Spitalplanung Rechnung tragen zu können, haben das GD BS und die VGD BL ein Planungsmodell erstellen lassen, welches die bedarfsgerechten Leistungsmengen auf die Bewerberspitäler unter



- Berücksichtigung der Interdependenzen der Zürcher Spitalleistungsgruppen-systematik und
- dem Nutzenbeitrag der Spitäler zur Versorgungszielerreichung

verteilt. Das grundlegende Kriterium für die Verteilung der bedarfsgerechten Leistungsmenge ist der definierte effizienzgewichtete 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 definierte Nebenbedingungen limitiert, namentlich die Kapazitäten der Spitäler, Mindestfallzahlen nach SPLG-Systematik, die verknüpften Leistungen nach SPLG-Systematik sowie Mindestmarktanteile als Kriterium der Versorgungsrelevanz.

### **7.2.1 Die Ermittlung des Nutzenbeitrags**

Das grundlegende Kriterium für die Verteilung der bedarfsgerechten Leistungsmenge ist der definierte effizienzgewichtete Patienten- und Systemnutzen (ePUS). Der Nutzenbeitrag des Spitals zur Leistungserbringung pro Spitalleistungsgruppe wird in einem gestuften Verfahren ermittelt. Auf der ersten Stufe werden die übergeordneten politischen Ziele

- Ziel 1: eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der beiden Kantone;
- Ziel 2: eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie
- Ziel 3: eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region

operationalisiert und der Nutzenbeitrag der bewerbenden Spitäler pro übergeordnetes Ziel ermittelt. Dies bedeutet, dass die Versorgungsplanung nicht eindimensional den Versorgungsraum anschaut. Die Versorgungsplanung achtet darauf, dass die Ziele gleichgewichtig erreicht werden können. Dabei werden Unterziele definiert, deren Zielerreichung messbar ist.

Zu Ziel 1 (nicht abschliessend): In einer Region mit städtischen und ländlichen Gebieten 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.

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 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.

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. Im



Rahmen einer Nutzwertanalyse wird so der Beitrag des Spitals zur Erreichung der gleichgewichteten übergeordneten Ziele der gemeinsamen Gesundheitsregion bestimmt.

Auf der nächsten Stufe werden die 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 SPLG der „erweiterten Grundversorgung“ höher gewichtet als für Leistungen der Grundversorgung.

Auf der abschliessenden dritten Stufe wird der Nutzen eines Spitals pro SPLG einer Effizienzgewichtung unterzogen. Spitäler, welche Behandlungen für komplexere multimorbide Patienten kostengünstig durchführen, erhalten einen Effizienzaufschlag und vice versa (in vorhergehender Abbildung 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.

Der Effizienzaufschlag wird durch die den Kantonen zur Verfügung stehenden Kostendaten (Case Mix Index (CMI), Patient Clinical Complexity Level (PCCL) und Basisfallpreis bzw. Baserate) der Spitäler pro SPLG ermittelt. Im Ergebnis erzielt jedes Spital einen individuellen effizienzgewichteten Patienten- und Systemnutzen pro SPLG, welcher die Verteilung der bedarfsgerechten Leistungsmenge mitbestimmt.

## **7.2.2 Eine differenzierte Spitalliste auf Basis von Leistungsmengen**

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.

# **8 Aufbau der gleichlautenden Spitallisten**

Die gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft listen alle Leistungsaufträge an die Leistungserbringer (Akutspitäler, Psychatriekliniken, Rehakliniken) auf. Mit einem Leistungsauftrag auf den Spitallisten aufgeführte Institutionen sind für entsprechende Leistungen zur Abrechnung über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) zugelassen (Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG).

Entsprechend den Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25. Mai 2018) sowie gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (C-2290/2013; C-5849/2012; C-6088/2011) werden die Leistungsaufträge neu standortbezogen vergeben, wobei der Standort folgendermassen definiert wird:



Ein Spital (inkl. Geburtshaus) ist eine räumlich vernetzte, betriebliche und organisatorische Einheit zur Erbringung stationärer medizinischer Untersuchungen und Behandlungen. Spitäler im Sinne der Zulassungsbestimmung nach KVG können über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen oder Teil einer grösseren Einheit wie beispielsweise einer Anstalt, einer Kapitalgesellschaft oder einer Verwaltungseinheit sein. Damit eine Betriebseinheit im Rahmen der vorliegenden GDK-Empfehlungen als Spital qualifiziert werden kann, müssen mindestens folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

1. Ein Spital erbringt stationäre medizinische Leistungen und verfügt für die selbstständige Behandlung seiner Patienten über die notwendigen betrieblichen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen.
2. Die am Spital tätigen Mitarbeitenden unterstehen der fachlichen und organisatorischen Leitung (Weisungsbefolgungspflicht) entsprechend der Aufbau- und Ablauforganisation des Spitals.
3. Die Behandlung von Patienten ist durch räumliche Kontinuität gewährleistet.

Durch die standortbezogene Vergabe von Leistungsaufträgen werden im Vergleich zu den bestehenden Spitallisten der beiden Kantone folgende Institutionen neu separat als Spital aufgeführt:

- Universitätsspital Basel – neu mit den Standorten Hauptcampus, Gellert und Augenspital;
- Adullam Geriatriespital – neu mit den Standorten Basel und Riehen;
- Kantonsspital Baselland – neu mit den Standorten Liestal und Bruderholz.

Bei jedem Spital werden in tabellarischer Form alle Leistungsaufträge gemäss geltender SPLG-Systematik der Gesundheitsdirektion Zürich aufgeführt. Zusätzlich sind in einer Spalte „Bemerkungen“ allfällige Einschränkungen der aufgefhrtten Leistungsaufträge vermerkt. Die Einhaltung dieser Einschränkungen wird im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings jährlich überprüft.

## **9 Die Leistungsaufträge der gleichlautenden Spitallisten ab 2021**

### **9.1 Änderungen in der Leistungsgruppensystematik**

Die Leistungsgruppensystematik (SPLG-Systematik) wurde vom Kanton Zürich als Planungsgrundlage für die Einteilung medizinischer Leistungen entwickelt. Die Systematik beruht im Wesentlichen auf der Zusammenfassung von Operations(CHOP)- und Diagnose(ICD-10)-Codes. Da sich die Medizin ständig weiterentwickelt, müssen auch die Kataloge der CHOP- und ICD-Codes jährlich aktualisiert werden. Dies bedingt auch immer eine Aktualisierung der SPLG-Systematik. In regelmässigen Abständen werden auch die Leistungsgruppen selbst überarbeitet. Dabei können neue Leistungen in die Systematik aufgenommen werden oder bestehende SPLG werden neu zusammengefasst oder gestrichen.

Für die Planung der vorliegenden Spitalisten wurde die SPLG-Systematik Version 2019 verwendet. Im Vergleich zur älteren Version der aktuell gültigen Spitalisten zeigen sich nur geringe Unterschiede. Einzig im Bereich der Chirurgie des Bewegungsapparates gab es eine Änderung.

Neu werden Gelenkersatzoperationen nach Knie und Hüfte unterschieden. BEW7.3 Wechseloperationen Hüft- und Knieprothesen fällt weg.

Neu ist der Bereich Knie/Hüfte wie folgt strukturiert:

<b>BEW7</b>	<b>Rekonstruktion untere Extremität</b>
<b>BEW7.1</b>	<b>Erstprothese Hüfte</b>
<b>BEW7.1.1</b>	<b>Wechseloperation Hüftprothesen</b>
<b>BEW7.2</b>	<b>Erstprothese Knie</b>
<b>BEW7.2.1</b>	<b>Wechseloperation Knieprothesen</b>

Abbildung 10: Neustrukturierung Spitalleistungsgruppen BEW7

## 9.2 Grundsätze zur Vergabe von Leistungsaufträgen

Die Basis für die Vergabe von Leistungsaufträgen bildete die Bedarfsanalyse und die übergeordneten Versorgungsziele (siehe Ziffer 7.1). Anhand dieser Parameter teilte das Planungs- und Wirkungsmodell die Leistungsaufträge in einem ersten Schritt zu. Dann wurde diese Zuteilung mit dem Status-Quo verglichen und jeder Leistungsauftrag anhand verschiedener Kriterien beurteilt.

- **Leistungsaufträge pro Standort:** Im Vergleich zu den bisherigen Spitalisten im GGR werden die Leistungsaufträge für die Spitalisten 2021 pro Standort und nicht pro Betrieb vergeben. Alle Anforderungen im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsaufträgen sowie die Nutzenbewertungen der Spitäler und die Mengenbeschränkungen werden pro Standort beurteilt.
- **Kleine Fallzahlen:** Leistungen sollten wo sinnvoll und möglich an wenigen Standorten konzentriert werden. Gelegenheitschirurgie ist zu vermeiden. Wo keine zwingenden Verknüpfungen und Abhängigkeiten zu anderen Leistungsgruppen bestehen, sollen Fallzahlen < 10 Fälle pro Jahr kritisch hinterfragt werden. Dabei werden die Gesamtfallzahl im GGR pro Jahr und der Marktanteil mitberücksichtigt.
- **Konzentration von Leistungen:** Leistungen mit wenig Fällen pro Jahr im ganzen GGR sollen an einem Standort konzentriert werden. Bei diesen Leistungsgruppen kann es auch bei Fallzahlen > 10 Fällen pro Jahr und analog einem grösseren Marktanteil aus Qualitätsgründen zu einer Konzentration kommen. Dabei werden allerdings Verknüpfungen und Synergien zu anderen Leistungsgruppen mitberücksichtigt.
- **Cluster:** SPLG wurden nicht einzeln, sondern immer im Kontext des gesamten Leistungsauftrages eines Spitals beurteilt. So kann es sinnvoll sein, einen Leistungsauftrag mit kleineren Fallzahlen zu vergeben, wenn ein Spital das gesamte Spektrum einer Leistung (z. B. HNO) abdeckt (und alle qualitativen Anforderungen erfüllt werden). Im Gegenzug kann ein Leistungsauftrag entzogen



werden, wenn der Marktanteil gering ist und keine Synergien mit anderen Leistungsaufträgen bestehen.

- **Erreichbarkeit:** Die Erreichbarkeit von medizinischen Leistungen war ein weiteres Kriterium. So kann es zu einer Abweichung vom Grundsatz kleiner Fallzahlen kommen, um eine bessere Erreichbarkeit von gewissen Leistungen im gesamten GGR sicher zu stellen.

Die Zuteilung des Planungs- und Wirkungsmodells bildete nur die Basis für die weitere Beurteilung der Leistungsaufträge. Einen grösseren Einfluss auf die effektive Vergabe eines Leistungsauftrages hatte aber die individuelle Beurteilung durch die Planungsbehörden und die Analyse des ganzen Leistungsspektrums eines Spitals bzw. die Verteilung/Erreichbarkeit von Leistungen im Versorgungsraum. Dabei wurden alle Leistungserbringer nach den gleichen Kriterien beurteilt, um den Ermessensspielraum so klein wie möglich zu halten. In den allermeisten Fällen kann der Entzug eines Leistungsauftrages mit zu kleinen Fallzahlen oder der Nichterfüllung von Anforderungen erklärt werden.

Leistungsaufträge können auch unter Einschränkungen vergeben werden:

- **Alternseinschränkungen**  
**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 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.  
**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).

