

**Vorlage an den Landrat****Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL)**

(Regierungsprogramm 1999 - 2003, Nr. 3.01.14)

vom 4. November 2003

I. Zusammenfassung

Im Sommer 2002 wurde durch die Regierung Basel-Landschaft das Projekt „Hausaufgaben BL“ gestartet. Dieses erhielt den Auftrag, folgende drei Fragestellungen zu klären:

a) Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird zurzeit revidiert. Es ist damit zu rechnen, dass dieses auf den 1. Januar 2005 in Kraft treten wird. Es ist absehbar, dass der Kanton neu an alle Leistungen für seine Bevölkerung die Hälfte zahlen muss, wenn sich ein Spital auf der Spitalliste befindet. Neu ist insbesondere auch ein Beitrag an diejenigen Behandlungen, welche in bisher nicht subventionierten Privatspitalern durchgeführt werden.

Fragestellung: Wie soll sich der Kanton auf diese Änderung vorbereiten und eine weiterhin qualitativ hochstehende Versorgung der Bevölkerung zu einem vernünftigen Preis sicherstellen?

b) Im Sommer 2002 wurde durch die beiden Regierungen BS und BL ein Zwischenbericht zur regionalen Spitalplanung beider Basel vorgelegt. Das Projekt beinhaltet 3 Teilprojekte:

1. Die Zusammenarbeit zwischen der medizinischen Fakultät der Universität Basel, den Kantonen und den Spitälern im Bereich Lehre und Forschung.
2. Die Kosten und die Finanzierung der Lehre und Forschung.
3. Möglicher Spitalverbund und Fachgebietsaufteilung von Universitätskliniken.

Fragestellung: Welche Position vertritt der Kanton in der regionalen Spitalplanung?

c) Das Kantonsspital Bruderholz ist über 30 Jahre alt und muss in den nächsten Jahren saniert werden.

Fragestellung: Wie gross ist der künftige Bedarf an Spitalleistungen und soll diese Sanierung durchgeführt werden?

Übergeordnete Ziele des Regierungsrates

Der Regierungsrat setzt trotz schwierigem finanz- und wirtschaftspolitischem Umfeld auf eine partnerschaftliche Erfüllung von regionalen Aufgaben, die im gemeinsamen Interesse liegen. Dazu zählt der Erhalt der Universität Basel und der Medizinischen Fakultät ebenso wie die Fortführung der regionalen Spitalplanung mit dem Kanton Basel-Stadt und unter Einbezug der zur Region gehörenden Teilgebiete der Nachbarkantone. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit auf dem Gebiet der hochspezialisierten Versorgung im Spitalwesen hat sich bewährt. Der Regierungsrat möchte nach Möglichkeit an dieser Zusammenarbeit festhalten und – soweit es in seinem Einflussbereich liegt – den Kanton Basel-Stadt in seinem Bestreben unterstützen, durch Kooperationen und Schwerpunktbildungen die heutigen, verhältnismässig hohen Kosten zu reduzieren. Das Niveau der Krankenkassenprämien im Kanton Basel-Landschaft befindet sich im schweizerischen Mittelfeld. Es ist dem Regierungsrat ein wichtiges Anliegen, diese relativ günstige Position auch in Zukunft zu halten.

Die zentralen Erkenntnisse des vorliegenden Strategieberichtes Spitalversorgung Basel-Landschaft lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen:

1. Infolge der demographischen und medizinischen Entwicklung nehmen die Fallzahlen in den nächsten Jahren kontinuierlich zu. Die vorhandene Bettenkapazität im Akutspitalbereich ist dennoch für die Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft ausreichend. Dazu muss weiterhin eine Verschiebung zur Kurzzeithospitalisation, zur ambulanten Behandlung, zur frühzeitigen Rehabilitation und zur gesicherten Langzeitpflegeversorgung ermöglicht werden.
2. Das Kantonsspital Bruderholz ist seit den 30 Jahren seines erfolgreichen Betriebes (hohe Auslastung, günstige Kostenstruktur) und auch in Zukunft ein unverzichtbarer Bestandteil der Spitalversorgung des Kantons Basel Landschaft. Ohne das Kantonsspital Bruderholz müssten vorwiegend ausserkantonale zusätzliche Kapazitäten aufgebaut werden und damit verbunden würde der Eigenversorgungsgrad von 61% auf rund 39% der Fälle sinken. Der Eigenversorgungsgrad des Kantons Basel-Landschaft liegt damit bereits heute weit unter dem nationalen Durchschnitt von 87%. Diese Grösse ist wesentlich für den Grad der Unabhängigkeit und die Steuermöglichkeiten durch den Kanton, sowie auch ein wichtiger Faktor aus volkswirtschaftlicher Sicht.
3. Die Aufnahmekapazität für Langzeitpflegebedürftige ausserhalb der Akut-Spitäler muss erhöht werden.
4. Die Aufgabenteilung bzw. Schwerpunktbildung zwischen den Baselbieter Kantonsspitalern soll weiterentwickelt werden. Die innerkantonale Vernetzung in den beiden kantonalen Gesundheitsregionen Oberbaselbiet / Liestal und Unterbaselbiet / Laufental soll ausgebaut werden.
5. Die Baselbieter Kantonsspitäler sollen vorläufig Teil der öffentlichen Verwaltung bleiben.
6. Die Frage der Erteilung von mehrjährigen Rahmenkrediten für den Leistungseinkauf durch den Landrat ist zu prüfen.
7. Die Regeln für den Leistungseinkauf in der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung durch den Kanton gelten gleichermassen für den Leistungsbezug bei öffentlichen und privaten Leistungsanbietern. Die Zuteilung erfolgt an Hand der Hauptkriterien, Preis, Wettbewerb, Qualität, Versorgungssicherheit.
8. Die arbeitsteilige Aufgabenerfüllung zwischen den beiden Basel (hochspezialisierte Versorgung zentralisiert, Grundversorgung und erweiterte Grundversorgung dezentralisiert) ist weiter zu führen. Die verschiedenen Grobmodelle und die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ dem Teilprojekt 3 der Regionalen Spitalplanung beider Basel

sind zu Gunsten des Status quo nicht weiter zu verfolgen. Der Regierungsrat unterstützt die laufenden Bemühungen zur schweizweiten Konzentration von hochspezialisierten medizinischen Disziplinen und zur Verteilung dieser Schwerpunkte auf die Universitätsstandorte.

9. Es kann davon ausgegangen werden, dass die zentrumsmedizinischen Leistungen für die Baselbieter Bevölkerung auch künftig in einem ähnlichen Rahmen am Kantonsspital Basel eingekauft werden (ca. 15'000 Pflage tage oder 48 Betten 2001). Es wird erwartet, dass die hochspezialisierte Versorgung am Zentrum Basel ein mit anderen ausserkantonalen Zentrumskliniken vergleichbares Preis / Leistungsverhältnis aufweist.
10. Nur mit einer einheitlichen Führung und kurzen Wegen der Führungsentscheidungen können Leistungen effizient und kostengünstig erbracht werden. Eine neue gemeinsame bikantonale Trägerschaft im medizinischen Dienstleistungsbereich (Gemeinsames Universitätsspital beider Basel) mit einer nur erschwert wahrzunehmenden Führungsverantwortung, wie im Falle des UKBB, ist daher zu vermeiden. Dies auch im Hinblick auf den relativ geringen Anteil von zentrumsmedizinischen Leistungen für Baselbieter Bevölkerung am Gesamtvolumen des Kantonsospitals Basel. Am Universitäts-Kinderspital beider Basel soll aber aufgrund dessen Stellung als regionaler stationärer Gesamtversorger ausdrücklich festgehalten werden. Analog zur Situation in der Erwachsenenmedizin ist eine schweizweite Schwerpunktbildung in den hochspezialisierten Leistungsbereichen und in der universitären Lehre und Forschung anzustreben.
11. Gemeinsam mit dem Partnerkanton Basel soll der Universitätsstandort Basel mit einer medizinischen Fakultät durch eine Konzentration auf Kernkompetenzbereiche gestärkt werden. Nachdem das Einzugsgebiet der medizinischen Fakultät im Raum Nordwestschweiz zu klein ist, um eine Vollfakultät mit den dazugehörigen Kliniken zu führen, sind Kooperationen und Schwerpunktbildungen mit anderen medizinischen Fakultäten zu suchen. Die gegenwärtig diskutierten Modelle einer engeren Kooperation insbesondere zwischen den Universitätsspitalern und der Medizinischen Fakultäten Basel und Bern werden vom Regierungsrat mit grosser Aufmerksamkeit verfolgt und selbstverständlich in die laufenden Strategieüberlegungen einbezogen. Der Kanton Basel-Landschaft ist weiterhin bereit seinen Beitrag durch die Bereitstellung der Kantonsspitäler als Lehrspitäler zu leisten.
12. Schwerpunkte, die der Universität Basel zugewiesen werden, sind mit Priorität in den Rahmen des Forschungsschwerpunktes Life Sciences einzuordnen. Die Bildung von Schwerpunkten der universitären Medizin in der Schweiz soll die besonderen Traditionen und Stärken des Standortes Nordwestschweiz mit seiner chemisch-pharmazeutischen Industrie berücksichtigen.
13. Die Zuständigkeit in der Führung und die Finanzierung der universitären Lehre und Forschung sind in den Kompetenzbereich der medizinischen Fakultät zu überführen.
14. Die gemeinsame Spitalplanung soll auf einer strategischen Ebene weiterhin mit dem Kanton Basel-Stadt durchgeführt und auch die übrigen Kantone im Raume Nordwestschweiz verstärkt eingebunden werden.
15. Insbesondere zur Planung und Koordination der universitären Medizin soll im Rahmen der Regionalen Spitalplanung beider Basel eine geeignete Struktur geschaffen werden.
16. Es wird eine abgestimmte Gesamtplanung der verschiedenen Versorgungsbereiche angestrebt. Dafür und zur Bewältigung der vielfältigen neuen Aufgaben werden eine ganze Reihe neuer und verfeinerter Instrumente vorgeschlagen.
17. Es besteht der Wille und die Absicht, auch in Zukunft eine gemeinsame Spitalliste BS/BL zu führen. Ein definitiver Entscheid kann allerdings erst gefällt werden, wenn die genauen Auswirkungen durch die zweite Teilrevision KVG und durch die hängigen Rechtsstreitigkeiten bekannt sind.

II. Inhaltsverzeichnis

I.	<u>Zusammenfassung</u>	1
II.	<u>Inhaltsverzeichnis</u>	4
III.	<u>Bericht</u>	6
1	<u>Auftrag</u>	6
1.1	<u>Ausgangslage und Ziele des Projekts</u>	6
1.2	<u>Arbeits- und Planungsfelder</u>	6
1.3	<u>Projektorganisation</u>	7
1.4	<u>Terminplan</u>	7
2	<u>Versorgungsplanung</u>	7
2.1	<u>Zusammenfassung</u>	7
2.2	<u>Abgrenzung der Versorgungsstufen</u>	8
2.3	<u>Umschreibung der Versorgungsstufen</u>	9
2.3.1	<u>Grundversorgung</u>	9
2.3.2	<u>Spezialisierte Versorgung (erweiterte Grundversorgung)</u>	9
2.3.3	<u>Hochspezialisierte Versorgung</u>	9
2.4	<u>Methodische Grundlagen der Versorgungsplanung</u>	9
2.5	<u>Entwicklungsprognose</u>	11
2.6	<u>Bedarfsplanung somatische Akutmedizin</u>	11
2.6.1	<u>Geltungsbereich</u>	11
2.6.2	<u>Planungsmethoden</u>	11
2.6.3	<u>Zukünftiges Vorgehen zur Anpassung der Bedarfsplanung</u>	14
2.7	<u>Rehabilitation</u>	15
2.7.1	<u>Definition</u>	15
2.7.2	<u>Patientenpfad und Schnittstellen</u>	16
2.7.3	<u>Bedarfsermittlung</u>	16
2.8	<u>Pflege- und Langzeitversorgung</u>	17
2.8.1	<u>Ausgangslage</u>	17
2.8.2	<u>Demographische Entwicklung</u>	17
2.8.3	<u>Entwicklungen im Lebensumfeld</u>	18
2.8.4	<u>Einordnung in eine Gesamtkonzeption des Gesundheitswesens</u>	18
2.8.5	<u>Schwerpunktaufgaben der geriatrischen Betreuung in den Akutspitälern</u>	18
2.8.6	<u>Bedarfsdeckung</u>	19
2.8.7	<u>Zusammenfassung</u>	20
2.9	<u>Steuerung der Nachfrageentwicklung</u>	21
2.10	<u>Aufgaben und Ziele der regionalen Spitalplanung</u>	22
2.11	<u>Bildung von Leistungsschwerpunkten beider Basel</u>	22
2.11.1	<u>Bildung von Leistungsschwerpunkten an dispersen Standorten</u>	23
2.11.2	<u>Konzentration der Leistungserbringung</u>	23
2.11.3	<u>Fortschreibung des Status quo</u>	23
2.11.4	<u>Diskussion / Schlussfolgerungen</u>	23
3	<u>Leistungseinkauf</u>	25
3.1	<u>Zusammenfassung</u>	25
3.2	<u>Definition des Leistungsauftrages nach KVG</u>	26
3.2.1	<u>Die geltende Ordnung</u>	26
3.2.2	<u>Die Auswirkungen der zweiten Teilrevision des KVG</u>	27
3.2.3	<u>Leistungsauftrag / Leistungsvereinbarung und zweite Teilrevision des KVG</u>	27
3.3	<u>Ziele für den Leistungseinkauf</u>	28

3.3.1	<u>Ausgangslage / Umfeld</u>	28
3.3.2	<u>Ziele für den Leistungseinkauf</u>	28
3.4	<u>Leitlinien für den Leistungseinkauf</u>	29
3.4.1	<u>Tarifsystem</u>	29
3.4.2	<u>Anreize</u>	29
3.4.3	<u>Strategie / Umsetzung</u>	30
3.5	<u>Regeln für Erteilung, Erweiterung und Entzug der Leistungsvereinbarung</u>	31
3.6	<u>Definition und Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen</u>	32
3.7	<u>Die Erteilung von Rahmenkrediten durch den Landrat</u>	32
3.8	<u>Konzeptskizze für das strategische und operative Controlling</u>	33
3.8.1	<u>Übersicht</u>	33
3.8.2	<u>Die Controllinggrössen</u>	35
4	<u>Leistungserbringung</u>	36
4.1	<u>Zusammenfassung</u>	36
4.2	<u>Aufgabenteilung in der Kantonalen Gesundheitsversorgung</u>	38
4.2.1	<u>Ausgangslage und Übersicht</u>	38
4.2.2	<u>Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Organe</u>	39
5	<u>Instrumentarium</u>	40
6	<u>Die medizinische Fakultät aus der Sicht des Kantons Basel-Landschaft</u>	41
6.1	<u>Ausgangslage</u>	41
6.2	<u>Charakteristika der medizinischen Fakultät und der Universitätskliniken</u>	41
6.3	<u>Szenarien für die inhaltliche und räumliche Organisation</u>	42
6.3.1	<u>Medizinische Vollfakultät</u>	43
6.3.2	<u>Konzentration auf das spezialisierte Leistungsangebot</u>	43
6.3.3	<u>Medizinische Fakultät mit beschränktem Grundversorgungsauftrag</u>	44
6.4	<u>Ziele und Massnahmen</u>	45
IV.	<u>Antrag</u>	46
	<u>Anhang: Glossar</u>	47

III. Bericht

1 Auftrag

1.1 Ausgangslage und Ziele des Projekts

Als Ausgangslage für das Projekt waren insbesondere zwei Themenfelder relevant:

A) Der Bundesrat veröffentlichte am 18. September 2000 eine Botschaft betreffend die zweite Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Diese Botschaft befindet sich zurzeit in der parlamentarischen Beratung. Zum heutigen Zeitpunkt muss davon ausgegangen werden, dass die Hauptpunkte der Revision auf den 1. Januar 2005 in Kraft treten werden. Für den vorliegenden Bericht sind insbesondere folgende Neuerungen wichtig:

- Übergang von der Objekt- (Spital-) Finanzierung zur Leistungsfinanzierung.
- Leistungsorientierte Abgeltung von Spitalleistungen (Abteilungspauschalen, Fallpauschalen) statt Tagespauschalen
- Sockelbeitrag der Kantone an privat und halb-privat Versicherte auch an die bisher nicht subventionierten Leistungen der Privatspitäler auf der Spitalliste
- Separate Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Lehre und Forschung, Notfalldienst, gewollte Überkapazitäten)
- Einbezug der Investitionskosten (Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen) in die anrechenbaren Betriebskosten und damit Mitfinanzierung durch die Versicherer
- Mittelfristig weiterhin duale Finanzierung des Gesundheitswesens (gemeinsam Kantone / Versicherer), aber mit fixem Kostenteiler (beispielsweise je 50%)
- Streichen des teilstationären Bereichs als separate Kategorie neben ambulanter und stationärer Behandlung in Spitälern

B) Mit der Landratsvorlage 2002/136 vom 31. Mai 2002 wurde ein Zwischenbericht zum Projekt Regionale Spitalplanung beider Basel vorgelegt. Dabei wurden neben ersten Resultaten der Teilprojekte „Medizinische Fakultät“ und „Entflechtung Finanzströme“ auch verschiedene Grobmodelle zur möglichen Fachgebietsaufteilung der universitären Medizin auf verschiedene Standorte aufgezeigt.

Anschliessend an eine Sondersitzung des Regierungsrates vom 22. August 2002 zum Thema "Regionale Spitalplanung" wurde die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion beauftragt eine Projektgruppe einzusetzen, welche "Hausaufgaben des Kantons Basel-Landschaft" zu erarbeiten hatte. Im Zentrum standen folgende Projektziele:

- Sichern eines ausreichenden, qualitativ hoch stehenden medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Dienstleistungsangebotes für die gesamte Bevölkerung des Kantons nach den Kriterien der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
- Vorbereitung auf die per 1. Januar 2005 zu erwartende Inkraftsetzung der zweiten Teilrevision KVG aus der Sicht des Kantons Basel-Landschaft
- Definition der Position für die weitere regionale Spitalplanung
- Definition der Ausgangslage für das weitere Vorgehen bezüglich des Kantonsspitals Bruderholz

1.2 Arbeits- und Planungsfelder

Die zentralen Fragestellungen, die im Projekt bearbeitet wurden, können vereinfacht wie folgt zusammengefasst werden (in Klammern Hinweis auf das entsprechende Kapitel im vorliegenden Bericht):

- Wie viele Leistungen braucht die Baselbieter Bevölkerung in Zukunft in der somatischen Akutmedizin, der Rehabilitation und im Pflege- und Langzeitbereich, und wie kann ein entsprechendes Versorgungssystem aussehen (Kapitel 2 Versorgungsplanung)?
- Wie werden künftig Leistungsaufträge vergeben und die Leistungen eingekauft (Kapitel 3 Leistungseinkauf)?
- Wie kann die Leistungserbringung in den öffentlichen Spitälern des Kantons Basel-Landschaft optimal gestaltet werden (Kapitel 4 Leistungserbringung)?
- Welche Instrumente sind zu entwickeln (Kapitel 5 Instrumentarium)?
- Welche Rolle soll die medizinische Fakultät der Universität Basel aus der Sicht des Kantons Basel-Landschaft spielen (Kapitel 6)?

