



An den Grossen Rat

18.0113.01

18.0111.01
14.5353.03

GD/P P180113/P180111/P145353

Basel, 7. Februar 2018

Regierungsratsbeschluss vom 6. Februar 2018

Ratschlag

zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung

Partnerschaftliches Geschäft

sowie

Teilrevision des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt (GesG) vom 21. September 2011 (SG 300.100).

sowie

Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitalisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Inhalt

1. Begehren	3
2. Zusammenfassung	3
2.1 Gemeinsame Gesundheitsversorgung	3
2.2 Vernehmlassung zum Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung	5
2.3 Änderung Gesundheitsgesetz	5
2.4 Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitallisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft	5
3. Vernehmlassung	6
3.1 Generelle Einschätzung	6
3.2 Vernehmlassungsantworten entlang der Fragen im Fragebogen	7
3.2.1 Frage 1: Welche Chancen und Vorteile für das regionale Gesundheitswesen erwarten Sie von einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL)?	7
3.2.2 Frage 2: Sehen Sie im Rahmen der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung auch negative Aspekte für die Beteiligten am regionalen Gesundheitswesen? Falls dies zutrifft, welche?	7
3.2.3 Frage 3: Bilden Ihrer Meinung nach die im Staatsvertrag geregelten Bestimmungen betreffend eine gemeinsame Gesundheitsversorgung eine ausreichende Grundlage für die Umsetzung der nachstehend aufgezählten übergeordneten Ziele der beiden Regierungen BS und BL?	9
3.2.4 Frage 4: Begrüssen Sie die nachfolgend ausgewählten Themenbereiche, welche der Staatsvertrag zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung regelt?	11
3.2.5 Frage 5: Haben Sie Anmerkungen oder Änderungsvorschläge zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages?	16
3.2.6 Frage 6: Haben Sie Ergänzungsvorschläge zum Regelungsgegenstand des Staatsvertrages?	19
3.2.7 Frage 7: Welche Vorteile und Synergien erwarten Sie längerfristig durch die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL?	20
3.3 Freie Beantwortung ohne Fragebogen	21
4. Teilrevision Gesundheitsgesetz	22
4.1 Berücksichtigung des interkantonalen Bedarfs im ambulanten und stationären Bereich	22
4.2 Wirtschaftlichkeit	23
4.3 Kommentierung des neuen § 7 Abs. 1 ^{bis} GesG	23
5. Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitallisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft	24
5.1 Ausgangslage	25
5.2 Gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht	25
5.3 Ziele der gemeinsamen Gesundheitsversorgung	25
5.4 Fazit	26
6. Finanzielle Auswirkungen	26
6.1 Finanzierung Projektstelle	26
7. Formelle Prüfungen und Regulierungsfolgenabschätzung	27
8. Antrag	27
ANHANG I: Liste der Institutionen, die sich zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung haben vernehmen lassen	30

1. Begehren

Mit diesem Ratschlag beantragen wir Ihnen, den Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 zu genehmigen. Es handelt sich um eine partnerschaftliche Vorlage der beiden Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Dem Grossen Rat werden die folgenden Dokumente vorgelegt:

- Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung;
- Gemeinsamer Bericht der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Koordination und Umsetzung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Für detaillierte Ausführungen zu der geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgung und vertiefte Analysen zum gemeinsamen Gesundheitsraum wird auf den gemeinsamen Bericht verwiesen.

Der Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung wird nach der Genehmigung durch die Parlamente der Vereinbarungskantone und der Annahme in allfälligen Volksabstimmungen durch übereinstimmende Beschlüsse der Regierungen der Vereinbarungskantone in Kraft gesetzt. Er soll am 1. März 2019 in Kraft treten.

Weiter soll das Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt (GesG) vom 21. September 2011 (SG 300.100) angepasst werden.

Gleichzeitig mit diesem Staatsvertrag wird dem Parlament ein Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG vorgelegt. In diesem regeln die beiden Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft, dass das Universitätsspital Basel (USB) sowie das Kantonsspital Baselland (KSBL) in eine gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG zusammengeführt werden.

2. Zusammenfassung

2.1 Gemeinsame Gesundheitsversorgung

Dieser Ratschlag behandelt ein partnerschaftliches Geschäft der beiden Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt. Er hat die Genehmigung des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt zum Ziel.

Das schweizerische Gesundheitswesen sieht sich aktuell und künftig mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt und die chronischen Erkrankungen nehmen insbesondere im Alter stark zu. Diese Entwicklung stellt die Gesellschaft und die Spitäler sowie andere Akteure des Gesundheitswesens vor neue, vielschichtige Aufgaben.

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

Dabei verfolgen die beiden Regierungen folgende übergeordneten Ziele:

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

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

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

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

Die gemeinsame Gesundheitsversorgung bietet sowohl aus planerischer als auch medizinischer und betriebswirtschaftlicher Perspektive grosse Vorteile und ist daher die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen. Dabei sollen alle angebots- und nachfrageseitigen Fragen beleuchtet werden, beispielsweise betreffend die Leistungen der Spitäler und die Qualität der Leistungserbringung oder betreffend die Patientenströme und die kantonale Spitalisten. Die gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

Die neu zu errichtende gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst im Wesentlichen folgende Eckpfeiler:

- Planung einer effektiven und effizienten Versorgung im stationären und ambulanten Bereich;
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;
- Vermeidung von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung;
- medizinisch sinnvolle und effiziente Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsmethoden;
- Gemeinsame Projekte (z.B. Qualitätsmonitoring, Versorgungsmonitoring, Projekt E-Health);
- Etablierung einheitlicher Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen unter Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern,
- Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungen;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sowie für die universitäre Lehre und Forschung;
- Sicherung von versorgungsrelevanten Angeboten im Rettungswesen.

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

2.2 Vernehmlassung zum Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung

Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung für den Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung zwischen dem Kanton Basel-Landschaft und dem Kanton Basel-Stadt, welche vom 3. Juli bis zum 3. Oktober 2017 dauerte, waren überwiegend positiv. Sowohl die politischen Parteien wie auch die Interessensverbände, die Gemeinden und die zuständigen Kommissionen begrüßen die Regelung der Zusammenarbeit der beiden Basel im Bereich der Gesundheitsversorgung und insbesondere die Planung des gemeinsamen Gesundheitsraums. Der Staatsvertrag wird mehrheitlich als eine ausreichende Grundlage für die Erreichung der drei übergeordneten Ziele erachtet.

Im Rahmen der Vernehmlassung standen drei Themenbereiche im Fokus: die Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privaten Spitäler, die unterschiedlichen Rollen der Kantone (insb. Eigner und Regulator) sowie die Koordination der Gesundheitsversorgung im Gesundheitsraum der beiden Basel (auch die Versorgung in den Randgebieten).

Die Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurden ausgewertet und sind in die Vorlage eingeflossen. Die Regierungen der beiden Basel sind überzeugt, mit dem Staatsvertrag eine Grundlage geschaffen zu haben, mit der die unter Ziff. 2.1 definierten Eckpfeiler der gemeinsamen Gesundheitsversorgung verwirklicht werden können.

2.3 Änderung Gesundheitsgesetz

Ebenfalls wird dem Grossen Rat die Änderung von § 7 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Basel-Stadt (GesG) vom 21. September 2011 (SG 300.100) beantragt. Der Regierungsrat soll (im Rahmen der jeweils durch das Bundesrecht zugestandenen kantonalen Kompetenzen) in Zusammenarbeit mit den umliegenden Kantonen für ein bedarfsgerechtes Angebot an ambulanten und stationären Leistungen sorgen. Insbesondere soll dabei die Wirtschaftlichkeit des Angebots berücksichtigt werden. Dabei bezieht sich die Wirtschaftlichkeit nicht nur auf Art und Umfang der Behandlung, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere auch auf die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär durchzuführen ist.

2.4 Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitalisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Zusätzlich wird dem Grossen Rat mit diesem Ratschlag beantragt, den Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitalisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft abzuschreiben.

Mit dem Anzug möchten die Anzugsteller erreichen, dass der Kanton Basel-Stadt das medizinische Angebot für die Bevölkerung und die stationäre Versorgung mittels Spitalisten mit dem Kanton Basel-Landschaft koordiniert. Mit dem Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen ist geplant, eine transparente und verbindliche Versorgungsplanung für beide Kantone sicherzustellen. Damit kann dem von den Anzugstellern befürchteten Wettrennen unter den Spitälern auch wirkungsvoll entgegengetreten werden. Die Kantone schaffen mit der geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgung den Rahmen, um eine bedarfsgerechte und medizinisch hochstehende Gesundheitsversorgung der Wohnkantonsbevölkerungen in BS und BL sicherzustellen. Der geplante Staatsvertrag sieht unter

anderem vor, dass mittels Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen die Sicherstellung der notwendigen Qualität angestrebt werden soll. Mittels des Aufbaus eines gemeinsamen Planungs- und Wirkungsmodells soll eine abgestimmte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die beiden Kantone BS und BL gewährleistet bzw. angestrebt werden.

Die im Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitallisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft geäusserten Bedenken und Forderungen können mittels des Staatsvertrages über die gemeinsamen Gesundheitsversorgung entkräftet bzw. erfüllt werden. Mit dem Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung legt der Regierungsrat eine verbindliche Lösung zur Harmonisierung der Spitallisten des Kantons Basel-Stadt und Basel-Landschaft vor, sodass dem Grossen Rat beantragt wird, den Anzug Nora Bertschi und Konsorten abzuschreiben.

3. Vernehmlassung

Die Vernehmlassung zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft über die Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung fand vom 3. Juli bis 3. Oktober 2017 statt. Es wurden insgesamt 139 Adressatinnen und Adressaten eingeladen sowie alle Gemeinden des Kantons Basel-Stadt und des Kantons Basel-Landschaft und alle Mitglieder der Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates und der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission des Landrates. Im ANHANG I des Ratschlags findet sich eine Auflistung mit allen Adressaten, welche sich in den beiden Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft an der Vernehmlassung beteiligt haben.

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde den Vernehmlassungsadressaten ein Fragebogen mit sieben Fragen zugestellt. Die Auswertung der Vernehmlassungsantworten orientiert sich entlang dieser Fragen.

In diesem Bericht werden alle Vernehmlassungsantworten ausgewertet, welche dem GD BS oder der VGD BL zugestellt wurden.

3.1 Generelle Einschätzung

Generell wurden die Bestrebungen der beiden Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL) nach einer stärkeren Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich von der überwiegenden Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst. Obwohl es zu einzelnen Themen teils kritische Stimmen gab, haben lediglich einzelne Vernehmlassungsteilnehmende die Idee einer gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht grundsätzlich abgelehnt.

Die beiden Regierungen werden somit darin bestärkt, dass die übergeordneten Ziele (optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region) auf diese Weise verwirklicht werden können.

Einig sind sich die Vernehmlassungsteilnehmenden darin, dass durch die Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung die Vermeidung von Über- Unter- oder Fehlversorgung sowie eine Effizienzsteigerung erzielt werden können, was zu einer Dämpfung des Kostenwachstums beiträgt.

Die Frage, ob alle angestrebten Ziele mit der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht erreicht werden können, wird mehrheitlich positiv beurteilt. Schwerpunkte in der Vernehmlassung waren die Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitäler, die unterschiedlichen Rollen der Kantone (insb. Eigner und Regulator) sowie die Koordination der Gesundheitsversorgung im Gesundheitsraum der beiden Basel.

3.2 Vernehmlassungsantworten entlang der Fragen im Fragebogen

3.2.1 Frage 1: Welche Chancen und Vorteile für das regionale Gesundheitswesen erwarten Sie von einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Landschaft (BL)?

Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Grossmehrheitliche Zustimmung.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden sehen in einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für BL und BS viele Chancen und Vorteile für das regionale Gesundheitswesen; insbesondere die Möglichkeit, die Gesundheitspolitik in der Region gesamtheitlich zu betrachten, das Leistungsangebot zu verbessern, Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden und so langfristig die Behandlungsqualität zu steigern, die Gesundheitskosten zu senken und das Prämienwachstum zu dämpfen.
- Begrüsst wird die Möglichkeit einer Koordination von Investitionen sowie der Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Zentren wie Zürich, Bern oder Genf.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen der beiden Vereinbarungskantone nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die eingegangenen Stellungnahmen die Schaffung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für BL und BS grundsätzlich positiv bewerten. Die beiden Regierungen werden somit darin bestärkt, dass die übergeordneten Ziele (optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region) auf diese Weise verwirklicht werden können.

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

Die Regierungen sind offen, die Versorgungsplanung zusammen mit den zuständigen Gremien weiterer Kantone (z.B. Aargau und Solothurn) auf die gesamte Versorgungsregion Nordwestschweiz auszudehnen.

3.2.2 Frage 2: Sehen Sie im Rahmen der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung auch negative Aspekte für die Beteiligten am regionalen Gesundheitswesen? Falls dies zutrifft, welche?

Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Ein Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmenden äussert sich sehr positiv und sieht wenig negative Aspekte für die Beteiligten in einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung.
- Kritisch angemerkt wird die Gefahr der Vermischung der Rollen als Eigner und Regulator. Ferner stellen sich für die Vernehmlassungsteilnehmenden zahlreiche Fragen im Zusammenhang mit der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Anbieter.
- Einzelmeldung: Der gemeinsame Gesundheitsversorgungsraum könne nicht unabhängig von der Spitalgruppe beurteilt werden.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen BS und BL werten die geringe Zahl an negativen Rückmeldungen zu der geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgung als Bekenntnis zum gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraum.

Zur Frage der Rollentrennung Eigner / Regulator halten die Regierungen fest: Die Steuerung von staatlichen Beteiligungen bedingt eine Rollenvielfalt des Staates. Als (Mit-) Eigentümer, Regulator sowie Leistungsbesteller und -finanzierer verfolgt er in der Regel unterschiedliche Interessen (Werterhaltung der kantonalen Beteiligung versus Sicherstellung einer effizienten und effektiven Leistungserfüllung des öffentlichen Auftrags). Aus dieser Konstellation ergeben sich verschiedene Spannungsfelder, auf die eine gute Public Corporate Governance bzw. Steuerung einer staatlichen Beteiligung eingeht und die sie aufzulösen versucht.

Um diesen Spannungsfeldern zu begegnen, hat der Regierungsrat des Kantons BS die Public Corporate Governance-Richtlinien (PCG-Richtlinien, aktuell, dritte überarbeitete Version vom 23. April 2015) erlassen. Inhalt dieser Richtlinien ist folgender: Entscheide, sowohl bezüglich Leistungsbestellung wie Eignerthemen, werden jeweils vom Gesamtregierungsrat oder vom Grosse Rat / Landrat (Gemeinwirtschaftliche Leistungen [GWL]) getroffen und nicht von den Departementsvorstehenden alleine.

Die Entscheide der Regierung zu Spitalisten und Tarifen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10 sind justiziabel und müssen aufgrund möglicher Rekurse sowohl von Krankenversicherungen wie auch der betroffenen öffentlich-rechtlichen oder privaten Spitäler den Anforderungen/Kriterien des KVG entsprechen.

Gemäss den PCG-Richtlinien sollen in Basel-Stadt mögliche Rollenkonflikte zudem mittels einer klaren Definition der Zielsetzungen in der Eigentümerstrategie entschärft werden. Das Finanzdepartement (FD) wird bei der Formulierung der Eigentümerstrategien durch das GD BS beigezogen.

Das GD BS hat die Vorgaben der Richtlinien bezüglich der organisatorischen Trennung der Rollen innerhalb des Departements umgesetzt und stellt die Abgrenzung zwischen der Eigner- und Regulatorrolle sicher, in dem die Eignerrolle der Stabstelle Gesundheitsbeteiligungen und Finanzen übertragen wurde, die Regulator- sowie Leistungsbesteller- und -finanziererrolle dem Bereich Gesundheitsversorgung.

Im Kanton Basel-Landschaft gilt analog das Gesetz über die Beteiligungen (Public Corporate Governance, PCGG, SGS 314) als Basis zur Regelung der Beteiligungen des Kantons. Die VGD BL hat die Vorgaben des Gesetzes bezüglich der organisatorischen Trennung der Rollen innerhalb der Direktion umgesetzt und stellt die Abgrenzung sicher, in dem die Eignerrolle der Abteilung Beteiligungsmanagement und Controlling im Generalsekretariat übertragen wurde, die Regulator- sowie Planer- und Finanziererrolle hingegen dem Amt für Gesundheit.

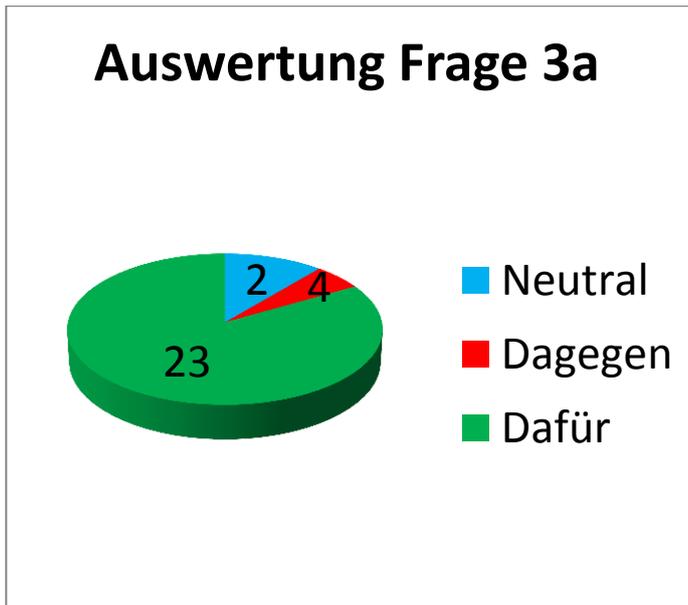
Die geschilderten Massnahmen zeigen auf, dass genügend Mechanismen vorhanden sind, um die Abgrenzung der „beiden Rollen“ und somit auch die Unabhängigkeit und Neutralität der von den Eignern sowie den Regulatoren getroffenen Massnahmen zu gewährleisten.

Zur Forderung der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitäler halten die Regierungen fest: Durch die Etablierung von einheitlichen Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen auf der Grundlage von Empfehlungen einer unabhängigen Fachkommission soll die Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Leistungserbringer sichergestellt werden. Geplant ist auch, dass die Kantone BS und BL sich im Rahmen der kantonalen Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren neu jeweils gegenseitig konsultieren.

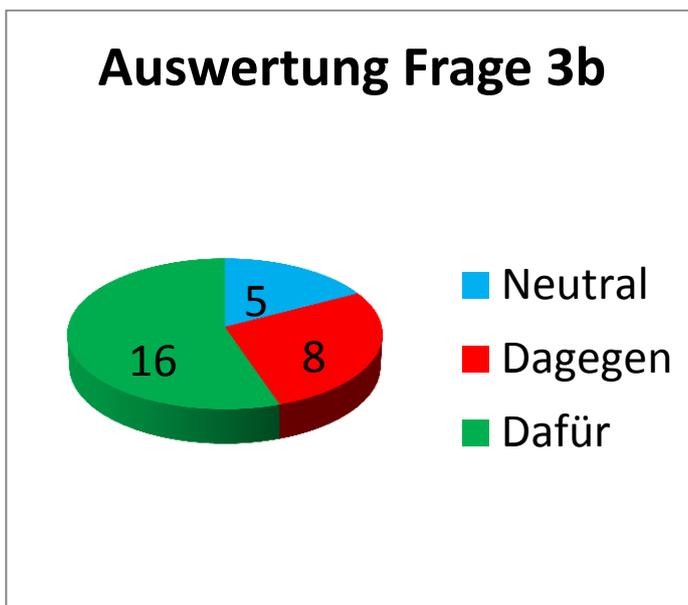
3.2.3 Frage 3: Bilden Ihrer Meinung nach die im Staatsvertrag geregelten Bestimmungen betreffend eine gemeinsame Gesundheitsversorgung eine ausreichende Grundlage für die Umsetzung der nachstehend aufgezählten übergeordneten Ziele der beiden Regierungen BS und BL?

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

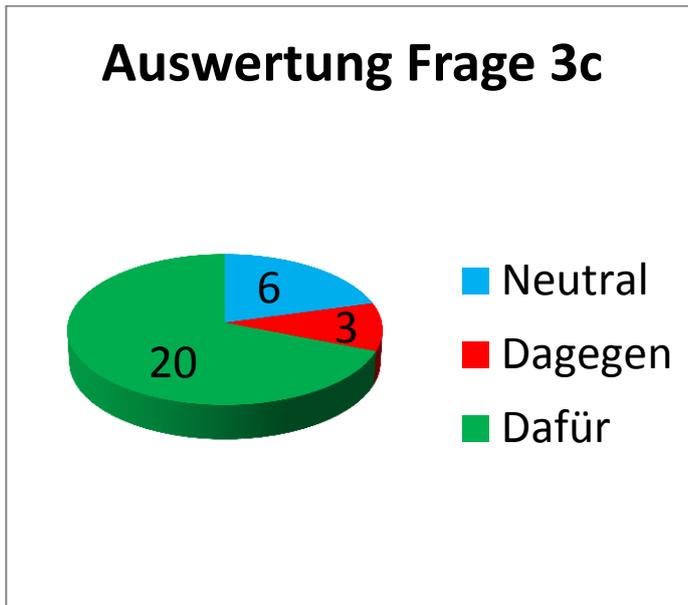
Grafik 1: Frage 3a, Staatsvertrag als ausreichende Grundlage für optimierte Gesundheitsversorgung?



Grafik 2: Frage 3b, Staatsvertrag als ausreichende Grundlage für die Dämpfung des Kostenwachstums?



Grafik 3: Frage 3c, Staatsvertrag als ausreichende Grundlage für die Sicherung der Hochschulmedizin?



Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Grossmehrheitliche Zustimmung.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden sehen im Staatsvertrag eine ausreichende Grundlage für eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone. Vereinzelt wird gefordert, dass für eine optimierte Gesundheitsversorgung die Kantone Solothurn und Aargau miteinbezogen werden müssten.
- Ein Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmenden äussert sich ebenfalls positiv zur Frage, ob der Staatsvertrag eine ausreichende Grundlage zur Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich darstelle. Eine Dämpfung sei über eine konsequente Anwendung der Steuerungsinstrumente zu erreichen und der Aufbau von nicht bedarfsgerechten Angebotsstrukturen müsse verhindert sowie die bestehenden Kapazitäten laufend auf ihre Notwendigkeit hin kritisch überprüft werden.
- Vereinzelt wird die Forderung nach Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitäler sowie einer Trennung der Eigner- und Regulatorrolle des Kantons laut. Diverse Umfrageteilnehmende betonen, dass eine Optimierung der Gesundheitsversorgung niemals als Abbau des Service Public oder Stellenabbau ausgelegt werden dürfe.
- Einzelrückmeldung: Befürchtung, dass sich der Ausbau des ambulanten Bereichs unter aktuellem Bundesrecht negativ auf die Prämien auswirken werde, Kostenumlagerungen statt Einsparungen seien zu befürchten. Die Kosten für die Kantone werden vorderhand zwar gesenkt, steigen aber für die Bevölkerung durch die Prämienhöhung und anschliessend für die Kantone durch Prämienverbilligungen.
- Die Vernehmlassungsteilnehmenden stehen der langfristigen Sicherung der Hochschulmedizin und dem Staatsvertrag als ausreichende Grundlage positiv gegenüber, sofern Kooperationen über die Spitalgruppe hinaus geschlossen werden könnten und mehr Sicherheit in Zusammenhang mit der übrigen Universität geschaffen werden könne.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden der Meinung ist, dass die gemeinsame Gesundheitsversorgung zur Erreichung der drei übergeordneten Ziele beitrage.

Die Regierungen streben eine gemeinsame Versorgungsplanung in der gesamten Nordwestschweiz an und sind offen, das vorgelegte Planungskonzept zusammen mit den zuständigen Gremien weiterer Kantone (z.B. Aargau und Solothurn) auf die gesamte Versorgungsregion der Nordwestschweiz auszudehnen.

Zur Forderung der Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitälern, wie auch nach Trennung von Eigner- und Regulatorrolle des Kantons verweisen die Regierungen auf ihre Stellungnahme zu Frage 2 und bekräftigen, dass sie diesen Spannungsfeldern durch konsequente Anwendung der Public Corporate Governance-Richtlinien begegnen, um so die Abgrenzung zwischen der Eigner- und Regulatorrolle sicherzustellen.

Des Weiteren kann mit einer sinnvollen und mit Bedacht ausgeführten Regulation auch ein Wettbewerbselement (z.B. Vergabe von Leistungsaufträgen nach objektiven und transparenten Kriterien) eingesetzt werden. Dies sollte zu vermehrter Effizienz und Effektivität der erbrachten Leistungen beziehungsweise des gesamten gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraums führen. Durch die objektivierte und transparente Vergabe von Leistungsaufträgen wird der Forderung nach Gleichbehandlung für alle Spitäler, die diese Vorgaben erfüllen, Nachdruck verliehen. Ebenfalls wird auf diese Weise zumindest eine teilweise Entflechtung der Rollenkonflikte der Kantone erreicht. Um den Grundsatz der Gleichbehandlung zwischen öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitälern zu wahren, sind zudem beide in den Planungsprozess einzubinden.

Die Regierungen stimmen den Vernehmlassungsteilnehmenden zu, dass eine Optimierung der Gesundheitsversorgung niemals als Abbau des Service Public verstanden werden darf. Vielmehr sind die Regierungen überzeugt, dass durch eine optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beider Kantone der Service Public sichergestellt und gestärkt werden kann.

Aus Sicht der beiden Kantone bildet die gemeinsame künftige Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung eine geeignete Basis für eine Einflussnahme auf die Kostenentwicklung. Zur Umsetzung dieses Ziels werden diverse Massnahmen und Instrumente eingeführt, wie die Erarbeitung einer gemeinsamen Versorgungsplanung mit Planungs- und Wirkungsmodell auf einer gemeinsamen Datenbasis, gemeinsam definierte, einheitliche und transparente Kriterien für die Vergabe von Leistungsaufträgen und die Aufnahme auf die Spitallisten sowie die Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL. Auch werden fortlaufend weitere Massnahmen und Instrumente berücksichtigt beziehungsweise geprüft.