### 9.2.1 Leistungsauftragscontrolling

Der Kanton ist gemäss KVG verpflichtet, eine nach Leistungen differenzierte Spitalliste zu erlassen. Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft machen dies auf Basis der in der Schweiz praktisch flächendeckend angewandten SPLG-Systematik. Die Einhaltung des Leistungsauftrages seitens der Spitäler wird mittels eines



Leistungsauftragscontrollings überprüft. Dazu wird einmal jährlich die Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MedStat) ausgewertet.

In der Auswertung wird überprüft, ob die ausserhalb des Leistungsauftrags codierten Codes mit dem eigentlichen Leistungsauftrag in Zusammenhang stehen, oder ob Eingriffe erfolgten, die nicht unter den Leistungsauftrag fallen. Vor allem bei Spitälern mit einer Notfallstation kann es immer wieder zu Abweichungen kommen, da beim Eintritt des Patienten die Diagnose oder Behandlung nicht immer klar bestimmt werden kann.

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.

Das GD BS und die VGD BL behalten sich vor, abschliessend über die Definition des Leistungsauftrages zu entscheiden. Dies umfasst in diesem Sinne auch Codes ausserhalb zugeteilter Leistungsgruppen, wenn im Leistungsauftragscontrolling ein klarer Bezug zum Leistungsauftrag ersichtlich ist. Das GD BS und die VGD BL können zur Beurteilung der Fälle auch weitere Unterlagen wie Austrittsberichte oder Krankenakten einfordern.

### **9.3 Bewerbungen für neue Leistungsaufträge**

Hat sich ein Spital für eine Leistungsgruppe neu beworben, so wurde nebst einer medizinischen Beurteilung insbesondere anhand des Planungs- und Wirkungsmodells analysiert, ob der prognostizierte Bedarf mit jenen Spitälern, die den Leistungsauftrag bereits bisher hatten und auch weiterhin erhalten sollen, gedeckt werden kann. In den allermeisten Fällen von Neubewerbungen zeigte sich, dass der Bedarf bereits gedeckt ist und dass auch aus medizinischer Sicht keine Neuvergabe erforderlich ist.

### **9.4 Änderungen gegenüber bestehenden Spitallisten**

#### **9.4.1 Klinik Arlesheim**

Die Klinik Arlesheim hat sich im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft für sieben Leistungsaufträge nicht mehr beworben (DER1, DER1.1, NEU2.1, NEU3, HAE1, RHE2, GYNT). Diese Leistungsaufträge fallen somit auf den gleichlautenden Spitallisten 2021 weg.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft hat die Klinik Arlesheim für sechs Leistungsaufträge neu beworben (BP, NEU4.1, PNE1.1, PNE2, GER, AVA). Erteilt wurde neu lediglich der Leistungsauftrag GER, im Sinne der Versorgung





beziehungsweise der zu erwartenden Zunahme der geriatrischen Fälle. Da es sich um eine Querschnitts-SPLG handelt, der keine Codierung hinterlegt ist und die somit selber keine Fälle "generiert", wird es durch diese Neuvergabe nicht zu zusätzlichen Fällen kommen. Die restlichen Neubewerbungen der Klinik Arlesheim wurden hingegen wegen fehlendem Bedarf<sup>4</sup> abgelehnt:

- BP: Dieser Leistungsauftrag konnte aufgrund der fehlenden Chirurgie nicht erteilt werden. BP wird nur an Spitäler mit einer umfassenden Notfallversorgung (Innere Medizin und Chirurgie) vergeben. Die Klinik Arlesheim kann Chirurgie nur in Kooperation anbieten. Die Klinik kann mit dem Leistungsauftrag BPE weiterhin Leistungen der inneren Medizin anbieten, was auch auf dem Leistungsauftrag explizit so vermerkt ist;
- NEU4.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 7 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erreicht;
- PNE1.1: Der Bedarf ist innerkantonal abgedeckt (SOLL 11 Fälle / IST 11 Fälle).
- PNE2: Der Bedarf wird durch inner- und ausserkantonale Leistungsaufträge abgedeckt. (SOLL 143 Fälle / IST 176 Fälle);
- AVA: Sehr spezialisierter auf die Pfarrer-Sieber-Einrichtung zugeschnittener Leistungsauftrag für Drogenentzug und die Behandlung/den Entzug von schwergradig Polytoxikomanie-Erkrankten; kein Leistungsauftrag für den gemeinsamen Gesundheitsraum nötig.

Sechs bestehende Leistungsaufträge wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- DER2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 1 Fall behandelt wurde (2018: 1 Fall, davon 0 aus dem GGR bei Total 82 Fällen im GGR);
- Neurologie (NEU1, NEU2, NEU4): Die ganze Neurologie wurde nicht mehr erteilt, weil die benötigten Verknüpfungen zu anderen medizinische Leistungen nicht erfüllt werden. Bei NEU4 wird zusätzlich die Mindestfallzahl nicht erreicht;
- HAE3: Die Anforderungen an eine Notfallstation/Basispaketleistungen werden nicht erfüllt;
- KAR1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 2 Fälle behandelt wurde (2018: 2 Fälle, davon 2 aus dem GGR bei Total 359 Fällen im GGR). Die SPLG ist mengengesteuert, das heisst es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM (Planungs- und Wirkungsmodell) hat keine Fälle zugeteilt;
- RHE1: Die Anforderungen Facharzt und Facharzt Verfügbarkeit wurden nicht erfüllt. Die SPLG ist mengengesteuert, das heisst es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt.

---

<sup>4</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz



## 9.4.2 St. Claraspital

Das St. Claraspital (SCS) hat sich für alle bestehenden Leistungsaufträge wieder beworben.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt hat sich das St. Claraspital zusätzlich für neun Leistungsaufträge neu beworben (URO1.1.7, GEF1, ANG1, NCH1, NCH1.1, HNO1, HER1, HER1.1). Diese Neubewerbungen wurden wegen fehlendem Bedarf<sup>5</sup> abgelehnt:

- URO1.1.7: Kein Leistungsauftrag, da es in der SPLG URO1.1.7 per se wenig Fälle hat, welche im Sinne des HLO3 konzentriert werden sollten; darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für URO1.1.7 kein Leistungsauftrag erteilt wird;
- GEF1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf durch den Kapazitätspuffer von 10% der Spitäler mit zukünftigem Leistungsauftrag gedeckt ist (SOLL 230 / IST 221); darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für GEF1 kein Leistungsauftrag erteilt wird;
- ANG1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 313 / IST 480). Fälle im Rahmen der Einschränkung „Einschränkung auf onkologische Patienten und Notfälle“ ist möglich; die Einhaltung dieser Einschränkung wird via Leistungsauftragscontrolling überprüft;
- NCH1: Kein Leistungsauftrag, da die Durchführung der radioonkologischen Behandlungen in der SPLG NCH1.1 auch ohne einen Leistungsauftrag für NCH1 möglich ist; darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für NCH1 kein Leistungsauftrag erteilt wird, wenn die Leistungsauftragserteilung NCH1.1 auch ohne NCH1 möglich ist;
- NCH1.1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 35 / IST 51). Fälle im Rahmen der Einschränkung „Einschränkung auf Radioonkologie“ möglich; die Einhaltung dieser Einschränkung wird via Leistungsauftragscontrolling überprüft;
- HNO1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 912 / IST 1022). Fälle im Rahmen der Einschränkung „Einschränkung auf onkologische Patienten und Notfälle“ möglich; die Einhaltung dieser Einschränkung wird via Leistungsauftragscontrolling überprüft;
- HER1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 6 / IST 6); darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für HER1 kein Leistungsauftrag erteilt wird.
- HER1.1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 22 / IST 29); darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für HER1.1 kein Leistungsauftrag erteilt wird;

<sup>5</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz





Vier bestehende Leistungsaufträge wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr oder nur befristet erteilt:

- KAR1.1.1: Kein Leistungsauftrag, da die vorgegebene Mindestfallzahl pro Spital von 10 Fällen im Zeitraum 2016 bis 2019 kein einziges Mal erreicht worden ist (2018: 1 Fall / 1 von 358 im GGR); darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für KAR1.1.1 kein Leistungsauftrag erteilt wird;
- KAR1.2: Kein Leistungsauftrag, da die Fallzahlen im Zeitraum 2016 bis 2019 (jeweils unter 10 Fällen; 2018: 1 Fall / 1 von 186 im GGR) zu niedrig gewesen sind; darüber hinaus ist das SCS gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör damit einverstanden, dass für KAR1.2 kein Leistungsauftrag erteilt wird;
- URO1.1.4: Es wird ein befristeter Leistungsauftrag bis 31. Dezember 2022 erteilt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR wird diese Leistung aus Qualitätsgründen an einem Spital konzentriert werden;
- NUK1: Kein Leistungsauftrag. Es wurden nur kleine Fallzahlen erreicht (2018: 1 Fall / 1 von 122 im GGR). Fälle im Rahmen der Einschränkung „Einschränkung auf interventionelle Eingriffe, nuklearmedizinische Therapie (selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT)-Therapie)“ möglich; die Einhaltung dieser Einschränkung wird via Leistungsauftragscontrolling überprüft.

### 9.4.3 Bethesda Spital

Das Bethesda Spital hat sich im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt für fünf Leistungsaufträge nicht mehr beworben (HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, ONK1). Diese Leistungsaufträge fallen somit auf den gleichlautenden Spitallisten 2021 weg.

Für den Bereich HNO hat das Bethesda Spital im Dezember 2020 eine Nachbewerbung eingereicht. Die Bewerbung ist allerdings lange nach Abschluss des Bewerbungsverfahrens eingereicht worden und konnte deshalb nicht mehr berücksichtigt werden. In einer ersten Phase der Gewährung des rechtlichen Gehörs (Mai bis September 2020) hat das Bethesda Spital eine Nachbewerbung für diesen Bereich noch abgelehnt.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt hat sich das Bethesda Spital für drei Leistungsaufträge neu beworben (NCH2, VIS1, KINB). Diese Neubewerbungen wurden wegen fehlendem Bedarf<sup>6</sup> oder nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt.

- NCH2: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist; darüber hinaus hat das Bethesda Spital gemäss schriftlicher Rückmeldung zum rechtlichen Gehör

<sup>6</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz



- seinen Antrag auf Zuteilung eines Leistungsauftrags für die SPLG NCH2 zurückgezogen;
- VIS1: Der Leistungsauftrag VIS1 kann nicht erteilt werden, da das Bethesda Spital über keine Notfallstation verfügt (Verknüpfung BP) und kein Tumorboard in diesem Bereich anbietet. Auch ist der Bedarf in dieser Leistungsgruppe gedeckt. Im Rahmen des Schwerpunkts „Frauenheilkunde“ kommt es allerdings vereinzelt zu Fällen in dieser SPLG. Deshalb sind Fälle im Rahmen der Einschränkung „Einschränkung auf die Durchführung der gynäkologischen Eingriffe in der SPLG GYNT“ möglich; die Einhaltung dieser Einschränkung wird via Leistungsauftragscontrolling überprüft;
  - KINB: Kinder sollen aus Qualitätsgründen nur am UKBB und im KSBL, Standort Liestal, (eingeschränkt) behandelt werden; Kinder ab 12 Jahren sind gemäss Leistungsauftrag erlaubt.