1.3 Projektorganisation

Die Projektleitung wurde durch Erhard Trommsdorff (php consulting und langjähriger Leiter der Spitalabteilung des Gesundheitsdepartements des Kantons Aargau) und Lukas Erb (Gesundheitsplaner der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion) gemeinsam wahrgenommen.

Angesichts des engen Terminplanes wurden fünf verschiedene Teilprojektteams gebildet, in denen Vertreter und Vertreterinnen der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, der Spitäler, der Finanz- und Kirchendirektion, der Erziehungs- und Kulturdirektion sowie der Krankenversicherungen vertreten waren. Besonders die Teilprojekte Versorgung, Leistungseinkauf und Leistungserbringung haben thematisch einen starken inneren Zusammenhang. Die Vernetzung zwischen diesen Teilprojekten wurde durch die Übernahme der Leitung von allen Teilprojekten durch die Projektleiter sichergestellt. Auch wurden zentrale Kapitel des Berichts in allen Teilprojekten besprochen. Ausserdem wurde der gesamte Bericht in einem Koordinationsgremium verabschiedet, das aus verschiedenen Mitgliedern der Teilprojekte gebildet wurde.

1.4 Terminplan

Bis zum Inkrafttreten der zweiten Teilrevision KVG ist folgender Terminplan vorgesehen für die weiteren Arbeiten in der regionalen Spitalplanung:

Verzahnung mit Spitalplanung BS/BL	Q4 03
Verzahnung mit Spitalplanung NWCH	Q4 03
Definition Leistungseinkauf / -verkauf	Q2 04
Vorliegen Spitalliste / Leistungsvereinbarungen	Q2 04
Vernehmlassung Preisüberwacher / santésuisse	Q4 04
Spitalliste in Kraft (voraussichtlich)	Q1 05

2 Versorgungsplanung

2.1 Zusammenfassung

Die Versorgungsplanung entspricht im wesentlichen einer umfassenden Spitalplanung inkl. Geriatrie und Rehabilitation. Es werden konkrete Vorschläge bezüglich der Weiterentwicklung der somatischen Akutversorgung vorgelegt. Konkrete nachvollziehbare Prognosen der Mengenentwicklung sind die Basis für den Leistungseinkauf und die Planung der Spitäler. Die Darstellung von Zusammenhängen zwischen den Fachbereichen wird ermöglicht.

In Abkehr der üblicherweise angewendeten Verfahren zur Spitalplanung (Bettenbedarfsermittlung) wird die Zahl der zu erbringenden Leistungen (Gesamtzahl der zu hospitalisierenden Patienten) ermittelt. Aus den differenzierten Aussagen der Fallzahlentwicklung je Fachbereich können alle

Angaben der Ressourcenplanung und der Finanzplanung abgeleitet werden. So können primär die notwendigen infrastrukturellen Grössen bestimmt werden:

- Untersuchungs- und Behandlungskapazität (z.B. Anzahl der Arbeitsplätze.)
- notwendige personelle Ressourcen
- kurz- und mittelfristiger Finanzbedarf.

Eher von untergeordneter Bedeutung ist die Anzahl der Betten. Diese wird, nach traditioneller Methode berechnet, der Vollständigkeit halber dargestellt. Trendverändernde Faktoren wie Neuausrichtung des Behandlungsmanagements zur Kurzzeithospitalisation oder zur ambulanten Behandlung können in der Planung flexibel aufgenommen und dargestellt werden. Im Ergebnis zeigt die vorliegende Planung folgende Schwerpunkte auf:

1. Infolge der demographischen und medizinischen Entwicklung nimmt die Fallzahl kontinuierlich zu.
2. Trotz zunehmender Fallzahlen ist die vorhandene Bettenkapazität ausreichend. (Die Aussage ist nur dann haltbar, wenn mit einem gezielten Management eine Verschiebung zur Kurzzeithospitalisation, zur ambulanten Behandlung und zur frühzeitigen Rehabilitation sowie zur gesicherten Langzeitpflegeversorgung ermöglicht wird.)
3. Die Aufnahmebereitschaft für Langzeitpflegebedürftige ausserhalb der Akutspitäler muss deutlich erhöht werden.
4. Die innerkantonale Vernetzung in den beiden kantonalen Gesundheitsregionen Oberbaselbiet / Liestal und Unterbaselbiet + Laufental soll ausgebaut werden.
5. Eine verbesserte Abstimmung der Planung mit den Nachbarkantonen bzw. im Grossraum Nordwestschweiz ist unabdingbar.

2.2 Abgrenzung der Versorgungsstufen

Im Kanton Basel-Landschaft werden derzeit folgende Versorgungsstufen angeboten:

- Grundversorgung (Basisversorgung)
- spezialisierte Versorgung (erweiterte Grundversorgung)
- hochspezialisierte Versorgung in ausgewählten, in der Regel mit dem Kantonsspital Basel abgesprochenen Bereichen.

Standard der meisten in- und ausländischen Spitalplanungen ist eine Zuordnung ganzer Spitäler zu einer Versorgungsstufe. Mit Ausnahme weniger Spitäler wie z.B. des Kantonsspitals Laufen ist es zurzeit nicht möglich, öffentliche und erst recht nicht private Spitäler als Ganzes einer Versorgungsstufe zuzuordnen. Die Inhalte der einzelnen Versorgungsstufen sind fachabteilungsbezogen abgegrenzt. Damit sind die Leistungsaufträge der einzelnen Spitäler je Versorgungsstufe fachabteilungsbezogen unterschiedlich definiert.

Kriterium für die Zuordnung einer Leistung bzw. einer Fallgruppe zu einer Versorgungsstufe ist allein die Anforderung (z.B. an die Strukturqualität), die sich aus der Art der Behandlung ergibt. Die Beurteilung wird auf der Basis eines Merkmalkatalogs vorgenommen, der es erlaubt, die Anforderungen an eine Behandlung differenziert zu beschreiben.

- Diagnostik (Medizintechnik)
- Therapieverfahren (Medizintechnik)

- Fachkompetenz und Dignität ¹
- Personelle und räumliche Kapazität, Notfallsicherheit
- Komorbidität (Schweregrad, Ausprägung und Komplexität der Erkrankungen)
- Spezialisierte Dienstleistungen (z.B. Intensivbehandlung)
- Mindestfallzahl (Minimal Case Load)

2.3 Umschreibung der Versorgungsstufen

2.3.1 Grundversorgung

Grundversorgung im Akutspitalbereich bedeutet die Abklärung, Behandlung und Pflege inklusive Notfallbetreuung von Kranken, Verunfallten und Schwangeren aller Versicherungskategorien, die genügend häufig sind und im wesentlichen mit dem Einsatz einfacher Verfahren der Diagnostik, Therapie und Pflege nahe beim Wohnort behandelt werden können. Daneben ist das Grundversorgungsspital Gesundheitszentrum seiner Region und verantwortlich für das Patientenmanagement zur weiterführenden medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Betreuung.

2.3.2 Spezialisierte Versorgung (erweiterte Grundversorgung)

Das Leistungsangebot umfasst die Grundversorgung, erweitert um die Behandlung von Krankheiten und Unfällen, deren Behandlung sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch hohe technisch-apparative und spezialisierte fachliche Anforderungen stellt.

Im Rahmen der spezialisierten Versorgung werden folgende zusätzliche Leistungen erbracht:

- 24 Stunden Notfallbetrieb
- 24-Stunden Betrieb der Intensivpflege
- 24-Stunden Bereitschaft der vital bedeutender Diagnose- und Therapieeinrichtungen
- Verfügbarkeit von Subspezialisten der grossen Fachgebiete in der Regel gewährleistet
- Präsenz aller diagnostischen Verfahren, ausser besonderen Grossgeräten

2.3.3 Hochspezialisierte Versorgung

Die zuzuordnenden Leistungen werden primär aus den Ausschlusskriterien zur spezialisierten Versorgung definiert sowie aus der Anwendung von Therapie- und Diagnoseformen, die noch in der Evaluation begriffen sind. Alle diagnostischen Verfahren und Geräte sind vorhanden.

2.4 Methodische Grundlagen der Versorgungsplanung

Art. 39 Abs. 1 lit. d KVG ² nennt, abgesehen von der Bedarfsgerechtigkeit, keine Rahmenbedingungen, die bei der Planung zu berücksichtigen sind. Die Planungsbestimmungen des KVG zielen darauf ab, eine quantitativ und qualitativ ausreichende stationäre Versorgung, die gleichzeitig möglichst wirtschaftlich und wirksam sein soll, sicherzustellen. In einer ersten Planungsphase (1998-2001) ging es vor allem darum, strukturelle Überkapazitäten in Form von Betten, die fälschlicherweise als Hauptkostentreiber im stationären Bereich identifiziert wurden, abzubauen oder zu vermeiden.

In seinem bisherigen Beschwerdeentscheiden in Sachen kantonaler Spitalplanungen präzisiert der Bundesrat wie folgt:

¹ Rangordnung der fachlichen Ausbildung von ärztlichem Personal aus Sicht der FMH (Berufsorganisation der Schweizerischen Ärzte)

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung, in Kraft seit 1. Januar 1996, SR 832.10

„Wie Spitalplanungen durchzuführen sind, ist Art. 39 KVG nicht zu entnehmen. Die Aufgabe fällt in die alleinige Kompetenz der Kantone. Soweit Art. 39 KVG ihren Spielraum nicht beschränkt, bestimmen sie im Rahmen der verfassungsrechtlichen Schranken selber, wie sie die bedarfsgerechte Spitalversorgung planen und umsetzen“.

„Die Spitalplanung setzt eine Bedarfsanalyse voraus, nämlich die Definition des Patientengutes nach Kategorien sowie die Zuweisung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten, die Planung bedarf einer laufenden Überprüfung.“

Die unscharfen Vorgaben des Bundesrates an die Spitalplanung sind besonders bezüglich der Bedarfsanalyse zu relativieren.

Der Ausbau der Spitäler nach ausgewiesenen Bedürfnissen scheint auf den ersten Blick selbstverständlich. Das Problem der Planung liegt jedoch in der Frage nach der Objektivierbarkeit der Bedürfnisse. Die Nachfrage wird durch objektive, aber auch in nicht zu unterschätzendem Umfang durch subjektive, individuell unterschiedliche Bedürfnisse und durch das vorhandene Angebot, die Art der Finanzierung sowie weitere wirtschaftliche und sozialpolitische Komponenten bestimmt.

Vor allem die Art der Finanzierung von stationären Leistungen beeinflusst die Planung entscheidend. Zur Gewährung einer bedarfsgerechten Versorgung muss die Spitalplanung zum jeweiligen Finanzierungssystem kompatibel sein. Es ist belegbar, dass der Bedarf im Gesundheitswesen manipulierbar ist (z.B. Pfl egetagefinanzierung = hohe Aufenthaltsdauer = hoher Bettenbedarf). Er entzieht sich in vielen Fällen eindeutig zu umschreibenden Beurteilungskriterien, so dass der vom Bundesrat geforderten Bedarfsplanung nur beschränkte Aussagekraft zukommt.

Nachdem nun aber offensichtlich die Forderungen nach einer Bedarfsanalyse bestehen, soll trotz der methodischen Vorbehalte diesen soweit wie möglich entsprochen werden. Im Gegensatz zu einer an bestimmte (für längere Zeit festgelegte) Kennzahlen gebundene Bettenbedarfsplanung sollen im Sinne einer offenen Planung vor allem Methoden und Verfahren der Planung vorgegeben werden. Diese werden dann im Rahmen einer rollenden Planung mit den jeweils aktuellen Kennzahlen und Entwicklungen aufgearbeitet und daran angepasst.

In die gleiche Richtung zielen auch die Empfehlungen der SDK zur Spitalplanung ³ im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Spital- und Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG. Hier wird u.a. ausgeführt:

„Nachdem eine auch noch so sorgfältig durchgeführte Bedarfsberechnung im Gesundheitswesen immer wieder durch die von den Anbietern mögliche Bedarfsfixierung relativiert werden muss und zudem viele Faktoren einer analytischen Bettenbedarfsberechnung nur scheinbar genau bestimmt werden können, gehen andere Ansätze der Spitalplanung von einer vereinfachten normativen Festlegung des Angebots aus.“

In Zukunft (nach der KVG Spitalfinanzierungsreform) werden leistungsorientierte Finanzierungsformen wie z.B. Fachbereichs- oder Abteilungspauschalen und Fallpauschalen auch im stationären Bereich verbindlich. Das bedingt auf der Seite der Spitalplanung eine Abkehr von der Ressourcenplanung (z.B. Bettenplanung) zur Leistungsplanung.

Eine wirksame Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (Akut, Rehabilitation, Langzeitpflege) einerseits, und zwischen stationären, teilstationären ⁴ und ambulanten Lei-

³ SDK: Revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste und zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG vom 3. Mai 2002.

⁴ Auch wenn voraussichtlich versicherungstechnisch die Kategorie „teilstationär“ nach der zweiten Teilrevision KVG entfallen soll, werden selbstverständlich auch künftig teilstationäre Leistungen im Sinne von tagesklinischen Angeboten erbracht werden.

stungserbringern andererseits ist unabdingbar. So ist in Zukunft die Spitalplanung durch die Berücksichtigung der relevanten Nahtstellen stärker mit anderen Planungskonzepten zu verknüpfen: z.B. mit planerischen Ansätzen und Impulsen in der Langzeitpflege (Aufgabe der Gemeinden), in der umfassenden Rehabilitation, im ambulanten Bereich, in der vorstationären Diagnostik, in der ambulanten Therapie sowie in weiteren Bereichen einer umfassenden Gesundheitsversorgung (Stichwort: SPITEX). Dieses Vorgehen ist als Grundlage für die KVG Spitalfinanzierungsreform zu verstehen und auch als Basis, die Verfahren nach Artikel 43.6 und 46.4 KVG zu einem wirksameren Instrument werden zu lassen.

2.5 Entwicklungsprognose

Zusammenfassung aus spitalplanerischer Sicht:

- In fast allen Fachbereichen ist mit einer Zunahme der Fälle zu rechnen. Hauptsächlich Auslöser hierfür sind die überproportionale Zunahme älterer Menschen und zum Teil dramatische Fortschritte in der Diagnostik und der Therapie.
- Der medizinische Fortschritt führt zu einer Erweiterung des Indikationsspektrums.
- Die Behandlungskonzepte erfahren zum Teil tiefgreifende Änderungen.
- Neue Behandlungskonzepte ermöglichen eine weitere Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer und Verlagerung in den ambulanten Bereich.

Das Verlagerungspotential in den ambulanten Bereich ist jedoch zu relativieren. Die Realisierung des medizinisch-pflegerisch möglichen Verlagerungspotentials hängt von folgenden Faktoren ab:

- Soziodemographische Faktoren, Haushaltsstruktur (Zahl der Einpersonenhaushalte)
- Risikokonstellation bei den Patienten vor allem im Alter
- Komplementäre Strukturen (Rehabilitation, Nachsorge, SPITEX)
- Institutionelles Anreizsystem (unterschiedliche Zuzahlungen für ambulante und stationäre Behandlungen)

2.6 Bedarfsplanung somatische Akutmedizin

2.6.1 Geltungsbereich

- Die Planung erstreckt sich auf die Gesamtbevölkerung des Kantons Basel-Landschaft und berücksichtigt die Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen unter Einbezug der Patientenwanderungen über die Kantons Grenzen
- Der Kanton Basel-Landschaft arbeitet bei der Erstellung und Weiterführung der Spitalplanung mit anderen Kantonen und ausserkantonalen Institutionen zusammen,
- Das Angebot privater Leistungserbringer, die mit ihrem Angebot zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen, wird angemessen in die Planung einbezogen.
- Ausserkantonale öffentliche und private Leistungserbringer, die Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft behandeln, werden in dieser Phase der Bedarfsplanung berücksichtigt.
- Die Planung im Akutspitalbereich setzt eine enge Abstimmung mit der Planung aller Nachsorgeeinrichtungen voraus.

2.6.2 Planungsmethoden

Für die Spitalplanung bzw. die so genannte Bedarfsfixierung kann von zwei Methoden, einer analytischen Bedarfsermittlung oder einer normativen Festlegung des Angebotes, ausgegangen werden.

2.6.2.1 Analytische Bedarfsermittlung

Mit der analytischen Bedarfsermittlung wird der gegenwärtige und zukünftige Bedarf in Abhängigkeit von verschiedenen Kennzahlen berechnet. Dabei wird, ausgehend von gegenwärtigen Daten, deren Veränderungen für einen zukünftigen Zeitpunkt prognostiziert, geschätzt und / oder normativ festgelegt.

Bestimmungsgrößen bzw. Kennzahlen für die Nachfrage nach Spitalleistungen sind:

- Gesamtzahl der Einwohnerinnen / Einwohner des Kantons Basel Landschaft
- Entwicklung der Anzahl der Heilanstaltseinweisungen
- Mittlere Belegung (z.B. Betten, Grossgeräte etc.)
- Durchschnittliche Dauer der Behandlung / Pflege je Fall (z.B. Aufenthaltsdauer im Pflegebereich, Grossgeräte, OP Räume, Physioarbeitsplätze etc.); die quantitative Festlegung dieser Faktoren ist teilweise mit Unsicherheiten behaftet, jedoch sind Schätzungen aufgrund von Erfahrungswerten möglich.

Veränderung der Bevölkerungsstruktur zwischen 2000 und 2020

	2000	2005	2010	2015	2020
Wohnbevölkerung	259'308	265'000	270'000	274'000	277'000
Personen > 65 Jahre	41'274	45'923	51'729	57'065	60'305
Anteil Personen > 65 Jahre	15.9%	17.3%	19.2%	20.8%	21.8%
Personen über 80 Jahre	9'127	11'095	12'830	14'245	15'504
Anteil Personen > 80 Jahre	3.52%	4.19%	4.75%	5.20%	5.60%

Anzahl der Heilanstaltseinweisungen (Hospitalisationsrate)

Als Folge der demographischen Entwicklung und der Entwicklung der medizinischen Diagnostik und Behandlungsverfahren nahm die Anzahl Patienten, die zur stationären und teilstationären Behandlung und Pflege eingewiesen wurden, zu und lag 2000 im Kanton Basel-Landschaft bei 15,6 Patienten auf 100 Einwohnerinnen / Einwohner in der Akutversorgung inkl. Akutgeriatrie (ohne Psychiatrie / Rehabilitation). Zum Vergleich lag das schweizerische Mittel im Jahre 2000 bei 16,1 Einweisungen. Die Zahlen in den Nachbarkantonen lauteten wie folgt: Aargau 11,7; Basel-Stadt 18,6; Solothurn 16,0. Für die Berechnung der Szenarien werden Werte zwischen 13,6 – 17,1 verwendet.

