

Fachkommission Gemeinsame Gesundheitsregion
der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft (FK GGR)

Stellungnahme

zuhanden Gesundheitsdepartement Basel-Stadt sowie Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion
Basel-Landschaft

26. April 2021

Inhalt

1	<i>Hintergrund</i>	3
1.1	Historie des Gemeinsamen Gesundheitsraums GGR	3
1.2	Bisherige Versorgung im GGR	4
1.3	Zweck und Aufbau der Stellungnahme	4
2	<i>Rahmenbedingungen</i>	5
2.1	Rechtliche Grundlagen (Staatsvertrag).....	5
2.2	Versorgungsziele im GGR: «bedarfsgerechte» Versorgung 2021 – 2025	6
3	<i>Erarbeitungsprozess der gleichlautenden Spitalliste 2021-2025</i>	8
3.1	Zielsystematik	8
3.2	Übersicht über den Gesamtprozess	9
4	<i>Beurteilung der FK zum Erarbeitungsprozess (Schritte 1-5)</i>	11
4.1	Bedarfsanalyse und -Prognose.....	11
4.2	Operationalisierung Planungsziele und Bewertungsmodell	11
4.3	Algorithmus der Vergabe	12
5	<i>Beurteilung der FK der Auswirkungen der gleichlautenden Spitallisten</i>	12
5.1	Datengrundlage für die Auswirkungsanalyse der Fachkommission	12
5.2	Wirkungen auf Leistungskonzentration, Qualität und Wirtschaftlichkeit	12
5.3	Sinnvolle und effiziente Abgrenzung zw. ambulanten und stationären Leistungen	14
5.4	Gleichbehandlung öffentlicher und privater Leistungserbringender	14
5.5	Einfluss auf Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietenden und Wahlmöglichkeiten für die Patienten	15
5.6	Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung sowie für die universitäre Lehre und Forschung	15
5.7	Weitere Aspekte.....	15
6	<i>Beurteilung der FK der postalgorithmischen Entscheidungen</i>	16
6.1	Rechtliches Gehör.....	16
6.2	Grundsätze der Prüfung abweichender Entscheidungen	16
6.3	Abweichungen zum Algorithmus im Rahmen des Anhörungsverfahrens.....	17
7	<i>Synthese</i>	18

1 Hintergrund

1.1 Historie des Gemeinsamen Gesundheitsraums GGR

Die Idee einer Gesundheitsregion zur bedarfsgerechten stationären Versorgung, die über die Kantonsgrenzen hinaus reicht, ist nicht neu. So haben die jeweiligen Regierungsräte beider Basel bereits 1997 eine gemeinsame Spitalliste beider Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft beschlossen.¹

Die im Januar 2012 eingeführte neue Spitalfinanzierung verursachte einen grossen Umbruch. Sie brachte eine leistungsorientierte Vergütung mit schweizweit einheitlicher Tarifstruktur, die für mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern und für mehr Transparenz und Effizienz sorgen sollte.

Diese neue Dynamik brachte die Spitallandschaft in Bewegung und erhöhte den Druck, durch eine vereinte kantonale Gesundheitsplanung Effizienz und Koordination der medizinischen Dienstleistungen zu verbessern sowie die Prozesse konsequent auf den Patientenbedarf auszurichten.

Mit dem Ziel einer vertieften Kooperation in der Gesundheitsversorgung beider Basel stellten die Regierungsräte, Thomas Weber, Basel-Landschaft und Dr. Lukas Engelberger, Basel-Stadt, 2015 ein ausführliches Strategiepapier vor.² Daraus erfolgte in der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft und im Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die Implementierung einer bikantonalen Projektorganisation für das Projekt «Gemeinsamer Gesundheitsraum» (GGR) der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Die Projektorganisation umfasste die folgenden zwei Teilprojekte:³

- «*Gemeinsame Gesundheitsversorgung*», später umgesetzt mit dem Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung;
- «Gemeinsame Spitalgruppe» bzw. Fusionsprojekt Universitätsspital Basel mit Kantonsspital Baselland, später umgesetzt mit dem Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG.

Im Rahmen des gemeinsamen Gesundheitsraums einigten sich die beiden Regierungen auf drei übergeordnete Ziele⁴ und entschieden, künftig die Spitalplanungen transparent und nach einheitlichen Kriterien zusammenzustellen.⁵

Das Stimmvolk beider Kantone nahm den Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung (GS 219.016; SGS 930.001) im Februar 2019 an.

Abgelehnt jedoch wurde der Staatsvertrag betreffend die Universitätsspital Nordwest AG, da dafür die genügende Zustimmung der Stimmenden im Kanton Basel-Stadt verfehlt wurde und ein Ja von beiden Kantonen erforderlich gewesen wäre.

¹ <https://www.lexfind.ch/tolv/13741/de>. Gemeinsame Spitalliste für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft vom 5. November 1997 (GS 33.1137)

² Das Strategiepapier konkretisierte im Weiteren die Errichtung einer gemeinsamen Spitalgruppe und Aufbau einer Tagesklinik auf dem Bruderholz.

³ Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG: Gemeinsamer Bericht zuhanden des Grossen Rates Basel-Stadt und des Landrates Basel-Landschaft vom 6. Februar 2018, Seite 9/83.

⁴ Optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region.

⁵ https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/regierungsrat/dossiers/spitalplanung/downloads-1/Bericht_Universitaetsspital_Nordwestschweiz.pdf/@@download/file/Bericht_Universitaetsspital_Nordwestschweiz.pdf / [Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Universitätsspital Nordwest AG: Gemeinsamer Bericht zuhanden des Grossen Rates Basel-Stadt und des Landrates Basel-Landschaft vom 6. Februar 2018, Seite 4 und 8/83.](#)

1.2 Bisherige Versorgung im GGR

Bereits in dem 2007 revidierten Krankenversicherungsgesetz sah der Bund vor, dass die Kantone ihre Spitalplanung untereinander zu koordinieren haben.⁶ Das ebnete den Weg zu grösseren, überkantonalen Versorgungsregionen.⁷ Deshalb nahmen 2010 die Nordwestschweizer Kantone aufgrund ihrer Vernetzung der stationären Versorgung mit dem gemeinsamen Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn die umfassende Spitalplanung 2012 vor.⁸

Die Nutzung der Spitalinfrastruktur ist nicht nur abhängig von der Krankheitslast der Bevölkerung, sondern auch vom medizinischen Angebot. Das kantonale Angebot unterscheidet sich zum Teil sehr stark. So weist beispielsweise 2018 der Kanton Basel-Stadt schweizweit die höchste Rate der durchschnittlich pro Tag belegten Spitalbetten pro 1'000 Einwohner auf, wobei anzufügen ist, dass rund 45% der Baselbieter-Patienten in Basel-Stadt behandelt werden.⁹ Trotzdem veranschaulicht diese Rate, dass das medizinische Angebot der Überprüfung bedarf. Denn die Bevölkerung erwartet eine zielgerichtete, qualitativ hochstehende medizinische Versorgung. Eine medizinische Über- und Unterversorgung ist ineffizient und damit nicht im Interesse der Bevölkerung.

Festzuhalten ist, dass die medizinische Versorgung der basel-landschaftlichen und baselstädtischen Patientinnen und Patienten zu rund 98 % nördlich des Juras erfolgt.¹⁰ Dieses geografische Gebiet des «Jura-Nordbogens» beinhaltet den Gemeinsamen Gesundheitsraum der beiden Basler Kantone.