Drei bestehende Leistungsaufträge wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- GAE1: Kein Leistungsauftrag, da das Bethesda Spital die dafür notwendigen Anforderungen (Notfall, Tumorboard) nicht erfüllt, der Bedarf gedeckt ist und es sich zudem bei der SPLG GAE1 um eine mengengesteuerte Leistungsgruppe handelt;
- Urologie: Die bestehenden Leistungsaufträge in der Urologie (URO1, URO1.1) werden auf Frauen eingeschränkt. Dies, weil in der Urologie eine Überversorgung vermutet wird (URO1 ist mengenbeschränkt). Das Bethesda Spital weist von allen Anbietern die niedrigsten Fallzahlen auf, hat im Jahr 2018 die vorgegebene Mindestfallzahl pro Operateur von 10 Fällen nicht erreicht und lag im Jahr 2019 mit nur 5 Fällen unter der vorgegebenen Mindestfallzahl pro Spital von 10 Fällen. Das Bethesda Spital mit dem Schwerpunkt „Frauenheilkunde“ soll allerdings weiterhin Urologie anbieten können. Im Rahmen dieser Einschränkung fällt der Leistungsauftrag URO1.1.1 allerdings weg, da Prostatektomien nicht an Frauen durchgeführt werden können;
- BEW1: Kein Leistungsauftrag, da das Bethesda Spital nur einen geringen Marktanteil in der mengengesteuerten SPLG BEW1 aufweist (2018: 34 Fälle; davon 26 aus dem GGR von Total 2864 Fällen im GGR). Das PWM hat keine Fälle zugeteilt.

#### **9.4.4 Solothurner Spitäler AG – Standort Dornach**

Die Solothurner Spitäler AG (soH) mit dem Standort Dornach war bereits seit dem Jahr 2012 auf der Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft aufgeführt. Dies, da das Spital Dornach mit seinem umfassenden Leistungsangebot inklusive Notfallstation für die Versorgung der Baselbieter Bevölkerung eine zentrale Bedeutung hat. Seitens des Kanton Basel-Stadt hatte die soH hingegen bisher nie Leistungsaufträge auf der Spitalliste erhalten. Im Gegensatz zu den Leistungserbringern innerhalb der GGR, für die seit dem Jahr 2014 für die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt die gleichen Leistungsaufträge gelten, besteht hier somit eine Abweichung. Mit den neuen gleichlautenden Spitalisten wird der Standort Dornach der soH nun auch Leistungsaufträge des Kantons Basel-Stadt erhalten. Aufgrund der Übersichtlichkeit



werden im Folgenden lediglich die Leistungsaufträge aufgeführt, bei denen es Abweichungen oder Neubewerbungen im Vergleich zur seit dem Jahr 2018 geltenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft gibt. Auch aus tariflicher Sicht ist die Vergabe von Leistungsaufträgen irrelevant, da der Tarif der soH aktuell unter den Referenztarifen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt liegt. Zudem hat der Standortkanton dem Spital Dornach sämtliche Leistungsaufträge, auf die es sich nun für die gleichlautenden Spitalisten der beiden Basel beworben hat, bereits erteilt. Daher können alle vom Spital Dornach angebotenen Leistungen bereits heute von der GGR-Bevölkerung ohne Einschränkung beansprucht werden. Aus Versorgungssicht (gemäss KVG müssen auch ausserkantonale erbrachte Leistungen bei der Planung berücksichtigt werden) sowie auch um mit der soH einen Mengendialog führen zu können, ist die Vergabe einzelner Leistungsaufträge an das Spital Dornach dennoch erforderlich.

Die soH hat sich mit dem Standort Dornach für alle bisher auf der aktuellen Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft aufgeführten Leistungsaufträge erneut beworben.<sup>7</sup> Darüber hinaus hat sich die soH für 20 Leistungsaufträge neu beworben, wobei folgende Leistungsaufträge neu erteilt wurden:

- HNO1, HNO1.1, HNO1.2: Hierbei handelt es sich um mengengesteuerte SPLG, wobei das Spital in diesem Bereich einen „Cluster“ anbietet. Um mit der soH, welche sich nicht in der GGR überhaupt einen Mengendialog führen zu können, sollen diese auch von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erteilt werden. Bei den zugewiesenen Mengen handelt es sich um das IST der GGR-Bevölkerung im Jahr 2018, die eingefroren wurde. Diese Mengen wurden aus der Mengensteuerung im GGR herausgerechnet. Die Vergabe dieser Leistungsaufträge an das Spital Dornach ist daher im Hinblick auf die Soll-Mengen der Leistungserbringer in der GGR ohne Einfluss;
- BEW3: Hierbei handelt es sich um eine mengengesteuerte SPLG, wobei das Spital bereits bisher im Kanton Basel-Landschaft mit nahezu allen BEW-Leistungsaufträgen auf der Spitalliste aufgeführt ist. Um mit der soH, welche sich nicht in der GGR befindet und von seinem Standortkanton diese Leistungsaufträge ohnehin erhalten hat, überhaupt einen Mengendialog führen zu können, soll der Leistungsauftrag für diese SPLG nun auch von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft erteilt werden. Analog zu den HNO-Aufträgen wurden die zugewiesenen Mengen auch hier auf dem IST der GGR-Bevölkerung eingefroren und bei der Bedarfsermittlung herausgerechnet.

Bei ausserkantonalen Leistungserbringern wurden in nicht mengengesteuerten SPLG grundsätzlich keine neuen Leistungsaufträge erteilt, sofern bei diesen Leistungen kein explizites, medizinisch begründetes Angebotsdefizit festzustellen ist. Dies war auch eine Vorgabe des Planungs- und Wirkungsmodells. Da diese Leistungserbringer einen entsprechenden Leistungsauftrag bereits durch ihren Standortkanton haben, ist aufgrund der schweizweiten Freizügigkeit gemäss KVG hier auch keine Erteilung von Leistungsaufträgen erforderlich. Folgende Neubewerbungen wurden daher abgelehnt:

---

<sup>7</sup> BP, BEW1, BEW2, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1., BEW7.2



- DER2
- HNO1.3
- HNO2
- NCH2
- NCH3
- END1
- GAE1: Die SPLG ist mengengesteuert, im Gegensatz zu den HNO-Leistungsgruppen, welche einen Cluster bilden, ist in dieser nicht-chirurgischen SPLG eine Leistungsvergabe jedoch nicht zielführend.
- VIS1
- VIS1.4
- HAE2
- HAE3
- RAD1
- URO1: Die SPLG ist mengengesteuert, im Gegensatz zu den HNO-Leistungsgruppen, welche einen Cluster bilden, ist in dieser einzelnen Urologie-SPLG eine Leistungsvergabe nicht zielführend.
- BEW8
- ONK1
- KINB

#### 9.4.5 Ergolz Klinik

Die Ergolz Klinik hat sich für alle bestehenden Leistungsaufträge wieder beworben.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft hat sich die Ergolz Klinik zudem für fünf Leistungsaufträge neu beworben (DER1.1, KIE1, BEW7, GYNT, KINB). Diese Neubewerbungen wurden wegen fehlendem Bedarf<sup>8</sup> oder nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt.

- DER1.1: Kein Leistungsauftrag, da die Anforderungen nicht erfüllt werden (Notfallstation, Facharzt, Verknüpfungen, Tumorboard) und der Bedarf gedeckt ist (SOLL 79 / IST 79);
- KIE1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 102 / IST 102);
- BEW7: Kein Leistungsauftrag, da die Anforderungen nicht erfüllt werden (Verknüpfung) und der Bedarf gedeckt ist (mengengesteuerte SPLG);
- GYNT: Kein Leistungsauftrag, da Anforderungen nicht erfüllt werden (Verknüpfung, Mindestfallzahlen, Zertifikat) und der Bedarf gedeckt ist (SOLL 120 / IST 119);
- KINB: Kinder sollen aus Qualitätsgründen nur am UKBB und Liestal (eingeschränkt) behandelt werden; Kinder ab 12 Jahren sind gemäss Leistungsauftrag erlaubt.

---

<sup>8</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz



Elf bestehende Leistungsaufträge wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- DER1: Kein Leistungsauftrag, da die Ergolz Klinik die dafür notwendigen Anforderungen (Notfall, Facharzt, Verfügbarkeit) nicht erfüllt. Ausserdem wurden in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt;
- URO1.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 7 Fälle behandelt wurden (2018: 5 Fälle, davon 2 aus dem GGR bei Total 355 Fällen im GGR);
- URO1.1.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 3 Fälle behandelt wurden (2018: 2 Fälle, davon 1 aus dem GGR bei Total 181 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erreicht;
- BEW1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 15 Fälle behandelt wurden (2018: 9 Fälle, davon 6 aus dem GGR bei Total 2864 Fällen im GGR). Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- BEW2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 739 Fällen im GGR). Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- BEW3: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 1 Fall behandelt wurde (2018: 1 Fall, davon 0 aus dem GGR bei Total 736 Fällen im GGR). Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- BEW4: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 137 Fällen im GGR);
- BEW5: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 3 Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 2070 Fällen im GGR). Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- BEW6: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 1159 Fällen im GGR);
- GYN1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 24 Fälle behandelt wurden (2018: 31 Fälle, davon 24 aus dem GGR bei Total 1135 Fällen im GGR). Aus Qualitätsgründen wird dieser Leistungsauftrag an wenigen Zentren mit Schwerpunkt Gynäkologie konzentriert;
- GYN2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 4 Fälle behandelt wurden (2018: 6 Fälle, davon 5 aus dem GGR bei Total 462 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 100 wurde nicht erreicht, auch liegt keine Zertifizierung vor.

#### **9.4.6 Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)**

Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) hat sich für alle bestehenden Leistungsaufträge wieder beworben.

Im Vergleich zur den bestehenden Spitalisten des der Kantons Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft hat sich das UKBB für einen Leistungsauftrag neu beworben (NEU4.1) und diesen erhalten:

- NEU4.1: Epileptologie soll ein neuer Schwerpunkt des UKBB werden. Epilepsie ist eine häufige Diagnose bei Kindern und das UKBB verfügt schon lange über den Leistungsauftrag der Komplex-Diagnostik. Die Mindestfallzahlen in dieser SPLG gelten nur für Erwachsene. Medizinisch spricht nichts gegen eine Erteilung dieses Leistungsauftrages, deshalb wird dieser erteilt.

Dem UKBB wurden keine bestehenden Leistungsaufträge entzogen.

#### **9.4.7 Kantonsspital Baselland – Standort Liestal**

Wie unter Ziffer 8 ausgeführt, erfolgt die Vergabe der Leistungsaufträge standortbezogen. Die Niederlassung des Kantonsspitals Baselland (KSBL) in Liestal erfüllt sämtliche in Ziffer 8 aufgeführten Kriterien eines Spitalstandorts und ist deshalb als separater Standort aufzuführen; die Leistungsaufträge werden diesem somit direkt erteilt.

Das KSBL – Standort Liestal hat sich im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt für sechs Leistungsaufträge nicht mehr beworben (DER1.2, NCH1, NCH2, NCH3, GEB1.1, NEO1.1). Diese Leistungsaufträge fallen somit auf den gleichlautenden Spitalisten 2021 weg.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft hat sich das KSBL – Standort Liestal für neun Leistungsaufträge neu beworben (HNO1.3.1, NCH1.1, NEU4, NEU4.1, HAE1.1, BEW9, BEW10, HER1/1.1, AVA). Diese Neubewerbungen wurden wegen fehlendem Bedarf<sup>9</sup> oder nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt.