Mittlere Bettenbelegung

Die erreichbare mittlere Bettenbelegung ist abhängig von der Aufenthaltsdauer (kurze Aufenthaltsdauer = niedrige Bettenbelegung, lange Aufenthaltsdauer = hohe Bettenbelegung) sowie der Bettenleerzeit zwischen Aus- und Eintritt. Die mittlere Bettenbelegung wird in der Regel, so z.B. neuerdings von den Krankenversicherern, als fixe Vorgabe normativ festgelegt. Im Sinne einer noch besseren betriebswirtschaftlichen Auslastung der vorhandenen Betten wird eine mittlere Bettenauslastung von 85 Prozent der Bedarfsermittlung zugrunde gelegt.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Der Prognose über die Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer liegen nicht nur objektivierbare Gründe wie Schwere der Erkrankung, Alter der Patientinnen und Patienten, Art des Eingriffs etc. zugrunde. Eine Reihe von nicht objektivierbaren Gründen können die Entwicklung der Aufenthaltsdauer wesentlich nachhaltiger beeinflussen; z.B. das Entschädigungssystem, die Dienstbereitschaft der diagnostischen und therapeutischen Dienstleistungsbetriebe, der Ausbau und die Aufnahmebereitschaft von Rehabilitations- und vor allem Nachsorgeeinrichtungen etc. (fehlende Pflegebettenkapazität). Die Vergleichszahlen lauten wie folgt: Basel-Landschaft: 10,0; Aargau: 11,2; Basel-Stadt: 14,5; Solothurn: 8,9; Gesamtschweiz: 8,5. Infolge eines tatsächlich eingetretenen starken Rückgangs der mittleren Aufenthaltsdauer und einer Zunahme der Kurzzeit-

hospitalisationen, vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten, werden 8,5 - 10,0 Tage den Berechnungen zugrunde gelegt.

Bedarfsberechnung

Der Bettenbedarf wird wie folgt berechnet: $\frac{SE \times AD \times EW}{365 \times BB}$ = Bettenbedarf

SE = Spitaleinweisungen je 1000 Einwohnerinnen / Einwohner (Hospitalisationsrate), AD = Aufenthaltsdauer EW = Einwohnerinnen / Einwohner des Versorgungsgebietes, BB = Mittlere Bettenbelegung

Akutspitalbettenbedarf / Szenario 1

Massvoll sinkende Aufenthaltsdauer / Massvoll steigende Hospitalisationsrate

	2000	2005	2010	2015	2020
SE = Spitaleinweisungen pro 100 Einwohner	15.4	15.6	15.8	16.0	16.0
AD = Aufenthaltsdauer	9.9	9.8	9.6	8.8	8.5
EW = Wohnbevölkerung	259'308	265'000	270'000	274'000	277'000
BB = Bettenbelegung	85%	85%	85%	85%	85%
Bettenbedarf (Total)	1'278	1'306	1'320	1'243	1'214

Akutbettenbedarf Szenario 2

Sinkende Aufenthaltsdauer / sinkende Hospitalisationsrate

	2000	2005	2010	2015	2020
SE = Spitaleinweisungen pro 100 Einwohner	15.4	15.1	14.6	14.1	13.6
AD = Aufenthaltsdauer	9.9	9.6	8.8	8.5	8.0
EW = Wohnbevölkerung	259'308	265'000	270'000	274'000	277'000
BB = Bettenbelegung	85%	85%	85%	85%	85%
Bettenbedarf (Total)	1'278	1'236	1'117	1'057	970

Akutbettenbedarf Szenario 3

Gleichbleibende Aufenthaltsdauer / Leicht zunehmende Hospitalisationsrate

	2000	2005	2010	2015	2020
SE = Spitaleinweisungen pro 100 Einwohner	15.4	15.6	16.1	16.6	17.1
AD = Aufenthaltsdauer	9.9	10	10	10	10
EW = Bevölkerung	259'308	265'000	270'000	274'000	277'000
Bettenbelegung	85%	85%	85%	85%	85%
Bettenbedarf (Total)	1'278	1'332	1'401	1'466	1'527

Kommentar

Die Regierungsrat empfiehlt, die weitergehenden Planungen auf das Szenario 1 (massvolle Entwicklung = massvoll sinkende Aufenthaltsdauer und massvoll steigende Hospitalisationsrate) abzustellen.

Gestützt auf die Fachbereichsanalyse und in der Annahme, dass weiterhin eine Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten und vor allem in den teilstationären Bereich erfolgt und vor allem die Aufnahmekapazität der Pflegeheime grösser wird, wird die der Bedarfsprognose zugrunde liegende Hospitalisationsrate von 16,0 Akutspitaleintritten (inkl. Akutgeriatrie) und 17,4 für alle stationären Patienteneintritte (inkl. Psychiatrie und Rehabilitation) auf 100 Einwohnerinnen / Einwohner als Zielgrösse vorgegeben. Ausserdem wird aufgrund der oben aufgeführten Gründe eine Senkung der Aufenthaltsdauer auf 8,5 Tage für die Akutversorgung (inkl. Akutgeriatrie) als realistisch eingeschätzt.

Die im Szenario 2 angenommenen sinkenden Fallzahlen sind im Hinblick vor allem auf die Zunahme des Anteils älterer Menschen und die Erfahrungen im Zusammenhang mit der Einführung der Fallfinanzierung unrealistisch. Die im Szenario 3 angenommene gleichbleibende Aufenthaltsdauer bei steigender Fallzahl widerspricht der belegten Verlagerung in die Bereiche Kurzzeithospitalisation und ambulante Versorgung. Das Szenario negiert zudem auch die Möglichkeiten der gesundheitspolitischen Angebotssteuerung und der Managed Care Steuerung durch Ärzte und Versicherer.

2.6.2.2 Normative Festlegung des Bettenangebotes

Andere Ansätze der Spitalplanung gehen von einer vereinfachten normativen Festlegung des Angebotes aus (Angebotsfixierung). Konkret wird die Anzahl der Betten-, Untersuchungs- und Behandlungsplätze, bezogen auf die massgebliche Bevölkerung, vorgegeben. Die Verwendung von Kennziffern ist zwischen den Leistungserbringern, den Versicherern und den politischen Behörden aushandelbar. Diese eher bedarfslenkende Methode widerspricht jedoch dem in der zweiten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes geplanten Übergang zu einer leistungsorientierten Abgeltung.

Die Bettenziffern 2000 (somatische Akutmedizin inkl. Akutgeriatrie, ohne Rehabilitation / Psychiatrie, berechnet mit einer Normauslastung von 85%) liegen im Kanton Basel-Landschaft (5,0 Betten pro 1'000 Einwohner) und vor allem im Kanton BS (8,6) über SO (4,6) und dem schweizerischen Mittel (4,4). Diese Bettenziffern errechnen sich aufgrund der von der Bevölkerung beanspruchten Anzahl Pflégetage, unabhängig, ob diese innerhalb oder ausserhalb des Wohnkantons erbracht wurden.

2.6.3 Zukünftiges Vorgehen zur Anpassung der Bedarfsplanung

Die einzelnen Planungsfaktoren zur Bedarfsplanung werden in Zukunft analysiert und entsprechend den erkennbaren Tendenzen überprüft. Mit den nachgeführten Planungsfaktoren werden die Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten der öffentlichen Spitäler periodisch der aktuellen Situation angepasst.

Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion orientiert sich beim Leistungseinkauf an in der Tabelle eingefügten Patientenzahlen (inkl. teilstationäre Fälle, jedoch ohne Fälle der Psychiatrie und der Rehabilitation im Bereich der stationären Versorgung) für Sollvorgaben im Zusammenhang mit der weiteren Verlagerung in den ambulanten und teilstationären Bereich:

Sollvorgaben für Patientenzahlen

(Akutversorgung inkl. Akutgeriatrie, alle Taxklassen, mit teilstationären Fällen, ohne Psychiatrie, Rehabilitation und gesunde Säuglinge)⁵

Jahr	Patienten
2000	39'880
2005	41'340
2010	42'650
2015	43'820
2020	44'320

Werden die ermittelten Gesamtfallzahlen auf die verschiedenen Fachbereiche verteilt, so ergibt sich folgende Darstellung.

Prognose der Patienten nach Fachbereichen

(alle Taxklassen, mit teilstationären Fällen, ohne Psychiatrie, Rehabilitation und gesunde Säuglinge, gerundet)

Fachbereich	2000	2005	2010	2015	2015	Prozent
Innere Medizin (mit Dermatologie)	11'980	12'360	12'750	13'100	13'250	27,5
Allgemeine Chirurgie	11'960	12'310	12'820	13'290	13'440	27,4 – 27,9
Orthopädie	3'020	3'190	3'290	3'380	3'420	7,1
Urologie	1'290	1'350	1'390	1'430	1'450	3,0
Gynäkologie	3'120	3'230	3'340	3'430	3'470	7,2
Geburtshilfe	2'410	2'470	2'430	2'380	2'410	5,5 – 5,0
Kinderheilkunde	2'730	2'830	2'920	3'000	3'030	6,3
Ophthalmologie	910	940	970	1'000	1'010	2,1
ORL	1'690	1'750	1'810	1'860	1'880	3,9
Akutgeriatrie	770	900	930	950	960	2,0
Akutversorgung	39'880	41'330	42'650	43'820	44'320	92,0
Psychiatrie	1'790	1'840	1'900	1'950	1'970	4,1
Rehabilitation	1'690	1'750	1'810	1'860	1'880	3,9
Total (gerundet)	43'380	44'930	46'370	47'650	48'170	100,0

2.7 Rehabilitation

2.7.1 Definition

Rehabilitation wird wie folgt definiert:

Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Massnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer grösstmöglichen

⁵ Berechnet aus: Wohnbevölkerung * Spitaleinweisungen pro 100 Einwohner / 100

Eigenaktivität zur weitgehendst unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit die Betroffenen in der Lebensgestaltung so frei wie möglich werden.

Die Rehabilitationsmedizin ist in verschiedenen Rehabilitationsfeldern tätig: (muskuloskelettale, kardiovaskuläre, neurologische Rehabilitation und Rehabilitation von Querschnittsgelähmten, pulmonale, geriatrische Rehabilitation etc.)

2.7.2 Patientenpfad und Schnittstellen

Die Klärung der Zuständigkeiten und Schnittstellen zwischen der Akutbehandlung, der Akutrehabilitation und der anschliessenden Rehabilitationskette (stationäre, teilstationäre und ambulante Rehabilitation) ist noch offen. Dem Patientenpfad folgend kann der Rehabilitationsablauf dargestellt werden.

Medizinische Akutbehandlung

Die Erfahrungen der mit der Akutbehandlung eng vernetzten Rehabilitation haben gezeigt, dass neben der akutmedizinischen Behandlung bereits parallel rehabilitative Massnahmen in die Behandlung einfließen sollten.

Frührehabilitation

Es handelt sich dabei um die Behandlung und Beurteilung des Rehabilitationspotentials von Patienten mit schweren Schädigungen in einer bestimmten Zeit nach Abschluss der Akutdiagnostik und Therapie, in der Regel noch im Akutspital.

Stationäre und ambulante Rehabilitation

Rehabilitation in der Regel ausserhalb des Akutspitalbereiches oder in gesonderten, auf die Rehabilitationsbedürfnisse ausgerichteten, dem Akutspital angegliederten Abteilungen. Als Hauptzielsetzung der stationären Rehabilitation ist die möglichst volle Selbständigkeit und Handlungsfähigkeit im Alltag der Patienten und Patientinnen zu erreichen.

Nachbehandlung

Ambulante Nachsorge

2.7.3 Bedarfsermittlung

In einem ganzheitlichen, vernetzten Gesundheitssystem nimmt die Bedeutung der Rehabilitation zu. Gründe hierfür sind neben der demographischen Entwicklung vor allen Dingen folgende medizinische und medizinisch-ökonomische Entwicklungen:

- Die Situation älterer Patienten erfordert im Gegensatz zu jüngeren Patienten nach der Akutspitalbehandlung häufiger stationäre rehabilitative Massnahmen.
- Mit der Verkürzung der Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern ergeben sich immer neue erweiterte Anforderungen an die Nachsorge und Rehabilitation.
- Gute Resultate im akutmedizinischen Bereich können durch eine mit der Akutspitalbehandlung überlappend einsetzenden Rehabilitation sichergestellt werden.
- Bei einer beachtlichen Zahl von Krankheiten, die zwar diagnostiziert werden können, für die jedoch keine zur Heilung führende Therapie existiert, stellt die Rehabilitation die wichtigste Behandlungsform dar, mit der Lebensqualität gewonnen werden kann.

Der Rehabilitationsbedarf ist sehr individuell. Exogene Faktoren wie die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens, gesellschaftliche Wertstellung etc. beeinflussen den Rehabilitationsbedarf. So hat zum Beispiel die SUVA als Finanziererin von Spitalbehandlungskosten und Unfall-

folgeschäden im Gegensatz zu den Krankenversicherern schon frühzeitig die Bedeutung der Rehabilitation erkannt und sie stark gefördert. Versicherungssysteme, die sich prioritär mit der Akutspitalbehandlung befassen und bei denen die Nachsorge, der Arbeitsausfall etc. durch andere Sozialversicherungszweige gedeckt werden, messen der Rehabilitation einen weit geringeren Stellenwert zu.

Die zum Teil fließenden Grenzen zwischen Akutbehandlung und Rehabilitationsbehandlung erschweren die Bedarfsberechnung zusätzlich. Auch die nicht genau geklärten Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation sowie die zum Teil immer noch ungeklärten Rehabilitationsstandards relativieren jede Bedarfsberechnung. Vor allem nicht in allen Teilen geklärte und zum Teil umstrittene Indikationen zur Rehabilitation sind weitere limitierende Faktoren zur gesicherten Bedarfserhebung. Die erwähnten Standards werden derzeit gemeinsam durch die Krankenkassen und den Leistungserbringern im Rehabilitationsbereich definiert.

Bedarfsprognose Rehabilitation für eine Population von rund 260'000 Einwohnern

Rehabilitationsbereich	Klinikhäufigkeit 1000 EW	Ø Zeit in Tagen	Schätzung der Fallzahl
Kardiovaskuläre Rehabilitation	1,1 Patienten	21 Tage	286 Patienten
Muskuloskelettale Orthopädie, Traumatologie	1,9 Patienten	21 Tage	494 Patienten
Rückenmarksverletzungen	0,3 Patienten	80 Tage	78 Patienten
Rheumatologie	1,6 Patienten	42 Tage	416 Patienten
Pulmonale Rehabilitation	1,1 Patienten	21 Tage	286 Patienten
Neurologische Rehabilitation	1,2 Patienten	42 Tage	312 Patienten

2.8 Pflege- und Langzeitversorgung

2.8.1 Ausgangslage

Die Gemeinden im Kanton Basel-Landschaft verfügen heute über ein gut ausgebautes Netz von Alters- und Pflegeheimen. Die Leistungen dieser Einrichtungen sind beachtlich. Im Jahre 2001 wurden allein in den Krankenheimen 809'702 Pfl egetage geleistet. Von diesen wird der grösste Teil von über 80-jährigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Anspruch genommen. Bei den Alters- und Pflegeheimen verfügte der Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2001 über insgesamt 2'263 Betten.⁶

Im gleichen Zeitraum wurden 612 Geriatriepatienten in den Spitälern des Kantons Basel-Landschaft gepflegt. Dazu kamen noch 57 Geriatriepatienten, welche in den öffentlichen Spitälern Basel-Stadt behandelt wurden.⁷

2.8.2 Demographische Entwicklung

Die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung durch den bis Ende der 70er Jahre zu beobachtenden Geburtenrückgang bzw. Stagnation und durch die höhere Lebenserwartung sowie auch durch die spezielle Ausprägung der Bevölkerungsabwanderung aus der Stadt führt – wie oben gezeigt – zu einem Anwachsen der Zahl der über 65-jährigen und besonders der über 80-jährigen

⁶ Quelle: „Gesundheit beider Basel“, Ausgabe 2002

⁷ Quelle: Auswertung des Statistischen Amtes des Kantons Basel-Landschaft vom 16. Februar 2003, Austritte nach Leistungsstellen

Einwohner. Die über 65-Jährigen und vor allem die über 80-Jährigen erfordern im besonderen Masse die Fürsorge der Gesellschaft.

Unsere Gesellschaft wird daran gemessen, wie sie ihren Mitgliedern erlaubt in Würde alt zu werden. Dabei ist zu bedenken, dass es sich um Einzelpersonlichkeiten aus unterschiedlicher Sozialstruktur, mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Wünschen handelt. Der grösste Teil vor allem der „jungen“ über 65-jährigen Betagten ist auf keine institutionelle Hilfe angewiesen. Ein kleinerer Teil, vor allem der über 80-jährigen hoch betagten Menschen, nimmt jedoch in zunehmendem Masse die Dienstleistungen der offenen und geschlossenen Altershilfe in Anspruch.

2.8.3 Entwicklungen im Lebensumfeld

Der ältere Mensch hat in der Regel das Bedürfnis, so lange wie möglich in seinem gewohnten Umfeld zu bleiben. Entsprechend haben sich viele Dienstleistungsangebote auf diese "Kundengruppe" eingestellt. Gleichzeitig lässt sich beobachten, dass die Freiwilligenarbeit konjunkturabhängig ist. Erhebliche Unterschiede sind auch zwischen der urbanen und der ländlichen Bevölkerung zu beobachten.

2.8.4 Einordnung in eine Gesamtkonzeption des Gesundheitswesens

Die vielfältigen Interdependenzen innerhalb verschiedener Bereiche des Gesundheitswesens machen es notwendig, von verengten Betrachtungen der Teilplanungen zu umfassenden Konzeptionen des öffentlichen Gesundheitswesens zu gelangen. Hier besteht im Kanton Basel-Landschaft gerade im Langzeitpflegesektor Nachholbedarf. Im System Gesundheitswesen sind die gegenseitigen Abhängigkeiten der Entwicklung der verschiedenen Systeme von Ausschlag gebender Bedeutung. Im Wesentlichen können folgende Abhängigkeiten und Schnittstellen formuliert werden:

Akutversorgung	- Langzeitpflege
Akutversorgung	- Rehabilitation
Rehabilitation	- Langzeitpflege / Behinderteneinr. und -dienste
Psych. Versorgung	- Langzeitpflege / psychisch und geistig Behindertenbetreuung
Langzeitpflege	- Behindertenbetreuung in verschiedenen Institutionen

Das unkoordinierte Nebeneinander verschiedener stationärer und ambulanter Dienstleistungen auf kantonaler und kommunaler Ebene führt zu Doppelspurigkeiten, ineffizienten Fehlplatzierungen und ganz allgemein zu Intransparenz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen.