Den Befürchtungen, dass sich der Ausbau des ambulanten Bereichs unter aktuellem Bundesrecht negativ auf die Prämien auswirken werde und eine Kostenumlagerung statt Einsparungen erfolgen würde, kann entgegnet werden, dass entsprechende Massnahmen nur anhand sorgfältiger Analyse, etwa mittels eines Planungs- und Wirkungsmodells ergriffen werden. Ziel von staatlichen Eingriffen muss immer die Optimierung des Gesamtsystems sein.

Die mehrheitlich positiven Stellungnahmen der Vernehmlassungsteilnehmenden in Bezug auf die langfristige Sicherung der Hochschulmedizin bestärkt die Regierungen im Bestreben, den Life Sciences-Standort in der Region zu fördern und zu stärken und die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies in enger Kooperation mit der Universität, der Medizinischen Fakultät und den Spitälern.

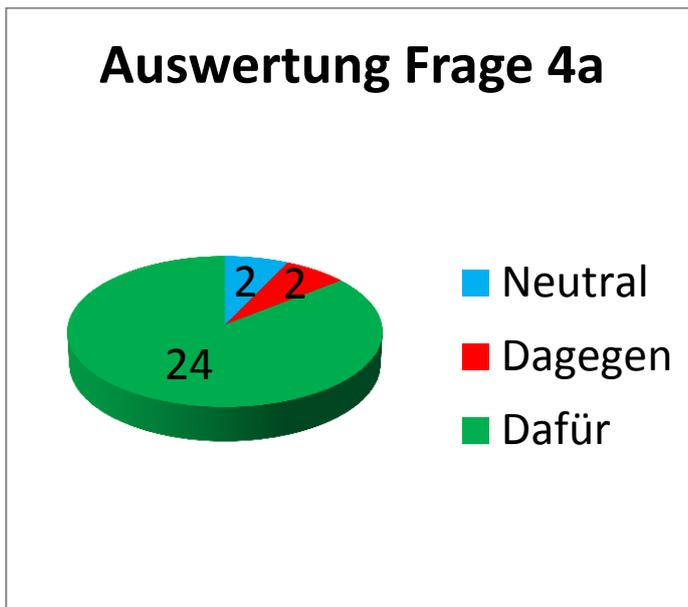
3.2.4 Frage 4: Begrüssen Sie die nachfolgend ausgewählten Themenbereiche, welche der Staatsvertrag zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung regelt?

- a. Die Koordination der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht und deren Umsetzung (z. B. gemeinsame Bedarfsanalyse, verbindliche und transparente Kriterien für Regulierungsmassnahmen, die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen, gemeinsame Formulierung von Qualitätsstandards) (§ 4).

- b. Mögliche planerische Aktivitäten auf Versorgungsebene werden von den beiden Regierungen evaluiert und, sofern zur Zweckerfüllung des Staatsvertrags erforderlich, gemeinsam umgesetzt. Eine unabhängige Fachkommission mit beratender Funktion wird in die Planung einbezogen (§§ 8ff. und 12 ff.).
- c. Gestützt auf die gemeinsame Versorgungsplanung werden der Erlass gleichlautender Spitallisten sowie die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen durch die beiden Kantone angestrebt. Die Spitallisten sollen alle Leistungserbringer umfassen, welche für die Versorgung der Bevölkerung beider Kantone erforderlich sind (§§ 14ff.).

Frage 4a: Begrüssung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht

Grafik 4: Frage 4a, Begrüssung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht



Rückmeldung aus der Vernehmlassung

Grundsätzlich äussert sich eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden positiv gegenüber diesem im Staatsvertrag abgedeckten Themenbereich.

- Begrüssst werden die Koordination der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht und deren Umsetzung vorbehaltlos.
- Einwände werden hinsichtlich der Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitälern, Transparenz, Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit bei den Kriterien für die Regulierungsmassnahmen, bei der Vergabe von Leistungsaufträgen sowie bei der Vergabe der GWL angebracht. Ausserdem dürften die Kantone in ihrer Doppelrolle als Eigentümer und Regulator die Spitalgruppe nicht bevorzugen.
- Eine allfällige Zusammenlegung des Bereichs Gesundheitsversorgung und des Amts für Gesundheit als eigener öffentlich-rechtlicher Träger wird teilweise als sinnvoll erachtet.
- Eine gründliche Bedarfsabklärung unter Einbezug aller wichtigen Akteure und eine konsequente Anwendung der Massnahmen ist eine weitere Forderung.
- Vereinzelt wird befürchtet, die Privatspitäler würden benachteiligt. Diese Ungleichbehandlung wird andererseits auch explizit gefordert.
- Von Ärzteseite wird der Einbezug des ambulanten Bereichs abgelehnt.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen sehen sich durch die mehrheitlich positiven Rückmeldungen der Vernehmlassungsteilnehmenden zu diesen Kernfragen der gemeinsamen Gesundheitsversorgung bestärkt, den eingeschlagenen Weg der vertieften Kooperation zwischen BS/BL fortzuführen.

Die Regierungen sind der Überzeugung, dass die vorgesehene Ausgestaltung der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht und deren Umsetzung durch die Kantone die in der Vernehmlassung geäusserten Befürchtungen zu zerstreuen vermag, da die Umsetzung anhand objektiver, transparenter und nachvollziehbarer Kriterien erfolgt und laufend überprüft wird; dies unter anderem auch anhand eines gemeinsamen Planungs- und Wirkungsmodells. Von der Auswertung der Analyse erwarten die Vereinbarungskantone auch Aussagen zu weiteren Schwerpunkten der Versorgungsplanung wie eHealth, Palliative Care, Integrierte Versorgung, Patientenfreizügigkeit zwischen den Vereinbarungskantonen und die Qualitätssicherung in Spitälern.

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

Die Auswertung und Analyse des so ermittelten Bedarfs bilden nebst der Grundlage zum Erlass der gleichlautenden Spitallisten der Vereinbarungskantone auch die Basis für die Koordination der GWL und der Weiterbildungsverpflichtung im Bereich der universitären Lehre und Forschung.

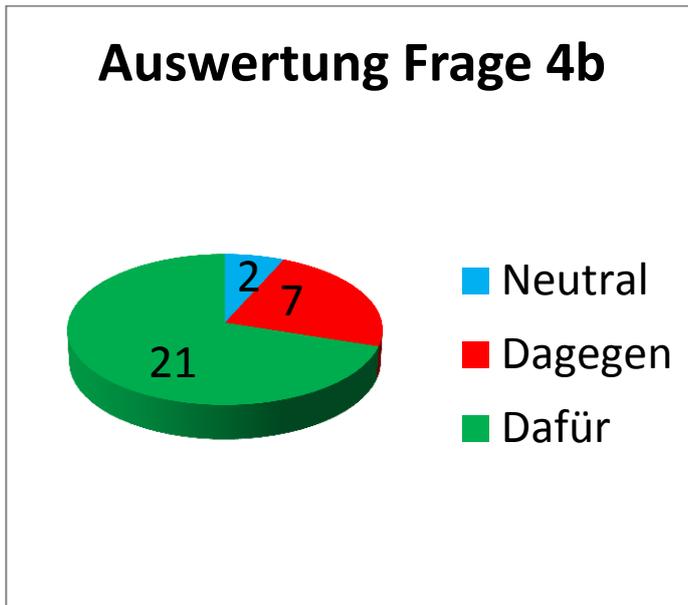
Die gemeinsame Regulation und Aufsicht soll alsdann die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und effektive Gesundheitsversorgung für die beiden Kantonsbevölkerungen schaffen. Sie wird anhand objektiver und messbarer Kriterien ausgearbeitet und lässt demgemäss keinen Raum für etwaige Benachteiligung einzelner Player im Gesundheitswesen (zur Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitaler sowie zur Entflechtung Eignerrolle / Regulator vgl. die Ausführungen dieses Berichts zu Frage 2).

Inskünftig sollen für eine Leistungsvergabe in beiden Kantonen gleichlautende, objektive Kriterien für alle Leistungserbringer gelten, wobei der Leistungsvergabe stets eine Bedarfsanalyse zugrunde gelegt wird (vgl. Stellungnahme der Regierungen zu Frage 3b).

Um die übergeordneten Ziele der gemeinsamen Gesundheitsplanung erreichen zu können, ist ein Einbezug des ambulanten Sektors unumgänglich. Dies insbesondere auch, weil aktuell der ambulante Bereich (freipraktizierende Spezialistinnen und Spezialisten und spitalambulante Behandlungen) am meisten zum Kostenwachstum beiträgt. Die regulatorischen Möglichkeiten sind im ambulanten Bereich – und hier vor allem bei den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten – derzeit sehr beschränkt und es bestehen aktuell keine rechtlichen Grundlagen für regulatorische Massnahmen.

Frage 4b: Begrüssung gemeinsame Umsetzung mit Einbezug Fachkommission?

Grafik 5: Frage 4b, Begrüssung gemeinsame Umsetzung mit Einbezug Fachkommission?



Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Auch zu der Fachkommission äussert sich die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden positiv, jedoch mit einigen Vorbehalten.
- Die Unabhängigkeit der Fachkommission ist zwingend notwendig und muss sichergestellt werden.
- Es wird teilweise befürchtet, dass aufgrund der Berufung und Aktivierung durch die Regierungsräte und der blossen Möglichkeit einer Stellungnahme, die Fachkommission zu einem „zahnlosen Abnickgremium“ verkommt.
- Verschiedentlich wird daher gefordert, die Fachkommission mit einem eigenen Antragsrecht auszustatten sowie die Relevanz der Empfehlungen zu beschreiben.
- Die Forderung nach einer zweiten Fachkommission für die Psychiatrie wird teilweise genannt.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Mit der Einsetzung der Fachkommission, welche in den Prozess der Versorgungsplanung, der Evaluation und des Erlasses der Spitallisten einbezogen ist, wird bezweckt, dass eine Beurteilung aus Sicht unabhängiger Experten zur Frage der Versorgungsplanung und deren Umsetzung eingebracht wird. Auch können auf diese Weise weitere Aspekte und Gesichtspunkte in den Planungsprozess einfließen, die Akzeptanz der planerischen Massnahmen kann dadurch erhöht und deren Legitimation verstärkt werden.

Die Regierungen legen grossen Wert darauf, dass die Fachkommission unabhängig ihre Auffassung vertreten und auch die Arbeit der Behörden kritisch hinterfragen sowie die entsprechenden Empfehlungen abgeben kann.

Um Bedenken hinsichtlich der zu engen Verbindung der Fachkommission mit dem regionalen Gesundheitswesen zu zerstreuen, haben die Regierungen beschlossen, dass der Kreis der Mitglieder der Fachkommission nicht wie ursprünglich erwogen aus Mitgliedern mit Bezug zum regionalen Gesundheitswesen, sondern vielmehr mit Bezug zum nationalen Gesundheitswesen bestehen soll. Damit erweitert sich auch der Kreis der in Frage kommenden Experten und Expertinnen. Die allenfalls zu enge Verknüpfung mit der Region und direkten Interessen einzelner Akteure wird dadurch relativiert und die Unabhängigkeit der Mitglieder sichergestellt.

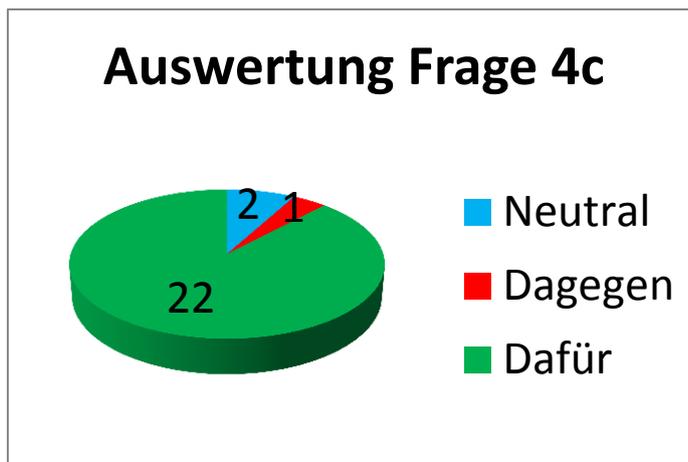
Um ein effektives Arbeiten der Fachkommission zu ermöglichen, wird die Anzahl der Mitglieder von neun auf sieben reduziert. Es soll sich dabei um je eine Vertreterin oder einen Vertreter aus den Bereichen Medizin, Recht, Gesundheitsökonomie, Versicherung, Spital, Patientenvertretung (Präsidium) und "International" handeln. Die Regierungen erwarten, dass auf diese Weise langwierige Entscheidungsprozesse durch frühzeitigen Einbezug verschiedener Sichtweisen effizienter gestaltet werden können. Ein genaues Profil der erwarteten Arbeitsergebnisse der Fachkommission sowie der dafür gesuchten Mitglieder wird in einem nächsten Schritt erstellt werden.