1.3 Zweck und Aufbau der Stellungnahme

Der bereits erwähnte, am 1. Juli 2019 in Kraft getretene Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft sieht in § 8 die Einsetzung einer unabhängigen Fachkommission vor. Dieses Gremium konstituiert sich aus sieben Mitgliedern mit spezifischen Kompetenzen und Erfahrungen in den Bereichen Medizin, Recht, Gesundheitsökonomie, Versicherung, Spital, «International» sowie Patientenvertretung. Sie vertreten keine direkten Interessen von Institutionen im Gesundheitsbereich der Region Basel.

Die Fachkommission hält in ihrer Stellungnahme die wesentlichen Punkte zum Ablauf der Versorgungsplanung und zur gleichlautenden Spitallisten fest, dies insbesondere in Bezug auf eine nachvollziehbare und transparente Methodik, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Die vorliegende Stellungnahme erörtert deshalb zu Beginn die Rahmenbedingungen und dokumentiert die relevanten Aspekte im Erarbeitungsprozess der neuen gleichlautenden Spitallisten. Im Weiteren enthält sie eine Gesamtbetrachtung der neuen Spitalliste in Bezug auf die drei übergeordneten Zielsetzungen sowie abschliessend eine Synthese mit Empfehlungen.

Mit dieser Stellungnahme legt die Fachkommission ausserdem Rechenschaft über ihre Tätigkeit ab.

⁶ Art. 39 Abs. 2 KVG

⁷ Eugster, G., Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Art. 39 Abs. 2 KVG, Genf 2010, Seite 251 Rz 27.

⁸ Gemeinsamer Versorgungsbericht der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn, Spitalplanung 2012, 1. Auflage Oktober 2010.

⁹ <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/rate-der-belegten-spitalbetten>.

¹⁰ Gemeinsame Gesundheitsregion – Akutstationäre Versorgung, Versorgungsplanungsbericht 2019, Seite 16.

2 Rahmenbedingungen

2.1 Rechtliche Grundlagen (Staatsvertrag)

2.1.1 Versorgungsplanung und Erarbeitung der Spitalliste

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) überträgt den Kantonen die Planung der stationären Versorgung ihrer Bevölkerung mit somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen Spitalleistungen¹¹. Die Kantone evaluieren den Bedarf dieser Leistungen und bestimmen die Spitäler, welche für diese bedarfsgerechte Versorgung geeignet und notwendig sind¹². Die Planungskriterien werden in der Krankenversicherungsverordnung (KVV) vorgegeben ebenso wie die wichtigsten Verfahrensgrundsätze dieses Prozesses¹³.

Weiter hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) Empfehlungen zur Spitalplanung abgegeben, welche an ihrer Plenarversammlung vom 25. Mai 2018 genehmigt wurden. Sie stützen sich auf die gesetzlichen Grundlagen aber auch auf die im Zusammenhang mit der Spitalplanung vom Bundesverwaltungsgericht entwickelte Rechtsprechung sowie die bis anhin entwickelte kantonale Praxis¹⁴.

2.1.2 Staatsvertrag gemeinsamer Gesundheitsraum der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

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 gesetzlich verankert¹⁵. Die gemeinsame Ausgestaltung der künftigen Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung soll einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung dienen¹⁶. Der Versorgungsbedarf wird als Mittelpunkt der Planung festgelegt, auf dessen Basis gleichlautende Spitallisten und die Koordination von gemeinwirtschaftlichen Leistungen angestrebt werden. Dadurch sollen verschiedene Ziele erreicht werden, wie beispielsweise eine effiziente und effektive Versorgung, die Konzentration und Koordination von Leistungen zur Sicherstellung von Qualität, die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie die Sicherung versorgungsrelevanter Angebote für die Aus- und Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich und im Rettungswesen¹⁷. Es ist an dieser Stelle festzustellen, dass die im Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft vom 6. Februar 2018 genannten Zielsetzungen und Rahmenbedingungen für den gemeinsamen Gesundheitsraum eine grundsätzliche Ungleichbehandlung der Spitäler implizieren können. Im Weiteren sind im Staatsvertrag Grundsätze für die Umsetzung der koordinierten Planung, zur Organisation und zum Verfahren festgelegt¹⁸.

Der Staatsvertrag verpflichtet die Fachkommission bei anstehenden wesentlichen Änderungen der Spitallisten oder weiteren planerischen Massnahmen, welche Beschlüsse der Regierungen erfordern, eine Stellungnahme zuhanden der beiden Regierungen zu erarbeiten. Daneben unterstützt die

¹¹ Art. 39 Abs. 1 KVG.

¹² Art. 39 KVG.

¹³ Art. 58a ff. KVV.

¹⁴ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-zur-spitalplanung>; BGE 138 II 398, E. XXX; Urteile des Bundesverwaltungsgericht: (C-4302/2011) v. XXX, E. 6.2.2, (C-1966/2014) v. XXX, E. 4.1.3, (C-4232/2014 v. XXX, E. 5.4., (C-6266/2013) v. XXX, E. 4.5.

¹⁵ https://www.gesetzessammlung.bs.ch/app/de/texts_of_law/333.200, SG 333.200, bzw. SGS 930.001, beide, beide vom 1.7.2019.

¹⁶ § 2 Staatsvertrag Gesundheitsversorgung.

¹⁷ § 3 und 4 Staatsvertrag Gesundheitsversorgung.

¹⁸ §§ 4, 7 ff. Staatsvertrag Gesundheitsversorgung.

Fachkommission auf Anfrage das zuständige Departement und die zuständige Direktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und gibt Empfehlungen ab.¹⁹ Die Fachkommission begleitet die Vereinbarungskantone somit als unabhängige Instanz beim Erlass gleichlautender Spitalisten sowie bei der Vergabe von gleichlautenden Leistungsvereinbarungen. Die Fachkommission versteht den Prozess der Stellungnahme als unabhängigen Audit- und Plausibilisierungsprozess des Ergebnisses in Bezug auf die von den Regierungen gesetzten Ziele.

2.2 Versorgungsziele im GGR: «bedarfsgerechte» Versorgung 2021 – 2025

2.2.1 Versorgungsziele

Um die übergeordneten politischen Ziele des gemeinsamen Gesundheitsraums, eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone, eine deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie eine langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region sicherzustellen, wurden fünf Versorgungsziele definiert:²⁰

1. Konzentration und Koordination der Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität
2. Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
3. Sinnvolle und effiziente Abgrenzung zw. ambulanten und stationären Leistungsangeboten
4. Gleichbehandlung öffentlicher und privater Leistungserbringende
5. Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung sowie für die universitäre Lehre und Forschung

2.2.2 Bedarfsgerechte Versorgung

Die Bedarfsplanung richtet sich grundsätzlich nach den etablierten Verfahren in der Schweiz, wobei die Ermittlung der bedarfsgerechten Nachfrage als Ausgangspunkt neu ist.

Auffallend ist, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen regional deutlich variiert. Als Ursachen können einerseits sozio-demographische Unterschiede der Bevölkerung andererseits eine zu vermutende angebotsinduzierte Nachfrage ausgemacht werden. Letztere lässt sich ermitteln, indem verschiedene Einflussfaktoren in der Form von demographischen, sozioökonomischen Variablen und solchen zum Gesundheitszustand standardisiert und regional verglichen werden. Weiter werden problematische Variablen eliminiert. Allfällige Unterschiede, welche danach noch verbleiben, können als Anzeichen für eine mögliche angebotsinduzierte Nachfrage interpretiert werden.²¹

Das auf diesem Weg berechnete Reduktionspotenzial bezieht sich auf 16 Spitalleistungsgruppen und insgesamt 7'970 Fälle (9.3% der Gesamtfallzahl). Für das Versorgungsszenario wird sicherheitshalber davon ausgegangen, dass im Durchschnitt lediglich 50% der unerklärten Varianz angebotsinduziert ist. Dies entspricht für das Ausgangsjahr 2018 3'986 Fällen, was 4.6 Prozent der Gesamtfallzahl ausmacht.²²

Daraus wird die bedarfsgerechte Leistungsmenge der Zukunft (bis ins Jahr 2028) berechnet, wobei das Szenario «Passiv» den heutigen Zustand fortschreiben würde. Ein zweites Szenario «Restriktiv» würde den Abbau der gesamten unerklärlichen Varianz und ein drittes den Abbau eines definierten Teils der Varianz wiedergeben. Letzteres entspricht folglich einem massvollen regulatorischen Eingriff «Aktiv», welcher vorliegend gewählt wurde.²³

¹⁹ § 8 ff., § 15 Staatsvertrag Gesundheitsversorgung.