2.8.5 Schwerpunktaufgaben der geriatrischen Betreuung in den Akutspitälern

Die geriatrischen Abteilungen befassen sich mit betagten Menschen, die ihre Selbständigkeit infolge Unfall oder Krankheit verloren haben. Im weiteren steht auch die postoperative geriatrische Rehabilitation von akut erkrankten multimorbiden Patienten und die Rehabilitation von Tumorkranken, die Einstellung von schweren Formen von Diabetes mellitus etc. im Vordergrund.

Knapperen Ressourcen stehen wachsende Ansprüche gegenüber. Lebensqualität für Betagte und Wirtschaftlichkeit müssen auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden. Mit einem neuzeitlichen geriatrischen Pflege-, Betreuungs- und Behandlungskonzept können die Herausforderungen besser gemanagt werden. Mit einem ganzheitlichen Ansatz und mit multidimensionalen und interdisziplinären Methoden, die wirtschaftliche Aspekte mit berücksichtigen, verursachen die geriatrischen Pflege-, Betreuungs- und Behandlungskonzepte nicht nur Kosten, sondern sie helfen die Selbständigkeit der Betagten möglichst lange zu erhalten und so Kosten zu sparen.

2.8.6 Bedarfsdeckung

Bei der Bedarfsdeckung müssen alle Möglichkeiten dargestellt werden, die den Bedürfnissen der betagten Bevölkerung dienen und ihrem Anspruch auf physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden gerecht werden. Dazu gehört in erster Linie das Bemühen um den Ausbau vor allem ambulanter Dienste, um den Betagten den Verbleib in ihrer abgestammten Umgebung so lange wie möglich zu gewährleisten. Langfristige Heimaufenthalte und vor allem Spitalaufenthalte sind zu vermeiden oder so lange wie möglich hinauszuschieben.

Die Ziele der Bedarfsdeckung lassen sich in folgenden Leitsätzen zusammenfassen:

- Mit der rechtzeitigen Vorbereitung auf das Alter sollen die Solidarität zwischen den Generationen und das Verständnis für die eigene Gesundheitsvorsorge geweckt und letztlich eine Betreuungsbedürftigkeit vermieden oder hinausgezögert werden.
- Durch gezielte Vorsorgemassnahmen wie Altersturnen, Sport, attraktives Angebot von Bildung und Animation etc. soll die Erhaltung der eigenen physischen und psychischen Gesundheit gefördert werden.
- Mit dem Ausbau aller ambulanten Dienste soll es den Betagten ermöglicht werden, auch bei Vorhandensein verschiedenster Probleme die eigene Haushaltsführung aufrechterhalten zu können.
- Durch ein attraktives Angebot semistationärer Einrichtungen wie Tagesstätten, aber auch von Ferien- bzw. Entlastungsstationen soll es den Angehörigen ermöglicht werden, auch vermehrt betreuungsbedürftige Betagte zu versorgen.
- Durch den Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen soll die Aufenthaltsdauer in den höher qualifizierten stationären Einrichtungen, besonders in den Akutspitälern, aber auch der psychiatrischen Klinik verkürzt werden.
- Bestimmte geriatrische Betreuungsaufgaben gehören zum Aufgabenspektrum der Akutspitäler sowie der psychiatrischen Klinik. Dieses gilt insbesondere für die gerontopsychiatrische Versorgung, Akutgeriatrie und die Übergangspflege.
- Die Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, besonders den ambulanten und stationären Einrichtungen, ist wesentlich zu verbessern.

Für die Bedarfsprognosen der stationären Pflege im Langzeitbereich sind eine ganze Reihe unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen.

- Die in Anspruchnahme von Pflegeplätzen ist konjunkturabhängig. Das heisst, bei guter Konjunktur wird mit mehr Heimeintritten gerechnet und bei schlechtgehender Konjunktur nimmt die Inanspruchnahme der Einrichtungen ab.
- Es ist deutlich zwischen den 65-79-jährigen und den über 80-jährigen zu unterscheiden. Während für die „rüstigen Betagten“, die unter 80-jährigen, kaum noch Bedarfsprognosen aufgestellt werden, geht die Mehrzahl der veröffentlichten Bedarfsprognosen von der Referenzbevölkerung der über 80-jährigen aus.
- Fast alle Bedarfsprognosen gehen davon aus, dass der Heimeintritt später erfolgt und der Heimaufenthalt kürzer ist.
- Wenige Prognosen sind Zielprognosen, welche die Auswirkungen der offenen Altersbetreuung einerseits und diejenige der geriatrischen Rehabilitation andererseits berücksichtigen. Die meisten Prognosen basieren auf dem simplen Fortschreibungsverfahren.

Der Vergleich mit anderen Kantonen zeigt folgendes Bild:

Basel-Stadt

23 Plätze pro 100 Personen ab 80 Jahren

Solothurn

20 Plätze pro 100 Personen ab 80 Jahren (Prognose 2010)

In Anbetracht der Ist-Situation im Kanton Basel-Landschaft und der im Unterbaselbiet vergleichbaren Struktur der Bevölkerung mit dem Kanton Basel-Stadt, wird vorgeschlagen, in Anlehnung an die Richtwerte von Basel-Stadt und Solothurn einen Planungsrichtwert zu bestimmen. Dieser Richtwert kann mit 21 Plätzen pro 100 Personen ab 80 Jahren tiefer als im Stadtkanton angesetzt werden. Die Begründung liegt in der Bevölkerungsstruktur im Oberbaselbiet und im Laufental, mit seiner vorwiegend ländlichen Bevölkerung und deren geringeren Inanspruchnahme von Pflegeplätzen.

Damit ergibt sich folgender Bettenbedarf:

Bedarfsprognose stationäre Pflege im Langzeitbereich

	2000	2005	2010	2015	2020
Bevölkerungsprognose über 80-jährige	9'127	11'095	12'830	14'245	15'504
Bettenbedarf	1'917	2'330	2'694	2'991	3'256

Bei der Interpretation dieser Zahlen sind – wie oben ausgeführt – unter anderem die Belegungen von Betten durch Behinderte, die Fehlbelegungen in den Spitälern oder die Schnittstelle zur Psychiatrie (Kantonales Altersheim) zu berücksichtigen.⁸

Angesichts dieser Prognose ist es unabdingbar, dass die Gemeinden als verantwortliche Träger des Langzeitpflegebereichs die Anzahl der stationären Pflegeplätze in den nächsten Jahren stark erhöhen. Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden in diesem Bereich wird zurzeit im Rahmen des neuen „Gesetzes über die Betreuung und Pflege im Alter“ diskutiert und soll dort festgelegt werden. Nach Ansicht der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion soll dabei die Verantwortung für sämtliche nicht-spitalbedürftigen Personen bei den Gemeinden liegen.

Die stationären Pflegebetten sind im Sinne eines aufgabenteiligen Betreuungssystems zu gliedern.

2.8.7 Zusammenfassung

Mangel der derzeitigen Organisation des Pflegedienstleistungsangebotes ist die nicht deutlich definierte Schnittstelle zwischen Akut- und Heimbereich. Es besteht eine Trennung in der Verantwortung zwischen Akutspital, psychiatrischer Klinik und Rehabilitation auf der einen Seite und den Pflegeheimen auf der anderen Seite. Die mangelnde Koordination in der organisatorischen Gestaltung des Pflegeangebotes führt zum Teil zu unwirtschaftlichen Betriebseinheiten.

Die nur bei den öffentlichen Spitälern und der Psychiatrischen Klinik geregelte Aufnahme (Aufnahmezwang) von Pflegebedürftigen führt in Einzelfällen zu Fehlplatzierungen, unwürdigen Situationen für die Pflegebedürftigen und überflüssigen Koordinationskosten.

Die in vielen Jahrzehnten gewachsenen strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten im Kanton Basel-Landschaft vermögen den Herausforderungen der Sicherstellung der Pflege für pflegebedürftige Betagte und insbesondere Hochbetagte nicht immer zu genügen und müssen neu überdacht werden. Mindestforderung ist eine koordinierte Planung.

⁸ Die Bedarfszahlen wurden mit einer neuen Studie abgeglichen und keine wesentlichen Differenzen festgestellt: Höpflinger F. und Hugentobler V. (2003). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Bern: Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums; Verlag Hans Huber.

2.9 Steuerung der Nachfrageentwicklung

Der Wunsch nach Steuerung der Nachfrageentwicklung ist sehr gegensätzlich motiviert. Während aus gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Sicht die Mengenbegrenzung hohe Priorität hat, sind die Leistungserbringer aus betriebswirtschaftlicher Sicht am Wachstum und der Mengenausweitung interessiert. Der Problembereich wird aus übergeordneter gesundheitlicher Sicht angegangen. Die Ziele sind:

- Mengenbegrenzung
- Keine Doppelspurigkeiten zwischen ambulanten und stationären Bereichen
- Soviel ambulante Leistungen wie möglich, so wenig stationäre Leistungen wie nötig
- Soviel Grundversorgung wie möglich, so wenig Spezialisierung wie möglich

Die Steuerung der Nachfrage ist ausserordentlich schwierig. Gründe hierfür sind ein System mit einem deutlichen Überangebot in allen Bereichen, die gesellschaftliche Situation mit hohem Volkseinkommen, die Anspruchsmentalität und das lukrative Geschäft mit der Gesundheit

Es bieten sich im wesentlichen folgende Massnahmen zur Steuerung an:

- ein struktureller Aufbau der Gesundheitsversorgung
- eine Angebotsbegrenzung
- neue Finanzierungsanreize
- die Definition der Behandlungsstandards

Struktureller Aufbau der Gesundheitsversorgung

In einem klar gegliederten aufgabenteiligen System der Gesundheitsversorgung und dessen Vernetzung mit dem Hausarzt als „Gatekeeper“ an der Basis kann der Patientenweg durch den folgenden strukturellen Aufbau gelenkt werden:

Hausarzt mit „Gatekeeper“-Funktion ? Spezialist ? Stationäre Einrichtung der Grundversorgung mit Triagefunktion ? Einrichtung der spezialisierten Versorgung mit Triagefunktion ? Einrichtung der hochspezialisierten Versorgung ? Rehabilitationseinrichtung ? Langzeit- und Pflegeversorgung sowie Nachsorgeeinrichtung

In diesem System nehmen die basismedizinischen Institutionen jeweils Triagefunktionen für die Zuweisung in höher spezialisierte bzw. weiterführende Einrichtungen wahr. Zur Vermeidung unerwünschter „Bypässe“ über die Notfallstationen, gekoppelt mit dem Aufnahmeweg der Spitäler, sind Massnahmen erforderlich. Die Zuweisungspflicht in den Spitälern ist durchzusetzen.

- Die Aufnahmepflicht der Notfallstation ist eng zu umschreiben
- Die Notfallbereitschaft der Ärzteorganisationen ist zu stärken.
- Die Ansiedlung von In-house-Praxen hilft Doppelspurigkeiten zu vermeiden.
- Das System der Gesundheitskassen (HMO) ist deutlicher zu fördern.
- Die Vernetzung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist strukturell auszubauen (Spitalverbünde, Kooperationen zwischen den Institutionen etc.).

Angebotsbegrenzung

In Kenntnis der Wechselwirkung zwischen Angebot und Nachfrage (angebotsinduzierte Nachfrage, d.h. jedes Angebot im Gesundheitswesen kann ausgelastet werden) sind die Instrumente der Zulassungsbewilligung für frei praktizierende, bewilligungspflichtige Gesundheitsberufe sowie der Spitalplanung besser zu nutzen. Der Schaffung gezielter Angebote bzw. der Nichtbefriedigung einer hundertprozentigen Bedarfsdeckung kommen erhebliche Lenkungen zu.

Finanzierungsanreize und Behandlungsstandards

Die Finanzierungsanreize zur Mengenbegrenzung sind im KVG schwach ausgebildet und haben, wie Untersuchungen zeigen, erst ab einem relativ hohem Selbstbehalt Einfluss auf die

Nachfrageentwicklung. Auf kantonaler Ebene ist der Handlungsspielraum begrenzt. Im Vordergrund stehen folgende Massnahmen:

- Degressive Fachbereichs-Vollpauschalen
- Umfassende Fallpauschalen (inklusive stationäre Nachbehandlung)
- Definition der Behandlungsstandards
- Patientenpfadmodelle und die daraus entwickelten Standardkosten, die sich hervorragend zur Mengenbegrenzung eignen.

2.10 Aufgaben und Ziele der regionalen Spitalplanung

Aufgaben der Regionalen Spitalplanung sind:

- Abstimmung der Angebotsplanung zur Vermeidung von Überkapazitäten und zur Definition eines möglichen Synergiepotentials
- Gleichwertige, räumliche Zugänglichkeit
- Allokation des Angebotes nach den Kriterien Wettbewerb und Konkurrenz, Wirtschaftlichkeit, auf Fallzahlen gestützte Qualitätsanforderungen, ganzheitliche Versorgung, Vernetzung des Angebotes und Interdisziplinarität

Im Einzelnen bedeutet das die Verfolgung folgender Ziele:

- Die eigenständigen kantonalen Planungen werden aufeinander abgestimmt.
- Die gleichwertige räumliche Erreichbarkeit ist in Anbetracht der geringen Distanzen sekundär.
- Es ist darauf zu achten, dass die Konzentration der infrastrukturellen Einrichtung im Zentrum nicht zu Lasten des Umlandes erfolgt.
- Die wohnungsnahe, gleichmässige Verteilung gilt nur für die Grundversorgung.
- Die Gewichtung der Kriterien Qualität, Wirtschaftlichkeit sowie die Vermeidung von Monopolisierungen und einseitigen Abhängigkeiten bestimmen die Standortentscheidungen. Ziel ist ein ausgewogenes, aufeinander abgestimmtes Versorgungssystem.
- Als Leitlinie für Standortentscheidungen wird der Aufbau von Leistungsschwerpunkten in fachübergreifenden, medizinischen Verbundsystemen angestrebt.
- Nachdem die Medizin die Tendenz zu immer weiter gehender Spezialisierung und Subspezialisierung hat, ist den negativen Auswirkungen dieser Entwicklung mit der Bildung von Leistungsschwerpunkten entgegen zu wirken.

2.11 Bildung von Leistungsschwerpunkten beider Basel

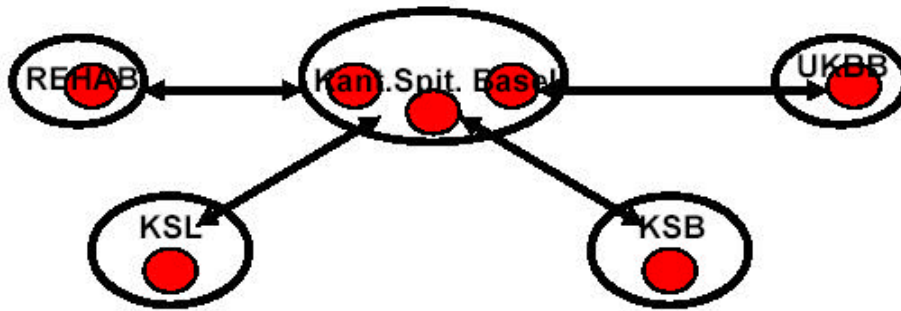
Die Varianten für die Standortentscheidungen werden in Szenarien umschrieben.

- Bildung von Leistungsschwerpunkten an dispersen Standorten im Verbundsystem unter Nutzung der vorhandenen Kompetenz und Infrastruktur
- Konzentration der speziellen Leistungserbringung an einem Standort
- Fortschreibung des Status quo

Kriterien für die Beurteilung der Entwicklungsszenarien sind:

- Mindestfallzahl (Minimal Case Load)
- Strukturqualität wie z.B. Facharztpräsenz
- Einbettung in ein fachübergreifendes Dienstleistungssystem
- Wirtschaftlichkeit
- Wettbewerbsfähigkeit (Vermeidung von Monopolen)
- Erhalt eines ganzheitlichen, wohnortsnahen qualifizierten Behandlungsangebotes

2.11.1 Bildung von Leistungsschwerpunkten an dispersen Standorten



Kantonsspital Basel

- Transplantationschirurgie in Absprache mit den anderen Transplantationszentren
- Neurochirurgie, Herzchirurgie, Radio-Onkologie
- Spezielle Leistungen in verschiedenen Fachbereichen entsprechend der „K-Liste“

UKBB

- Kinderspital beider Basel inkl. Neonatologie und pädiatrische Intensivpflege

REHAB

- Neurorehabilitation und Rehabilitation von Querschnittsgelähmten

Kantonsspital Bruderholz

- Invasive, interventionelle Kardiologie

Kantonsspital Liestal

- Urologie, ORL, Ophthalmologie

2.11.2 Konzentration der Leistungserbringung

Bei der Konzentration der Leistungserbringung an einem Standort wird davon ausgegangen, dass die Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal keine spezialisierten Dienstleistungen über den Grunddienstleistungsauftrag erbringen. Alle spezialisierten und hochspezialisierten Dienstleistungen werden am Kantonsspital Basel konzentriert. Dieses gilt auch für die pädiatrische-, neonatologische- und kinderchirurgische Versorgung.

2.11.3 Fortschreibung des Status quo

Die Fortschreibung des Status quo wird durch den Verzicht auf einen weiteren Ausbau der stationären Versorgung im Kanton Basel-Landschaft definiert. Insbesondere werden keine zusätzlichen Fachbereiche und Kapazitäten geschaffen.

2.11.4 Diskussion / Schlussfolgerungen

a) Die Konzentration bzw. Zentralisierung aller Leistungsschwerpunkte am Kantonsspital Basel ist für die externen Leistungsbezüge die teuerste Variante.

- Infolge einer Monopolisierung der Leistungserbringung entfallen wettbewerbliche, qualitätsfördernde und preisregulierende Elemente.

- Die Abhängigkeit vom städtischen Zentrum nimmt zu.
- Die Attraktivität der Baselbieter Spitäler nimmt ab.
- Die Rekrutierung hervorragender Arztpersönlichkeiten wird erschwert.
- Die Versorgung der Bevölkerung wird beeinträchtigt.
- Die Wahlfreiheit für die Patienten wird eingeschränkt.