Durch die geplante breite Zusammensetzung der Fachkommission erachten die Regierungen sowohl Fragestellungen aus den Bereichen Somatik als auch der Psychiatrie innerhalb dieses Gremiums als abgedeckt.

Ein eigenständiges Antragsrecht der Fachkommission ist im Staatsvertrag nicht verankert und soll auch nicht in diesen aufgenommen werden. Vielmehr soll die Fachkommission im Rahmen der Erarbeitung und Verabschiedung der gleichlautenden Spitallisten und beim Erlass weiterer Massnahmen auf Versorgungsebene, welche den Beschlüssen der Regierungen bedürfen, als Soundingboard dienen, welches durch die fachliche Begleitung die beiden Regierungen respektive die zuständige Direktion und das zuständige Departement unterstützt.

Frage 4c: Begrüssung gleichlautende Spitallisten / Leistungsaufträge

Grafik 6: Frage 4c, Begrüssung gleichlautende Spitallisten / Leistungsaufträge



Rückmeldung aus der Vernehmlassung

Die gleichlautenden Spitallisten werden von fast allen Teilnehmenden begrüsst.

- Die Gleichberechtigung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Anbieter muss garantiert werden.
- Rosinenpickerei muss unterbunden werden.
- Die gleichlautenden Spitallisten dürfen nicht dazu führen, dass die Kantone damit über die Existenz von Privatkliniken entscheiden könnten.
- Die übrigen Teilnehmenden sprechen sich ohne Ausnahme für gleichlautende Spitallisten und Leistungsaufträge aus. Teilweise wird die Notwendigkeit der Regelung auf der Ebene Gesetz/Staatsvertrag in Frage gestellt.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die Vernehmlassungsteilnehmenden praktisch ausnahmslos den Erlass gleichlautender Spitalisten befürworten. Die Regierungen sind der Auffassung, dass die Erstellung der gleichlautenden Spitalisten und die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen das Ergebnis der gemeinsamen Planung widerspiegeln. Damit der gemeinsame Gesundheitsversorgungsraum zum Erzielen grösstmöglicher Effizienz und damit verbundener Kostendämpfung verwirklicht werden kann, sind gleichlautende Spitalisten sowie die Vergabe gleichlautender Leistungsaufträge unabdingbar. Zu den einzelnen Einwänden der Vernehmlassungsteilnehmenden hinsichtlich der Neutralität der Fachkommission und allfälliger Benachteiligung der Privatspitäler haben sich die Regierungen bereits in ihren Stellungnahmen zu den vorgängigen Fragen geäussert.

3.2.5 Frage 5: Haben Sie Anmerkungen oder Änderungsvorschläge zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages?

Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Aus § 2 Abs. 2 des Staatsvertrags betreffend die gezielte Nutzung von Planungssynergien sei nicht abschliessend ersichtlich, inwiefern diese Massnahme unter aktuellem Recht die Prämien senken sollen. Es wird teilweise befürchtet, dass aufgrund des Ausbaus des ambulanten Bereichs, die Prämien ansteigen würden.
- In § 9 Abs. 2 betreffend die Fachkommission müssten unbedingt die Geschlechter angemessen vertreten sein. Eine Quotenregelung wird befürwortet. Zudem soll die Fachkommission bei der Bearbeitung von Personendaten dem IDG Basel-Stadt unterstehen (§ 11). Mit Bezug auf § 15 Abs. 6 (Verweis auf § 13 Verfahren bei Uneinigkeit) sei eine gemeinsame Spitalliste zwingend erforderlich.
- Leistungsaufträge sollen pro Standort vergeben werden.
- Keine Finanzierung der Tagesklinik auf dem Bruderholz über GWL.
- Forderung nach einer regionalen Baserate. Vertragsdauer und Kündigungsmodalitäten für beide Staatsverträge sollten gleichermassen gelten (§ 24). Vorschlag für eine Umformulierung von § 24: *„Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann während der ersten 12 Jahre nicht gekündigt werden. Anschliessend kann er von jedem Kanton unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Jahren auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.“* Auf der anderen Seite gab es Stimmen, die die Kündigungsfrist als zu lange empfinden.
- Forderung nach einem sachgerechten Tarif für den ambulanten Bereich.
- Nicht ausschliesslich Konzentration sondern auch Fokus auf die dezentrale Gesundheitsversorgung.
- Mitsprache von Parlament und Volk ist sicherzustellen (§ 6).
- Konkretisierung der Aufgaben des Schiedsgerichts (§20).
- Patient und Patientin muss im Mittelpunkt stehen (§ 4 Abs. 1 lit. a).
- Öffentlich-rechtlichen Spitäler sollen gegebenenfalls bevorzugt werden (§ 4 Abs. 1 lit. e).
- Diverse Hinweise zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Umgang mit Informationen in der Fachkommission.
- Forderung nach je einer Fachkommission für die somatischen und für die psychiatrischen Institutionen.
- Gleichbehandlung bei der Finanzierung von tagesklinischen Leistungen in der Psychiatrie. Für den Standort Laufen soll aus staatspolitischen Gründen eine Regelung gefunden werden, die dem Laufentalvertrag entspricht.

Stellungnahmen Regierungen BS und BL

Die gezielte Nutzung von Planungssynergien (§ 2 Abs. 2 des Staatsvertrages) soll für alle in § 3 des Staatsvertrags aufgeführten Themenbereiche (Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und Ausbildungsverpflichtung im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe) erfolgen.

In § 4 Abs. 3 (zweckmässige Steuerung) soll unterstrichen werden, dass bei der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht die eingesetzten Mittel optimal genutzt, sprich eine deutliche Kostendämpfung im ambulanten wie auch im stationären Gesundheitsversorgungsbereich angestrebt werden muss. Daneben soll aber die Relation zwischen eingesetztem Input (Ressourcen) und Output (Ergebnisqualität) stets im Auge behalten werden.

Zu den vorgebrachten Punkten betreffend die Fachkommission kann zusätzlich festgehalten werden, dass bei der Wahl auf eine ausgewogene Zusammensetzung der beiden Geschlechter geachtet wird. Eine explizite Verankerung einer Geschlechterquote im Staatsvertrag erachten die beiden Regierungen als nicht erforderlich. Ebenfalls ist es nicht zielführend für die Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation unterschiedliche Fachkommissionen zu initiieren. Dies würde zu schwerfälligeren Abläufen und einer Verkomplizierung des Verfahrens führen und der tendenziell stärker werdenden Integration der Behandlungspfade über verschiedene Disziplinen hinweg entgegenstehen.

§ 5 (gegenseitige Informationspflicht) wurde um folgende Bestimmung ergänzt „Die ausgetauschten Informationen sind soweit als möglich zu anonymisieren“.

Zu den Änderungsvorschlägen bezüglich Spitallisten, Leistungsaufträge und GWL kann Folgendes ausgeführt werden: Der Staatsvertrag hält die Regeln und Mechanismen fest, wie die Kantone auf Basis eines regionalen Versorgungsplanungsberichts die stationäre Spitalversorgung zu steuern gedenken. Dabei sind gleichlautende Spitallisten BS und BL im Hauptfokus, welche auf den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Qualität basierend eine optimale Versorgung der Bevölkerung gewährleisten sollen. Dazu soll als Basis der gemeinsamen Regulierung ein regelmässig erscheinender Versorgungsplanungsbericht über die ganze Region initiiert und ein Planungs- und Wirkungsmodell erarbeitet werden. Mit diesem Vorgehen soll eine transparente und nachvollziehbare Gesundheitsversorgung in den beiden Kantonen sichergestellt werden.

Die beiden Regierungen halten den Erlass einer gemeinsamen Spitalliste derzeit rechtlich nicht für möglich und auch nicht für angezeigt, da ansonsten jeweils beide Regierungen über minimale technische Anpassungen befinden müssten, was den Prozess erheblich erschweren und verzögern würde. Die vorgesehene Variante erlaubt im Vergleich zu einer gemeinsamen Spitalliste eine erhöhte Flexibilität für die Vereinbarungskantone ohne die angestrebte, inhaltliche Übereinstimmung in Frage zu stellen.

Die eingebrachte Forderung, dass die Leistungsaufträge auf einzelne Spitalstandorte bezogen sein müssen, soll nicht detailliert im Staatsvertrag aufgenommen werden. Die beiden Kantone BS und BL waren sich diesbezüglich schon im Vorfeld der Diskussionen einig, dass die Leistungsauftragsvergabe inskünftig standortbezogen zu erfolgen hat. Die Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) legt dieses Vorgehen den Kantonen ebenfalls nahe.

Betreffend eine befürchtete Finanzierung der Tagesklinik TOP auf dem Bruderholz durch GWL kann festgehalten werden, dass seitens der Kantone BS und BL keine solche Absicht besteht.

Wie von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden gefordert, sind die Vereinbarungskantone Vertragsbeitritten von anderen Kantonen und somit der Erweiterung des gemeinsamen Versorgungsraums gegenüber sehr offen. Auf die Kantone wird aktiv zugegangen.

Neu wurde im Rahmen der Auswertung der Vernehmlassung in § 23 (Beitritt und Förderung der Zusammenarbeit) ein Abs. 3 hinzugefügt. Danach fördern die Vereinbarungskantone Kooperationen im trinationalen Gesundheitsraum.

Was die Streitbeilegung betrifft, so steht die gütliche Einigung gemäss § 20 Abs. 1 im Vordergrund. Dennoch mag es zu Fällen kommen, bei denen der Einbezug einer unabhängigen Drittpartei sinnvoll ist. Daher halten die Regierungen am Schiedsgericht fest. Weiter halten es die Regierungen nicht für notwendig, mögliche Streitpunkte, die vom Schiedsgericht zu behandeln sind, aufzuzählen. Eine solche Liste wäre entweder zu lang oder unvollständig.

Der konsensuale Charakter des Staatsvertrags wird in § 13 (Verfahren bei Uneinigkeit) sichtbar. Wenn im Rahmen des Differenzbereinigungsverfahrens zwischen dem GD BS und der VGD BL keine Lösung erzielt werden kann (Abs. 2), kann jeder Kanton separate planerische Massnahmen beschliessen, wobei diese dem Sinn und Zweck des Staatsvertrags entsprechen müssen (Abs. 3).

Der Vertrag ist mit einer unbestimmten Laufzeit vereinbart worden. Um eine gewisse Kohärenz und Rechtssicherheit zu garantieren, wurde die Kündigungsfrist auf zwei Jahre per Ende eines Kalenderjahres festgelegt. Eine Mindestlaufzeit des Vertrages von 12 Jahren mit einer Kündigungsfrist von 3 Jahren, oder eine Mindestlaufzeit, die kürzer ist als die vorgesehene, erachten die Regierungen im Bereich der gemeinsamen Gesundheitsversorgung als nicht zweckmässig. Die vorgesehene Mindestlaufzeit und Kündigungsfrist erlauben es, auf die Wandlungsprozesse im sich schnell entwickelnden Gesundheitswesen flexibel zu reagieren.

Die Regierungen der beiden Kantone sind sich der Tarifsituation im ambulanten Bereich bewusst und setzen sich im Rahmen der GDK-Gremien und im Kontakt mit der Bundespolitik für eine sachgerechte und sinnvolle Bundeslösung ein.

Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt der Überlegungen der Kantone. Die Kantone kommen damit ihrem Auftrag gemäss Verfassungen und Gesetzen nach. Eine Erwähnung im Staatsvertrag wäre redundant.

Hinsichtlich der Gleichbehandlung der öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitäler sieht schon das KVG vor, dass private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind (Art. 39 Abs.1 lit. d). Die Regierungen sehen keinen Anlass von diesem gesetzlichen Auftrag abzuweichen. Zudem bietet die Schaffung objektiver Kriterien, etwa für die Vergabe von Leistungsaufträgen, ausreichend Gewähr dafür, dass die Leistungserbringer, welche die entsprechenden Kriterien erfüllen, auch gleich behandelt werden. Dies umso mehr, als gerade auch die Privatspitäler für die Sicherstellung der Grundversorgung unerlässlich sind. Zudem werden sämtliche Leistungserbringer im stationären Bereich vor Erlass der Spitalliste und Vergabe der Leistungsaufträge umfassend angehört.

Die Regierungen halten fest, dass die Planung einer gemeinsamen Gesundheitsregion die psychiatrischen Tageskliniken einschliesst. Es wird eine Vereinheitlichung der Finanzierung angestrebt. Gleichzeitig beschäftigt sich auf der Ebene der GDK eine Arbeitsgruppe mit dieser Thematik. Ziel der Arbeiten ist ein schweizweit einheitlicher Rahmenvertrag, der psychiatrische Tageskliniken inhaltlich definiert und Qualitätsrichtlinien vorgibt. In einem weiteren Schritt wird eine einheitliche Finanzierung angestrebt. Die Vorgaben haben Empfehlungscharakter und werden im Verlauf des Jahres 2018 den Kantonen in die Vernehmlassung gegeben.

Die diversen vorgeschlagenen redaktionellen Anpassungen wurden nach Möglichkeit umgesetzt.