²⁰ VPB, S. 17

²¹ VPB, S. 67 ff.

²² VPB, S. 74 f.

²³ VPB, S. 50 ff.

Die bedarfsgerechte Nachfragemenge ist also die Basis des Prognosemodells (mit den SPLG Hospitalisierungsraten samt sozioökonomischen, epidemiologischen und medizinischen Trends) und bestimmt sich aus der Nachfragemenge des Jahres 2016, welche um den Korrekturfaktor eines Teils der angebotsinduzierten Nachfrage bereinigt ist. Dabei zeigt sich, dass von den total 128 SPLG bis 2024 bei 17 Leistungsgruppen ein signifikanter Rückgang der Fallmengen (-3% und mehr) erwartet wird.²⁴

Die Nachfragemenge wird für die Jahre 2020, 2024 und 2028 entsprechend der erwarteten demografischen, medizintechnischen und epidemiologischen Entwicklungen sowie der Veränderung der ökonomischen und regulatorischen Rahmenbedingungen angepasst.²⁵

Der gewählte regulatorische Ansatz sieht vor, dass die bedarfsgerechte Leistungsmenge pro Spitalleistungsbereich und pro Spitalleistungsgruppe im Rahmen der Leistungsvereinbarung als Zielvorgabe definiert wird, wobei mit jedem Spital vereinbart wird, welches die bedarfsgerechten maximalen Leistungsmengen pro Jahr sind. Jedes Spital, welches einen Leistungsauftrag erhält, ist verantwortlich für die Einhaltung der maximal vereinbarten Leistungsmengen²⁶.

2.2.3 Corona-Pandemie

Der Versorgungsplanungsbericht (VPB) und damit die Grundlage zur gemeinsamen Versorgungsregion wurde vor Ausbruch der Corona-Pandemie Anfang 2020 erarbeitet. Die darin enthaltenen Prognosen als Datengrundlage zur Mengensteuerung sind durch die pandemie-bedingten Veränderungen der Leistungsnachfrage nicht mehr zutreffend, wie auch jeder Prognoseversuch zum aktuellen Zeitpunkt unseriös wäre. Die FK gelangt mangels anderer, zum heutigen Zeitpunkt vorliegender Hinweise dennoch zum Schluss, dass die Daten zur bisherigen mehrjährigen Nachfrageentwicklung und die darauf basierenden Berechnungen künftiger bedarfsgerechter Leistungsmengen im VPB weiterhin Gültigkeit haben und deshalb auf dieser Basis an der neuen Spitalliste weitergearbeitet werden soll. Gleichzeitig stellt sich die Frage, auf welcher Datenbasis und mit welchen Massnahmen die Spitallisten in Zukunft und insbesondere nach 2024 erarbeitet werden sollen. Daraus folgt, dass die Prognosen zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden müssen.

²⁴ VPB, S. 80 ff.

²⁵ VBP, S. 67 ff.

²⁶ VPB, S. 90.

3 Erarbeitungsprozess der gleichlautenden Spitalliste 2021-2025

3.1 Zielsystematik

Hinsichtlich der Kernaufgabe der Fachkommission, des Verfassens einer Stellungnahme zuhanden der Departements-, resp. Direktionsvorsteher resp. Kantonsregierungen waren zunächst Konkretisierungen zur Bewertung der Zielerreichung des Planungsprozesses vorzunehmen. Dies hat die Fachkommission im Verlaufe ihrer Tätigkeit in internen Erörterungen oder gemeinsamen Diskussionen mit dem Projektteam GGR BS/BL bewerkstelligt. Die im Staatsvertrag formulierten Versorgungsziele sind nicht deckungsgleich mit den Planungszielen, die sich das Projektteam GGR BS/BL gegeben hat (siehe Abb. 1). Es finden sich zwar deutliche Parallelen, aber es gibt auch signifikante Unterschiede. Somit war zu klären, an welchen Zielen sich die Fachkommission bei ihrer Bewertung primär zu orientieren hat.

Als Planungsziele wurden durch das Projektteam GGR BS/BL (1) die optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone, (2) die Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie (3) die Sicherung der Hochschulmedizin in der Region formuliert. Diesen gegenübergestellt sind in Abb. 1 die Versorgungsziele gemäss Staatsvertrag.

Das Projektteam GGR BS/BL setzt dabei die Deckungsgleichheit der Zielsysteme voraus und verwendet die eigenen Planungsziele als Grundlage der Nutzenbewertung, aufgrund derer der Beitrag der jeweiligen Spitäler zur Zielerreichung im Rahmen der Nutzwertanalyse ermittelt wird. Für die Fachkommission ergab sich daraus die zusätzliche Aufgabe, Stellung zur Validität der Planungsziele hinsichtlich der Erreichung der Versorgungsziele des Staatsvertrags zu nehmen.

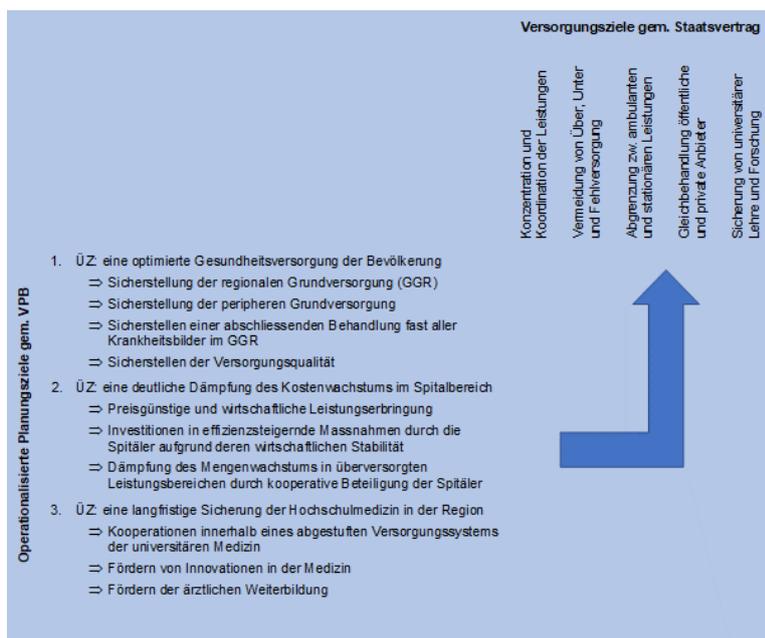


Abb. 1: Zielsystematik

Die Fachkommission hat sich dazu entschlossen, die im Staatsvertrag formulierten politischen Zielsetzungen als normative Vorgaben zu übernehmen und die vom Projektteam GGR BS/BL abgeleitete Zielerreichung der Spitallisten 2021-2025 daran zu messen. Die abgeleiteten Planungsziele werden bezüglich ihrer Validität geprüft. Hierzu hat die Fachkommission die Planungsziele als exogene Variable und die Versorgungsziele als Output bzw. endogene Variable betrachtet (Abb. 1).