Eine vermehrte Abwanderung von Patienten mit Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft in das erwiesenermassen teurere Universitätsspital Basel, führt zu geringeren Fallzahlen in den basellandschaftlichen Spitälern und damit auch zu höheren Kosten je Fall bei gleichzeitig zusätzlich zu zahlenden hohen Kosten für die ausserkantonalen Hospitalisationen. Aus diesem Grund ist die Variante „Konzentration der universitären Medizin auf ein Universitätsspital“ und das Grobmodell „Zusätzliche Zentralisierung von Kliniken“ aus dem Projekt Regionale Spitalplanung beider Basel⁹ nicht weiter zu verfolgen.

b) Die für den Kanton Basel-Landschaft bezüglich der Versorgungssicherheit seiner Bevölkerung und der zu tragenden Kosten günstigste Lösung ist die Sicherstellung der Grundversorgung und der erweiterten Grundversorgung durch die basellandschaftlichen Spitäler und der Weiterentwicklung der Aufgabenteilung bzw. Schwerpunktbildung zwischen den Baselbieter Kantonsspitalern. Die hochspezialisierte Versorgung soll voraussichtlich wie bis anhin auch für die Baselbieter Bevölkerung am Universitätsspital Basel und fallweise an anderen hochspezialisierten Versorgungseinrichtungen erbracht werden. Demzufolge sind auch die übrigen im Zwischenbericht der Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Projekt Regionale Spitalplanung beider Basel vorgestellten Grobmodelle zu Gunsten des Status quo nicht weiter zu verfolgen.

Die Gründe hierfür sind im wesentlichen:

- Die im Zwischenbericht vorgestellten strategischen Grobmodelle (Herz-Thorax-Zentrum, Elektiv- / Wochenklinik und Bewegungsapparatzentrum) verlangen zur effizienten Umsetzung nach einem straff geführten Verbund verselbstständigter Spitäler. Da die Baselbieter Kantonsspitäler vorläufig Teil der kantonalen Verwaltung bleiben sollen, sind diese Modelle nicht sinnvoll realisierbar.
- Der Verzicht auf eine räumliche Dezentralisierung im Sinne der erwähnten Grobmodelle ermöglicht eine maximale Nähe der hochspezialisierten Dienstleistung zur medizinischen Fakultät, wie sie auch beim getroffenen Standortentscheid für den Neubau des UKBB eine wichtige Rolle gespielt hat.
- Eine Dezentralisierung vieler Bereiche der hochspezialisierten Versorgung erschwert die unabdingbare Interdisziplinarität und führt zu einem hohen Koordinationsaufwand. Wie die Erfahrungen im UKBB gezeigt haben, ist die Führung eines Spitals an mehreren Standorten mit erheblichen Problemen in der betrieblichen Umsetzung verbunden.
- Eine schweizweite Koordination und Schwerpunktbildung in der hochspezialisierten Medizin ist sinnvoll und wird auch in der laufenden Teilrevision des KVG vorgeschrieben. Eine Dezentralisierung im Sinne der strategischen Grobmodelle würde diesen Bemühungen zuwiderlaufen.
- Durch die Dezentralisierung würde ein struktureller Aufbau der Gesundheitsversorgung wie er unter Kapitel 2.9 dargestellt wurde, entscheidend erschwert, da die Stufe der spezialisierten Versorgung und der hochspezialisierten Versorgung weitgehend zusammengelegt würden.

⁹ LRV 2002/136

- Nur mit einer einheitlichen Führung und kurzen Wegen der Führungsentscheidungen können Leistungen effizient und kostengünstig erbracht werden. Eine gemeinsame likantonale Trägerschaft im medizinischen Dienstleistungsbereich und eine nur erschwert wahrzunehmende Führungsverantwortung, wie im Falle des UKBB, ist daher zu vermeiden.
- Am Universitäts-Kinderspital beider Basel soll aber aufgrund dessen Stellung als regionaler stationärer Gesamtversorger ausdrücklich festgehalten werden. Analog zur Situation in der Erwachsenenmedizin ist eine schweizweite Schwerpunktbildung in den hochspezialisierten Leistungsbereichen und in der universitären Lehre und Forschung anzustreben.
- Mit der eindeutigen, eigenständigen Positionierung der Baselbieter Kantonspitäler untereinander (Grundversorgung und erweiterte Grundversorgung mit klarer Aufgabenteilung) und gegenüber ausserkantonalen Leistungserbringern können die positiven Potentiale wettbewerblicher Strukturen erschlossen werden.
- Mit einer klaren Entflechtung des Versorgungsauftrages im Bereich der Grundversorgung und der erweiterten Grundversorgung von der hochspezialisierten Versorgung können die Kosten transparenter gemacht und im Bereich der Grundversorgung und erweiterten Grundversorgung tief gehalten werden.

Zusammenfassend ist eine wirtschaftliche Leistungserbringung nur dann gewährleistet, wenn die Aufgaben klar definiert sind und die Verantwortung und Kompetenzen in einer Hand liegen.

3 Leistungseinkauf

3.1 Zusammenfassung

Mit der 2. Teilrevision des KVG wird sich für den Kanton Basel-Landschaft folgendes ändern:

- Es entsteht volle **Freizügigkeit** für alle Spitäler auf der Spitalliste BS/BL. Dies führt zu einem Kostenanstieg (freier Zugang zu teuren Zentrumsspitalern) und zu Mengenausweitung mit Finanzierungspflicht für den Kanton Basel-Landschaft.
- **Leistungsorientierte Abgeltung** (Abteilungspauschalen, Fallpauschalen)
- **Sockelbeitrag** der Kantone an privat und halbprivat Versicherte auch an die bisher nicht subventionierten Leistungen der Privatspitäler auf der Spitalliste
- Finanzierung von **gemeinwirtschaftlichen Leistungen** durch die Kantone
- Duale Finanzierung auch der **Investitionskosten** (Kassen und Kantone)
- Fixer Kostenteiler in der Spitalfinanzierung (z.B. Kassen und Kantone je 50%)

Zum geordneten Vollzug sind folgende Massnahmen notwendig:

- Übergang zur leistungsorientierten Planung (vergleiche Kapitel 2)
- Neugliederung der Versorgungsaufträge nach folgendem Schema:

1. Fachtechnisches Attest
 - Betriebsbewilligung
- 2a. Leistungsauftrag
 - Grobe Aufstellung nach medizinischen Spezialitäten (Medizin, Chirurgie, Gynäkologie etc.) auf der Spitalliste
 - Hinweis auf eine vorhandene Leistungsvereinbarung
- 2b. Leistungsvereinbarung
 - Detaillierter Leistungsauftrag mit Finanzierungsverpflichtung

Die Leistungsvereinbarung besteht aus folgenden Elementen:

- Rahmenvertrag für 3 - 5 Jahre
- Quantifizierter Jahresvertrag
- Die Zuteilung erfolgt nach den Kriterien Preis, Wettbewerb, Qualität, Versorgungssicherheit.
- Damit eine Leistungsvereinbarung erteilt / erweitert werden kann, müssen die Leistungserbringern Anforderungen erfüllen (z.B. Kapazität und Kompetenz, Notfall- und Aufnahmebereitschaft, Beteiligung an Aus- und Weiterbildung).
- Anwendung eines gemischten Tarfsystems mit Fachbereichsfallpauschalen und Tagespauschalen, welche individuell je Leistungseinheit definiert werden.
- Vorgabe von Anreizsystemen für eine optimale Leistungserbringung.
- Regelung der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen.
- Regelung der Erteilung von Rahmenkrediten durch den Landrat
- Aufbau eines adäquaten Controllingsystems.

3.2 Definition des Leistungsauftrages nach KVG

3.2.1 Die geltende Ordnung

Das geltende KVG äussert sich zum Begriff des Leistungsauftrages nur summarisch:

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, (e) wenn sie: auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

Diese Bestimmung wurde vom Bundesrat und in den Empfehlungen der Sanittsdirektorenkonferenz (SDK) konkretisiert. Die zentralen Empfehlungen und Erfahrungen sowie die Umsetzung im Kanton Basel-Landschaft werden im Folgenden zusammengefasst.

- Auf der Spitalliste aufgeführten Einrichtungen sind in Kategorien zu gliedern.
- Es wird empfohlen, die Leistungsaufträge gegliedert nach medizinischen Spezialitäten und gegebenenfalls Subspezialitäten zuzuordnen.

- Ein lediglich globaler Leistungsauftrag in den Kategorien "Grundversorgung" oder "Spezialisierte Versorgung" kann durch eine zusätzliche "Negativliste" eingeschränkt werden. Eine "Exklusivitätenliste" ist auch möglich. In der Praxis besteht zurzeit mit der K-Liste eine derartige Exklusivitätenliste.
- Es ist zu unterscheiden zwischen

a) einem fachtechnischen Attest (Betriebsbewilligung), das bestätigt, dass die Institution die Bedingungen eines Spitalbetriebes nach Art. 39 KVG ohne Finanzierungsverpflichtungen erfüllt.

b) einem Leistungsauftrag im Sinne von Art. 39 KVG, der die betreffende Institution berechtigt, ihre Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zu erbringen, und

c) einer Leistungsvereinbarung, mit der der Leistungserbringer Teil der geplanten kantonalen Gesundheitsversorgung wird.¹⁰

3.2.2 Die Auswirkungen der zweiten Teilrevision des KVG

In der zweiten Teilrevision KVG ist vorgesehen eine leistungsbezogene Finanzierung einzuführen. Es ist davon auszugehen, dass die Planung und Abgeltung und damit auch die Definition des Leistungsauftrags (bzw. der Leistungsvereinbarung) mittels Fachbereichsfallpauschalen¹¹ erfolgt. Längerfristig ist die Einführung von Fallgruppierungssystemen (DRG oder mipp¹²) absehbar. Die generelle Defizitdeckung bei den öffentlichen Spitälern entfällt. Gemeinwirtschaftliche Leistungen werden separat abgegolten.

Die Kantone müssen voraussichtlich an alle Spitäler, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, einen Sockelbeitrag für KVG-Behandlungen leisten.

3.2.3 Leistungsauftrag / Leistungsvereinbarung und zweite Teilrevision des KVG

Wird die gemeinsame Spitalliste fortgeführt, so stellt sich die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit und der Differenzierung der Leistungsaufträge auf der Liste. Aus Transparenzgründen sind separate Leistungsaufträge pro Kanton anzustreben.

Da der Kanton für alle KVG-Behandlungen einen Sockelbeitrag leisten muss, entfällt der bisherige Unterschied zwischen Leistungsauftrag (zugelassen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) und Leistungsvereinbarung (Bindung des Kantons). Die Leistungsaufträge auf der Spitalliste sind in Leistungsvereinbarungen zu konkretisieren. Diese bestehen aus einem Rahmenvertrag sowie aus Jahresverträgen, in denen die Leistungen und deren Abgeltung quantifiziert werden.

Inhalt der Rahmenverträge:

- Leistungsauftrag mit Definition der anzubietenden Subspezialitäten, allenfalls weiter spezifiziert durch eine Positiv- oder Negativliste von Behandlungen (qualitativ)
- Gemeinwirtschaftliche Leistungen (separate Finanzierung)
- Administrative Vereinbarungen (z.B. Zahlungsbedingungen)

¹⁰ S.8 Empfehlungen

¹¹ Hier als präziserer Begriff verwendet anstelle von "Abteilungsfallpauschalen". Details zum Tarifierungssystem siehe unter 3.4. Für die Psychiatrie / Langzeit wird die weitere Verwendung von Tagespauschalen empfohlen.

¹² Erläuterung s. Glossar

Inhalt der Jahresverträge:

- Mengengerüst und Preise

3.3 Ziele für den Leistungseinkauf

3.3.1 Ausgangslage / Umfeld

Geltende Abkommen

Es bestehen folgende Abkommen für Patienten in der allgemeinen Abteilung:

- Spitalabkommen Basel-Stadt / Basel-Landschaft: Abgeltung zentrumsmedizinischer Leistungen und Notfälle am Kantonsspital Basel und am Felix Platter-Spital
- Augenspitalvertrag Basel-Stadt:
- Sonnenhalde-Vertrag: mit einer limitierten Anzahl Pflgetage
- Vereinbarung Chrischonaklinik: mit einer limitierten Anzahl Pflgetage
- Spitalabkommen Basel-Landschaft / Solothurn: Freizügigkeitsabkommen
- Vereinbarung mit dem Kanton Aargau: Freizügigkeit für die allgemeine Abteilung für PatientInnen aus Buus, Maisprach, Wintersingen und Augst.
- Vereinbarung mit dem Kanton Jura: Freizügigkeit für Patienten aus dem Laufental an den Spitäler des Kantons Jura sowie der jurassischen Patienten am Kantonsspital Laufen.

Aufgrund der Änderungen durch die zweite Teilevision des KVG werden diese Abkommen neu ausgestaltet werden müssen.

Rahmenbedingungen

Folgende Rahmenbedingungen sind für die Zieldefinition wesentlich:

- Demographische Entwicklung
- Prämien- / Kostenniveau
- Stationäre Kapazitäten
- Neue Freizügigkeit durch die zweite Teilrevision KVG

3.3.2 Ziele für den Leistungseinkauf

- Sicherung eines ausreichenden, qualitativ hoch stehenden medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Dienstleistungsangebotes für die Bevölkerung aller Regionen des Kantons und aller Versicherungsklassen nach den Kriterien der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
- Sicherstellung der Notfallversorgung und der 24 Stunden-Vorhalteleistungen nach den Kriterien der Verfügbarkeit, der Qualität und besonders der Wirtschaftlichkeit
- Sicherstellung des Leistungseinkaufs nach den Kriterien des Wettbewerbes; Übergang zur Fallkostenfinanzierung / Leistungsfinanzierung
- Steuerung des Gesundheitswesens durch den Kanton mittels Leistungsvereinbarungen (besonders Preis- / Mengen- und Qualitätssteuerung)
- Vermeidung von einseitigen und langfristigen Bindungen an ausgewählte Leistungserbringer
- Permanente Evaluation des Leistungsangebotes und der Kosten der in Frage kommenden Leistungserbringer

3.4 Leitlinien für den Leistungseinkauf

3.4.1 Tarifsysteem

Es ist davon auszugehen, dass in einer mehrjährigen Übergangszeit, bis zur Einführung von Fallgruppierungssystemen (siehe auch Kapitel 5 Instrumentarium), für die Abgeltung in der Grundversicherung Fachbereichsfallpauschalen¹³ verwendet werden.¹⁴ Diese haben folgende Chancen und Gefahren:

- Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltsdauer und damit des Aufwands
- Gefahr der Mengenausweitung (Fälle)
- Verschiebung von Leistungen in die vor- oder nachgelagerten Bereiche
- Patientenselektion ("Rosinenpicken")
- Qualitätssenkung
- Umwandlung ambulanter Fälle in stationäre Fälle

Es wird festgelegt werden,

- dass für die Fachbereiche der gleichen Versorgungsstufe einheitliche Fallpauschalen / Tagespauschalen angestrebt werden sollen.
- dass die Abgeltung über ein gemischtes System (Fachbereichspauschalen / Tagespauschalen) erfolgen soll.
- Für Bereiche ausserhalb der somatischen Akutmedizin (Psychiatrie / Langzeitbereich) werden i.d.R. Tagespauschalen verwendet.

3.4.2 Anreize

Um den Anreiz zur Mengenausweitung der verschiedenen Leistungserbringer durch die Einführung von Fallpauschalen einzudämmen, ist ein Rabattierungssystem zu verwenden. Eine weitere Massnahme, um die Mengenausweitung zu verhindern, ist eine Reduktion der Fallpauschale um 50 Prozent, wenn der Patient innerhalb von 48 Stunden verlegt wird oder heimkehrt. Um eine zu frühe Entlassung zu vermeiden, sollte die Fallpauschale alle Rehospitalisationen innerhalb von 14 Tagen abdecken.

Der Anreiz zur Verschiebung von Leistungen in die vor- oder nachgelagerten Bereiche kann nur mittelfristig durch die Berücksichtigung der gesamten Behandlung wirksam verhindert werden. Kurzfristig können diese Anreize am besten durch entsprechende Falldefinitionen und diese Faktoren berücksichtigende Fall- und Tagespauschalen kontrolliert werden.

Der Anreiz zur Patientenselektion muss mit einem Aufnahmepflicht für die Spitäler mit Leistungsauftrag verhindert werden.

Kapazitätsengpässe in nachgelagerten Systemen (z.B. Alters- und Pflegeheime) können dazu führen, dass die Akutspitäler mit nicht mehr spitalbedürftigen Patienten fehlbelegt sind. Es sind tarifliche Instrumente zu schaffen, um derartige unerwünschte Effekte zu vermeiden.

¹³ Dieser Begriff wird oft als Synonym für "Abteilungsfallpauschale" verwendet, welche sich aber auf eine organisatorische Einheit bezieht. Aus diesem Grund wird hier die Bezeichnung "Fachbereichspauschalen" vorgezogen.

¹⁴ Einzelne Kantone (vor allem mit Universitätsspitalern) bilden besonders teure Leistungen mit einzelnen Fallpauschalen ab. Diese Systeme sind jedoch von der Handhabbarkeit und hinsichtlich der

3.4.3 Strategie / Umsetzung

Grundversorgung / Spezialisierte Versorgung

Die basellandschaftlichen Kantonsspitäler bilden das Rückgrat der Versorgung, da diese am besten / direktesten durch den Kanton gesteuert werden können.

Zusätzlicher Bedarf wird nach definierten Kriterien eingekauft.

Hauptkriterien für den Einkauf sind die Kriterien Preis und Versorgungssicherheit. Weitere Kriterien sind Qualität, Wettbewerbsstruktur, Notfallsicherheit, Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung etc.

Die Zuschlagserteilung ¹⁵ auf die verschiedenen Anbieter kann mit einem Ausschreibungsverfahren erfolgen. Die Preisbildung kann dabei prospektiv mit verschiedenen Mitteln erfolgen:

- Ausschreibungsverfahren bei funktionierendem Wettbewerb
- Vergleich mit Referenzspitälern (Benchmarking) bei fehlendem Wettbewerb.

Ein Leistungseinkauf ausserkantonale oder bei privaten Anbietern soll besonders für ein vergleichbares Angebot nicht teurer sein, als wenn die Leistung durch den Kanton selbst erbracht würde.

Für einzelne Fachbereiche soll eine Übernahme der Versorgungsverantwortung (Gatekeeperfunktion, Kostenverantwortung bei Weiterweisungen) geprüft werden. Damit wären beispielsweise in der Psychiatrie die Kantonalen Psychiatrischen Dienste verantwortlich für eine Erstuntersuchung und die Entscheidung über den weiteren Behandlungsverlauf inkl. einer allfälligen Überweisung auch an andere Institutionen.