- HNO1.3.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 2 Fällen im GGR). Die Anforderungen (Verknüpfungen) werden nicht erfüllt;
- NCH1.1: Das KSBL hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf diesen;
- NEU4: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 17 Fällen im GGR). Die Anforderungen (Verfügbarkeit) und die Mindestfallzahl von 10 werden nicht erfüllt;
- NEU4.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 7 Fällen im GGR). Die Anforderungen (Verfügbarkeit) und die Mindestfallzahl von 10 werden nicht erfüllt;

<sup>9</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz





- HAE1.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 45 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt;
- BEW9: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 6 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden. Das KSBL – Standort Liestal hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung;
- BEW10: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich 4 Fälle behandelt wurden (2018: 1 Fall, davon 1 aus dem GGR bei Total 8 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden. Das KSBL – Standort Liestal hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung;
- HER1/HER1.1: Nachbewerbung wegen der Verknüpfung zur KAR. Das KSBL hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung.

Acht bestehende Leistungsaufträge wurden wegen der strategischen Neuausrichtung des Spitals, Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr oder eingeschränkt erteilt:

- HNO1.1.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 7 Fälle behandelt wurden (2018: 6 Fälle, davon 6 aus dem GGR bei Total 31 Fällen im GGR). Aus Qualitätsgründen sowie im Hinblick auf allfällige neue IVHSM-Entscheide zu diesem Bereich wird dieser Leistungsauftrag an einem Zentrum konzentriert;
- HNO1.2.1: Kein Leistungsauftrag. Das KSBL – Standort Liestal verzichtet auf diesen Leistungsauftrag;
- KAR1.1.1: Kein Leistungsauftrag, da die dafür notwendige und medizinisch sinnvolle Anforderung der Inhouse-Verknüpfung mit HER1.1 (Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine [ohne Koronarchirurgie]) nicht erfüllt ist. Ein Leistungsauftrag mit Einschränkung ist nicht möglich, da bei Komplikationen die Herzchirurgie eingreifen muss;
- KAR1.2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 186 Fällen im GGR).
- URO1.1.4: Es wird ein befristeter Leistungsauftrag bis 31. Dezember 2022 erteilt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR wird diese Leistung aus Qualitätsgründen an einem Spital konzentriert werden;
- URO1.1.7: Kein Leistungsauftrag. Das KSBL – Standort Liestal verzichtet auf diesen Leistungsauftrag;
- BEW11: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 1 Fall im GGR). Notwendige Verknüpfungen (Neurochirurgie) werden nicht erfüllt. Aus

Qualitätsgründen und aufgrund der kleinen Fallzahl im GGR wird dieser Leistungsauftrag an einem Zentrum konzentriert;

- NCH1: Nachbewerbung. Das KSBL ist mit der Nichterteilung einverstanden;
- AVA: Das KSBL verfügte bisher über diesen Leistungsauftrag. Wie sich zeigte, handelt es sich hierbei um einen spezialisierten auf die Pfarrer-Sieber-Einrichtung zugeschnittenen Leistungsauftrag für Drogenentzug und die Behandlung/den Entzug von schwergradig Polytoxikomanie-Erkrankten. Es wurden hier daher vom KSBL gar nie Leistungen erbracht und es ist auch kein AVA Leistungsauftrag für den gemeinsamen Gesundheitsraum nötig. Das KSBL hat daher im Rahmen der Anhörung auf diesen Leistungsauftrag verzichtet.

Folgende Leistungsaufträge im Bereich Orthopädie werden nur noch eingeschränkt (mit der Einschränkung „Einschränkung auf Traumatologie und/oder Infektorthopädie und/oder Tumororthopädie und/oder Patienten mit einer ASA (American Society of Anesthesiologists)-Risikoklassifikation von  $\geq 3$ “ vergeben:

BEW3, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1, BEW8, BEW8.1. Die Leistungsaufträge für BEW1, BEW2 und BEW7 sollen befristet bis 31. Dezember 2022 uneingeschränkt auch am KSBL – Standort Liestal durchgeführt werden können. Dies aufgrund des dort noch bis dahin betriebenen „Center of Excellence Fuss“. Mit der Pensionierung des leitenden Chefarztes werden auch diese Leistungen bis auf begründete Ausnahmen nur noch am KSBL – Standort Bruderholz angeboten. Im Rahmen des Mengendialogs wird diese befristete Vergabe von uneingeschränkten Leistungsaufträgen an beide KSBL-Standorte berücksichtigt, sodass es hier nicht zu einer damit verbundenen Mengenausweitung kommen wird.

#### **9.4.8 Kantonsspital Baselland – Standort Bruderholz**

Wie unter Ziffer 8 ausgeführt, erfolgt die Vergabe der Leistungsaufträge standortbezogen. Die Niederlassung des Kantonsspitals Baselland (KSBL) Bruderholz erfüllt sämtliche in Ziffer 8 aufgeführten Kriterien eines Spitalstandorts und ist deshalb als neuer Standort aufzuführen; die Leistungsaufträge werden diesem somit direkt erteilt.

Das KSBL – Standort Bruderholz, hat sich im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt für 34 Leistungsaufträge nicht mehr beworben (DER1.2, HNO1.1.1, HNO1.2.1, HNO1.3, NCH1, NCH2, AUG1, AUG1.1, AUG1.2, AUG1.3, AUG1.4, AUG1.5, GEF1, GEFA, GEF3, ANG3, URO1, URO1.1, URO1.1.1, URO1.1.2, URO1.1.3, URO1.1.4, URO1.1.7, URO1.1.8, THO1.1, THO1.2, GYN1, GYNT, GYN2, GEB1, GEB1.1, NEO1, NEO1.1, PAL). Diese Leistungsaufträge fallen somit auf den gleichlautenden Spitallisten 2021 weg.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft hat sich die das KSBL – Standort Bruderholz, für sechs Leistungsaufträge neu beworben (NEU4, NEU4.1, HAE1.1, BEW9, BEW10, NCH1.1). Diese Neubewerbungen wurden wegen fehlendem Bedarf<sup>10</sup> oder nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt.

<sup>10</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder





- NEU4: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 17 Fällen im GGR);
- NEU4.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 7 Fällen im GGR);
- HAE1.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 keine Fälle behandelt wurden (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 45 Fällen im GGR);
- BEW9: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur 1 Fall behandelt wurde (2018: 1 Fall, davon 1 aus dem GGR bei Total 6 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden. Das KSBL – Standort Bruderholz, hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung;
- BEW10: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich nur 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 8 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden. Das KSBL – Standort Bruderholz, hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung;
- NCH1.1: Das KSBL – Standort Bruderholz, hat sich für diesen Leistungsauftrag nachbeworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung.

13 bestehende Leistungsaufträge wurden wegen der strategischen Neuausrichtung des Spitals, Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- DER1.1: Das KSBL – Standort Bruderholz verzichtet auf diesen Leistungsauftrag, da diese Leistung nur noch in Liestal angeboten wird;
- HNO2: Das KSBL – Standort Bruderholz verzichtet auf diesen Leistungsauftrag, da diese Leistung nur noch in Liestal angeboten wird;
- NEU2.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 3 Fälle behandelt wurden (2018: 2 Fälle, davon 2 aus dem GGR bei Total 58 Fällen im GGR) und die dafür notwendigen Anforderungen (Verknüpfung) nicht erfüllt werden;
- HAE1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich 12 Fälle behandelt wurden (2018: 10 Fälle, davon 10 aus dem GGR bei Total 180 Fällen im GGR). Diese Leistung soll wegen kleiner Fallzahlen nach Liestal verlagert werden. Das KSBL ist einverstanden;
- KAR1.1: Diese Leistung soll nach Liestal verlagert werden. Das KSBL ist einverstanden;

---

- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz



- KAR1.1.1: Kein Leistungsauftrag, da die dafür notwendige und medizinisch sinnvolle Anforderung der Inhouse-Verknüpfung mit HER1.1 (Herzchirurgie und Gefässeingriffe mit Herzlungenmaschine [ohne Koronarchirurgie]) nicht erfüllt ist; Ein Leistungsauftrag mit Einschränkung ist nicht möglich, da bei Komplikationen die Herzchirurgie eingreifen muss;
- KAR1.2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 2 Fälle behandelt wurden (2018: 2 Fälle, davon 2 aus dem GGR bei Total 186 Fällen im GGR);
- KAR1.3: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 2 Fälle behandelt wurden (2018: 1 Fall, davon 1 aus dem GGR bei Total 137 Fällen im GGR);
- PNE1.2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 1 Fall behandelt wurde (2018: 1 Fall, davon 1 aus dem GGR bei Total 36 Fällen im GGR). Diese Leistung soll wegen kleiner Fallzahlen nach Liestal verlagert werden. Das KSBL ist einverstanden;
- PNE1.3: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 14 Fällen im GGR). Diese Leistung soll wegen kleiner Fallzahlen nach Liestal verlagert werden. Das KSBL ist einverstanden;
- THO1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 1 Fall behandelt wurde (2018: 1 Fall, davon 0 aus dem GGR bei Total 57 Fällen im GGR). Diese Leistung soll wegen kleiner Fallzahlen nach Liestal verlagert werden. Das KSBL ist einverstanden;
- BEW11: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 1 Fall im GGR). Notwendige Verknüpfungen (Neurochirurgie) werden nicht erfüllt. Aus Qualitätsgründen und aufgrund der kleinen Fallzahl im GGR wird dieser Leistungsauftrag an einem Zentrum konzentriert. Das KSBL hat sich für diesen Leistungsauftrag beworben, verzichtet gemäss Schreiben vom 19. Februar 2021 jedoch auf die Erteilung;
- KINB: Kinder sollen aus Qualitätsgründen nur am UKBB und im KSBL – Standort Liestal, (eingeschränkt) behandelt werden; Kinder ab 12 Jahren sind gemäss Leistungsauftrag erlaubt;
- AVA: Das KSBL verfügte bisher über diesen Leistungsauftrag. Wie sich zeigte, handelt es sich hierbei um einen spezialisierten auf die Pfarrer-Sieber-Einrichtung zugeschnittenen Leistungsauftrag für Drogenentzug und die Behandlung/den Entzug von schwergradig Polytoxikomanie-Erkrankten. Es wurden hier daher vom KSBL gar nie Leistungen erbracht und es ist auch kein AVA Leistungsauftrag für den gemeinsamen Gesundheitsraum nötig. Das KSBL hat daher im Rahmen der Anhörung auf diesen Leistungsauftrag verzichtet.