3.2 Übersicht über den Gesamtprozess

Der Prozess zur Verabschiedung der gleichlautenden Spitallisten für die Akutsomatik lässt sich in mehrere Teilschritte mit erfolgskritischen Zwischenzielen unterteilen. Die Fachkommission wurde in ihren Sitzungen jeweils sowohl über den Projektverlauf, die Planung der nächsten Schritte als auch die aktuell erreichten Zwischenergebnisse informiert. Auch zwischen den Sitzungen wurden der Fachkommission wichtige Informationen durch das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt bzw. die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft in Vertretung der Projektorganisation zur Kenntnis gebracht, sodass sie die im „Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung“ formulierten Aufgaben entsprechend wahrnehmen konnte. Neben der Verfassung dieser Stellungnahme bestand ihre Aufgabe in der Unterstützung des zuständigen Departements BS und der zuständigen Direktion BL 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 zur Auswirkungsanalyse und der Justierung von Modellparametern aus.

Die Schritte auf dem Weg zur Festlegung der gleichlautenden Spitalliste 2021-2025 zeigt das folgende Diagramm in Abb. 2:

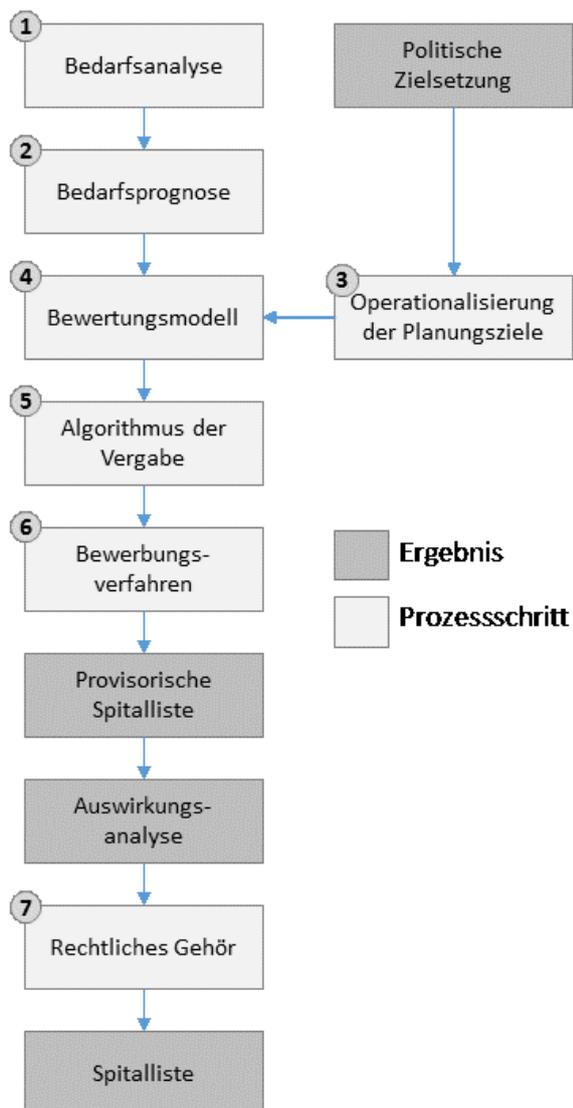


Abb. 2: Projektschritte

Auf der Basis dieser Darstellung wurden von der Fachkommission die einzelnen Prozessschritte methodisch und inhaltlich darauf geprüft, ob sie für die Erreichung der Versorgungsziele aus dem Staatsvertrag einen Beitrag leisten. In den nächsten beiden Kapiteln wird zunächst das systematische Vorgehen bis zur Fertigstellung der provisorischen Spitalliste behandelt (Schritte 1 bis 5) und anschliessend die provisorische Spitalliste als Ergebnis dieses Teilprozesses analysiert, bevor in einem weiteren Abschnitt zu den Anpassungen der Spitalliste im Rahmen des rechtlichen Gehörs und der daraus resultierenden Entscheidungen (Schritte 6 und 7) Stellung bezogen wird.

3.2.1 Bedarfsanalyse und -prognose (Schritt 1 und 2)

Ein erster Schritt auf dem Weg zu den gleichlautenden Spitallisten 2021 war die Analyse der Inanspruchnahme stationärer Leistungen und der Prognose des zukünftigen Bedarfs. Methodisch wurde hier vom Projekt „Gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS & BL“ auf der Basis der vorliegenden Daten zu Behandlungsfällen in den verschiedenen Leistungsgruppen untersucht, wie groß die Abweichung dieser Fallzahlen von der auf die Schweiz standardisierte Versorgungsmenge ausfällt. Unter Berücksichtigung der Erklärungskraft v.a. demographischer und sozioökonomischer Variablen wurden dann Szenarien für die Fallzahlentwicklung aufgestellt, die in unterschiedlichem Ausmass davon ausgehen, dass ein Teil der unerklärten Überschreitung der zu erwartenden Versorgungsmenge abgebaut wird. Auf der Basis von Bevölkerungsprognosen, epidemiologischer und gesellschaftlicher Trends sowie dem Ambulantisierungspotenzial wurden die Leistungsmengen für die Jahre 2020, 2024 und 2028 prognostiziert. Im Bericht wurden so auch Leistungsgruppen identifiziert, bei denen die Überschreitung der zu erwartenden Versorgungsmengen besonders auffällig sind (vgl. Abb. 1). Damit war der Versorgungsplanungsbericht die Grundlage sowohl für die Quantifizierung der Leistungsaufträge und deren Volumina sowie für die Auswahl der Spitalplanungsleistungsgruppen (im Folgenden jeweils Leistungsgruppen oder SPLG genannt) mit einer Mengensteuerung in Form von Zielvereinbarungen.

Die Veröffentlichung dieser Bedarfsprognose erfolgte im Oktober 2019 in Form des Versorgungsplanungsberichts 2019. Der Fachkommission lag ab Juni 2019 ein Entwurf des Berichts vor. Auf Empfehlung der Fachkommission wurde die Transparenz über die planerischen Konsequenzen verbessert und das Kapitel 5 des Berichts durch das Projekt „Gemeinsame Gesundheitsversorgung“ umfassend ergänzt.

3.2.2 Operationalisierung Planungsziele und Bewertungsmodell (Schritt 3 und 4)

Die planerische Operationalisierung der Versorgungsziele erfolgte durch das Projekt „Gemeinsame Gesundheitsversorgung“ in drei Clustern mit den Aspekten der Optimierung der Versorgung, der Kostendämpfung und der Förderung der Hochschulmedizin. Jedes Cluster umfasst mehrere messbare Ziele. Im Rahmen des zur Priorisierung der Bewerber entwickelten Nutzenbewertungsverfahrens wurden von den Spitälern während des Bewerbungsverfahrens zahlreiche Informationen von Forschungsschwerpunkten über das Engagement in der ärztlichen Weiterbildung bis hin zu wirtschaftlichen Kennzahlen erfragt, sodass von einer tragfähigen Datengrundlage für Auswahlentscheidungen ausgegangen werden kann.

3.2.3 Algorithmus der Vergabe (Schritt 5)

Der Algorithmus für die Vergabe der Leistungsaufträge fusst auf den prognostizierten Leistungsmengen aus dem Versorgungsplanungsbericht, der Nutzenbewertung der sich bewerbenden Spitäler sowie den Versorgungskapazitäten dieser Spitäler. Eine geographische Erreichbarkeitsoptimierung ist nicht Teil der Zuweisungslogik. Es existiert allerdings eine Rahmenbedingung für die Erreichbarkeit, dass mindestens 95% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit (PW) ein Spital mit einem Leistungsauftrag Basispaket (BP) erreicht.