3.2.6 Frage 6: Haben Sie Ergänzungsvorschläge zum Regelungsgegenstand des Staatsvertrages?

Rückmeldung aus der Vernehmlassung

Die Ergänzungsvorschläge sind sehr unterschiedlich und werden im Folgenden kurz aufgeführt.

- Forderung eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz inklusive der Kantone Aargau und Solothurn.
- Die Kantone sollen sich mittel- bis langfristig von der Versorgungsplanung lösen und sich lediglich auf die Versorgungssicherheit bei Marktversagen konzentrieren.
- Forderung einer Trennung von der Finanzierung universitärer medizinischer Lehre und Forschung und dem medizinischen Leistungsangebot.
- Forderung nach Gleichbehandlung zwischen allen Anbietern. Interessenkonflikte bei der Rolle der Kantone müssen vermieden werden.
- Forderung nach konkreten Zielwerten zur effizienten Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit, denn nur so lässt sich das Kostenwachstum im Spitalbereich tatsächlich dämpfen.
- Die Weiterbildung zum Fachchiropraktoren ist im Sinne einer Gleichbehandlung ebenfalls zu unterstützen.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die beiden Regierungen unterstützen das Vorbringen bezüglich mittelfristigen Anstrebens eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz. Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme" haben die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patientenströmen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt. Die Patientenstromanalyse hat gezeigt, dass sich 95,4% aller Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras (Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (Fricktal) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Der Gesundheitsraum hat daher für die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik der Kantone BL und BS, auf deren Gebiet die meisten dieser Gesundheitsleitungen angeboten werden, eine zentrale Bedeutung.

Der Staatsvertrag wird gemäss § 1 Abs. 1 (Vertragsparteien) zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft abgeschlossen. Der Beitritt weiterer Kantone, namentlich solcher, die ebenfalls Teil des Gesundheitsversorgungsraums Nordwestschweiz sind, soll jedoch möglich sein und aktiv gefördert werden (§ 23 des Staatsvertrages).

Die Forderung, dass sich die Kantone von der Versorgungsplanung lösen und sich lediglich auf die Versorgungssicherheit bei Marktversagen konzentrieren, lehnen die beiden Regierungen ab. Die Versorgungsplanung ist das zentrale Planungsinstrument für die spitalgebundene Gesundheitsversorgung und somit eines wirtschaftlichen und qualitativ hochstehenden Spitalversorgungssystems der beiden Kantone für die kommenden Jahre. Würde die Versorgungsplanung dem freien Wettbewerb weichen müssen, bestünde die Gefahr, dass Überkapazitäten auf- und ausgebaut würden und Investitionen nur in lukrative medizinische Bereiche fliessen würden. Gleichzeitig besteht dadurch auch die Gefahr, dass es bei wenig lukrativen medizinischen Bereichen zu einer Unterversorgung kommt. Damit einhergehend würden die Gesundheitskosten weiter stark ansteigen, was sich schliesslich auch wiederum negativ auf die Höhe der Krankenversicherungsprämien auswirken würde. Ferner beteiligt sich der Kanton BS mit einem Kantonsanteil von 56% und der Kanton BL von 55% an den stationären Spitalleistungen. Aufgrund dieser Tatsachen müssen die Kantone weiterhin über Steuerungsmöglichkeiten verfügen, um sicherstellen zu können, dass nicht unnötige und kostenintensive Mehrfachangebote entstehen, welche aus betriebswirtschaftlicher Sicht der Spitäler dann auch ausgelastet werden müssen.

Eine weitere Forderung ist die Trennung von der Finanzierung universitärer medizinischer Lehre und Forschung und dem medizinischen Leistungsangebot. Hierzu kann festgehalten werden,

dass diese Trennung bereits heute gegeben ist: Lehre und Forschung wird gemäss dem gesamtschweizerischen zur Anwendung kommenden integrierten Tarifmodell auf Basis der Kostenträgerrechnung (ITAR_K) nicht über die Tarife finanziert.

Zur Forderung der Gleichbehandlung von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Spitälern, wie auch nach Trennung von Eigner- und Regulatorrolle des Kantons verweisen die Regierungen auf ihre Stellungnahme zu Frage 2 und bekräftigen, dass sie diesen Spannungsfeldern durch konsequente Anwendung der Public Corporate Governance-Richtlinien begegnen, um so die Abgrenzung zwischen der Eigner- und Regulatorrolle sicherzustellen.

Zum Anliegen betreffend konkrete Zielwerte zur effizienten Leistungserbringung und Wirtschaftlichkeit kann wie folgt Stellung bezogen werden:

Einen konkreten Zielwert stellen beispielsweise die Mindestfallzahlen dar. Die beiden Kantone wenden bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an die stationären Einrichtungen anerkannte Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) an. Hier werden bei einzelnen Leistungsgruppen, auch aus Qualitätssicherungsgründen, Mindestfallzahlen vorgegeben. Weiter haben die beiden Kantone in einer Vereinbarung, welche per 1. April 2016 in Kraft trat, festgehalten, dass das seit mehreren Jahren im Kanton BS etablierte Qualitäts- und Versorgungsmonitoring sukzessive auch im Kanton BL eingeführt werden soll [u. a. nationale Messungen von Infektionen und Mortalität sowie zusätzlich kantonale Messungen im Rahmen vom Projekt COMI (Core Outcome Measures Index)].

Des Weiteren kann auf die Zielwerte, welche die beiden Kantone im Rahmen von Tarifgenehmigungs- und Festsetzungsverfahren mit dem Benchmarking-Verfahren anwenden, verwiesen werden. So wird sichergestellt, dass es nur Tarife gibt, welche in einem gesamtschweizerischen Benchmarking bestehen können, also wirtschaftlich sind. Daneben planen die beiden Kantone nach Inkrafttreten des Staatsvertrages über die gemeinsame Gesundheitsversorgung, dass eine gemeinsame und für beide Kantone verbindliche Kriterienliste für die Vergabe von medizinischen Leistungsaufträgen und die Aufnahme auf die kantonalen Spitallisten ausgearbeitet werden soll.

Die beiden Kantone planen weiterhin, dass gemäss GDK-Empfehlung lediglich die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten zur Erreichung des eidgenössischen Facharztstitels mittels Finanzierung über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterstützt werden soll. Zurzeit läuft immer noch das Beitrittsverfahren zur *Interkantonalen Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV)*. Derzeit sind 13 Kantone (Stand: 30. Oktober 2017) der Vereinbarung beigetreten. Damit die WFV Inkrafttreten kann, ist ein Quorum von 18 Beitrittskantonen erforderlich. Der Kanton Basel-Stadt ist im April 2015 der Vereinbarung beigetreten und der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft plant die Vorlage zum Beitritt dem Landrat unmittelbar im Anschluss an die Unterzeichnung des Staatsvertrages zu unterbreiten.

Bei der gesamten Diskussion um die Abgeltung von ärztlichen Weiterbildungsstellen muss berücksichtigt werden, dass zurzeit das Projekt EKOH (Erhebung der Kosten für Lehre und Forschung in der Humanmedizin) läuft, welches die Schweizerische Hochschulkonferenz in Auftrag gegeben hat. Sobald erste Resultate dieses Projektes vorliegen, müssen diese analysiert werden (vergleiche gemeinsamen Bericht zum Staatsvertrag, Kapitel 6.7).

3.2.7 Frage 7: Welche Vorteile und Synergien erwarten Sie längerfristig durch die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL?

Rückmeldung aus der Vernehmlassung

- Grossmehrheitliche Zustimmung.

- Die Vernehmlassungsteilnehmenden erhoffen sich durch die gemeinsame Gesundheitsversorgung mittelfristig eine Effizienzsteigerung und Kostensenkung bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität sowie eine bessere Koordination des medizinischen Angebots im Gesundheitsraum.
- Einzelne Vernehmlassungsteilnehmende versprechen sich, dass durch eine transparente, trägerunabhängige und wettbewerbsneutrale sowie bedarfsgerechte gemeinsame Gesundheitsplanung eine Planungssicherheit geschaffen werde, welche für eine gedeihliche Unternehmensentwicklung unerlässlich sei.
- Es wird erwartet, dass Doppelspurigkeiten und die Bettendichte abgebaut werden können und vermehrt eine Nachfragesteuerung der Kantone erfolgt. Darüber hinaus solle die regionale Wertschöpfungskette im Bereich klinische Forschung signifikant verstärkt werden.

Stellungnahme der Regierungen BS und BL

Die Regierungen nehmen erfreut zur Kenntnis, dass die Vernehmlassungsteilnehmenden sich von der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung, die Verwirklichung derselben Ziele versprechen, welche auch die Regierungen mit der gemeinsamen Gesundheitsversorgung verfolgen, nämlich: Effizienzsteigerung und Kostensenkung sowie Steigerung der Qualität und Sicherung der Hochschulmedizin sowie insgesamt eine Stärkung und Konsolidierung der regionalen Gesundheitsversorgung. Was weitere Forderungen wie etwa den Abbau von Doppelspurigkeiten, die Senkung der Bettendichte oder die optimale Versorgung von vulnerablen Bevölkerungsgruppen in der Psychiatrie betrifft, gilt es die Entwicklung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung zu beobachten und zu analysieren, um mittelfristig weiterführende Massnahmen zu ergreifen.

3.3 Freie Beantwortung ohne Fragebogen

Rückmeldungen aus der Vernehmlassung

- Grossmehrheitliche Zustimmung zu Zielsetzungen des Staatsvertrags.
- Die geplante gemeinsame Gesundheitsversorgung trage essentiell zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung bei.
- Die vorgesehene gemeinsame Ausgestaltung der Planung, Regulierung und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung ermöglicht die gezielte Nutzung der Planungssynergien und schafft Voraussetzungen für eine Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten sowie der Prämien der OKP.
- Die geplante Zusammenarbeit der beiden Kantone wird als Chance gesehen, die sektorübergreifende Koordination der spitalinternen und ambulanten Gesundheitsversorgung zu optimieren und dem Ziel einer integrierten Versorgung näher zu kommen.

Einzelrückmeldungen:

- Überkapazitäten, unnötige Konkurrenz und Regulation müssen abgebaut werden.
- Hohe Transparenz bei GWL nötig.
- Die gemeinsame Planung der Gesundheitsversorgung soll unbedingt dazu beitragen, die kostentreibende Fragmentierung von Gesundheitsleistungen zu überwinden und sektorübergreifende Versorgungsketten mit effizientem Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung anzuvisieren.
- Eine gemeinsame Gesundheitsversorgung kann auch für die umliegenden Kantone Vorteile bieten. Eine Koordination der Planung mit den (Nachbar-) Kantonen, wie im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen (Art. 39 Abs. 2 KVG), trägt zur Abstimmung der Angebote und zur Vermeidung von Überkapazitäten bei.
- Private Anbieter sind gleichberechtigt zu berücksichtigen.

- Auch in Zukunft sollen Wirtschaftlichkeit und Qualität darüber entscheiden, ob ein Spital auf die Spitalliste kommt oder nicht.

Stellungnahmen der Regierung BS und BL

Die Regierungen BS und BL nehmen zustimmend zur Kenntnis, dass die Vernehmlassungsteilnehmenden die von den Regierungen anvisierten Zielsetzungen (optimierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den beiden Kantonen, deutliche Dämpfung des Kostenwachstums im Spitalbereich sowie langfristige Sicherung der Hochschulmedizin in der Region) begrüßen und durch die geplante gemeinsame Gesundheitsversorgung auch als realisierbar erachten.

Den weiteren Einwänden und Bedenken der Vernehmlassungsteilnehmenden, wie etwa zu umfassenden Planungs-, Eingriffs- und Regulierungsmöglichkeiten der Kantone, Schnittstellenproblematik (im Besonderen ambulant zu stationär), Aussagen über die Versorgung chronisch kranker Menschen können die Regierungen entgegenhalten, dass die Entwicklung der geplanten gemeinsamen Gesundheitsversorgung laufend beobachtet und analysiert werden wird.

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

4. Teilrevision Gesundheitsgesetz

Um bei der Bedarfsplanung der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung zu tragen sowie mit Blick auf die jährlich steigenden Prämien in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist eine Änderung des Gesundheitsgesetzes notwendig. Neu soll ein § 7 Abs. 1^{bis} eingefügt werden.

§ 7.

^{1bis} Der Regierungsrat sorgt zusammen mit den umliegenden Kantonen für ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Angebot an ambulanten und stationären Leistungen.

4.1 Berücksichtigung des interkantonalen Bedarfs im ambulanten und stationären Bereich

Die Patientinnen und Patienten bewegen sich heutzutage im ambulanten wie auch im stationären Behandlungsbereich über die Kantonsgrenzen hinweg. Eine Koordination der Planung, wie sie in Bezug auf den stationären Bereich vom Bundesrecht vorgegeben wird, ist künftig auch im ambulanten Bereich angezeigt.

Aktuell sind Bestrebungen auf Bundesebene im Gange, welche die kantonalen Steuerungskompetenzen auch im ambulanten Bereich stärken sollen. Dies soll unter anderem durch eine Neustrukturierung der Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung geschehen. Gemäss dem neuen Art. 55a revKVG, welcher vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) am 5. Juli 2017 in die Vernehmlassung gegeben wurde, sollen die Kantone legitimiert werden, die Höchstzahlen der zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassenen (ambulant tätigen) Ärztinnen und Ärzte nach medizinischen Fachgebieten selbst zu bestimmen.