#### **9.4.9 Merian Iselin Klinik für Orthopädie**

Die Merian Iselin Klinik hat sich im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt für einen Leistungsauftrag nicht mehr beworben (GYN2). Dieser Leistungsauftrag fällt somit auf den gleichlautenden Spitallisten 2021 weg.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt hat sich die Merian Iselin Klinik für 14 Leistungsaufträge neu beworben (BP, NCH2, NCH3, NEU1, VIS1,



GEF1, RAD1, URO1.1.4, URO1.1.7, URO1.1.8, BEW8, BEW8.1, KINB, GER). Diese Neubewerbungen wurden, mit Ausnahme von URO1.1.8, wegen fehlendem Bedarf<sup>11</sup> oder nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt:

- BP: Dieser Leistungsauftrag kann aufgrund der fehlenden Notfallstation nicht erteilt werden. Für das Basispaket ist eine umfassende Notfallversorgung in den Bereichen Chirurgie und innere Medizin notwendig. Eine Notfallstation nur für Teilbereiche dieses Spektrums ist nicht zulässig, da alle Notfälle aufgenommen werden müssten;
- NCH2: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 0 / IST 0);
- NCH3: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 15 / IST 29);
- NEU1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 557 / IST 501);
- VIS1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 893 / IST 802) und die Anforderungen (Verknüpfung BP) nicht erfüllt sind;
- GEF1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 230 / IST 221) und die Anforderungen (Verknüpfung BP) nicht erfüllt sind;
- RAD1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 100 / IST 85) und die Anforderungen (Verknüpfung BP) nicht erfüllt sind;
- URO1.1.4: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 20 / IST 20). Aus Qualitätsgründen und aufgrund der kleinen Fallzahl im GGR wird dieser Leistungsauftrag an einem Zentrum konzentriert;
- URO1.1.7: Kein Leistungsauftrag, da aus Qualitätsgründen und aufgrund der kleinen Fallzahl im GGR dieser Leistungsauftrag an einem Zentrum konzentriert wird;
- URO1.1.8: Leistungsauftrag wird wegen Überschneidungen mit dem bestehenden Leistungsauftrag erteilt;
- BEW8: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 1294 / IST 1151);
- BEW8.1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 90 / IST 75);
- KINB: Kinder sollen aus Qualitätsgründen nur am UKBB und im KSBL – Standort Liestal (eingeschränkt) behandelt werden; Kinder ab 12 Jahren sind gemäss Leistungsauftrag erlaubt;
- GER: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist.

Sechs bestehende Leistungsaufträge (DER1, DER2, AUG1.2, GAE1, BEW10, GYN1,) wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- DER1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 9 Fälle behandelt wurden (2018: 8 Fälle, davon 6 aus dem GGR bei Total 138 Fällen im GGR). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Notfallstation) nicht erfüllt;

---

<sup>11</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz



- DER2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 8 Fälle behandelt wurden (2018: 9 Fälle, davon 4 aus dem GGR bei Total 82 Fällen im GGR);
- AUG1.2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 2 Fälle behandelt wurden (2018: 2 Fälle, davon 2 aus dem GGR bei Total 38 Fällen im GGR). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Verknüpfungen) nicht erfüllt;
- GAE1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 14 Fälle behandelt wurden (2018: 14 Fälle, davon 13 aus dem GGR bei Total 2253 Fällen im GGR). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Notfallstation) nicht erfüllt. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- BEW10: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich 8 Fälle behandelt wurden (2018: 6 Fälle (davon 1 Mindestfallzahl-relevant), davon 3 aus dem GGR bei Total 8 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden.
- GYN1: Kein Leistungsauftrag, da die Gynäkologie kein Schwerpunkt der Klinik ist. Die Fallzahlen haben in den vergangenen drei Jahren abgenommen (2016: 72; 2017: 86; 2018: 48). Im Vergleich zur Gesamtfallzahl im GGR ist der Marktanteil gering (2018: 39 von 1135 Fällen im GGR). Der Leistungsauftrag soll an Kliniken mit Schwerpunkt Gynäkologie vergeben werden (Clusterbildung);

#### 9.4.10 Rennbahn Klinik

Die Rennbahn Klinik hat sich für alle bestehenden Leistungsaufträge wieder beworben.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft hat sich die Rennbahn Klinik für einen Leistungsauftrag neu beworben (KINB). Diese Neubewerbung wurde wegen nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt:

- KINB: Kinder sollen aus Qualitätsgründen nur am UKBB und am KSBL – Standort Liestal (eingeschränkt) behandelt werden; Kinder ab 12 Jahren sind gemäss Leistungsauftrag erlaubt.

Sechs bestehende Leistungsaufträge (BEW3, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2.1, BEW10, RHE1) wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- BEW3: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 nur durchschnittlich 3 Fälle behandelt wurden (2018: 5 Fälle, davon 1 aus dem GGR bei Total 736 Fällen im GGR). Die Behandlung dieser Patienten erfolgt praktisch nur ambulant. Die Abrechnung einzelner stationärer Fälle wird via Leistungsauftragscontrolling ermöglicht;
- BEW7.1: Kein Leistungsauftrag, da im Jahr 2018 nur 14 Fälle behandelt wurden (2018: 14 Fälle, davon 3 aus dem GGR bei Total 1244 Fällen im GGR, vor 2018 gab es diese SPLG in dieser Form noch nicht). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Mindestfallzahl von 50) nicht erfüllt. Die SPLG ist



- mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- BEW7.1.1: Kein Leistungsauftrag, da im Jahr 2019 (neue SPLG) nur 1 Fall behandelt wurde (2019: 1 Fall, davon 1 aus dem GGR bei Total 131 Fällen im GGR). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Mindestfallzahl von 50 in BEW7.1) nicht erfüllt. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
  - BEW7.2.1: Kein Leistungsauftrag, da im Jahr 2019 (neue SPLG) kein Fall behandelt wurde (2019: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 133 Fällen im GGR). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Mindestfallzahl von 50 in BEW7.2) nicht erfüllt. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
  - BEW10: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich 4 Fälle behandelt wurden (2018: 2 Fälle (davon 1 Mindestfallzahl-relevant), davon 1 aus dem GGR bei Total 8 Fällen im GGR). Die Mindestfallzahl von 10 wurde nicht erfüllt. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden;
  - RHE1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich nur 4 Fälle behandelt wurden (2018: 6 Fälle, davon 3 aus dem GGR bei Total 440 Fällen im GGR). Ausserdem wurden die notwendigen Anforderungen (Facharzt, Verfügbarkeit Facharzt, Kooperationen) nicht erfüllt. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt.

#### 9.4.11 Klinik Hirslanden Birshof

Die Klinik Hirslanden Birshof hat sich für alle bestehenden Leistungsaufträge wieder beworben.

Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Landschaft hat sich die Hirslanden Klinik Birshof für sieben Leistungsaufträge neu beworben (BP, NCH2, NCH3, URO1, URO1.1, URO1.1.1, KINB). Diese Neubewerbungen wurden wegen fehlendem Bedarf<sup>12</sup> oder nicht erfüllter Anforderungen abgelehnt.

- BP: Dieser Leistungsauftrag kann aufgrund der fehlenden Notfallstation nicht erteilt werden. Für das Basispaket ist eine umfassende Notfallversorgung in den Bereichen Chirurgie und innere Medizin notwendig. Eine Notfallstation nur für Teilbereiche dieses Spektrum ist nicht zulässig, da alle Notfälle aufgenommen werden müssten;
- NCH2: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 0 / IST 0);
- NCH3: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist (SOLL 15 / IST 29);
- URO1: Kein Leistungsauftrag, da der Bedarf gedeckt ist und es sich zudem bei der SPLG URO1 um eine mengengesteuerte Leistungsgruppe handelt, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung;

<sup>12</sup> Eine Bedarfsdeckung liegt vor, wenn

- SOLL < IST und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10% (Kapazitätspuffer) und/oder
- SOLL > IST aber Delta kleiner 10 oder 2% der SOLL-Menge, da Leistungsmenge nicht ausreichend für Versorgungsrelevanz



- URO1.1: Kein Leistungsauftrag, da die Hirslanden Klinik Birshof die dafür notwendigen Anforderungen (Facharzt) nicht erfüllt und der Bedarf gedeckt ist (SOLL 378 / IST 355);
- URO1.1.1: Kein Leistungsauftrag, da die Hirslanden Klinik Birshof die dafür notwendigen Anforderungen (Facharzt) nicht erfüllt und der Bedarf gedeckt ist (SOLL 181 / IST 207);
- KINB: Kinder sollen aus Qualitätsgründen nur am UKBB und Liestal (eingeschränkt) behandelt werden; Kinder ab 12 Jahren sind gemäss Leistungsauftrag erlaubt.

Sieben bestehende Leistungsaufträge (HNO1, HNO1.1, HNO1.2, HNO1.3, HNO2, BEW8.1, BEW10) wurden wegen Nichterfüllung der Anforderungen oder zu kleiner Fallzahlen nicht mehr erteilt:

- HNO1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich nur 17 Fälle behandelt wurden (2018: 30 Fälle, davon 22 aus dem GGR bei Total 1023 Fällen im GGR). Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- HNO1.1: Kein Leistungsauftrag, da die notwendigen Anforderungen (Verknüpfung) nicht erfüllt wurden. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- HNO1.2: Kein Leistungsauftrag, da die notwendigen Anforderungen (Verknüpfung) nicht erfüllt werden. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- HNO1.3: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich nur 2 Fälle behandelt wurden (2018: 6 Fälle, davon 5 aus dem GGR bei Total 106 Fällen im GGR) und die notwendigen Anforderungen (Verknüpfung) nicht erfüllt wurden. Die SPLG ist mengengesteuert, d. h. es besteht eine vermutete Überversorgung. Das PWM hat keine Fälle zugeteilt;
- HNO2: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich nur 3 Fälle behandelt wurden (2018: 6 Fälle, davon 1 aus dem GGR bei Total 256 Fällen im GGR) und die notwendigen Anforderungen (Mindestfallzahl von 10) nicht erfüllt wurden;
- BEW8.1: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 1 Fall behandelt wurde (2018: 0 Fälle, davon 0 aus dem GGR bei Total 75 Fällen im GGR) und die notwendigen Anforderungen (Mindestfallzahl von 10) nicht erfüllt wurden;
- BEW10: Kein Leistungsauftrag, da in den Jahren 2016 bis 2018 durchschnittlich weniger als 2 Fälle behandelt wurden (2018: 1 Fall, davon 1 aus dem GGR bei Total 8 Fällen im GGR) und die notwendigen Anforderungen (Mindestfallzahl von 10) nicht erfüllt wurden. Wegen der kleinen Gesamtfallzahl im GGR muss diese Leistung an einem Spital konzentriert werden.

#### **9.4.12 Universitätsspital Basel – Hauptcampus**

Das Universitätsspital Basel (USB) hat sich im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt für einen Leistungsauftrag nicht mehr beworben (GER). Dieser Leistungsauftrag fällt somit auf den gleichlautenden Spitallisten 2021 weg.





Im Vergleich zur bestehenden Spitalliste des Kantons Basel-Stadt hat sich das USB für zwei Leistungsaufträge neu beworben (NEU4.1, NEO1.1.1.1).

- NEU4.1: Dieser Neubewerbung wurde wegen einer Versorgungslücke im GGR stattgegeben;
- NEO1.1.1.1: Das USB macht geltend, dass diese SPLG als Geburtsklinik benötigt wird für die Abrechnung von Verlegungen von Kindern, die im USB geboren werden (mit Leistungsauftrag GEB1.1.1) und danach sofort ins UKBB verlegt werden. Diese SPLG ist der IVHSM zugeteilt, und kann dem USB daher nicht vergeben werden.