Im Rahmen der kalkulatorischen Kapazitätszuteilung werden die Fallzahlen der Leistungsaufträge an die Bewerber grundsätzlich in einer grösseren Dimensionierung berücksichtigt, als in der Vergangenheit von den betreffenden Spitälern Patienten behandelt wurden. Aus diesem Vorgehen resultiert tendenziell eine Konzentration der Leistungen auf eine geringere Anzahl von Leistungsaufträgen resp. Leistungserbringer.

Neben der Nutzenbewertung wurden vom Projektteam GGR BS/BL für die Zuteilung der Leistungsaufträge die leistungsgruppenspezifischen Rahmenbedingungen gemäss der SPLG-Systematik definiert. Hierbei handelt es sich z.B. um Mindestfallzahlen, Betroffenheitsschwellen für die Erreichbarkeit, verknüpfte Leistungsgruppen oder Kapazitätsgrenzen. Unter Berücksichtigung von Nutzenbewertung und den aufgestellten Rahmenbedingungen verteilt der Algorithmus die Leistungsaufträge.

4 Beurteilung der FK zum Erarbeitungsprozess (Schritte 1-5)

4.1 Bedarfsanalyse und -Prognose

Die Fachkommission begrüsst den Ansatz einer Bedarfsplanung auf der Basis bedarfsgerechter Nachfrage und hat die verwendete Methode zur Abschätzung einer relativen Überbeanspruchung von Gesundheitsleistungen plausibilisiert und sie als Mass für eine Einschätzung der angebotsinduzierten Nachfrage bestätigt. **Die Fachkommission beurteilt die finale Version des Versorgungsplanungsberichts gesamthaft als taugliche Basis zur Kapazitätsplanung und für die vorgesehene Nutzenbewertung. Gleichzeitig betont die Fachkommission die Notwendigkeit, diese Basis zu überprüfen, sobald valide Daten zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie vorliegen.**

4.2 Operationalisierung Planungsziele und Bewertungsmodell

Die Operationalisierung der Ziele und das daraus abgeleitete Verfahren der Nutzenbewertung wurden von der Fachkommission eingehend diskutiert. Dabei wurde einerseits bewertet, ob das Verfahren die rechtliche Gleichbehandlung sichert, ob es die gesteckten Ziele valide abbildet und welche wettbewerblichen Auswirkungen es haben wird. Methodische Kritikpunkte sind in diesem Zusammenhang, dass die Zielbewertung statisch erfolgt und die wechselseitigen Konsequenzen von Veränderungen in den Leistungsaufträgen auf die Zielerreichung nicht simuliert werden können. Das Fehlen einer Geokodierung zur Ermittlung von Erreichbarkeiten führt dazu, dass Auswirkungen von veränderten Leistungsaufträgen auf die Fahrtzeit der Patienten keine Berücksichtigung finden. Weiterhin wird die verwendete Operationalisierung der Ziele insgesamt als sehr strukturkonservativ beurteilt, da Abweichungen vom Status Quo in der Tendenz einen eher geringen Nutzenwert und etablierte Spitäler leichter einen hohen Nutzenwert erhalten. Verstärkt wird dieser Effekt dadurch, dass der Nutzenwert im Prinzip auf Ebene des gesamten Spitals berechnet wurde und nur eingeschränkt (durch Gewichtung) für jede Leistungsgruppe separat beurteilt werden kann. Punktuelle Spezialisierungen in Spitälern mit ansonsten geringem Nutzenwert kommen daher in der Priorisierung beispielsweise kaum zum Tragen.

Gesamthaft beurteilt die Fachkommission alle in diesem Kontext diskutierten Fragen im Rahmen des Ermessensspielraums des Projektteams GGR BS/BL sowie 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.

4.3 Algorithmus der Vergabe

Die Fachkommission stellt fest, dass eine geographische Erreichbarkeitsoptimierung nicht Teil der Zuweisungslogik bzw. der neuen Spitalisten ist. Es gibt lediglich ein Kriterium für die Erreichbarkeit, das ab einer bestimmten Betroffenheitsschwelle Zuteilungsrelevanz entfaltet.

Ein sinnvoller Aspekt des verwendeten Algorithmus ist nach Ansicht der Fachkommission die Berücksichtigung eines Konzentrationsfaktors, der im Rahmen der Kapazitätszuteilung dazu führt, dass für eine Leistungsgruppe eher wenige große Leistungsaufträge vergeben werden als viele kleine. Dies steht im Einklang mit dem im Staatsvertrag formulierten Ziel der Qualitätsoptimierung durch Leistungskonzentration. Zudem werden so ökonomische Impulse zur Leistungsausweitung gedämpft, da im stationären Sektor übliche hohe Fixkosten auf zusätzliche Fälle verteilen werden.

Auch die Zuteilung der in den Leistungsvereinbarungen der einzelnen Spitäler zu berücksichtigenden Volumina mengenbeschränkter Leistungen erfolgt zumindest für das Jahr 2021 grundsätzlich algorithmisch. Dabei werden die gleichen Mechanismen unter Verwendung der Nutzenbewertung zugrunde gelegt, die auch die Basis für die Zuteilung der Leistungsaufträge an sich darstellen. Für das Jahr 2024 ist anhand der der Fachkommission zur Verfügung gestellten Mengenergebnissen eine Modifikation der Zuteilungssystematik erkennbar, deren Mechanismus aber auf der Basis der vorliegenden Informationen noch nicht transparent ist.

Insgesamt beurteilt die Fachkommission die Systematik der Zuteilung der Leistungsaufträge als nachvollziehbar und die Anwendung der planerischen Regelungskompetenzen entsprechend den definierten Zielen. Die Zuweisungen der mengengesteuerten Kontingente für das Jahr 2021 ist im Grundsatz ebenfalls nachvollziehbar. Eine höhere Transparenz vor allem bei der Ausweisung der Kontingente für das Jahr 2024 ist aus Sicht der Fachkommission anzustreben.

5 Beurteilung der FK der Auswirkungen der gleichlautenden Spitalisten

5.1 Datengrundlage für die Auswirkungsanalyse der Fachkommission

Die im Folgenden dargestellten Auswirkungsanalysen basieren auf der hierzu zur Verfügung gestellten *provisorischen* Spitalliste. Zur Analyse der erwarteten Wirkungen der neuen gleichlautenden Spitalisten wurden auf Anfrage der Fachkommission weiterführende Datenanalysen durch das Projektteam GGR BS/BL vorgenommen. Die Ergebnisse und Interpretationen der Fachkommission aus diesen Analysen sind nachfolgend zusammengefasst. Die vom Projektteam gelieferten Daten beschränken sich weitgehend auf jene SPLG, die einer Mengensteuerung unterliegen. Dies ist in der Regel ausreichend, um die wesentlichen Auswirkungen gesamthaft beurteilen zu können.

5.2 Wirkungen auf Leistungskonzentration, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Nach Auffassung der Fachkommission wird mit den gleichlautenden Spitalisten 2021 – 2025 ein erster Konzentrations- und Koordinationsprozess eingeleitet, der sich in einer zu erwartenden Leistungskonzentration widerspiegelt: Mit den neuen gleichlautenden Spitalisten wird die Anzahl der vergebenen Leistungsaufträge um ca. 30 % reduziert, nämlich von 637 auf 448. Deutliche Reduktionen betreffen dabei die Fachbereiche Neurologie (-21 LA oder -60% der LA verglichen mit 2018), Bewegungsapparat -30 LA oder -24% der LA verglichen mit 2018), HNO (-23 LA oder -42% verglichen mit 2018) und Kardiologie (-16 LA oder -53% gegenüber 2018).