Wenn ein Kanton Höchstzahlen einführen will, müsse dieser sämtliche ambulanten Bereiche der Leistungserbringung berücksichtigen, einschliesslich der Selbstständigen, der Ärztinnen und Ärzte, die in Einrichtungen der ambulanten Krankenpflege tätig sind, sowie derjenigen, die in einem Spital beschäftigt sind.

Damit der Kanton der Mobilität der Patientinnen und Patienten Rechnung tragen kann, hat sich der Regierungsrat, der für die Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebotes verantwortlich ist, mit den umliegenden Kantonen zu koordinieren. Entsprechende Bestrebungen sind aktuell im Rahmen des partnerschaftlichen Geschäfts „Koordination und Umsetzung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft“ im Gange. Der in diesem Rahmen abgeschlossene Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung steht explizit auch weiteren Kantonen offen.

4.2 Wirtschaftlichkeit

Die Gesundheitskosten und auch die Prämienbelastung in der OKP steigen für die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Basel-Stadt jährlich an. Der Regierungsrat soll neu explizit verpflichtet werden, für ein wirtschaftliches Angebot an ambulanten und stationären Leistungen zu sorgen. Dies bezieht sich einerseits auf die einzelne Behandlung wie auch die Form der Behandlung sowie die Koordination der einzelnen Behandlungsschritte.

Dadurch soll erreicht werden, dass bei vergleichbarem medizinischen Nutzen die kostengünstigste Alternative der Erbringung von Untersuchungen und Behandlungen gewählt wird, womit das Kostenwachstum im Gesundheitswesen, insbesondere im Rahmen der OKP, gedämpft werden soll.

Dies soll auf verschiedenen Stufen wahrgenommen werden. Dies schliesst bereits eine entsprechende Planung der Versorgung wie auch die folgende Umsetzung und Regulation ein.

4.3 Kommentierung des neuen § 7 Abs. 1^{bis} GesG

Art. 39 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) hält fest, dass die Kantone ihre Planung im Bereich der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime koordinieren. Durch den neuen § 7 Abs. 1^{bis} GesG wird der Regierungsrat zusätzlich dazu verpflichtet, seine Planung – im Rahmen der jeweils durch das Bundesrecht zugestandenen kantonalen Kompetenzen – auch im ambulanten Bereich mit den umliegenden Kantonen zu koordinieren, damit ein bedarfsgerechtes Angebot kantonsübergreifend in beiden Bereichen angeboten wird.

Damit dies möglich ist, hat der Regierungsrat mit den umliegenden Kantonen eine Zusammenarbeit bei der Erhebung der (interkantonalen) Bedarfsanalysen anzustreben und basierend auf deren Ergebnisse die stationäre und ambulante Leistungserbringung zu planen.

Als Beispiel kann dabei das Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme", welches die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn im September 2015 verwirklicht haben, dienen. Im Rahmen dieses Projektes wurden die Analysen zu den Patientenströmen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt.

Ziel soll es sein, den Bedarf nicht nur als kantonales Element zu beurteilen, sondern im Sinne eines Gesundheitsraums Nordwestschweiz zu denken, da sich 95,4%¹ aller Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras

¹ Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme" 2015

(Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (Fricktal) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen.

Als weiteres Element wird festgehalten, dass das ambulante und stationäre Leistungsangebot nicht nur dem Bedarf der Bevölkerung entsprechen soll, sondern dabei auch auf die Wirtschaftlichkeit zu achten ist. Dies besagt, dass bei vergleichbarem medizinischen Nutzen die kostengünstigste Alternative der Erbringung von Untersuchungen und Behandlungen zu wählen ist. Diese Regelung entspricht dem in Art. 32 KVG statuierten Wirtschaftlichkeitsgebot.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bezieht sich nicht nur auf Art und Umfang der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sondern auch auf die Behandlungsform, insbesondere die Frage, ob eine bestimmte Massnahme ambulant oder stationär durchzuführen ist.

Die Förderung der Wirtschaftlichkeit hat dabei basierend auf einer umfassenden Bedarfsplanung, welche den ambulanten wie auch den stationären Bereich umfasst, zu erfolgen.

Unter diesen neuen § 7 Abs. 1^{bis} GesG können insbesondere die koordinierte Versorgung, die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich, die gemeinsame Spitalplanung, die interkantonale Koordination von Qualitätsmassnahmen oder auch die Koordination eines allfälligen Globalbudgets über die Kantonsgrenzen hinaus, subsumiert werden. Der Regierungsrat hat Näheres – insbesondere die Grundzüge der umfassenden Bedarfsplanung – zu konkretisieren.

5. Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitallisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 12. November 2014 den nachstehenden Anzug Nora Bertschi und Konsorten dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

„Durch die neue Spitalfinanzierung und die Verselbständigung der Spitäler als öffentlich-rechtliche Institutionen sind neue Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung geschaffen worden, insbesondere durch die Freiheit der Spitalwahl. Die Kantone haben nach wie vor die Aufgabe, das medizinische Angebot für die Bevölkerung sicherzustellen und die Versorgung mittels Spitalliste zu steuern. Auch in anderen Kantonen können Leistungen zum Tarif der Spitalliste des eigenen Kantons in Anspruch genommen werden.

Um eine qualitativ hochstehende Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig das Angebot so zu begrenzen, dass keine Überkapazitäten die Nachfrage und damit die Kosten steigern, sind die Kantone in der Gestaltung ihrer Angebotsplanung stark gefordert.

Um einem Versorgungsmangel mit einem qualitativ hochstehenden Angebot zu begegnen, können Institutionen in gemeinsamer Trägerschaft sinnvoll sein, wie das beim Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) der Fall ist. Dieser Weg ist geeignet, wo ein klarer Versorgungsmangel besteht.

Im Bereich der stationären Versorgung Erwachsener gibt es hingegen, regional gesehen, Überkapazitäten. Durch die zwischen den Kantonen BL und BS auf Januar 2014 beschlossene Freizügigkeit können Versicherte beider Kantone das Angebot auf der Spitalliste des jeweils anderen Kantons ohne Mehrkosten in Anspruch nehmen.

Verschiedene Institutionen bereiten sich nun auf ein "Wettrüsten" vor, welches das bereits vorhandene regionale Überangebot in einigen Bereichen noch zu vergrössern und damit die Gesundheitskosten des Kantons und mit der Zeit auch für die Versicherten zusätzlich anzutreiben droht.

Damit die interkantonale Freizügigkeit nicht die Kostenspirale antreibt, muss eine strikte, gemeinsame Angebotsplanung die Ausweitung von bestehenden Leistungen begrenzen. Die geplante Freizügigkeit wird unweigerlich zu erhöhten Spitalkosten führen, wenn nicht eine eng koordinierte Spitalliste beider Kantone das Angebot gleichzeitig begrenzt. Wenn jedes Spital auf der Liste von

BL ohne Mehrkosten aufgesucht werden kann, wird die Spitalliste BS ausser Kraft gesetzt und verliert ihre angebotssteuernde Wirkung komplett.

Der Regierungsrat wird daher aufgefordert, zu prüfen, wie für die nächste Leistungsperiode die Spitalliste mit dem Kanton BL eng koordiniert werden kann, so dass einer weiteren Explosion der Gesundheitskosten begegnet werden kann.

Nora Bertschi, Urs Müller-Walz, Eduard Rutschmann, Christian von Wartburg, Martina Bernasconi“

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 11. Januar 2017 vom Schreiben 14.5353.02 Kenntnis genommen – und dem Antrag des Regierungsrates folgend – den Anzug Nora Bertschi stehen lassen.

Wir berichten zu diesem Anzug erneut wie folgt:

5.1 Ausgangslage

Am 3. Juli 2017 wurde der Entwurf zum Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung in die Vernehmlassung gegeben. Die Vernehmlassung endete am 3. Oktober 2017. Aufgrund der Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurden Anpassungen und verschiedene Präzisierungen im Staatsvertrag vorgenommen. Der Staatsvertrag regelt die künftige Zusammenarbeit zwischen dem GD BS und der VGD BL und hält fest, in welchen Bereichen und mit welchen Instrumenten die gemeinsame Gesundheitsversorgung der beiden Kantone sichergestellt und gesteuert werden soll. Folgend werden diejenigen Punkte im Staatsvertrag zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung hervorgehoben, mit welchen die im Anzug Nora Bertschi und Konsorten aufgeworfenen Fragen beantwortet und die gestellten Forderungen erfüllt bzw. erreicht werden können.

5.2 Gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht

Wie im Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend „Harmonisierung der Spitallisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft“ im ersten Abschnitt richtig angemerkt wird, müssen die Kantone das medizinische Angebot für die Bevölkerung sicherstellen und die stationäre Versorgung mittels Spitalliste steuern. § 3 des Staatsvertrages hält zu diesen Punkten fest, dass im Mittelpunkt der Planung der Versorgungsbedarf der Bevölkerung der Vereinbarungskantone stehen soll und dass der Erlass von gleichlautenden Spitallisten angestrebt wird. Die Koordination der GWL und weitere thematische Schwerpunkte der Gesundheitsversorgungsplanung sollen angestrebt werden. Mit der gemeinsamen Regulation und Aufsicht schaffen die beiden Kantone die Rahmenbedingungen, um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Wohnkantonsbevölkerungen sicherzustellen.

5.3 Ziele der gemeinsamen Gesundheitsversorgung

In § 4 werden detailliert die Ziele, welche die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht durch die Vereinbarungskantone anstrebt, aufgeführt. Mit den im Staatsvertrag verbindlich festgehaltenen Zielen können Befürchtungen, welche im Anzug Nora Bertschi und Konsorten geäussert werden, aufgefangen bzw. entkräftet werden. Unter anderem wird unter den Zielen festgehalten, dass eine Konzentration und Koordination von medizinischen Leistungen zur Sicherstellung der notwendigen Qualität angestrebt wird. Dabei kann festgehalten werden, dass sich der Kanton Basel-Landschaft am 1. April 2016 dem schon seit mehreren Jahren gut etablierten Qualitätsmonitoring des Kantons Basel-Stadt angeschlossen hat. Auch das im Anzug befürchtete „Wettrüsten“ unter den verschiedensten Institutionen im stationären Gesundheitsversorgungsbereich wurde schon im Vorfeld der Ausarbeitung des Staatsvertrages antizipiert. Im Staatsvertrag ist vorgesehen, dass mittels gemeinsam durchgeführten Bedarfsanalysen und mittels der gemeinsamen Anwendung von einheitlichen, verbindlichen und transparenten Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen, sichergestellt werden kann, dass

nicht jedes Spital sich animiert sieht, in medizinische Bereiche zu investieren, bei denen der regionale Versorgungsbedarf schon gedeckt ist. Mittels Aufbau eines gemeinsamen Planungs- und Wirkungsmodells soll eine abgestimmte und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für die beiden Kantone BS und BL gewährleistet bzw. angestrebt werden.

5.4 Fazit

Die im Anzug Nora Bertschi und Konsorten betreffend „Harmonisierung der Spitallisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft“ geäusserten Bedenken und Forderungen können mittels des Staatsvertrages über die gemeinsame Gesundheitsversorgung entkräftet bzw. erfüllt werden. Obwohl nicht sämtliche Detailausprägungen des Staatsvertrages an dieser Stelle nochmals aufgeführt werden, wird ersichtlich, dass dem Hauptanliegen des Anzugs - die Prüfung durch den Regierungsrat, wie für die nächste Leistungsperiode die Spitalliste des Kantons BS mit jener des Kantons BL eng koordiniert werden könnte, um so den Steigerungen der Gesundheitskosten zu begegnen - entsprochen wird. Mit dem Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung legt der Regierungsrat eine verbindliche Lösung zur Harmonisierung der Spitallisten des Kantons Basel-Stadt und Basel-Landschaft vor.

6. Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen auf den Kanton Basel-Stadt sind dem gemeinsamen Bericht der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Koordination und Umsetzung einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zu entnehmen.

6.1 Finanzierung Projektstelle

Eine auf drei Jahre befristete Projektleitungsstelle für die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft wird hälftig von der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion (VGD) und dem Gesundheitsdepartement (GD) des Kantons Basel-Stadt finanziert.

Finanzierung einer auf drei Jahre befristeten Projektleitungsstelle

	Betrag in CHF
Gesundheitsdepartement BS	305'000
Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion BL	305'000
Total	610'000

Die Projektleitungsstelle und die damit verbundenen Arbeiten und Ausgaben stellen eine Fortführung der Arbeiten am Gesundheitsraum Nordwestschweiz gemäss Legislaturplanziel Nr. 9 dar. Es handelt sich um eine gebundene Ausgabe, die unabhängig vom vorliegenden Projekt getätigt wird. Gemäss Art. 49 KVG ist der Kanton verpflichtet, eine Spital- und Versorgungsplanung durchzuführen und es ist sinnvoll, dass die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt diese Planung gemeinsam durchführen. Die notwendigen Mittel sind im Budget des GD eingestellt.