Hochspezialisierte Versorgung

Die Herkunft der Patienten am Kantonsspital Basel soll durch folgende Aufstellung verdeutlicht werden:

Pflegetage Kantonsspital Basel 2001

	Pflegetage	%	Betten
BL: Zentrumsmedizinische Patienten	15'000	6%	48
BL: Zusatzversicherte Patienten	23'465	10%	76
Basel-Landschaft Total	38'465	16%	124
Basel-Stadt Total	155'567		
Übrige	45'709		
Gesamt KBS	239'741	100%	

Bettenzahl errechnet mit Normauslastung von 85%

Es kann davon ausgegangen werden, dass die zentrumsmedizinischen Leistungen für die Baselbieter Bevölkerung auch künftig in einem ähnlichen Rahmen am Kantonsspital Basel eingekauft werden. Es wird erwartet, dass die hochspezialisierte Versorgung am Zentrum Basel ein mit anderen ausserkantonalen Zentrumskliniken vergleichbares Preis / Leistungsverhältnis aufweist.

¹⁵

Transparenz sehr aufwändig, weshalb eine Einführung für die Spitäler mit Grundversorgung und spezialisierter Versorgung erst in einem späteren Schritt geprüft werden soll.
Von Oggier (Spitalfinanzierungsmodelle S. 157ff) werden verschiedene Arten der Zuschlagserteilung vorgestellt.

Der Zugang zu Zentrumsleistungen (sowie zu medizinisch notwendigen ausserkantonalen Hospitalisationen) soll wie bisher durch den Kantonsarzt im Einzelfall bewilligt werden.

Zusammenarbeit

Mit der neuen Finanzierung ist eine vertiefte Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und den verschiedenen Finanzierern (Kantone, Versicherer) auch bei der Erteilung der Leistungsaufträge und -vereinbarungen sinnvoll.

3.5 Regeln für Erteilung, Erweiterung und Entzug der Leistungsvereinbarung

Die zur Verfügung stehenden Ressourcen müssen bedarfsgerecht wirksam und wirtschaftlich eingesetzt werden. Es wird angestrebt, möglichst alle jene Leistungen anzubieten, für welche im Kanton Basel-Landschaft die quantitativen (Minimalzahl von Behandlungen etc.) und wirtschaftlichen Voraussetzungen gegeben sind.

Im System der abgestuften Gesundheitsbetreuung im Kanton Basel-Landschaft übernehmen immer die der Basis am nächsten zugeordneten Leistungserbringer für das Patientenmanagement die Verantwortung. Im weiteren wird von Folgendem ausgegangen:

- Wahrnehmen der Gatekeeperfunktion durch die Hausärzte
- Stärken des Triageleistungsauftrages der Kantonsspitäler vor der speziellen ambulanten und stationären Behandlung
- Beschränken der Notfallaufnahmebereitschaft auf „echte“ Notfälle
- Fördern von mit den Spitälern verbundenen, ihnen jedoch vorgelagerten Abklärungseinheiten wie z.B. Arztpraxen zum Abklären und Betreuen

Zur Erweiterung der Leistungsaufträge müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der Nachweis der Kapazität und der Kompetenz ist zu dokumentieren.
- Der Bedarfsnachweis ist zu erbringen.
- Die Zusammenarbeit mit den öffentlichen und privaten Spitälern und den in geographischer Nähe liegenden ausserkantonalen Institutionen ist zu dokumentieren.
- Die fachlichen Qualifikationen sind nachzuweisen.
- Eine ausreichende personelle Dotierung besonders für die Notfallabdeckung ist Bestandteil dieser Bedingung für eine Erweiterung des Leistungsauftrages.
- Eine ausreichende räumliche und technische Ausstattung ist Voraussetzung.
- Die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung sollte durch eine Erweiterung verbessert oder zumindest nicht verschlechtert werden.
- Die interne Notfallbereitschaft bzw. -versorgung muss sichergestellt werden.
- Der Aufnahmehzwang im Rahmen des Leistungsauftrages muss für alle Patienten aller Versicherungsklassen und aller Risikogruppen erfüllt werden.
- Es muss eine ausreichende Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung aller in Frage kommender Gesundheitsberufe sichergestellt sein.
- Eine transparente, KVG-konforme Rechnungslegung ist Voraussetzung.
- Benötigten statistischen Unterlagen müssen geliefert werden. Das Zugriffsrecht des Kantons muss gewährleistet sein.
- Wettbewerb unter den Leistungserbringern soll gefördert werden. Monopolstellungen und Absprachen unter den Leistungserbringern sind nur in begründeten Ausnahmefällen zulässig. Einseitige Abhängigkeiten sind zu vermeiden.
- Rechtliche Basis für alle Leistungsaufträge ist der Abschluss mehrjähriger Rahmenkontrakte, ergänzt durch entsprechende Jahreskontrakte.

Die zuvor aufgelisteten Kriterien gelten sinngemäss auch für die periodische Reevaluation bestehender Leistungsaufträge. Diese müssen besonders in folgenden Fällen überprüft werden:

- Nichterfüllung der ganzen Breite des erteilten Leistungsauftrages (z.B. Notfallversorgung, selektive Konzentration auf bestimmte Behandlungen etc.)
- Auffällige Abweichungen von den definierten Patientenpfaden und den Standardbehandlungsverfahren
- Länger andauernde Probleme bei der Notfall- und Aufnahmebereitschaft

Das Erfüllen der Leistungsaufträge ist Voraussetzung für die Mitfinanzierung durch den Kanton. Bei unbegründeten qualitativen und quantitativen Abweichungen werden die Kantonsbeiträge in entsprechendem Umfang gekürzt.

3.6 Definition und Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen

Eine gesonderte Betrachtung drängt sich auf, um eine Schlechterstellung mit anderen Anbietern, die diese Leistungen nicht erbringen, zu vermeiden. Unter die gemeinwirtschaftlichen Leistungen fallen unter anderem:

- der Bereitschaftsdienst (Aufwendungen im Zusammenhang mit der Aufnahmepflicht für externe Notfallpatienten)
- das Rettungswesen
- die Katastrophenorganisation
- der forensische Dienst
- die Aus- und Weiterbildung nicht akademischer Gesundheitsberufe
- die Lehre und Forschung

Für alle genannten Bereiche gelten folgende Grundsätze:

- Ein prospektiv festgelegtes Globalbudget wird vorgegeben.
- Die Leistungen / Kapazitäten sind zu definieren.
- Zur Nachkalkulation ist ein Ausweis in der geeigneten Kostenrechnung notwendig.
- Eine Beteiligung der übrigen Finanzierungsträger an den ungedeckten Kosten ist dort anzustreben, wo die Aufgabe nicht explizit dem Kanton zugewiesen ist.

3.7 Die Erteilung von Rahmenkrediten durch den Landrat

Die Frage der Finanzierung des Leistungseinkaufs ist durch die Regierung noch vertieft zu prüfen. Im Folgenden wird die derzeit wahrscheinlichste Variante skizziert:

Das neue System der Bedarfsplanung und des Einkaufs der erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten erfordert die zeitliche Übereinstimmung der mehrjährigen Rahmenverträge und deren Finanzierung. Der Zeithorizont für den Einkauf und für die Finanzierung muss identisch sein. Für den Kanton Basel-Landschaft ist der Leistungseinkauf mittels mehrjähriger Verträge und entsprechenden Verpflichtungskrediten nicht neu. Bereits im Jahre 1998 wurden die Verträge mit einzelnen Privatspitälern umgestellt auf den Leistungseinkauf einer bestimmten Menge zu einem bestimmten Preis und einem entsprechenden Verpflichtungskredit für die mehrjährige Dauer des Vertrages. Neu wird der gesamte Leistungseinkauf, also auch jener bei den eigenen Spitälern, in dieser Weise zu steuern und mit einer mehrjährigen Rahmenfinanzierung im Sinne eines mehrjährigen Globalkredits (Verpflichtungskredits) zu finanzieren sein. Es wird eine zeitlich beschränkte Pilotphase (3 bis 4 Jahre) geplant und ausgewertet. Aufgrund der Auswertungsergebnisse wird über allfällige Modifikationen bzw. über die Weiterführung entschieden. Die jährlichen Fälligkeiten werden im Voranschlag als Bruttobetrag eingesetzt.

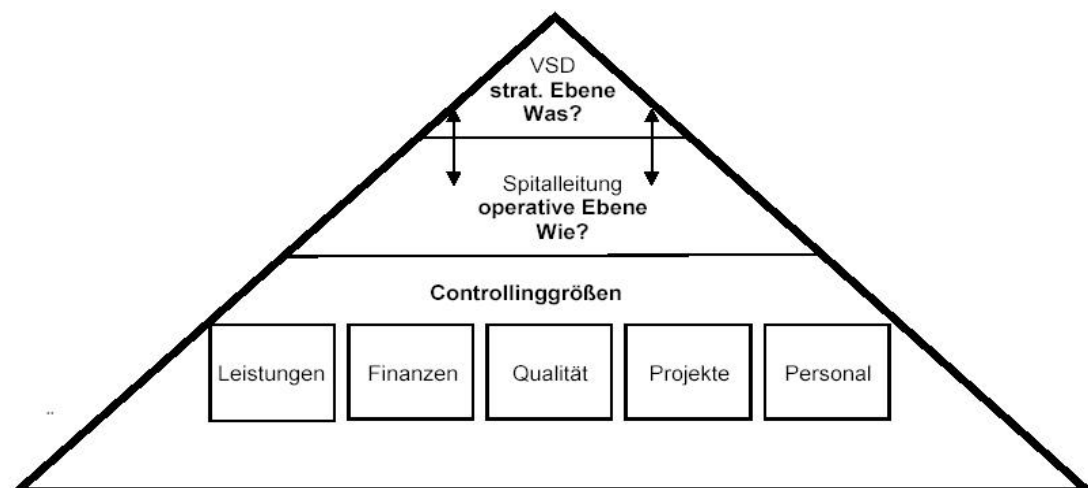
3.8 Konzeptskizze für das strategische und operative Controlling

3.8.1 Übersicht

Es gelten folgende Grundsätze:

- Neue Finanzierungsformen im Spitalbereich setzen den Einsatz neuer anspruchsvoller Controllinginstrumente als integrierender Teil der Führungsprozesse voraus.
- Das Controlling kann nur so gut wie die Vorgaben sein.
- Das Controlling analysiert permanent Prozesse und Ergebnisse.
- Das Controlling trägt dazu bei, dass Führungs- und Planungsvorgaben transparent, messbar und operativ realisierbar sind.
- Das spitalspezifische Controlling ist eng mit den Grundsätzen und Regeln des WoV-Controllings abzustimmen.
- Zur Sicherstellung der Qualität der erzeugten Daten müssen geeignete Steuerungs- bzw. Kontrollinstrumente und die entsprechenden Abläufe definiert werden.

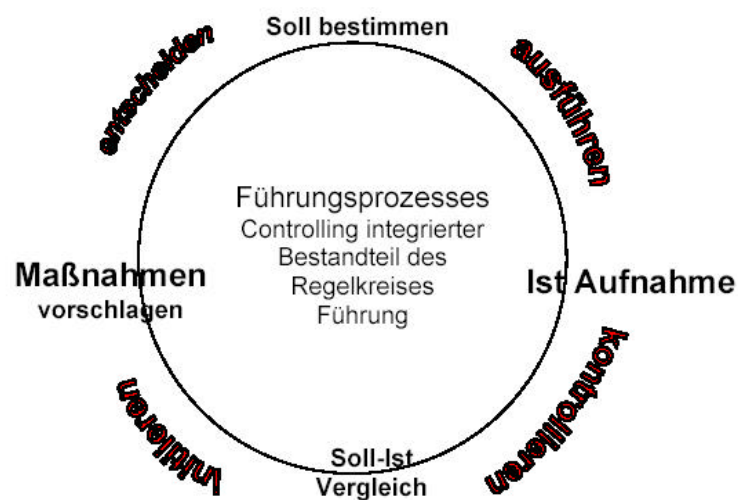
Das Controllingsystem



Strategisches und operatives Controlling

strategisches Controlling	operatives Controlling
Planung Frühwarnung Reporting	Reporting Budgetierung Budgetüberwachung
Zielsetzung: Steuerung z.B. Menge Versorgungssicherheit, Sozialverträglichkeit	Zielsetzung: Jahreszielkontrolle Effizienz, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit
Zeithorizont: mittel- langfristig 2-4 bzw. 8-12 Jahre	Zeithorizont: kurz- mittelfristig 1-4 Jahre
Instrumentarium: • Stärken- Schwächenanalyse • Chancen- und Risikoanalyse • Potentialanalyse • Leistungs- Bedarfsanalyse etc.	Instrumentarium: • Soll- Ist Analyse, Abweichungsanalyse • Budgetkontrolle • Kosten- Leistungskontrolle (Aufwand, Ertrag, Leistungen) etc • Erfolgsrechnung

Der Controlling-Regelkreis

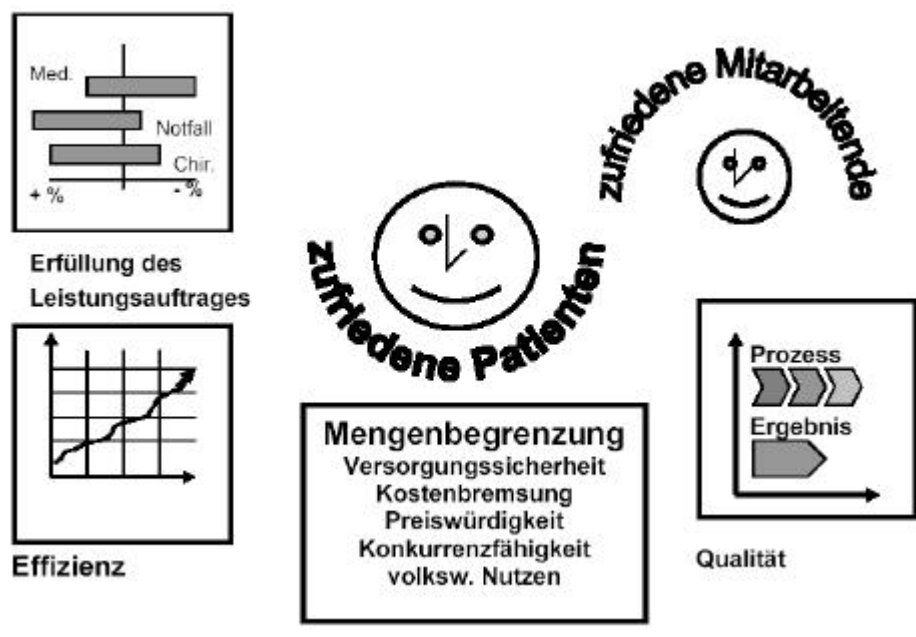


3.8.2 Die Controllinggrössen

	Datenherkunft	Periodizität
1. Allgemeines Mittelfristplanung vorhanden? Kantonale Gesetzgebung / Aufträge eingehalten? Leistungsauftrag erfüllt und eingehalten?	Gesetzgebung Vorschriften Rahmenkontrakt Nachfolgende Controllinggrössen	Jährlich
2. Leistungscontrolling Anzahl Patientenaustritte a) nach Fachbereich b) nach Fachbereich, Garanten und Taxklassen c) nach Herkunft je Fachbereich d) nach Herkunft und Taxklassen Überweisung von Patienten aus dem Spital an andere Regionen oder Kantone Interne Verlegungen Externe Verlegungen Kurzhospitalisationen Ambulante Behandlungen Anzahl Pflage tage a) nach Fachbereich b) nach Garanten und Taxklassen Bettenbelegung a) nach Fachbereich b) nach Garanten und Taxklassen Medizinische Daten / Operationsstatistik	Obligatorische Bundesstatistik Medizinische Statistik Obligatorische Bundesstatistik oder medizinische Statistik Zusatz zur obligatorischen Statistik Stichproben der VSD Stichproben der VSD Obligatorische Bundesstatistik Med. Statistik	Monatlich Spital Quartal VSD Halbjährlich Quartal Monatlich oder Quartal Monatlich oder Quartal Jährlich
Wartezeiten	Zusatzinformationen	Jährlich
Notfall-Aufnahmebereitschaft	Besondere Statistik	Jährlich
3. Finanzcontrolling a) Qualität der Kostenrechnung (Kostenarten, Kostenstellen, Kostenträger. b) Kostencontrolling c) Ertragscontrolling d) Unterhalt, Reparaturen. e) Investitionen.	Obligatorische Kostenrechnung Obligatorische Kostenrechnung Obligatorische Kostenrechnung Obligatorische Kostenrechnung Obligatorische Kostenrechnung	Jährlich Jährlich Jährlich Jährlich Jährlich

	Datenherkunft	Periodizität
4. Qualitätscontrolling	Zusatz zur medizinischen Statistik	Jährlich
5. Personalcontrolling		
6. Projektcontrolling		
7. Informatikcontrolling		

Controllingziele für die Leistungseinkäufer



4 Leistungserbringung

4.1 Zusammenfassung

Die Aufgabenreform im öffentlichen Gesundheitswesen ist ein umfangreicher Führungsprozess. Er orientiert sich primär an der Zielsetzung der Steigerung der Leistungsfähigkeit der einzelnen Aufgabenträger. Den einzelnen Trägern des öffentlichen Gesundheitswesens werden im Sinne von Vorschlägen möglichst echte Entscheidungsbefugnisse mit Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zugeordnet.

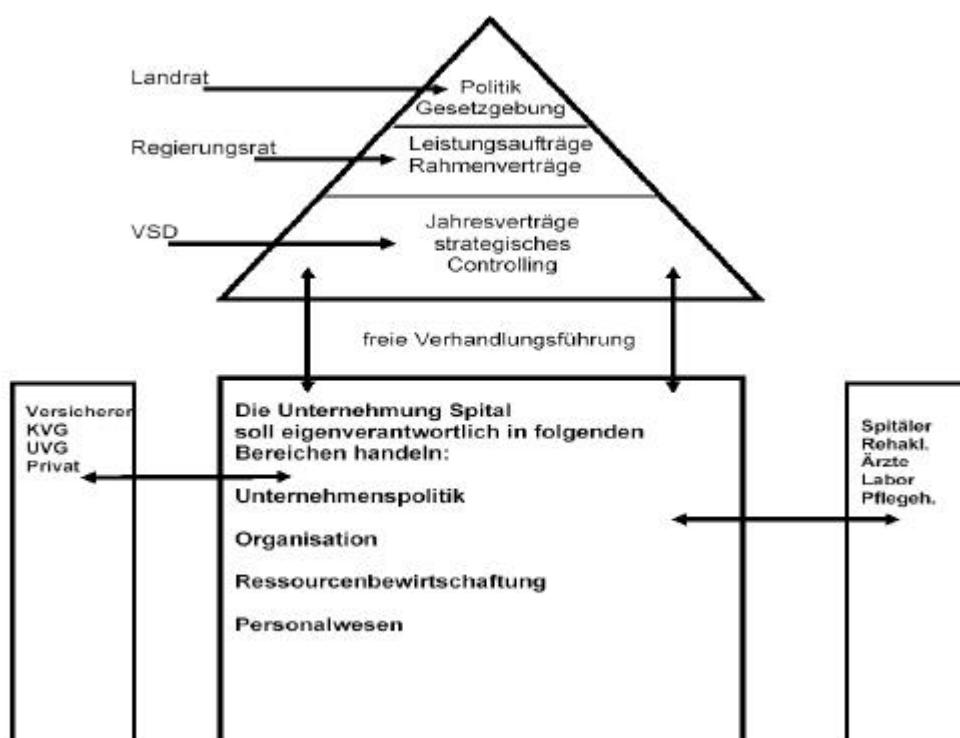
Mit diesen Vorschlägen wird versucht, nach Möglichkeit die einzelnen Aufgaben weitgehendst ungeteilt einem der Träger des öffentlichen Gesundheitswesens zu übertragen, Entscheidungsprozesse transparenter zu gestalten, Verantwortungen klarer zu regeln und die Aufgaben wirtschaftlicher zu erfüllen.