Die weitergehende Analyse der zukünftigen Verteilung der Leistungsaufträge zeigt, dass der Mittelwert der Fallzahlen je Leistungsauftrag um ca. 30% zunimmt. In den allermeisten Leistungsgruppen sind erhebliche Steigerungen der mittleren Fallzahl festzustellen. Damit verbunden ist auch eine

rechnerische Angleichung der Fallzahl je Leistungsauftrag in den beteiligten Spitälern. Die Konzentration betrifft in erheblichem Masse Leistungen, bei denen von einem besonderen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität auszugehen ist (KAR, BEW).

Mit diesem Konzentrations- und Koordinationsprozess werden wesentliche Voraussetzungen geschaffen,

- **eine Qualitätsdividende für die Patienten durch die Bündelung von Erfahrung, Personal und Strukturvorhaltungen zu realisieren und „Gelegenheitseingriffe“ zu vermeiden**
- **den Einsatz des knappen Fachpersonals in den beiden Kantonen zu optimieren**
- **Medizinische Innovationen sicherer und schneller in der Versorgung zu etablieren**
- **dass die Kliniken ökonomische Skaleneffekte erzielen und wirtschaftlicher arbeiten können, indem die Leistungsaufträge ab 2021 im Durchschnitt erheblich grössere Patientenzahlen umfassen.**

Während die beschriebenen Konzentrationsprozesse nach Auffassung der Fachkommission positive Effekte in der Versorgungsqualität erwarten lassen,²⁷ läuft die direkte Qualitätssteuerung aus der Nutzenbewertung für die Spitalliste 2021 weitgehend ins Leere. Die aus den nationalen Zielsetzungen abgeleiteten Parameter (Ergebnisqualität nach BAG-Qualitätsindikatoren, Infektionsraten aus Q-Monitoring) sind aus Sicht der FK nicht geeignet, um spezifisch für einzelne Leistungsgruppen die Validität und Trennschärfe sicherzustellen, die für eine weitere Optimierung der Spitalplanung notwendig sind. Es sind allerdings auch keine systematisch schädlichen Auswirkungen zu befürchten. Festzustellen ist lediglich, dass eine wirksame direkte, über explizite Qualitätsparameter gemessene Steuerung weder in der Nutzenbewertung noch sonst an irgendeiner Stelle im Verfahren implementiert ist. Mit anderen Worten fallen betreffend Versorgungsqualität die Versorgungsziele des Staatsvertrags und die Planungsziele des Projektteams GGR BS/SL auseinander.

Ähnlich verhält es sich beim Thema Wirtschaftlichkeit: wengleich die «Kostendämpfung» zwar in den Versorgungszielen nicht explizit genannt wohl aber durch übergeordnetes Recht (KVG) sowie den Zweckartikel im Staatsvertrag festgehalten ist, so ist das Thema der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Vorgehensweise der Spitalplanung angemessen zu berücksichtigen. Die Operationalisierung erfolgt unter anderem in einer Berücksichtigung der Baserate im Rahmen des Nutzenbewertungsverfahrens. Geht man davon aus, dass unter der Spitalliste 2021-2025 die gleiche Schweregradverteilung wie im Status quo vorliegt, so ist der Vergleich der fallzahlgewichteten mittleren Baserate die entscheidende Kenngröße für eine Bewertung der Auswirkungen auf die Veränderungen der durchschnittlichen Fallkosten (bei angenommener gleichbleibender Fallschwere) bis 2024. Die von der Fachkommission veranlasste Wirkungsanalyse zeigt, dass sich diese Kenngrösse nicht relevant ändert. Während sich im Bereich der BEW-Leistungsgruppen z.T. marginale Rückgänge der durchschnittlich abgerechneten Baserate bis zu 0,5 % zeigen, steigen diese im Bereich der HNO und der Kardiologie sogar um bis zu 0,9 %. Es ist deshalb zu erwarten, dass bis 2024 weder die gewünschte Steigerung der Wirtschaftlichkeit über eine Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten erreicht werden kann, noch eine Reduktion der Wirtschaftlichkeit durch steigende Fallkosten zu erwarten ist.

Gesamthaft kommt die Fachkommission zum Schluss, dass die Spitalliste 2021-2025 (1) trotz dieser Einschränkungen positive Effekte im Sinne einer Kostendämpfung entfalten kann. Dies liegt einerseits an den bereits diskutierten Skaleneffekten durch größere Fallzahlen je Leistungsauftrag (Konzentrationsdividende). Mit Blick auf die Nutzenbewertung können wirtschaftliche Vorteile für die Häuser erwartet werden, die den Patienten z.B. im Sinne einer höheren Investitionsfähigkeit der Spitäler zugutekommen können. Andererseits ist das neue Instrument des Mengendialogs geeignet, um ökonomisch motivierte Leistungserbringung zu

²⁷ Der positive Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität wurde in vielen empirischen Studien belegt; vgl. C. Hentschker / R. Mennicken (2018): The Volume–Outcome Relationship Revisited: Practice Indeed Makes Perfect, HSR: Health Services Research 53:1 (Feb. 2018) sowie J. Morche, T. Mathes, and D. Pieper (2016): Relationship between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews, Systematic Reviews (2016) 5:204

reduzieren und so die stationären Fallzahlen zu senken. Der Mengendialog ist das erfolgskritische Instrument, um die Erkenntnisse aus dem Versorgungsplanungsbericht zu den nicht erklärbaren Abweichungen der Fallzahlen in Leistungsbereichen wie der Orthopädie und der Kardiologie planerisch umzusetzen und damit der festgestellten Überversorgung entgegenzuwirken. Mit einer erfolgreichen Umsetzung des Mengendialogs kann eine Dämpfung des Kostenanstiegs realisiert werden. (2) Die Fachkommission beurteilt die direkte Wirkung der Spitalliste 2021-2025 auf die Versorgungsqualität als unsicher, weil zwar der Ansatz einer qualitätsrelevanten Spitalplanung vorgesehen ist, gleichzeitig jedoch keine optimierungsrelevanten Qualitätskriterien zur Anwendung gelangen. (3) Die Fachkommission erwartet keine signifikante Steigerung der Wirtschaftlichkeit mittels einer Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten. Umgekehrt ist aber auch nicht mit einer überdurchschnittlichen Erhöhung der mittleren Fallkosten zu rechnen.

5.3 Sinnvolle und effiziente Abgrenzung zw. ambulanten und stationären Leistungen

Die Spitalliste 2021-2025 nimmt ausschliesslich die Planung stationärer Spital-Leistungen in den Blick und ignoriert die vor- und nachgelagerten (ambulanten) Leistungen. Auch wenn diese Einschränkung bewusst vorgenommen wurde, muss darauf hingewiesen werden, dass stationäre Spitalleistungen immer nur kurze Episoden akuter bzw. chronischer Krankheitsgeschehen sind und eine wirkungsvolle Steuerung der Spitalleistungen nur unter Berücksichtigung (mindestens) der vorgelagerten (ambulanten) Zuweisungspraxis gelingen kann. Mit anderen Worten fallen auch bezüglich dieses Punktes der Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Leistungen die Versorgungsziele des Staatsvertrags und die Planungsziele des Projektteams GGR BS/SL auseinander.