Folgende Leistungsaufträge im Bereich Orthopädie werden nur noch eingeschränkt (mit der Einschränkung „Einschränkung auf Traumatologie und/oder Infektorthopädie und/oder Tumororthopädie und/oder Patienten mit einer ASA (American Society of Anesthesiologists)-Risikoklassifikation von  $\geq 3$ “ vergeben:

- BEW1, BEW2, BEW4, BEW5, BEW6, BEW7, BEW7.1, BEW7.1.1, BEW7.2, BEW7.2.1

#### **9.4.13 Universitätsspital Basel – Augenspital**

Auf den gleichlautenden Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden Leistungsaufträge neu standortbezogen vergeben. Das Augenspital des Universitätsspitals Basel erfüllt sämtliche in Ziffer 8 aufgeführten Kriterien eines Spitalstandorts. Das Universitätsspital Basel – Standort Augenspital ist deshalb als neuer Standort aufzuführen und die Leistungsaufträge werden diesem somit direkt erteilt. Die entsprechenden Leistungsaufträge waren vor dem 1. Juli 2021 beim Universitätsspital Basel angesiedelt. Es handelt sich deshalb lediglich um eine neue Strukturierung bestehender Leistungsaufträge.

Das Universitätsspital Basel – Standort Augenspital hat sich für die sechs folgenden Leistungsaufträge neu beworben:

- AUG1: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt;
- AUG1.1: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt;
- AUG1.2: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt;
- AUG1.3: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt;
- AUG1.4: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt;
- AUG1.5: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt.

#### **9.4.14 Universitätsspital Basel – Gellertstrasse**

Auf den gleichlautenden Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden Leistungsaufträge neu standortbezogen vergeben. Das Universitätsspital Basel – Standort Gellertstrasse erfüllt sämtliche in Ziffer 8 aufgeführten Kriterien eines Spitalstandorts und ist deshalb als neuer Standort aufzuführen; die Leistungsaufträge werden diesem somit direkt erteilt. Die entsprechenden Leistungsaufträge waren vor dem 1. Juli 2021 beim Universitätsspital Basel angesiedelt. Es handelt sich deshalb lediglich um eine neue Strukturierung bestehender Leistungsaufträge. Die Leistungsaufträge des





bestehenden Standortes „Hauptcampus“ wurden im Gegenzug auf Traumatologie und/oder Infektorthopädie und/oder Tumororthopädie und/oder Patienten mit einer ASA (American Society of Anesthesiologists)-Risikoklassifikation von  $\geq 3$  eingeschränkt. Die dem Standort Gellertstrasse gemäss der Mengensteuerung zugeteilten Mengen entsprechen den elektiven Eingriffen und wurden vom Standort Hauptcampus übertragen und fallen dementsprechend dort weg.

Das Universitätsspital Basel – Standort Gellertstrasse hat sich für die zehn folgenden Leistungsaufträge neu beworben:

- BEW1: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW2: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW4: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW5: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW6: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW7: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW7.1: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW7.1.1: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt;
- BEW7.2: Leistungsauftrag an neuen Standort mit Mengenbeschränkung erteilt;
- BEW7.2.1: Leistungsauftrag an neuen Standort erteilt.

#### **9.4.15 Felix Platter Spital Basel**

##### **Spezialregelung Geriatriespitäler:**

Die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)-Systematik ist mit allen leistungsspezifischen Anforderungen auf die Akutspitäler zugeschnitten. Sie stützt sich bei der Definition der Leistungsgruppen vor allem auf Operations(CHOP)- und Diagnose(ICD-10)-Codes ab.

Geriatriespitäler sind selbst nicht operativ tätig, nehmen aber viele Patienten als Verlegungen aus anderen Spitälern oder mit multiplen Vorerkrankungen stationär auf. Diese Patienten werden dann konservativ behandelt. Die leistungsspezifischen Anforderungen der SPLG-Systematik machen vor diesem Hintergrund für die Geriatriespitäler daher wenig Sinn. Wertet man die stationären Fallzahlen der Geriatriespitäler nach der SPLG-Systematik aus, weisen diese in ganz vielen verschiedenen Leistungsgruppen jeweils nur wenige Fälle aus. Um dieses Spektrum abzubilden, müssten viele Leistungsaufträge mit geringen stationären Fallzahlen ohne hinterlegte Anforderungen erteilt werden. Das GD BS und die VGD BL haben deshalb entschieden, den Geriatriespitalern nur den Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER (Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) zu erteilen. Im Rahmen dieses Leistungsauftrags können alle geriatrischen Patienten konservativ stationär behandelt werden, wobei alle Fälle im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings geprüft werden.

Dem Felix Platter Spital Basel wird der Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER (Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) für die konservative stationäre Behandlung geriatrischer Patienten erteilt. Aufgrund der Einschränkung auf geriatrische Fälle wird hier auf eine Mengensteuerung im BPE verzichtet.



#### **9.4.16 Adullam Geriatriespital – Standort Basel**

##### **Spezialregelung Geriatriespitäler:**

Die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)-Systematik ist mit allen leistungsspezifischen Anforderungen auf die Akutspitäler zugeschnitten. Sie stützt sich bei der Definition der Leistungsgruppen vor allem auf Operations(CHOP)- und Diagnose(ICD-10)-Codes ab.

Geriatriespitäler sind selbst nicht chirurgisch tätig, nehmen aber viele Patienten als Verlegungen aus anderen Spitälern oder mit multiplen Vorerkrankungen stationär auf. Diese Patienten werden dann konservativ behandelt. Die leistungsspezifischen Anforderungen der SPLG-Systematik machen vor diesem Hintergrund für die Geriatriespitäler daher wenig Sinn. Wertet man die stationären Fallzahlen der Geriatriespitäler nach der SPLG-Systematik aus, weisen diese in ganz vielen verschiedenen Leistungsgruppen jeweils nur wenige Fälle aus. Um dieses Spektrum abzubilden, müssten viele Leistungsaufträge mit geringen stationären Fallzahlen ohne hinterlegte Anforderungen erteilt werden. Das GD BS und die VGD BL haben deshalb entschieden, den Geriatriespitalern nur den Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER (Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) zu erteilen. Im Rahmen dieses Leistungsauftrags können alle geriatrischen Patienten konservativ stationär behandelt werden, wobei alle Fälle im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings geprüft werden.

Dem Adullam Geriatriespital – Standort Basel wird der Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER (Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) für die konservative stationäre Behandlung geriatrischer Patienten erteilt. Aufgrund der Einschränkung auf geriatrische Fälle wird hier auf eine Mengensteuerung im BPE verzichtet.

#### **9.4.17 Adullam Geriatriespital – Standort Riehen**

Auf den gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft werden Leistungsaufträge neu standortbezogen vergeben. Das Adullam Geriatriespital – Standort Riehen erfüllt sämtliche in Ziffer 8 aufgeführten Kriterien eines Spitalstandorts und ist deshalb als neuer Leistungserbringer aufzuführen; die Leistungsaufträge werden diesem somit direkt erteilt. Die entsprechenden Leistungsaufträge waren vor dem 1. Juli 2021 beim Adullam Geriatriespital angesiedelt. Es handelt sich deshalb lediglich um eine neue Strukturierung bestehender Leistungsaufträge.

##### **Spezialregelung Geriatriespitäler:**

Die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG)-Systematik ist mit allen leistungsspezifischen Anforderungen auf die Akutspitäler zugeschnitten. Sie stützt sich bei der Definition der Leistungsgruppen vor allem auf Operations(CHOP)- und Diagnose(ICD-10)-Codes ab.

Geriatriespitäler sind selbst nicht operativ tätig, nehmen aber viele Patienten als Verlegungen aus anderen Spitälern oder mit multiplen Vorerkrankungen stationär auf. Diese Patienten werden dann konservativ behandelt. Die leistungsspezifischen Anforderungen der SPLG-Systematik machen vor diesem Hintergrund für die Geriatriespitäler daher wenig Sinn. Wertet man die stationären Fallzahlen der



Geriatricspitäler nach der SPLG-Systematik aus, weisen diese in ganz vielen verschiedenen Leistungsgruppen jeweils nur wenige Fälle aus. Um dieses Spektrum abzubilden, müssten viele Leistungsaufträge mit geringen stationären Fallzahlen ohne hinterlegte Anforderungen erteilt werden. Das GD BS und die VGD BL haben deshalb entschieden, den Geriatricspitälern nur den Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER (Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) zu erteilen. Im Rahmen dieses Leistungsauftrags können alle geriatrischen Patienten konservativ stationär behandelt werden, wobei alle Fälle im Rahmen des Leistungsauftragscontrollings geprüft werden.

Dem Adullam Geriatricspital – Standort Riehen wird der Leistungsauftrag für den Querschnittsbereich GER (Akutgeriatrie Kompetenzzentrum) für die konservative stationäre Behandlung geriatrischer Patienten erteilt. Aufgrund der Einschränkung auf geriatrische Fälle wird hier auf eine Mengensteuerung im BPE verzichtet.

#### **9.4.18 Klinik Lengg**

Die Klinik Lengg hat sich neu für fünf Leistungsaufträge auf den gleichlautenden Spitalisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft beworben (BPE, NEU4, NEU4.1, KINC, KINM).

- BPE: Da die Klinik bereits über einen Leistungsauftrag in BPE des Standortkantones verfügt, wird dieser nicht erteilt, da bisher keine Patienten aus dem GGR im BPE behandelt wurden und der Bedarf innerkantonal gedeckt ist;
- NEU4 / NEU4.1: Es handelt sich um spezialisierte Leistungen in der Epileptologie (Diagnostik und Behandlung). Die Klinik hat sich schweizweit auf dieses Spektrum spezialisiert. Deshalb wird ein Grossteil der GGR-Patienten bereits heute hier behandelt. Im Sinne der Abbildung von Patientenströmen auch zu ausserkantonalen Leistungserbringern wird der Klinik Lengg ein Leistungsauftrag für NEU4 und NEU4.1 erteilt;
- KINC/KINM: In der Kindermedizin werden einzig dem UKBB Leistungsaufträge erteilt. Das UKBB verfügt auch über die Leistungsaufträge NEU4 und NEU4.1, deshalb ist der Bedarf bereits innerkantonal abgedeckt.

#### **9.4.19 Spitäler ohne Änderungen des bestehenden Leistungsauftrages**

Folgende Spitäler haben sich für alle bestehenden Leistungsaufträge beworben und diese auch wieder erhalten. Es ergeben sich deshalb keine Änderungen des bestehenden Leistungsauftrages:

- Schmerzlinik Basel
- Palliativzentrum Hildegard
- Geburtshaus Matthea
- Geburtshaus Ambra
- Geburtshaus Tagmond
- Vista Klinik
- Hospiz im Park



Das Geburtshaus Basel hat sich nicht für Leistungsaufträge auf den gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft beworben. Es wird folglich nicht mehr auf den Spitallisten aufgeführt.

## 9.5 Anhörung der Spitäler (Rechtliches Gehör)

Im März 2020 wurde allen Spitalern, 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. Dieser erste Entwurf der Spitalplanung war bewusst restriktiv gehalten und orientierte sich nahezu ausschliesslich an den Ergebnissen des Modells. Lediglich in Situationen, in denen der medizinisch-qualitative „Realitätscheck“ eine Abweichung zu den Modellergebnissen ergeben hat, wurde eine Korrektur vorgenommen. Dies jedoch stets zugunsten des Antrags der Leistungserbringerin. Diese wenigen Übersteuerungen des Modells waren erforderlich, da das Modell viele, aber nicht alle Inputfaktoren berücksichtigen und verarbeiten konnte. So konnten zum Beispiel nicht alle medizinischen, über die Leistungsgruppensystematik hinausgehenden Verknüpfungen und Anforderungen abgebildet oder Differenzierungen innerhalb einzelner Leistungsgruppen vorgenommen werden.