Bei der Verwirklichung der Neuverteilung von Aufgaben im Spitalbereich wird davon ausgegangen, eine möglichst umfassende Aufgabenerfüllung auf die tiefste mögliche Hierarchiestufe zu delegieren.

Die politische / strategische Führung und Ausrichtung soll weiterhin Aufgabe des Landrats, des Regierungsrats und der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion bleiben. Sie wird im Wesentlichen mit den Instrumenten der umfassenden Planung des öffentlichen Gesundheitswesens, der Spitalplanung, der Zuteilung von Leistungsaufträgen, dem Abschluss von Leistungsverträgen mit leistungsorientierter Finanzierung und verschiedenen Anreizsystemen zur effizienten, wirtschaftlichen Betriebsführung wahrgenommen.

Die operative Führung der Spitäler soll vermehrt an deren Führungsorgane übertragen werden. Ihnen werden innerbetriebliche Führungs- und Anreizsysteme an die Hand gegeben. In konsequenter Weiterführung des bereits eingeleiteten Prozesses der Übertragung von mehr Führungsverantwortung auf die Stufe der Spitalleitungen entscheiden diese spitalintern über den Einsatz der ihnen für ihre Leistungen zur Verfügung gestellten bzw. über die von ihnen erwirtschafteten Mittel. Es ist zu erwarten, dass der grössere Entscheidungsfreiraum zu einem effizienteren Mitteleinsatz und damit zu geringeren Produktionskosten führt.

Aufgabenteilung in der kantonalen Gesundheitsversorgung



Mit einer sinnvollen Aufgabenteilung und wo nötig Schwergewichtsbildung bzw. Kooperationen soll die wirksame und wirtschaftliche Leistungserbringung auch in den medizinischen Aufgabenfeldern sichergestellt werden. Mit der dezentralisierten Organisation der medizinischen Grundversorgung ist historisch und politisch ein sinnvolles Spitalsystem in der Nordwestschweiz gewachsen. Die räumliche Verteilung der Institutionen des Gesundheitswesens ist im Sinne einer patientennahen Versorgung zweckmässig und notwendig. Aus medizinischen, betrieblichen und vor allem wirtschaftlichen Gründen wird aber eine vermehrte Koordination der verschiedenen Dienstleistungen der Spitäler angestrebt.

Die Koordination und sachgerechte Aufgabenzuteilung im öffentlichen Gesundheitswesen ist eine permanente, zentrale Führungsaufgabe des Regierungsrates und der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion.

4.2 Aufgabenteilung in der kantonalen Gesundheitsversorgung

4.2.1 Ausgangslage und Übersicht

Gültige Ordnung

Die Ordnung des Gesundheitswesens ist Sache des Kantons, sofern nicht der Bund zuständig ist. Der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion obliegt der Vollzug der Vorschriften des Bundes und des Kantons über das Gesundheitswesen und über die Gesundheitspolizei. Ihre Aufgaben sind in §4 des Gesundheitsgesetzes vom 10. Dezember 1973¹⁶ beschrieben. Die Aufgaben der Kantonsspitäler und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste werden im Spitalgesetz vom 24. Juni 1974¹⁷, deren Gliederung im Spitaldekret vom 22. November 2001 und besonders in § 8 des Verwaltungsorganisationsgesetzes (VOG) vom 6. Juni 1983¹⁸ und in § 6 des Dekretes zum VOG vom 6. Juni 1982 sowie in der vom Regierungsrat beschlossenen Dienstordnung (DO) der Kantonsspitäler und der Kantonalen Psychiatrischen Dienste vom 26. März 2002 geregelt.

Einführung

Die neue leistungsorientierte Finanzierung der Spitäler, so wie sie in einem ersten Teilschritt der Spitalfinanzierungsreform im KVG ab 2005 (2. KVG Teilrevision) geplant ist, enthält viele Anreize zur Optimierung der Kosten, der Prozesse und der Organisation der Spitäler. Die neuen, den Wettbewerb verstärkenden Elemente werden im Zusammenhang mit dem Leistungseinkauf, so wie er im Teil 3 dieses Berichts umschrieben wird, zu raschen unternehmerischen Entscheidungen auf der operativen Führungsebene der Spitäler zwingen. Raschere Entscheide bedingen jedoch mehr unternehmerische Freiräume auf Stufe der Spitalführungsorgane. Die politische Führung und Steuerung auf Stufe Landrat und Regierungsrat müssen gleichzeitig verwesentlich werden.

Bei einem zweiten, wesentlich weitergehendem Teilschritt der Spitalfinanzierungsreform im KVG (ca. 2008 – 2010), der u.a. die monistischen Spitalfinanzierung beinhalten soll, fliessen die finanziellen Beiträge des Kantons direkt bzw. über eine Clearingstelle an die Versicherer. Folgerichtig ist dann eine strikte Trennung von kantonaler Hoheitsverwaltung und Kantonsspitalern notwendig. In diesem Sinne wird ein den zwei geplanten Revisionsschritten angepasstes Vorgehen vorgeschlagen.

- In einem ersten Schritt erhalten die Kantonsspitäler, im wesentlichen gestützt auf die geltende Rechtsordnung, mehr Selbständigkeit in der operativen Spitalführung.
- In einem zweiten Schritt erfolgen die vollständige rechtliche und unternehmerische Vselbstständigung und die Neuformulierung der Rechtserlasse.

Nachfolgend wird die Neuordnung der Zuständigkeit mit einer stufengerechten Zuordnung der Kompetenzen und Verantwortung des Landrates, des Regierungsrates, der kantonalen Hoheitsverwaltung und der Spitäler **nur für den ersten Teilschritt** umschrieben.

Die Optimierung in der Führung erfolgt unter Berücksichtigung der Erfahrung in anderen Kantonen. Es geht darum, die politisch strategische Gesamtsteuerung, die strategische Unternehmungsführung und die operative Spitalführung eindeutig zu definieren und womöglich Kompetenzen und Verantwortungen zusammenzuführen und stufengerecht zuzuordnen.

¹⁶ Gesundheitsgesetz: SGS 901

¹⁷ Spitalgesetz: SGS 930

¹⁸ Verwaltungsorganisationsgesetz: SGS 140

Es ist festzuhalten, dass bereits die vom Regierungsrat beschlossene Dienstordnung vom 26. März 2002 wesentliche Elemente zur Übergabe von mehr Selbständigkeit auf die Stufe Spitäler enthält. Auf der Basis dieser Dienstordnung werden die eingeleiteten Reorganisationen wo sinnvoll, auf den Zeitpunkt der Einführung des neuen Finanzierungssystems angepasst. Diese Anpassungen erfolgen mit folgenden Zielen:

- Stärkung der Wettbewerbsposition der öffentlichen Leistungserbringer untereinander und vor allem gegenüber den Privatspitälern
- Dynamisierung und Flexibilisierung von Planungen und Entscheidungen, vor allem auf der operativen Stufe der Spitäler
- Verwesentlichung der Tätigkeit der politisch strategischen Gesamtsteuerung durch den Landrat und die Regierung mittels planerischer Rahmenvorgaben und messbaren Leistungs-, Qualitäts- und Finanzzielen
- Vertiefung des strategischen Verwaltungsmanagements durch die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion (Contracting und Controlling)

4.2.2 Aufgaben und Kompetenzen der verschiedenen Organe

Die nachfolgenden Umschreibungen der Aufgaben und Kompetenzen sind nicht abschliessend und sind im Sinne einer Übersicht zu verstehen.

Der Landrat

Zur besseren Erfüllung seiner angestammten Aufgaben soll der Landrat folgende zusätzliche Steuerungselemente erhalten:

Genehmigung der gesundheitspolitischen Gesamtplanung und Einschluss aller Aufgabenfelder im Gesundheitswesen vom Gesundheitsschutz über die Gesundheitsvorsorge zur somatischen und psychiatrischen Versorgung bis hin zur Rehabilitation- und Pflegeversorgung sowie der sozialmedizinischen Betreuung. Diese Planung enthält im wesentlichen die Grundsätze und strategischen Ziele, an denen sich das Gesundheitswesen im Kanton Basel-Landschaft ausrichtet. Die Steuerungsfunktion des Landrates orientiert sich an messbaren Indikatoren wie z.B. Versorgungssicherheit, Mengen und Kostenentwicklung sowie an strukturellen Vorgaben der Qualitätssicherung, des Reportings und Controllings. Besonders bestimmt der Landrat den Rahmenleistungsauftrag (politischer Auftrag im Rahmen des Gesamtkonzeptes für das Basellandschaftliche Gesundheitswesen). Er legt den leistungsbezogenen Rahmenkredit bzw. Verpflichtungskredit fest, genehmigt das jeweilige Jahresbudget im Rahmen des Voranschlages, grössere Investitionsvorhaben und die Jahresrechnung und den Jahresbericht.

Der Regierungsrat

Aufgaben und Kompetenzen des Regierungsrates sind im wesentlichen:

- Die Sicherstellung des Versorgungsauftrages im Sinne der übergeordneten Zielsetzung mittels mehrjährigen Rahmenverträgen mit den Leistungserbringern
- Der Abschluss interkantonalen Verwaltungsvereinbarungen
- Die Festlegung der finanziellen Vorgaben
- Die Vorgaben für das Controlling und Reporting

Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion

Innerhalb des Rahmens der Krankenversicherungsgesetzgebung, der kantonalen Gesetzgebung und der Vorgaben des Landrates und des Regierungsrates sorgt die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion nicht nur für die Umsetzung, sondern liefert auf der Grundlage eines gut ausgebauten, mitschreitenden strategischen Controllings alle notwendigen Entscheidungsgrundlagen für die politischen Entscheide.

Im weiteren hat die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion folgende Kompetenzen und Aufgaben:

- Sie bereitet alle Vorlagen zuhanden des Regierungsrates und Landrates vor.
- Sie definiert die Leistungseinheiten und die Rahmenbedingungen zur Leistungserfüllung.
- Sie verhandelt die Leistungen und wertet die Angebote aus (Preisfindung etc.).
- Sie schliesst die Jahresverträge, beinhaltend Menge und Preis des Leistungseinkaufes inner- und ausserkantonale ab.
- Sie ist verantwortlich für das umfassende (strategische) Controlling.
- Sie führt Betriebsvergleiche, Wirtschaftlichkeits- und Ergebniskontrollen durch.
- Sie ist vorgesetzte Behörde der kantonalen Spitäler und der Psychiatrischen Klinik und deren Dienste.
- Sie regelt deren Informationspolitik und regelt deren Vertretung nach aussen.
- Sie fällt Entscheide zu wichtigen gemeinsamen Projekten und Investitionen der eigenen Spitäler z.B. im Informatikbereich.

Koordinationskonferenz

Die Koordinationskonferenz ist im Rahmen der gültigen Rechtsordnung für die Koordination und Einheitlichkeit der Aufgabenlösung in den Spitälern verantwortlich. Im Falle von Kompetenzkonflikten entscheidet sie. Die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion entscheidet über die Zusammensetzung der Koordinationskonferenz, bestimmt den Vorsitz und genehmigt das Organisationsreglement sowie das Pflichtheft. Im Gegensatz zum derzeitigen Zustand erhält die Koordinationskonferenz in speziellen Fällen einen wichtigen substanziellen Kompetenzzuwachs bei Konzernentscheiden (z.B. Koordination von Leistungen, Kooperation in der Leistungserbringung, Zusammenlegung oder getrennter Betrieb von Betriebsbereichen).

Organe der betrieblichen Ebene

Die Organe auf betrieblichen Ebenen werden unverändert im Rahmen der bestehenden Dienstordnung¹⁹ übernommen. Die Aufgaben- und Kompetenzaufteilung der betrieblichen Organe Verwalter / Verwalterin, Spitalleitung, Chefärztinnen- / Chefärztekongressen bleibt ebenfalls unverändert.

5 Instrumentarium

Die Einführung neuer leistungsbezogener Fallpauschalen nach Art. 49 KVG (Revisionsfassung Dezember 2001) bedingt die Anpassung bestehender und die Entwicklung neuer Instrumente in folgenden Bereichen:

- Informatik
- Rechnungswesen
- Leistungsstatistik
- Patientenklassifikation
- Qualitätssicherung
- Controlling

Die konsequente kurzfristige Koordination und mittelfristige Weiterentwicklung bereits eingeführter IT-Strategien und Bausteine zu einem umfassenden E-Health-Konzept über die elektronische Krankengeschichte und die Patientenstammkarte wird empfohlen.

¹⁹ SGS 143.31

Die Weiterentwicklung der Kostenrechnung zur zwingend notwendigen Kostenträgerrechnung jedoch nur auf der Grundlage landesweit gültiger Vorgaben wird gefordert. Dazu wird in Kenntnis der fortgeschrittenen Arbeiten des Spitalverbandes H+ bewusst auf Detailangaben verzichtet.

In der Nordwestschweiz, aber auch landesweit bestehen noch grosse Informationsmängel im Bereich Gesundheit der Bevölkerung. Viele der Daten zur Häufigkeit von Krankheiten sind nur Schätzungen. Ergänzungen aus der Spitalstatistik wären vordringlich. Eine aktive Gesundheitspolitik ohne den Aufbau entsprechender Statistiken ist nicht möglich. Nur so können Problembereiche erkannt und Entwicklungen beobachtet werden.

Fachbereichs- und / oder diagnosebezogene Fallpauschalen ermöglichen eine dem Behandlungsfall angepasste Leistungsvergütung. Mit der Wahl dieses Systems werden die Weichen für die zukünftige Planung, Bereitstellung, Vergütung, Qualitätssicherung und Erbringung der stationären Versorgung gestellt. Entscheidend für die Vergütungsgerechtigkeit ist die Anforderung, dass das zukünftige System die ärztlichen, pflegerischen und technischen Leistungen gebührend genau abzubilden vermag.

Um einer Rationierung von Leistungen und einer Patientenselektion vorzubeugen, ist bei der Einführung von Fallgruppierungssystemen eine begleitende Qualitätssicherung beziehungsweise Qualitätsentwicklung unabdingbar, da bei einem pauschalierenden Ansatz ohne qualitätssichernde Elemente Anreize zu billigsten, nicht aber zu günstigen Leistungen gegeben sind. Es muss gewährleistet bleiben, dass alle Leistungserbringer die gleichen Chancen haben, ihre Leistungen am Gesundheitsmarkt anbieten zu können. Ein diesen Ansprüchen genügendes Qualitätssicherungssystem auf einem administrativ noch vertretbaren Niveau wird vorgeschlagen.

6 Die medizinische Fakultät aus der Sicht des Kantons Basel-Landschaft

6.1 Ausgangslage

Die medizinische Fakultät Basel, als älteste medizinische Fakultät der Schweiz, ist tief in der Region verankert und damit nicht nur ein wichtiger kultureller und bildungspolitischer, sie ist auch ein wichtiger wirtschaftspolitischer Faktor für die Industrie (z.B. Pharmaindustrie) und die Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung. Der Standort Basel bietet einzigartige Voraussetzungen für die Entwicklung eines biomedizinisch ausgerichteten Lehr- und Forschungsprogramms in Zusammenarbeit mit den Kliniken einerseits und der forschenden Industrie andererseits

Die zentralen Probleme und Fragestellungen aus der Sicht der medizinischen Fakultät im Bereich Dienstleistungen können wie folgt umschrieben werden:

- Erreichen der kritische Masse an Patienten in einzelnen Fachbereichen aufgrund der geopolitischen Lage und der Organisation des Gesundheitswesens in der Region.
- Fehlen einer gesundheitsökonomisch abgestützten Prognose über den zukünftigen Ausbildungsbedarf.
- Entwicklungsplanung der Universitätslandschaft Schweiz

Das Ziel der medizinischen Fakultät Basel, als Vollfakultät das gesamte Fächerspektrum des Studiengangs Humanmedizin anzubieten, führt in diesem Umfeld zu erheblichen Problemen.

6.2 Charakteristika der medizinischen Fakultät und der Universitätskliniken

Eine medizinische Universitätsklinik ist neben ihrem Auftrag in der Versorgung durch ihren Leistungsauftrag in der universitären Lehre und Forschung definiert. Vor allem in diesem Bereich un-

terscheidet sie sich von den Spitälern mit allgemeinem Versorgungsauftrag. Sie nimmt darüber hinaus, gleich wie die anderen Chefarztspitäler, wichtige Aufgaben in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung wahr. Sie fördert den akademischen Nachwuchs durch die Bereitstellung ausreichender Qualifikationsstellen.

Verbunden mit diesem universitären Auftrag ist die ambulante und stationäre Krankenversorgung. Zentrales Problem in diesem Zusammenhang ist die quantitative und qualitative Abstimmung des universitären Auftrages mit dem klinischen Dienstleistungsangebot. Dabei entsteht ein nur schwer auflösbarer Konflikt zwischen wirtschaftlicher Leistungserbringung und der Schaffung optimaler Ausbildungsbedingungen.

Es kann festgehalten werden, dass nach erfolgreichen Erfahrungen in der Region, sowie im deutschsprachigen und angelsächsischen Raum eine Trennung der Lehre von der hochspezialisierten Krankenversorgung grundsätzlich möglich ist, ohne die Qualität sowohl der Lehre bzw. Ausbildung als auch der Krankenversorgung negativ zu tangieren. Damit gewinnen wirtschaftliche und versorgungspolitische Argumente der Dienstleistung an Bedeutung. Diese werden in Zukunft durch den im Wettbewerb stehenden Preis und die Qualität der definierten Leistungseinheiten entschieden.

Diese mögliche Trennung und das Erfordernis der Kostentransparenz rechtfertigt, die Kosten für Lehre und Forschung separat zu erfassen und zu finanzieren. Die universitäre Lehre und Forschung ist in den Kompetenzbereich der medizinischen Fakultät zu überführen und die Sicherstellung der Lehre durch das System der Lehrspitäler anzustreben. Die Arbeiten im Projekt regionale Spitalplanung BS/BL zur Erteilung von Leistungsaufträgen für Lehre und Forschung an die Universitätskliniken sind mit hoher Priorität weiterzuführen.