5.4 Gleichbehandlung öffentlicher und privater Leistungserbringender

Die Zahl der Leistungsaufträge auf den gleichlautenden Spitallisten sinkt um ca. 30 %. Dabei entfalten die Leistungsaufträge nicht gleichförmig bei allen Spitälern und Trägergruppen ihre Wirkung. Während das KSBL absolut gesehen weitaus am meisten Leistungsaufträge verliert, geben private Träger in leicht überproportionalem Ausmass Leistungsaufträge ab. Im Jahr 2018 entfällt gut die Hälfte der Leistungsaufträge auf öffentliche Spitäler (ohne das Universitäts-Kinderspital), ebenso wie im Planungshorizont nach den gleichlautenden Spitallisten. Mit der Spitalliste 2021-2014 steigt der Anteil der an öffentliche Spitäler erteilte Leistungsaufträge (ohne UKBB) in Basel-Stadt von 24 % auf 27 % bzw. sinkt derselbe in Basel-Landschaft von 28 % auf 24 %. Der SPLG-Anteil privater Träger sinkt mit der Spitalliste 2021-2025 von 20 % auf 16 % in Basel-Stadt bzw. von 12 % auf 8 % in Basel-Landschaft.

Die Ursache dieser Verschiebungen liegt nicht in einer durch die Anwendung des Vergabealgorithmus verursachten Benachteiligung privater Träger. Strukturell handelt es sich bei den Spitälern in privater Trägerschaft in den beiden Kantonen um vergleichsweise kleine Einheiten, die in der Nutzenbewertung eine geringe Bewertung im Kontext der Hochschulmedizin erhalten hatten und gesamthaft über geringe Marktanteile verfügen. Die im Staatsvertrag formulierten Versorgungsziele weisen aber in eine andere Richtung. Folgerichtig ergibt sich bei einer an diesen Zielen ausgerichteten formalen Nutzenbewertung mit algorithmischer Zuordnung der Leistungsaufträge eine Priorisierung großer Spitäler, die in den beiden Kantonen öffentlich sind. Transparent wird dies am ehesten beim Punkt der Sicherung der Lehre und Forschung bzw. der Förderung der Hochschulmedizin. Eine an diesen Zielen ausgerichtete Verteilungslogik wird einen zu vergebenden Leistungsauftrag eher nicht bei einem kleinen / spezialisierten Spital ansiedeln, sondern einer Universitätsklinik zuweisen.

Zusammenfassend hält die Fachkommission fest, dass die moderate Reduktion der Anteile privater Spitäler an den vergebenen Leistungsaufträgen anhand des Algorithmus ein Ergebnis der im Staatsvertrag formulierten Versorgungsziele ist.

5.5 Einfluss auf Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietenden und Wahlmöglichkeiten für die Patienten

Die starke Reduktion der Leistungsaufträge um ca. 30% sowie der Konzentration der mittleren Fallzahlen in den Fachbereichen mit Mengensteuerung um durchschnittlich 37% wirft die Frage auf, ob damit eine signifikante Einschränkung der Wahlmöglichkeiten der Patienten verbunden ist und ob der (gewünschte) Wettbewerb zwischen den Spitälern ausgehebelt wird. Die Analyse der Marktkonzentration nach Einführung der gleichlautenden Spitalisten zeigt, dass die Gefahr für eine solche Entwicklung gering ist. 95 % der Leistungen werden auch in Zukunft von vier oder mehr Spitälern angeboten. Dabei ist die ausserkantonale Wahlmöglichkeit der Patienten nach KVG noch nicht berücksichtigt.

Die Leistungsgruppen, in denen in Zukunft weniger als drei Anbieter in den beiden Kantonen zur Verfügung stehen werden, sind beispielsweise komplexe Eingriffe in der Gefäßchirurgie oder der Neurochirurgie, bei denen eine Leistungskonzentration in besonderem Maße aus Qualitätsgründen und zur effizienten Ressourcenallokation geboten scheint. In einigen Leistungsbereichen gab und gibt es nur einen Anbieter im GGR. Dies betrifft Leistungen wie die Herzchirurgie und einige weitere, die entweder der HSM²⁸, der spezialisierten Medizin (meist Dreisteller bei der SPLG-Bezeichnung, z.B. HER1.1.3) zugeordnet oder durch geringe Fallzahlen gekennzeichnet sind. Der Wettbewerb spielt hier landesweit zwischen den grossen Spitälern, sodass eine redundante Repräsentanz in BS/BL verzichtbar erscheint oder nicht sinnvoll ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass für 95 % der Leistungen auch weiterhin eine Wahlmöglichkeit für die Patienten innerhalb des GGR vorhanden ist. Eine Konzentration des Angebots auf weniger Anbieter betrifft lediglich hochkomplexe oder spezialisiertere Behandlungen und ist für die Fachkommission nachvollziehbar. Eine relevante Beeinträchtigung des Wettbewerbs und der Wahlmöglichkeiten für die Patienten ist nicht erkennbar.

5.6 Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung sowie für die universitäre Lehre und Forschung

Universitäre Lehre, berufliche Weiterbildung und Forschung sind Aufgabenbereiche, in denen die Spitäler eine wichtige Rolle innehaben. Der Fachkommission ist bewusst, dass Veränderungen im Rahmen der Spitalliste 2021-2025 und insbesondere die Leistungskonzentration Auswirkungen auf diese Rollen haben können. Offensichtlich ist es der Fachkommission zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Stellungnahme nicht möglich, diese Auswirkungen auf der operativen Ebene einzuschätzen. Die Fachkommission empfiehlt deshalb, ab Implementierung der Spitalliste 2021-2025 Auswirkungen in diesen Bereichen sorgfältig zu monitorisieren.

5.7 Weitere Aspekte

Von Anbeginn weg hat sich die Fachkommission für eine Einführung der neuen Planungssystematik mit Modellparametern ausgesprochen, die zunächst nur zu einer moderaten Veränderung der Leistungsstrukturen führt. Die Methodik sollte mit Augenmass implementiert und etabliert werden. Damit kann einerseits die Leistungsfähigkeit der Methodik evaluiert und andererseits den Spitälern eine Anpassungszeit verschafft werden, bevor in einer nächsten Version der gleichlautenden Spitalisten gegebenenfalls weitere Anpassungen vorgenommen werden. Die Analyse der Auswirkungen der provisorischen Spitalliste zeigt, dass diese Anforderungen insgesamt erfüllt werden. **Ohne durchaus weitergehende Konsequenzen für einzelne Spitäler in Abrede zu stellen, führt die angewandte**

²⁸ Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2bis KVG). Für die Umsetzung dieses Gesetzauftrages haben die Kantone per 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) in Kraft gesetzt.

Methodik in der Gesamtschau eher zu evolutionären Modifikationen als zu einer vollständigen Neugestaltung der Versorgung im GGR.

Im Kontext der Auswirkungsanalyse wurde die Fachkommission um Empfehlungen zu einzelnen Versorgungsbereichen und Themen gebeten, bei denen die bisher angewandte Bewertungs- und Zuteilungslogik zu deutlichen und nicht zwingend nützlichen Verwerfungen in der Leistungserbringung führen. Beispiele sind die Altersmedizin sowie die Pädiatrie, bei denen eine streng algorithmische Herangehensweise zu vergleichsweise starken Veränderungen in den Leistungsstrukturen führen könnte. Es wurde darauf geachtet, systematische und begründete Optimierungen am Auswahlprozess vorzunehmen, um die Gleichbehandlung der Leistungserbringenden sicherzustellen. Bis zu diesem Planungsstatus konnten Einzelfallregelungen oder Ausnahmeentscheidungen auf diesem Wege vermieden werden.