Nach dem Versand im März 2020 war geplant, die Bewerber im Zeitraum Mai/Juni 2020 im Rahmen einer Besprechung anzuhören. Aufgrund der Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden starken Belastung der Spitäler und der Gesundheitsverwaltung der Kantone mussten diese Termine um rund drei Monate verschoben werden, was auch die Verschiebung des Inkrafttretens der neuen Spitallisten vom 1. Januar auf den 1. Juli 2021 zur Folge hatte.

Die Anhörungen fanden im August und September 2020 statt. Anwesend waren an allen Anhörungen je eine Delegation der Abteilung Spitalversorgung des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt sowie der Abteilung Spitäler und Therapieeinrichtungen der VGD BL. Auch war seitens der Kantone stets eine Ärztin oder ein Arzt dabei. Vor allem mit den Akutspitalern mit einem grösseren (mengengesteuerten) Leistungsangebot gab es erhöhten Diskussionsbedarf. Hingegen haben diverse Leistungserbringer mit einem sehr eingeschränkten und/oder spezialisierten Leistungsangebot auf eine Anhörung verzichtet. Dies betraf insbesondere Geburtshäuser, rein palliative Einrichtungen sowie Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken. Hauptdiskussionpunkte bei den Anhörungen waren jene (Neu-)Bewerbungen, welche nicht (mehr) berücksichtigt wurden. Seitens der Delegation der Kantone standen dabei folgende Elemente im Vordergrund:

- Klärung von Fragen seitens der Leistungserbringer. Erklärung der Grundsätze des Planungs- und Wirkungsmodells;
- Aufzeigen, weshalb Bewerbungen nicht (mehr) berücksichtigt wurden;
- Aufnahme weiterer fachlicher Inputs im Hinblick auf eine Wiedererwägung einzelner provisorischer Entscheide;



- Korrektur „offensichtlicher“ Fehler ohne materielle Auswirkungen.

Die Ergebnisse der Anhörungen wurden dem Projektausschuss und der Fachkommission GGR zur Kenntnis gebracht. Auf dieser Basis konnte der Projektausschuss im November 2020 erste Entscheidungen treffen, welche in einer bereinigten provisorischen Spitalliste resultierten. Diese wies punktuelle Anpassungen gegenüber der Version vom März 2020 auf und wurde den Bewerberinnen Anfang Dezember 2020 zur Stellungnahme im Rahmen des rechtlichen Gehörs zugeschickt. Dabei wurde den Angeschriebenen angeboten, weitere Unterlagen, welche das Vorgehen und die Methodik des Planungsverfahrens sowie der Entscheidungsfindungsprozesse betreffen, einzufordern. Von diesem Angebot wurde von diversen Leistungserbringern Gebrauch gemacht. Um den Bewerberinnen für die Analyse der Unterlagen genügend Zeit zu geben, wurde die Frist zur Stellungnahme mit Schreiben vom 1. Februar 2021 bis zum 23. Februar 2021 verlängert. Mit dieser Frist wurde aufgrund der bereits umfassend gewährten Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen des rechtlichen Gehörs der Schriftverkehr geschlossen. 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.

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 zugesandt 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. Dies zeigte sich auch bei individuellen Gesprächen mit zwei Spitälern auf deren Wunsch hin, bei denen das Planungs- und Wirkungsmodell vertieft erläutert wurde. Damit konnte erfolgreich aufgezeigt werden, dass die Zuteilung von Leistungsaufträgen und -mengen nach objektiven Kriterien und für alle einheitlich stattgefunden hat. Nicht abschliessend aus dem Weg räumen liess sich aber die Kritik einiger Spitäler, wonach insbesondere die Gewichtung der Übergeordneten Ziele und der sich daraus ergebende Patienten- und Systemnutzen gewisse Kategorien von Spitälern generell benachteilige.

Sämtliche bis am 23. Februar 2021 eingetroffenen Vorbringen wurden im Hinblick auf den Erlass der Spitalisten sorgfältig geprüft und im Rahmen des Beschlusses berücksichtigt. Die finalen Stellungnahmen der Leistungserbringer bildeten eine wichtige Grundlage für die abschliessenden Projektausschuss-Entscheidungen von Mitte März 2021 zu den noch offenen Punkten. Aufgrund der zwischen Dezember 2020 und dem 23. Februar 2021 eingegangenen Stellungnahmen beziehungsweise Wiedererwägungsgesuche wurden nach eingehender fachlicher Prüfung schliesslich gegenüber Stand Dezember 2020 insgesamt an sechs Spitalstandorte rund 23 Leistungsaufträge zusätzlich erteilt (teilweise mit Einschränkungen). Die Gründe für die Gutheissung dieser Wiedererwägungsgesuche waren schergewichtig die medizinisch-fachliche Beurteilung, die eine Leistungsvergabe aus Versorgungssicht als sinnvoll deklarierte sowie in den Jahren 2019 und 2020 gegenüber dem Jahr 2018 gestiegene Fallzahlen. Bei den im Rahmen der Wiedererwägung erteilten Leistungsaufträgen kann sichergestellt werden, dass die qualitativen Faktoren aus medizinischer Sicht erfüllt sind und dass durch diese Leistungsaufträge eine angebotsinduzierte Mengenausweitung grundsätzlich

ausgeschlossen werden kann. Zudem wurden keine zusätzlichen Leistungsaufträge in mengengesteuerten Bereichen erteilt.

## 9.6 Mengendialog für Spitalleistungsgruppen (SPLG) mit Tendenz zur Überversorgung

Die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Spitalleistungen unterliegen dem Mengendialog. Dies bedeutet, dass im Rahmen der Bedarfsanalyse Leistungsbereiche identifiziert wurden, in welchen die erbrachten Leistungsmengen nicht dem errechneten Bedarf entsprechen (vermutete Überversorgung).

SPLG		Fallzahlen GGR Total 2018	Mengen- steuerung GGR Total 2021	Mengen- steuerung GGR Total 2024	Veränder- ung 2024/2018
BP/BPE	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	25'851	29'426	28'610	11%
HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	993	894	870	-12%
HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	394	391	396	1%
HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	766	654	636	-17%
GAE1	Gastroenterologie	2'083	2'096	2'248	8%
KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	350	368	361	3%
KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	2'180	2'116	1'849	-15%
URO1	Urologie ohne Schwerpunktstiel Operative Urologie	3'099	3'117	3'285	6%
BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	3'093	2'679	2'320	-25%
BEW2	Orthopädie	683	725	672	-2%
BEW3	Handchirurgie	728	566	365	-50%
BEW5	Arthroskopie des Knies	1'931	1'798	1'200	-38%
BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	1'204	1'220	1'150	-4%
BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	358	206	195	-46%
BEW7.1	Erstprothese Hüfte	1'255	1'195	1'332	6%
BEW7.2	Erstprothese Knie	1'206	1'201	1'326	10%
RHE1	Rheumatologie	400	400	416	4%

Tabelle 4: Spitalleistungen im Mengendialog

Die vermutete Überversorgung lässt sich zu einem wichtigen Anteil auf Unterschiede in der Ausübung der medizinischen Praxis (medical practice) in den Regionen zurückführen. Die Herausforderung besteht darin, eine Reduktion der Überversorgung auf ein bedarfsgerechtes Niveau zu senken.

Die mittels Bedarfsanalyse ermittelte bedarfsgerechte Leistungsmenge soll als Grundlage einer Zielvorgabe für die Spitäler im GGR dienen. Diese Zielvorgabe wird im Rahmen der gleichlautenden Spitalisten auf die Leistungsaufträge runtergebrochen. Dies bedeutet, dass die zu vergebenden Leistungsaufträge an maximale Leistungsmengen / Budgets pro Leistungsauftrag geknüpft werden. Die Zielvereinbarungen werden für ausgewählte Leistungsbereiche in die Leistungsvereinbarungen der Spitäler (Verträge) aufgenommen.

Bei einer drohenden Überschreitung der GGR-Zielvorgabe werden die Spitäler mit entsprechendem Leistungsauftrag von den Kantonen informiert. So besteht die





Möglichkeit, dass die Spitäler sich im Vorfeld der Zielvereinbarungsgespräche koordinieren und eigene Massnahmenvorschläge zur Zielerreichung präsentieren (Mengendialog). Sollten die Vorschläge die Überschreitung der Zielvorgabe nicht verhindern, haben die Regulatoren die Möglichkeit beginnend mit einem Indikationscontrolling bis hin zum Entzug von Leistungsaufträgen zu reagieren.

## 10 Psychiatrie und Rehabilitation

Die gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft dienen als Grundlage der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung für alle Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz im jeweiligen Kanton. Auch für die psychiatrische und rehabilitative Spitalversorgung ist vorgesehen, dass gleichlautende Spitallisten auf einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung beruhen.

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

- Rehabilitation eine schweizweit gültige Nomenklatur;
- Psychiatrie ein bikantonales Versorgungskonzept („Konzept zur Zukunft der Psychiatrie im GGR“).

Diese Grundlagen werden derzeit erarbeitet. Die Anbieter der psychiatrischen und rehabilitativen Spitalversorgung wurden im Prozess zur Erstellung der gleichlautenden Spitallisten aufgefordert, sich mit den bestehenden Leistungsaufträgen um die Aufnahme auf die gleichlautenden Spitallisten zu bewerben. Die Leistungsaufträge werden entsprechend auf die gleichlautenden Spitallisten 2021 übernommen (formaler Prozess).

Mit der Erarbeitung der für eine bedarfsgerechte Spitalplanung wesentlichen Grundlagen ist gewährleistet, dass im Jahr 2022 die bedarfsgerechte Versorgungsplanung durchgeführt und in einem Versorgungsplanungsbericht Ende Jahr 2022 veröffentlicht wird. Die Aktualisierung der bestehenden gleichlautenden Spitallisten für die psychiatrische und rehabilitative Spitalversorgung ist für das Jahr 2024 vorgesehen.

Mit der Erarbeitung des bikantonalen „Konzeptes zur Zukunft der Psychiatrie im GGR“ wird derzeit die fachliche Grundlage zur Weiterentwicklung der Psychiatrie gelegt. Dieses Konzept wird mit dem Versorgungsplanungsbericht veröffentlicht.

Für die Rehabilitation ist davon auszugehen, dass im Jahr 2022 eine für die Schweiz oder zumindest für die Nordwestschweiz einheitliche Nomenklatur festgelegt wird. Auf dieser Grundlage kann eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung erfolgen, welche wiederum als Grundlage für die Aktualisierung der Spitalliste im Teilbereich Rehabilitation im Jahr 2024 dient.





## 11 Angepasste und gleichlautende Leistungsvereinbarungen ab 2021

Die Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern werden von beiden Kantonen jeweils einzeln mit allen Spitälern einzeln abgeschlossen, die einen Leistungsauftrag auf den gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben. Sind die Leistungsvereinbarungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt bereits heute weitgehend gleich, soll mit den gleichlautenden Spitallisten eine materiell identische Leistungsvereinbarung eingeführt werden. 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. Die Leistungsvereinbarung enthält insbesondere folgende Punkte (Auszug, Textstellen gekürzt):

- 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 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.

Die Leistungsvereinbarungen sollen grundsätzlich für alle Spitäler und Kliniken gleich sein. Individuelle Abweichungen sind aber teilweise erforderlich, da nicht alle Bestimmungen für sämtliche Leistungserbringer zu Anwendung kommen können. Dies gilt vor allem für die Bestimmungen, die sich auf Akutspitäler, die nach SwissDRG abrechnen, beziehen. Daher haben die Geburtshäuser, die Rehabilitations- und die Psychiatriekliniken in einigen Punkten vereinfachte und/oder mit präzisierenden Bestimmungen ergänzte Leistungsvereinbarungen.