In Anbetracht der Finanzierungsprobleme ist es sogar notwendig bzw. unumgänglich, klinische Forschungsschwerpunkte und die damit verbundene hochspezialisierte Versorgung landesweit oder sogar die Landesgrenzen überschreitend zu koordinieren.

Die Frage, wie der Umfang des Leistungsauftrages der medizinischen Fakultät bzw. der Universitätskliniken zu gestalten ist, kann nur im Zusammenhang mit der Neugestaltung der Universitätslandschaft Schweiz und der möglichen Kooperation mit benachbarten, deutschsprachigen Universitäten beantwortet werden.

Es soll darauf hingewirkt werden, dass sich die Schwerpunkte, die der Universität Basel zugewiesen werden, in den Rahmen des Forschungsschwerpunktes Life Sciences einordnen. Die Bildung von Kompetenzzentren der universitären Medizin in der Schweiz soll also mit den Bereichen von Wissenschaft und Forschung, in welchem der Standort Nordwestschweiz mit seiner chemisch-pharmazeutischen Industrie seine Stärke hat, verbunden werden.

Auch wenn das ein schwieriger und langwieriger Prozess ist, handelt es sich um eine prioritäre, d.h. ohne Verzug anzugehende Aufgabe. Daraus kann eine echte Chance für die relativ kleine medizinische Fakultät in Basel erwachsen. Nur so kann sie internationale Profilierung und Spitzenpositionen erhalten bzw. ausbauen.

6.3 Szenarien für die inhaltliche und räumliche Organisation

Die Beurteilung der nachfolgend umschriebenen Szenarien erfolgt primär aus der Sicht des notwendigen Dienstleistungsangebotes einer medizinischen Fakultät bzw. der Universitätskliniken im Zusammenhang mit ihrem universitären Auftrag. Es wird besonders diskutiert, ob die Leistungen aller Versorgungsstufen angeboten werden müssen, und in welchem Umfang dieses notwendig ist. Es wurden folgende Szenarien geprüft:

- medizinische Vollfakultät / Universitätskliniken mit komplettem Dienstleistungsangebot auf allen Versorgungsstufen (max. Dienstleistungsangebot)
- medizinische Fakultät / Universitätskliniken mit Beschränkung des Dienstleistungsangebotes auf spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen (max. Konzentration des spezialisierten Leistungsangebotes)
- medizinische Fakultät / Universitätskliniken mit quantitativ beschränktem Grundversorgungsauftrag, regional koordiniertem Angebot spezialisierter Leistungen und überregional koordiniertem Angebot hochspezialisierter Leistungen

6.3.1 Medizinische Vollfakultät

Dieses Szenario ist definiert durch ein umfassendes Angebot und eine im Vergleich zu heute zusätzliche Konzentration von Leistungen auf allen Versorgungsstufen einschliesslich Notfallversorgung am Standort der medizinischen Fakultät bzw. dem Kantonsspital Basel.

Wesentlicher Vorteil dieser Konzentration wäre eine bessere Annäherung an die Mindestgrösse in den verschiedenen Fachbereichen, trotz kleinem Einzugsgebiet. Dabei wird Mindestgrösse im Sinne der wirtschaftlichen Leistungserbringung und der Belastung der Patienten durch den universitären Betrieb im Bereich hochspezialisierter Angebote definiert. Die medizinische Fakultät Basel hätte als relativ kleine Fakultät eine bessere Ausgangsposition für die Integration in eine zukünftige Universitätslandschaft Schweiz.

Nachteile des Szenarios sind vor allen Dingen die Erhöhung der Kosten für Grundversorgungsleistungen infolge der Inanspruchnahme aufwendigerer Dienstleistungsangebote und des ganzen „Apparates“ eines Universitätsspital auf der einen Seite und eine Erhöhung der Kosten der Grundversorgungsleistungen in der Peripherie infolge geringerer Fallzahlen.

Es ist zu erwarten, dass infolge der Kleinräumigkeit der Region die Peripheriespitäler bis zur Bedeutungslosigkeit ausgehöhlt würden. Damit wird die Gesundheitsversorgung in der Region in der Peripherie geschwächt. Patienten und ihre Angehörigen müssen weitere Wege in Kauf nehmen. Im Zentrum entstehen Monopolisierungen, ohne die Vorteile eines produktiven Wettbewerbes.

Diese Lösung ist für den Kanton Basel-Landschaft unakzeptabel, weil sie den Versorgungsauftrag gefährdet und wesentlich zu teuer ist.

Derzeit wird eine schweizweite Schwerpunktbildung in der hochspezialisierten Medizin und der medizinischen Fakultäten diskutiert. Auch vor diesem Hintergrund erscheint dieses Szenario nicht als opportun.

Weil zudem das zu kleine Einzugsgebiet den Betrieb einer medizinischen Vollfakultät u. A. nach betriebswirtschaftlichen Kriterien und gesundheitsökonomischen Kriterien als wenig sinnvoll erscheinen lässt, soll diese Diskussion nicht weiter verfolgt werden.

6.3.2 Konzentration auf das spezialisierte Leistungsangebot

Dieses Szenario wird durch eine Auslagerung der Grundversorgung und eine Konzentration der hochspezialisierten Versorgung definiert.

Der Vorteil der Konzentration der spezialisierten und hochspezialisierten Dienstleistungen an einem Standort ist vor allem eine bessere Auslastung teurer medizin-technischer Einrichtungen bzw. des spezialisierten Personals und der weiteren spezialisierten Infrastruktur.

Die Grundversorgung kann kostengünstiger in weniger hochgerüsteten Spitälern wohnungsnah erbracht werden. Im weiteren wäre der Vorteil eines so definierten Leistungsauftrages die optimale Allokation der gesamten Infrastruktur.

Infolge der Auslagerung der Grundversorgung kommt es in einigen Fachbereichen zur Unterschreitung der wirtschaftlichen und für den akademischen Lehrbetrieb notwendigen Mindestgrösse. Die Belastung der Patienten durch den universitären Betrieb nimmt zu. Das Auseinanderreißen der Versorgungsstufen innerhalb der Fachbereiche ist problematisch. Die Monopolisierung und Konzentration ist mit Nachteilen verbunden und führt zum Fehlen eines produktiven Wettbewerbes. Die Entstehung selektiv tätiger Privatspitäler mit eingeschränkter Notfallversorgung wirkt sich negativ auf die Kosten und das Dienstleistungsangebot der öffentlichen Spitäler aus.

Diese Lösung steht für den Kanton Basel-Landschaft nicht im Vordergrund, weil sie den Versorgungsauftrag einschränkt und ausserdem zu teuer ist. Die Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal müssten zudem für die Versorgungssicherheit wesentliche wirtschaftlich und wirksam geführte Dienstleistungen abbauen, ohne dass die Wirtschaftlichkeit verbessert und der Patientennutzen erhöht würde.

6.3.3 Medizinische Fakultät mit beschränktem Grundversorgungsauftrag

Dieses Szenario ist definiert durch ein umfassendes, zum Teil in Menge und Umfang begrenztes Angebot aller Leistungen auf allen Versorgungsstufen einschliesslich Notfallversorgung an verschiedenen aufeinander abgestimmten Standorten. Es ist im weiteren gekennzeichnet durch die Notwendigkeit einer ständig zu optimierenden, planerisch schwierigen Allokation aller Leistungen auf allen Versorgungsstufen im Zentrum und der Peripherie.

Wesentliche Vorteile dieser Lösung sind die Stärkung der wettbewerblichen Elemente durch die Vermeidung von Monopolen und die Beibehaltung der günstigen Produktionskostenstruktur im Kanton Basel-Landschaft. Im weiteren wirkt sich die Fokussierung der Universitätskliniken auf ihre originären Aufgaben, insbesondere auf die spezialisierte und hochspezialisierte Versorgung durch eine vertretbare Reduktion der Grundversorgung positiv aus.

Das Erreichen der Mindestgrössen in den Fachbereichen kann zu einem grösseren Teil (insbesondere in den Grunddisziplinen, im Gegensatz zu gewissen Subspezialitäten) sichergestellt werden.

Auch die Vorteile der guten Auslastung der gesamten Infrastruktur können bei entsprechender Koordination erreicht werden.

Zentrale Voraussetzung für eine optimale wirtschaftliche und betriebliche Gestaltung dieses Szenarios ist eine enge Kooperation in der Region im Bereich der spezialisierten Versorgung. Gesamtschweizerisch ist eine bessere Koordination in der hochspezialisierten Versorgung für die erfolgreiche Weiterführung dieses Szenarios unabdingbar.

In Zukunft wird angestrebt, die organisatorische und finanzielle Verantwortung vor allem im Dienstleistungsbereich möglichst ungeteilt in einer Hand zu halten. Der Kanton Basel Landschaft kann in diesem Zusammenhang mit klaren Vorgaben über seine Mitfinanzierung im universitären Bereich steuern, ohne in die Führungsverantwortung für die Dienstleistung im Universitätsspital eingebunden zu sein. Eine Mitträgerschaft und eine nur erschwert wahrzunehmende Führungsverantwortung, wie im Falle des UKBB, ist zu vermeiden.

Die Lösung ist für den Kanton Basel Landschaft trotz ihrer schwierigen Umsetzung die beste der Möglichkeiten, weil sie die Kosten optimiert, den Versorgungsauftrag sicherstellt und den Bestand der medizinischen Fakultät nicht in Frage stellt.

6.4 Ziele und Massnahmen

Der Kanton Basel Landschaft setzt sich für die folgenden Ziele und Massnahmen ein:

1. Gemeinsam mit dem Partnerkanton Basel soll der Universitätsstandort Basel mit einer medizinischen Fakultät durch eine Konzentration auf Kernkompetenzbereiche gestärkt werden.
2. Die Region im engeren Sinn wird als das schweizerische Gebiet nördlich des Juras definiert. Im diesem Sinne sind Teile der Kantone Aargau (Fricktal), Solothurn (Dorneck, Thierstein) und Jura besser mit einzubeziehen.
3. Die enge regionale Vernetzung der medizinischen Fakultät mit den basellandschaftlichen Kantonsspitalern hat sich bewährt. Ein weiterer Ausbau der universitären Aufgaben an den Baselbieter Kantonsspitalern hat derzeit keine Priorität. Bei der Neubesetzung der Lehrstühle ist deren Organisation und organisatorische Einbindung zu überprüfen. Die Baselbieter Spitäler sollen als Lehrspitäler (Teaching Hospitals) in die universitäre Lehre eingebunden werden.
4. Schwerpunkt der Vernetzung und Kooperation ist die Universitätslandschaft Schweiz. Hier sind proaktiv Kooperationen und Allianzen zu suchen, Schwerpunktbildungen zu realisieren und Synergiepotenziale auszuschöpfen. Derzeit wird insbesondere eine engere Kooperation zwischen den Medizinischen Fakultäten und den Universitätsspitalern von Basel und Bern diskutiert.
5. Die heutige Ausgestaltung als Vollfakultät ist zu analysieren, Lehrstühle können auch an anderen Universitäten lokalisiert sein und Dienstleistungen in Basel anbieten. In diesem Zusammenhang ist jedoch eine gesamtschweizerisch allzu starke Zentralisation und Monopolisierung zu verhindern.
6. Schwerpunkte, die der Universität Basel zugewiesen werden, sind mit Priorität in den Rahmen des Forschungsschwerpunktes Life Sciences einzuordnen. Die Bildung von Schwerpunkten der universitären Medizin in der Schweiz soll die besonderen Traditionen und Stärken des Standortes Nordwestschweiz mit seiner chemisch-pharmazeutischen Industrie berücksichtigen.
7. Vordringlich ist die Herstellung von mehr Kostentransparenz, vor allem die Ausscheidung aller Kosten für Lehre und Forschung. Die Kosten für Lehre und Forschung werden separat finanziert. Die verbleibenden Kosten der Krankenversorgung werden entsprechend den Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung finanziert.
8. Die Bedarfsprognose für den Ausbildungsbedarf an Ärzten ist auf gesundheitsökonomische und demographische Grundlagen abzustützen.
9. Die Mittelzuweisung in den Bereichen Lehre und Forschung soll ähnlich wie diejenige für die Krankenversorgung durch Leistungsvereinbarungen gesteuert werden. In diesem Zusammenhang ist ein Bewertungsschema für die universitären Leistungsindikatoren gesamtschweizerisch auszuarbeiten. Falsch gesetzte Anreizsysteme der Hochschulförderung (Beiträge je Student) sind bezogen auf die Ausbildung von Ärzten kritisch zu hinterfragen.
10. Organisationsmodelle mit einer bikantonalen Trägerschaft wie beim UKBB sind nach den bisherigen Erfahrungen problematisch und sollten nicht auf weitere Teile im klinischen Dienstleistungsbereich umgesetzt werden. Am Universitäts-Kinderspital beider Basel soll aber aufgrund dessen Stellung als regionaler stationärer Gesamtversorger ausdrücklich festgehalten werden.

IV. Antrag

Gestützt auf diese Ausführungen wird dem Landrat beantragt, den Strategiebericht Spitalversorgung Basel-Landschaft (Hausaufgaben BL) zustimmend zur Kenntnis zu nehmen.

Liestal, 4. November 2003

Im Namen des Regierungsrates:

Der Präsident: Straumann

Der Landschreiber: Mundschin

Anhang: Glossar

(alle Bezeichnungen für männliche Personen gelten auch für weibliche Personen)

akut	dringlich vorliegend, umgehend zu behandeln
ambulant	(hier) Behandlung welche weder als stationär oder als teilstationär angesehen wird (s. auch teilstationär, stationär)
Chirurgie	Lehre von Krankheiten, Körperfehlern, Unfallfolgen durch mechanische oder instrumentelle, in die Strukturen des Körpers getragene Eingriffe
demographisch	die Bevölkerung betreffend
Dermatologie	Lehre von der Haut und den Hautkrankheiten
Determinante	bestimmender Faktor
Diabetes	umgangssprachlich meist für Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit; Stoffwechselstörung) verwendet
Diagnose	aufgrund genauerer Untersuchungen abgegebene Beurteilung über die Beschaffenheit einer Krankheit
Dignität	Rangordnung der fachlichen Ausbildung von ärztlichem Personal aus Sicht der FMH (Berufsorganisation der Schweizerischen Ärzte)
DRG	Diagnosis Related Group / Fallgruppe. Die bekanntesten Fallgruppierungssysteme sind AP-DRG (All Patient-Diagnosis Related Groups) und AR-DRG (Australian Refined-Diagnosis Related Groups).
E-Health	Verwendung der Informationstechnologie zur besseren Vernetzung von Anbietern, Patienten und Staat zum Zweck der Ausbildung, Information, Innovationsförderung und Verbesserung der Steuerung des Gesundheitswesens.
Gatekeeper	Türsteher (hier) Hausarzt mit Entscheidung über Weiterweisung des Patienten z.B. an ein Spital
Geriatric	Lehre von den Alterskrankheiten
Gynäkologie	Lehre von den weiblichen Geschlechtsorganen und ihren Krankheiten; Geburtshilfe
HMO	Health Maintenance Organisation = Gesundheitskasse
Hospitalisation	Einweisung zum Aufenthalt in einem Spital
Indikation	aus der ärztlichen Diagnose sich ergebende Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren anzuwenden, ein Medikament zu verabreichen
Innere Medizin	Lehre von den Erkrankungen der Atmungsorgane (Pulmonologie), von Herz und Kreislauf (Kardiologie bzw. Angiologie), von Magendarmtrakt und Leber (Gastroenterologie, Hepatologie), der Nieren und ableitenden Harnwege (Nephrologie, Urologie), vom Blut und von blutbildenden Organen (Hämatologie), vom Stoffwechsel und der inneren Sekretion (auch Endokrinologie), des Stütz- und Bewegungsapparats (nicht chirurgisch, z.B. Rheumatologie), von den Infektionskrankheiten, von Vergiftungen (Toxikologie), von den Alterskrankheiten (Geriatric)

Interdependenz	Abhängigkeit
Intervention	Eingriff (med.)
invasiv	in den menschlichen Körper eindringend (med.)
IT	Informationstechnologie, Informatik
Kardiologie	befasst sich mit Krankheiten des Herzens
kardiovaskulär	das Herz-Kreislauf-System betreffend
K-Liste	Anhang zum Spitalabkommen BS/BL in der die durch BL zu subventionierenden zentrumsmedizinischen Leistungen definiert werden
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
Langzeitpflege	Pflege von chronisch kranken Patienten
mipp	Modell integrierter Patientenpfade (Fallgruppierungssystem)
Monopol	Markt mit nur einem Anbieter (oder Nachfrager)
Neonatologie	Lehre von der Neugeborenen und deren Krankheiten
Neurologie	Lehre von den Nerven und den Nervenkrankheiten
Onkologie	Lehre von den echten Tumoren (Krebs)
OP, OPS	(med.) Operation, Operationssaal
Ophthalmologie	Augenheilkunde
Orthopädie	Lehre von Form und der Funktion des Bewegungsapparates
Pädiatrie	befasst sich mit Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen
Pauschale	zum vornherein festgelegter, unveränderter Betrag zur Abgeltung einer Leistung (z.B. Pflage-tag, Patientenfall, Behandlung)
post	(zeitlich) nachgelagert (lat.)
prospektiv	die Weiterentwicklung in der Zukunft betreffend
Psychiatrie	befasst sich mit seelischen Krankheiten und Störungen; soziale Verhaltensauffälligkeiten
Radiologie	Strahlenheilkunde
Rehabilitation	Pflege zur weiteren Wiederherstellung der Gesundheit nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus
Rheumatologie	befasst sich mit Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems
SDK	Schweizerische Konferenz der Sanitätsdirektoren (kantonale Regierungsmitglieder)
somatisch	körperlich
SPITEX	spitalexterne Gesundheits- und Krankenpflege und -hilfe
stationär	Behandlung im Spital mit Übernachtung (s. auch ambulant, teilstationär)

teilstationär	Behandlung mit anschliessend erforderlicher Überwachung oder Pflege und Bettenbenutzung ohne Übernachtung (s. auch ambulant, stationär); auch: tagesklinisch
Therapie	Massnahmen zur Behandlung einer Krankheit
Thorax	Brustkorb
Trauma	Verletzung, Wunde durch äussere Gewalteinwirkung
Tumor	Geschwulst
Urologie	Lehre von den Harnorganen und ihren Krankheiten
WoV	Wirkungsorientierte Verwaltungsführung
Zentrumsversorgung	(hier) Spitaldienstleistungen für eine grössere räumliche Gliederung über Grundversorgungsspitäler hinaus