7. Formelle Prüfungen und Regulierungsfolgenabschätzung

Das Finanzdepartement hat den vorliegenden Ratschlag gemäss § 8 des Gesetzes über den kantonalen Finanzhaushalt (Finanzhaushaltgesetz) vom 14. März 2012 überprüft. Ebenso hat das Justiz- und Sicherheitsdepartement die Vorlage im Hinblick auf die Aufnahme in die Gesetzesammlung geprüft.

Mit der Regulierungsfolgeabschätzung sind die wirtschaftlichen Auswirkungen insbesondere mit Bezug auf die KMU-Betriebe aufzuzeigen. Beim Aufbau, der Koordination und der Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft ist, wie mit dem beigelegten Vernehmlassungsbericht aufgezeigt, keine erhebliche KMU-Relevanz erkennbar. Die neu zu schaffende Projektleitungsstelle gemeinsame Gesundheitsversorgung sowie die anstehende Teilrevision des Gesundheitsgesetzes haben.

8. Antrag

Gestützt auf unsere Ausführungen beantragen wir dem Grossen Rat die Annahme des nachstehenden Beschlusstwurfes sowie die Abschreibung des Anzugs Nora Bertschi und Konsorten betreffend Harmonisierung der Spitalisten in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Beilagen

- Entwurf Grossratsbeschluss;
- ANHANG I: Liste der Institutionen, die sich zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung haben vernehmen lassen,
- Gemeinsamer Bericht der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft zum Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung;
- Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung.

Grossratsbeschluss

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

(vom [Datum eingeben])

Der Grosse Rat des Kantons Basel Stadt, nach Einsichtnahme in den Ratschlag des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] und nach dem mündlichen Antrag der [Kommission eingeben] vom [Datum eingeben], beschliesst:

1. Der Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung vom 6. Februar 2018 wird genehmigt.
2. Dieser Beschluss gilt unter dem Vorbehalt, dass der Staatsvertrag zwischen dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung im Kanton Basel-Landschaft rechtskräftig zu Stande kommt.

Dieser Beschluss ist zu publizieren. Ziffer 1 dieses Beschlusses wird dem obligatorischen Referendum gemäss § 51 Abs. 2 der Kantonsverfassung des Kantons Basel-Stadt unterstellt.

Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt (GesG)

Änderung vom [Datum]

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt,

nach Einsichtnahme in den Ratschlag des Regierungsrates Nr. [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben] sowie in den Bericht der [Kommission eingeben] [Nummer eingeben] vom [Datum eingeben],

beschliesst:

I.

Gesundheitsgesetz (GesG) vom 21. September 2011¹⁾ (Stand 10. Mai 2015) wird wie folgt geändert:

§ 7 Abs. 1^{bis} (neu)

^{bis} Der Regierungsrat sorgt zusammen mit den umliegenden Kantonen für ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Angebot an ambulanten und stationären Leistungen.

II. Änderung anderer Erlasse

Keine Änderung anderer Erlasse.

III. Aufhebung anderer Erlasse

Keine Aufhebung anderer Erlasse.

IV. Schlussbestimmung

Diese Änderung ist zu publizieren; sie unterliegt dem Referendum und der Regierungsrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

[Behörde]

[Funktion 1]
[NAME 1]

[Funktion 2]
[NAME 2]



¹⁾ SG 300.100

ANHANG I: Liste der Institutionen, die sich zur gemeinsamen Gesundheitsversorgung haben vernehmen lassen

Kantone und öffentliche Stellen:

- Departement des Innern des Kantons Solothurn
- Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau
- Service de la santé publique – République et Canton du Jura
- Finanzdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Finanzkontrolle des Kantons Basel-Stadt
- Datenschutzbeauftragter des Kantons Basel-Stadt
- Aufsichtsstelle Datenschutz Basel-Landschaft
- Gemeinde Riehen
- Gemeinden des Kantons Basel-Landschaft (Arboldswil, Bennwil, Ettingen, Hölstein, Känerkinden, Läuelfingen, Lausen, Muttenz, Nenzlingen, Ormalingen, Waldenburg)
- Laufentaler Gemeindepräsidentenkonferenz
- Region Leimental Plus

Parteien:

- Sozialdemokratische Partei Basel-Stadt (SP BS)
- Sozialdemokratische Partei Basel-Landschaft (SP BL)
- Christlichdemokratische Volkspartei Basel-Stadt (CVP BS)
- Christlichdemokratische Volkspartei Baselland (CVP BL)
- FDP.Die Liberalen Basel-Stadt (FDP BS)
- FDP.Die Liberalen Baselland (FDP BL)
- Gemeinsame Stellungnahme der Grünliberalen Parteien Basel-Stadt und Basel-Landschaft (GLP BS und BL)
- Schweizerische Volkspartei Basel-Stadt (SVP BS)
- Schweizerische Volkspartei Baselland (SVP BL)
- Evangelische Volkspartei Basel-Stadt (EVP BS)
- Evangelische Volkspartei Basel-Landschaft (EVP BL)
- Bürgerlich-Demokratische Partei Basel-Stadt (BDP BS)
- Grüne Basel-Stadt
- Grüne Baselland
- Liberal-Demokratische Partei Basel-Stadt (LDP BS)
- BastA! Basels starke Alternative

Verbände, Interessensorganisationen und Weitere:

- Vereinigung für eine starke Region Basel / Nordwestschweiz
- Gemeinsame Stellungnahme der Basler Privatspitäler-Vereinigung und des Basellandschaftlichen Verbands der Privatkliniken
- VNS Vereinigung Nordwestschweizerischer Spitäler
- Santésuisse
- Curafutura
- Sympany
- Verein Gesundheit für alle
- Graue Panther Nordwestschweiz
- Gewerkschaftsbund Baselland (GBBL) / Basler Gewerkschaftsbund (BGB)
- VPOD Region Basel
- SBK Sektion beider Basel
- Patientenstelle Basel

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

- Ärztesgesellschaft Basel-Landschaft (AeG BL) und Medizinische Gesellschaft Basel (Medges)
- FMH
- Universitätsspital Basel
- Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
- Personalvertretung KSBL
- Personalkommission USB
- Handelskammer beider Basel (HKBB)
- Interpharma



Kanton Basel-Stadt / Regierungsrat
Kanton Basel-Landschaft / Regierungsrat
Staatskanzlei, Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel
Landeskanzlei, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Basel / Liestal, 6. Februar 2018

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung:

Gemeinsamer Bericht zuhanden des Grossen Rates Basel-Stadt und des Landrates Basel-Landschaft

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung	5
2.	Vorbemerkung	6
3.	Ausgangslage	7
3.1	Aktuelle Situation der Spitalversorgung in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft	7
3.1.1	Bevölkerung und Demographie in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft	7
3.1.2	Patientenströme	8
3.1.3	Spitalangebot	9
3.1.4	Krankenkassenprämien	10
3.2	Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ (GGR)	11
3.3	Verhältnis des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung zum Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG	13
4.	Teilprojekt gemeinsame Gesundheitsversorgung	14
4.1	Projektstruktur	14
4.2	Aufträge der Regierungen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zur Ausarbeitung eines Staatsvertrags für die gemeinsame Gesundheitsversorgung	14
4.3	Gegenstand und Ziele des Staatsvertrages	15
4.3.1	Gemeinsame Gesundheitsversorgung	15
4.3.2	Gemeinsame Regulierung und Aufsicht	16
4.3.3	Zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung Regulation und Aufsicht	16
4.3.3.1	Ambulante Grundversorgung / Hausarztmedizin	16
4.3.3.2	Förderung der integrierten Versorgung	16
4.3.3.3	Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe	17
4.3.3.4	Auf- und Ausbau von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung	17
5.	Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung	17
5.1	Funktion der Versorgungsplanung gemäss KVG	17
5.2	Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft	18
5.2.1	Primärversorgung / Grundversorgung	19
5.2.2	Sekundärversorgung	19
5.2.3	Tertiärversorgung	20
5.2.4	Gesundheitsraum Jura-Nordbogen	20
5.2.5	Ausgewählte statistische Angaben zum Versorgungsraum BL / BS	21
5.2.6	Versorgungslage gemäss Patientenstromanalyse	25
5.2.7	Fallzahlen und Marktanteile	26
5.2.8	Qualität und Mindestfallzahlen	27
6.	Koordination und Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung	28
6.1	Gegenstand der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht	28
6.2	Partnerschaftliche Ausgestaltung	28
6.3	Versorgungsplanungsbericht	29
6.4	Gleichlautende Spitallisten	29
6.5	Verfahren	31
6.5.1	Verfahren bei Uneinigkeit	31
6.6	Fachkommission	32

6.7	Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)	33
6.7.1	Definition GWL	33
6.7.2	Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG	33
6.7.3	Leistungen mit ungedeckten Kosten	34
6.7.4	Harmonisierung der Kriterien	34
6.7.4.1	Fall- und systembezogene GWL	34
6.7.4.2	GWL für ärztliche Weiterbildung	34
6.7.4.3	Standortbezogene GWL.....	35
7.	Vereinbarkeit mit anderen Erlassen	42
7.1	Auf Bundesebene	42
7.1.1	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)	42
7.1.2	Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)	42
7.2	Auf Kantonebene	43
7.2.1	Vereinbarkeit mit den Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft	43
7.2.1.1	Kantonsverfassung BS (KV BS)	43
7.2.1.2	Kantonsverfassung BL (KV BL).....	44
7.2.2	Vereinbarkeit mit Erlassen BS	44
7.2.2.1	Gesundheitsgesetz (GesG).....	44
7.2.2.2	Gesetz über die Krankenversicherung (GKV).....	44
7.2.2.3	Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)	44
7.2.3	Vereinbarkeit mit Erlassen BL	45
7.2.3.1	Gesundheitsgesetz	45
7.2.3.2	Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)	45
7.2.3.3	Spitalgesetz	45
8.	Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages	46
	Allgemeine Bestimmungen	46
	Parteien und Regelungsgegenstand	46
	§ 1 Vertragsparteien	46
	§ 2 Zweck	46
	§ 3 Gegenstand der gemeinsamen, Planung, Regulation und Aufsicht.....	46
	Koordination und Durchführung	47
	§ 4 Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht	47
	§ 5 Datenerhebung und Datenaustausch.....	48
	§ 6 Durchführung	49
	Organisation und Verfahren der interkantonalen Planung	49
	Berichterstattung	49
	§ 7 Versorgungsplanungsbericht	49
	Fachkommission	50
	§ 8 Aufgaben	50
	§ 9 Wahl und Zusammensetzung	50
	§ 10 Einberufung und Geschäftsreglement.....	50
	§ 11 Informationserhebung und -austausch.....	50
	Allgemeine Verfahrensbestimmungen	51
	§ 12 Verfahren für planerische Massnahmen.....	51
	§ 13 Verfahren bei Uneinigkeit.....	51
	Verfahren zum Erlass der Spitallisten	51
	§ 14 Vorgaben für gleichlautende Spitallisten	51

§ 15 Evaluation und Erlass der Spitallisten	52
§ 16 Periodizität der Spitallisten.....	53
Weitere Bestimmungen	53
§ 17 Finanzierung.....	53
§ 18 Zugang zu Informationen	53
§ 19 Anpassungen der Vereinbarung.....	53
§ 20 Streitigkeiten und Schiedsgericht.....	53
Übergangs- und Schlussbestimmungen	54
§ 21 Geltung der bisherigen Spitallisten.....	54
§ 22 Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten.....	54
§ 23 Beitritt	54
§ 24 Vertragsdauer und Kündigung	55
§ 25 Inkrafttreten	55
9. Auswirkungen des gemeinsamen Versorgungsraums	55
9.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in der Region	55
9.2 Finanzielle Auswirkungen	55
9.2.1 Auf die Vereinbarungskantone	56
9.2.2 Auf die Leistungserbringer	56
10. Regulierungsfolgeabschätzung.....	56
11. Fazit	56

1. Zusammenfassung

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

Dabei verfolgen die beiden Regierungen folgende übergeordneten Ziele:

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

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

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

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

Die gemeinsame Gesundheitsversorgung bietet sowohl aus planerischer, medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive grosse Vorteile und ist daher die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen. Dabei sollen alle angebots- und nachfrageseitigen Fragen beleuchtet werden, beispielsweise zu den Leistungen der Spitäler und der Qualität der Leistungserbringung oder zu den Patientenströmen und den kantonalen Spitalisten. Die gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

Die neu zu errichtende gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst im Wesentlichen:

- Gemeinsame Planung (Analyse, Versorgungsplanung) des Gesundheitsversorgungs- und Regulationsraums (heute vorwiegend im stationären Bereich; zukünftig je nach Entwicklung auch verstärkt im ambulanten Bereich);
- Gemeinsame Projekte (z.B. Qualitätsmonitoring, Versorgungsmonitoring, Projekt E-Health);
- Koordination und Konzentration von medizinischen Leistungen im Versorgungsraum zur Sicherstellung der notwendigen Qualität;

- Etablierung einheitlicher Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen unter Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Leistungserbringern, gegenseitige Konsultation bei Tariffestsetzungen;
- Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen;
- Informationsaustausch unter den Kantonen.