Des Weiteren werden in den Leistungsvereinbarungen jene Behandlungen aufgeführt, die nicht auf dem Leistungsauftrag enthalten sind, aber weiterhin durchgeführt werden können und mittels Leistungsauftragscontrolling überprüft werden (vergleiche Ziffer. 9.2.1).

## **12      Einschätzung der Fachkommission zu den gleichlautenden Spitallisten Basel-Stadt und Basel-Landschaft 2021**

Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben mit dem Staatsvertrag betreffend die Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 als erste Kantone eine gemeinsame interkantonale Spitalplanung vorgesehen. Die gemeinsame Ausgestaltung der künftigen Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung soll einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung dienen.

Der Staatsvertrag sieht u. a. die Einsetzung einer unabhängigen Fachkommission vor und verpflichtet diese, bei anstehenden wesentlichen Änderungen der Spitallisten oder weiteren planerischen Massnahmen, welche Beschlüsse der Regierungen erfordern, eine Stellungnahme zuhanden der beiden Regierungen zu erarbeiten. Die Fachkommission versteht den Prozess der Stellungnahme als unabhängigen Audit- und Plausibilisierungsprozess des Ergebnisses in Bezug auf die von den Regierungen bzw. vom Staatsvertrag gesetzten Ziele.

Die Grundlage für die Erstellung der gleichlautenden Spitallisten stellt der Versorgungsplanungsbericht dar, der für die einzelnen Spitalplanungsleistungsgruppen den zukünftigen Bedarf prognostiziert. Die Fachkommission beurteilt die finale Version des Versorgungsplanungsberichts 2019 als taugliche Basis zur Kapazitätsplanung und für die vorgesehene Nutzenbewertung. Dennoch besteht zweifellos die Notwendigkeit, diese Basis zu überprüfen, sobald valide Daten zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie vorliegen.

Aus den im Staatsvertrag formulierten politischen Versorgungszielen wurden vom Projektteam GGR BS/BL die konkreten Planungsziele für die gleichlautenden Spitallisten abgeleitet. An diesen Zielen orientiert wurde ein Nutzenbewertungsverfahren konzipiert,



das eine objektive und zielorientierte Auswahl von Spitälern für die Zuweisung der Leistungsgruppen ermöglicht. Die Fachkommission bewertet die aufgestellten Planungsziele hinsichtlich ihrer Repräsentativität für die Versorgungsziele des Staatsvertrags als valide. Weiterhin hat die Fachkommission die Operationalisierung dieser Planungsziele im Rahmen des Nutzenbewertungsverfahrens überprüft. Die relevanten Fragen waren dabei, ob das Verfahren die rechtliche Gleichbehandlung sichert und ob es die gesteckten Ziele valide abbildet. Im Ergebnis beurteilt die Fachkommission die Nutzenbewertung insgesamt als nachvollziehbar sowie alle in diesem Kontext diskutierten Fragen im Rahmen des Ermessensspielraums des Projektteams GGR BS/BL und der Regelungskompetenz der beiden Kantone liegend. Hinweise auf eine Ungleichbehandlung in Bezug auf die Operationalisierung der Planungsziele und das Bewertungsmodell stellte die Fachkommission nicht fest. Somit ist eine einheitliche, nachvollziehbare und vergleichbare Bewertung nach diesem Verfahren möglich.

Aus den Ergebnissen der Nutzenbewertung wurden den Spitälern algorithmisch Leistungsaufträge auf der Basis der im Versorgungsplanungsbericht ermittelten Bedarfe zugewiesen. Insgesamt beurteilt die Fachkommission die Ergebnisse der Zuteilung der Leistungsaufträge als plausibel und sieht die Anwendung der planerischen Regelungskompetenzen im Einklang mit den definierten Planungszielen. Es ist aber festzuhalten, dass die einzelnen Zuweisungen aufgrund der zahlreichen vom Algorithmus verwendeten Rahmenbedingungen nicht exakt nachvollziehbar sind. Die Zuweisungen der 19 mengengesteuerten Kontingente für das Jahr 2021 sind im Grundsatz ebenfalls plausibel, aber nicht ohne weiteres rechnerisch überprüfbar. Ganz besonders die Verfahrenstransparenz bei der Ausweisung der Kontingente für das Jahr 2024 sollte gesteigert werden.

Aus der algorithmischen Zuteilung der Leistungsaufträge ergab sich eine provisorische Spitalliste, die der Fachkommission für eine Auswirkungsanalyse zur Verfügung gestellt wurde. Es zeigte sich, dass ein moderater Konzentrations- und Koordinationsprozess eingeleitet wurde, bei dem die Gesamtzahl der zugewiesenen Leistungsaufträge signifikant sank. Darin sieht die Fachkommission einen geeigneten Schritt, um planerisch eine Steigerung der Versorgungsqualität, eine Optimierung der Allokation von knappem Fachpersonal und die qualitätsgesicherte Einführung medizinischer Innovationen zu unterstützen.

Das Instrument des Mengendialogs ist aus Sicht der Fachkommission geeignet, ökonomisch motivierte Leistungserbringung zu reduzieren und so die stationären Fallzahlen zu senken. Die Fachkommission erwartet daneben allerdings keine Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten. In der Auswirkungsanalyse ist weiterhin erkennbar, dass der Anteil der Leistungsaufträge privater Spitäler sinkt, was auch ein Ergebnis der im Staatsvertrag formulierten Versorgungsziele ist.

Der Wettbewerb wird trotz der Reduktion der Leistungsaufträge nicht relevant eingeschränkt. Für 95% der Leistungen ist auch weiterhin eine Wahlmöglichkeit für die Patienten innerhalb des GGR vorhanden ist. Eine Beeinträchtigung der Wahlmöglichkeiten für die Patienten ist also nicht erkennbar.



Im Rahmen des Anhörungsverfahrens, welches nach der Bekanntgabe der provisorischen Spitalliste an die involvierten Leistungserbringer und deren Organisationen durchgeführt wurde, sind unterschiedliche Abweichungen gegenüber den vom Algorithmus generierten Zuweisungen festzustellen. Diese Abweichungen hat die Fachkommission auf mögliche Ungleichbehandlung hin untersucht und die nachträglichen Modifikationen systematisiert. Die Fachkommission sieht vor allem zu Beginn der Anwendung der neuen Spitalliste die vorgefundenen Regelungsbedarfe als zulässige Basis für Einzelfallentscheidung an. Für die Zukunft ist jedoch zu fordern, dass wiederkehrende Sachverhalte in den Entscheidungsalgorithmus überführt werden. Neue Aspekte wie z. B. medizinische Innovationen werden aber immer wieder dazu führen können, dass diese in den Anhörungen der Spitäler besonders berücksichtigt werden müssen.

Die Fachkommission sieht es als notwendig an, dass das Ergebnis von Einzelfallentscheidungen auch für andere Spitäler transparent gemacht wird.

Die Fachkommission begrüsst, dass die angewandte Methodik insgesamt eher zu evolutionären Modifikationen als zu einer vollständigen Neugestaltung der Versorgung im Gemeinsamen Gesundheitsraum GGR führt.

## **13 Rückmeldungen aus der Vernehmlassung bei den Kantonen**

Die provisorischen gleichlautenden Spitallisten der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wurden auch den angrenzenden Kantonen Aargau, Jura, Solothurn und Zürich zur Stellungnahme unterbreitet. Dabei haben die Kantone Aargau, Jura, und Zürich zurückgemeldet, dass sie mit den Leistungsauftragsvergaben vollumfänglich einverstanden sind. Der Kanton Solothurn hat ebenfalls zurückgemeldet, dass er mit den Leistungsauftragsvergaben einverstanden sei, hat aber in seiner Rückmeldung den Antrag des Spitals Dornach zur zusätzlichen Vergabe der Leistungsauftragsgruppen VIS1, VIS1.4, GAE, URO1 explizit unterstützt.

## **14 Finanzielle Auswirkungen**

Die finanziellen Auswirkungen der gleichlautenden Spitallisten können für das Jahr 2024 anhand der vorliegenden Datensätze abgeschätzt werden (siehe nachfolgende Abbildung).

Dabei kann in vier Kategorien unterschieden werden, welche nachfolgend kurz vorgestellt werden. Gesamthaft überwiegt der kostendämpfende Effekt deutlich den kostensteigernden Effekt.

Die kostendämpfenden Effekte fallen jährlich an und erhöhen sich ab dem Jahr 2021/22 kontinuierlich bis zum Jahr 2024 und darüber hinaus.

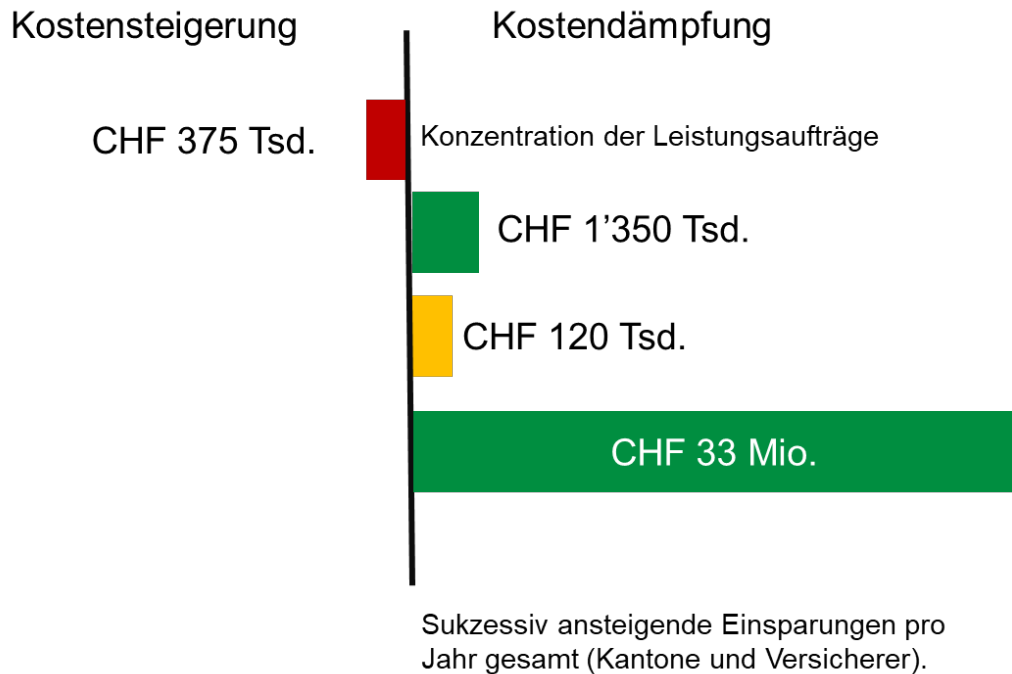


Abbildung 11: Finanzielle Auswirkungen der gleichlautenden Spitallisten

### **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 Spitälern 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.

### **Standortbezogene Leistungsaufträge**

Die gleichlautenden Spitallisten 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.

### **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.



#### Vorgehensweise:

- 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.

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.

#### **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 Einsparvolumen für Versicherer und Kantone in Höhe von rund 33 Mio. Franken pro Jahr erschlossen.