6 Beurteilung der FK der postalgorithmischen Entscheidungen

6.1 Rechtliches Gehör

Begleitend zu den Fortschritten im Verfahren zu den gleichlautenden Spitallisten 2021-2025 wurden zum einen die Rückmeldungen der Spitäler und Verbände innerhalb der Fachkommission diskutiert, die sich im Rahmen des Bewerbungsverfahrens, bei Informationsveranstaltungen oder durch schriftliche Nachfragen bzw. Anträge ergeben haben. Die Fachkommission sprach sich dabei grundsätzlich für Offenheit und Transparenz aus, soweit es datenschutzrechtlich unbedenklich ist. **Nach Auffassung der Fachkommission gewährleisten das Planungskonzept, die Bewertungsschritte, die Rahmenbedingungen und der Zuteilungsalgorithmus die Gleichbehandlung der Betroffenen.**

Darüber hinaus unterzog die Fachkommission das Verfahren von der Bewerbung durch die Spitäler bis zum Entscheid der definitiven gleichlautenden Spitallisten 2021-2025 durch die Regierungen der Vereinbarungskantone einer kritischen Würdigung vor allem hinsichtlich der Gleichbehandlung. Zu diesem Zweck wurden Abweichungen von der algorithmischen Zuteilung identifiziert und die Hintergründe für diese Abweichungen geprüft und bewertet.

6.2 Grundsätze der Prüfung abweichender Entscheidungen

Im Anschluss an die algorithmische Vergabe von Leistungsaufträgen findet im Rahmen des rechtlichen Gehörs eine Phase statt, die hinsichtlich einer Gleichbehandlung der sich bewerbenden Spitäler kritisch erscheint, da in der Regel von einzelnen Bewerbern Abweichungen von dem standardisierten Verfahren gefordert werden. Daher hat die Fachkommission alle postalgorithmisch abweichenden Entscheidungen des Projektteams einer kritischen Würdigung unterzogen.

Orientierungspunkt für diese kritische Würdigung war die geforderte «Gleichbehandlung der Leistungserbringenden» bei der Vergabe der Leistungsaufträge, die die Fachkommission durch zwei Grundsätze operationalisierte:

1. Der Algorithmus, welcher zur Erstellung der Spitalliste geführt hatte, gewährleistet im Rahmen seiner Möglichkeiten grundsätzlich eine Gleichbehandlung der Bewerber.
2. Mit der Anhörung der Spitäler und der anlässlich dieser durchgeführten Wiedererwägungen und teilweisen Änderung der Vergabe der Leistungsaufträge wird dieses Prinzip der Gleichbehandlung potenziell gefährdet. Das Prinzip der Gleichbehandlung könnte dann verletzt werden, wenn eine von den Bewerbern gewünschte Änderung zu einer Ungleichbehandlung von Mitbewerbern führen würde.

Mit anderen Worten wäre im Verständnis der Fachkommission eine Änderung der algorithmusbasierten Leistungsauftragsvergabe nur statthaft, wenn entweder durch die Änderung eine Ungleichbehandlung

beseitigt wird, welche durch die Anwendung des Algorithmus entstanden ist, und damit das Gleichbehandlungsprinzip wiederhergestellt wird oder eine ungleiche Behandlung sachlich gerechtfertigt und ausreichend begründet ist.

6.3 Abweichungen zum Algorithmus im Rahmen des Anhörungsverfahrens

Im Rahmen des Anhörungsverfahrens, welches nach der Bekanntgabe der provisorischen Spitalliste an die involvierten Leistungserbringer durchgeführt wurde, sind unterschiedliche Abweichungen gegenüber den vom Algorithmus generierten Zuweisungen feststellbar.

Ein Teil der Abweichungen ergab sich auf der Basis objektiver oder subjektiver medizinischer Feststellungen. Als Beispiele sind zu nennen, dass ein Spital in einer Leistungsgruppe eine hohe Spezialisierung aufweist, die in anderen Kliniken nicht angeboten wird (subjektiv) oder, dass eine Zertifizierung vorliegt, die andere Spitäler nicht erworben haben (objektiv).

Abweichungen vom Algorithmus auf der Basis medizinischer Bewertungen finden sich auch bei der Zuweisung der Fallzahlen mengengesteuerter Leistungen. Als Beispiel ist eine differenzierte Betrachtung von notfallmäßig zu versorgenden Traumata und elektiven Eingriffen zu sehen, die in der entsprechenden SPLG (z.B. BEW5) nicht separat betrachtet würden. Die Separierung führt zu einer vom Algorithmus abweichenden Zuweisung der Mengen 2021. In der Tendenz lässt sich bei den postalgorithmischen Modifikationen der Mengensteuerung eher eine Entwicklung zugunsten aller Spitäler feststellen in dem Sinne, dass die insgesamt im GGR zugewiesenen Mengen höher als im Versorgungsplanungsbericht prognostiziert ausfallen.

Die Fachkommission sieht vor allem zu Beginn der Anwendung der neuen Spitalliste solche Sachverhalte grundsätzlich als zulässige Basis für eine Einzelfallentscheidung an. **Für die Zukunft ist jedoch zu fordern, dass wiederkehrende Sachverhalte in den Entscheidungsalgorithmus überführt werden. Neue Sachverhalte wie z.B. medizinische Innovationen werden aber immer wieder dazu führen können, dass diese in den Anhörungen der Spitäler besonders berücksichtigt werden müssen.**

Daher geht die Fachkommission davon aus, dass solche Sachverhalte auch in Zukunft zur Optimierung der Versorgung eine legitime Basis einer Einzelfallentscheidung sein können.

Daneben kam es zu Einzelfallentscheidungen auf der Basis historischer medizinischer oder spitalübergreifender Spezialisierungen, die aber keine Wettbewerber beeinträchtigen, da es um sehr geringe Fallmengen geht oder sie zu einer Einschränkung bzw. Reduktion der Leistungsaufträge führen und nicht zu einer weiteren Zuteilung.

Die Fachkommission sieht die strategische Schwerpunktbildung von Spitalern als legitime Basis, bei bestimmten Einzelfallentscheidungen vom Ergebnis des Algorithmus abzuweichen und einzelne Leistungsaufträge einzuschränken. Voraussetzung dafür ist, dass weitere Anbieter mit einem umfassenden Angebot in der betreffenden Leistungsgruppe existieren.

Zudem wurde festgestellt, dass einzelne Leistungsaufträge aus SPLG-systemimmanenten Gründen zunächst einem Bewerber nicht zugeteilt wurden. Es kann sich zum Beispiel um Abhängigkeiten zwischen Leistungsgruppen im Sinne von Voraussetzungen handeln, die in dem konkreten Fall keine medizinische Relevanz entfalten.

Die Fachkommission sieht im ersten Jahr der Anwendung solche Sachverhalte grundsätzlich als legitime Basis für eine Einzelentscheidung an. Perspektivisch fordert die Fachkommission aber die beiden Kantone auf, systematische Unzulänglichkeiten innerhalb der Systematik zu lösen und den Algorithmus anzupassen. Für die Spitalisten in der Zukunft sollte der Bedarf für Einzelfallentscheidung dieses Typus' stetig geringer werden.

In seltenen Ausnahmefällen kam es zu Bewerbungsrirrtümern durch die Spitäler. Es wurde z.B. eine Bewerbung für einen nachvollziehbar angebotenen Leistungsauftrag versehentlich unterlassen und im Rahmen des rechtlichen Gehörs um Korrektur gebeten.

Auch wenn der Bewerbungsprozess mit seinen Fristen klar geregelt und für alle gleich ist, befürwortet die Fachkommission eine Korrekturmöglichkeit für eindeutige Bewerbungsfehler im Rahmen des rechtlichen Gehörs, da die Alternative einer Einschränkung der Versorgung als gravierender und nachteiliger für die Bevölkerung einzuschätzen ist. Die Fachkommission regt an, Validierungsschritte in der Auswertung der Bewerbungen zu implementieren, die grobe Implausibilitäten automatisiert aufdecken.

7 Synthese

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 Spitalliste 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 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.