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

2. Vorbemerkung

Im Rahmen der Auswertung der Vernehmlassung wurden im vorliegenden Bericht folgende Kapitel angepasst.

Kapitel 6.6 über die Fachkommission: In der Fachkommission nehmen sieben Personen mit Kenntnissen des schweizerischen Gesundheitswesens Einsitz. Um die Unabhängigkeit der Mitglieder der Fachkommission zu unterstreichen, wurde im Rahmen der Vernehmlassung § 9 Abs. 2 des Staatsvertrages dahingehend geändert, dass diese über Kenntnisse des schweizerischen und nicht wie bis anhin des regionalen Gesundheitswesens verfügen müssen. Dies ermöglicht, Fachpersonen aus anderen Kantonen der Schweiz einzusetzen, welche nicht schwerpunktmässig in der Region vernetzt sind. Demgemäss besteht dann weniger die Gefahr eines Rollenkonflikts. Durch die Unabhängigkeit der Mitglieder wird die Glaubwürdigkeit der Kommission erhöht. Der Fokus soll bei der Zusammensetzung auf die Fachkompetenz der einzelnen Mitglieder gerichtet werden. Geplant ist, sieben Mitglieder aus den Bereichen Medizin, Recht, Gesundheitsökonomie, Versicherung, Spital, „International“ und Patientenvertretung zu rekrutieren.

Kapitel 6.7 über die Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL): Die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft möchten die Ausrichtung ihrer GWL harmonisieren. Patientenabhängige GWL sind durch die Herkunftskantone proportional nach Inanspruchnahme, standortgebundene GWL durch den bestellenden Kanton zu finanzieren. Die ärztliche Weiterbildung wird nach einer einheitlichen Methode finanziert. Die Ausrichtung soll nicht-diskriminierend zwischen öffentlichen und privaten Spitälern ausgestaltet werden.

Kapitel 8 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen: Im Zuge der Vernehmlassung wurde ein neuer § 4 Abs. 3 in den Staatsvertrag aufgenommen. Dadurch soll unterstrichen werden, dass bei der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht die eingesetzten Mittel optimal genutzt, sprich eine deutliche Kostendämpfung im ambulanten wie auch im stationären Gesundheitsversorgungsbereich angestrebt werden muss. Daneben soll aber die Relation zwischen eingesetztem Input (Ressourcen) und Output (Ergebnisqualität) stets im Auge behalten werden. Ferner wurden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäss den Inputs des Datenschutzbeauftragten BS und dem Datenschutz BL angepasst. Dies betrifft die allgemeinen Bestimmungen zum Datenschutz als auch die Datenbearbeitung und der Informationszugang in Bezug auf die Fachkommission.

3. Ausgangslage

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

3.1.1 Bevölkerung und Demographie in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

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

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

Bevölkerung 80+ und Anteil an Gesamtbevölkerung

	BS		BL		Schweiz	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Bevölkerung	196'471	197'204	282'651	284'960	8'237'666	8'327'126
Bevölkerung 80+	13'541	13'545	16'232	16'664	408'701	416'867
Anteil Bevölkerung 80+ an Gesamtbevölkerung	6.89%	6.87%	5.70%	5.85%	4.96%	5.01%

Quelle: statistische Ämter BS+BL sowie Bundesamt für Statistik

Prognose zur Bevölkerungsentwicklung 80+

		2013	2020	2025	2030	2035	2040
BL	Alter 80+	15'599	19'398	22'309	24'846	25'858	27'926
	Veränderung zu 2013		+24.4%	+43%	+59.3%	+65.8%	+79.0%
BS	Alter 80+	13'528	14'260	15'370	16'550	17'880	19'960
	Veränderung zu 2013		5.4%	13.6%	22.3%	32.2%	47.5%

Quellen: Statistische Ämter BL und BS

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

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

Quelle: BFS 2017

3.1.2 *Patientenströme*

Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme"¹ haben die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patientenströmen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt. Untersucht wurden die Jahre 2011 bis 2013 um Veränderungen der Patientenströme im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 und der damit einhergehenden freien Spitalwahl abbilden zu können. Die Patientenstromanalyse hat unter anderem gezeigt, dass sich 95.4% aller Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras (Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (Bezirke Rheinfelden und Laufenburg) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Nur gerade 2.9% der Patientinnen und Patienten aus BS und 8.3% aus BL nutzen stationäre Angebote ausserhalb von BS und BL. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer gemeinsam abgestimmten Angebotsplanung zwischen den beiden Kantonen.

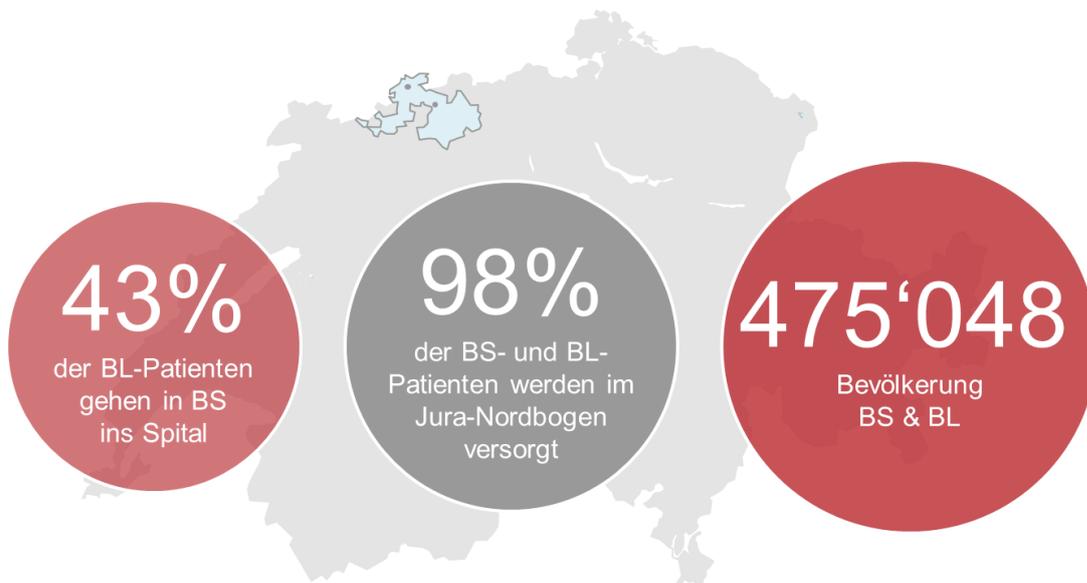
Aus der Patientenstromanalyse ergaben sich folgende wichtige Erkenntnisse:

- 97.9% der in BS und 97.6% der in BL wohnhaften Bevölkerung werden innerhalb des durch den Jura-Nordbogen begrenzten Gesundheitsraums versorgt;
- Zwischen 75% und 100% der in den Solothurnischen Gebieten des Jura-Nordbogens wohnhaften Bevölkerung beziehen ihre Gesundheitsleistungen ausserhalb des Kantons Solothurn. Der Schluss liegt nahe, dass diese mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden;
- Zwischen 50% und 75% der in den Aargauer Gebieten des Jura-Nordbogens wohnhaften Bevölkerung beziehen ihre Gesundheitsleistungen ausserhalb des Kantons Aargau. Der Schluss liegt nahe, dass diese mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden.

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

¹<http://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalplanung.html>

BS & BL: Hohe Patientenmobilität

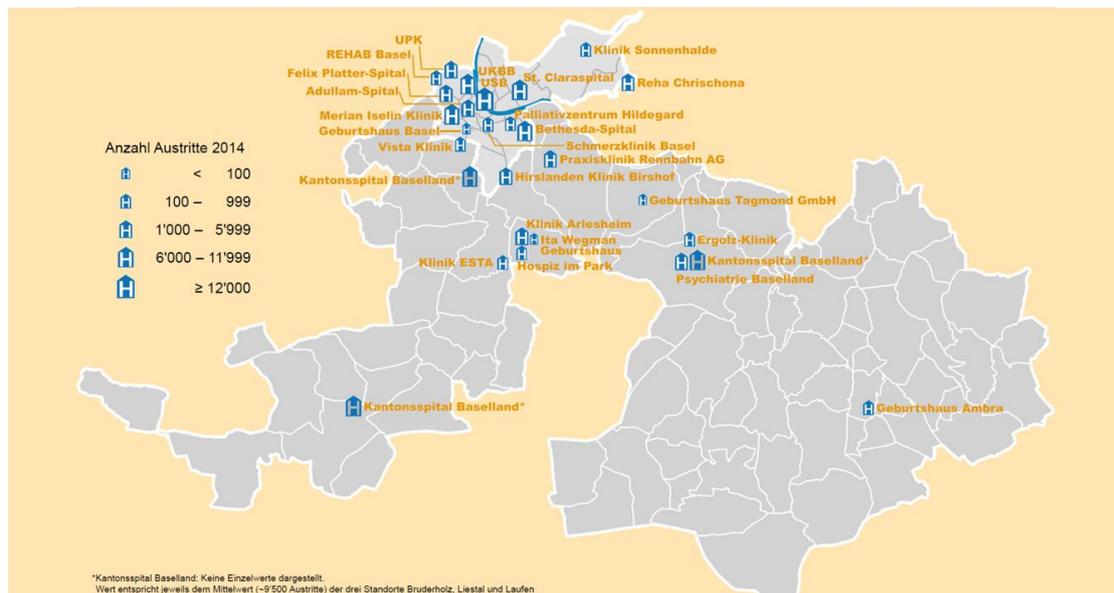


Zahlen 2014, Bevölkerung 2015

3.1.3 Spitalangebot

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

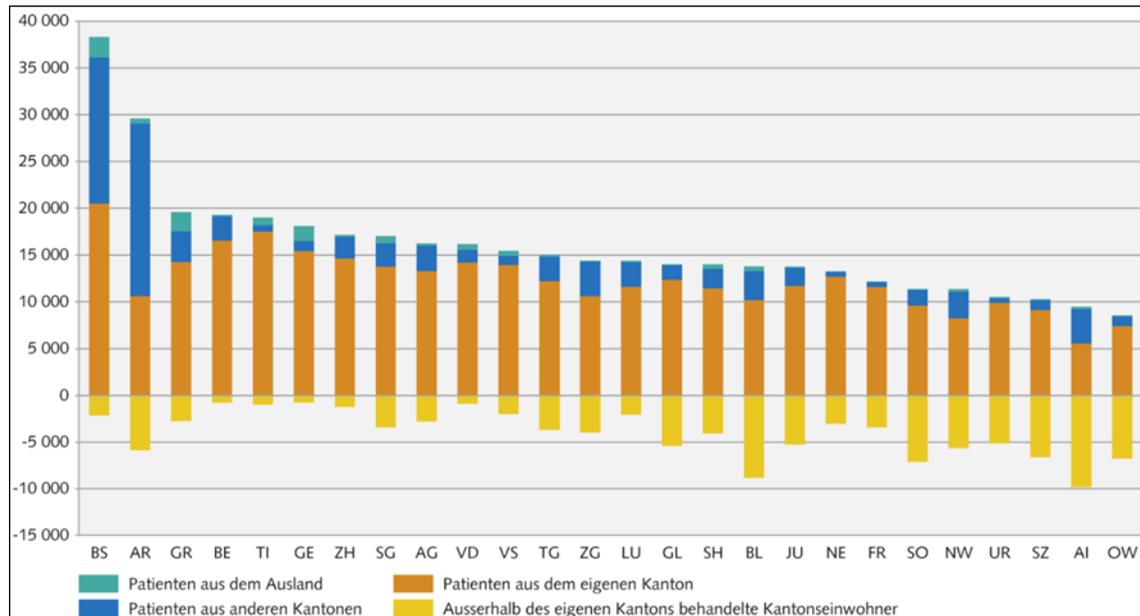
27 Spitäler in den Kantonen BS und BL



Quelle: Statistisches Amt des Kantons Basel-Stadt

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

Hospitalisierungsraten pro 100'000 Einwohner 2015



Quelle: BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2017

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

3.1.4 Krankenkassenprämien

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

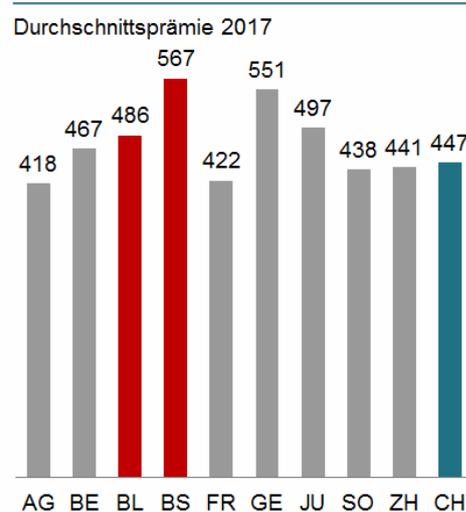
Höchste Bettendichte, hohe Krankenkassenprämien

Anzahl Betten und Bettendichte im 2015
(Akutsomatik)

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

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

Durchschnittliche Krankenkassenprämien
in den beiden Basel und weiteren Kantonen



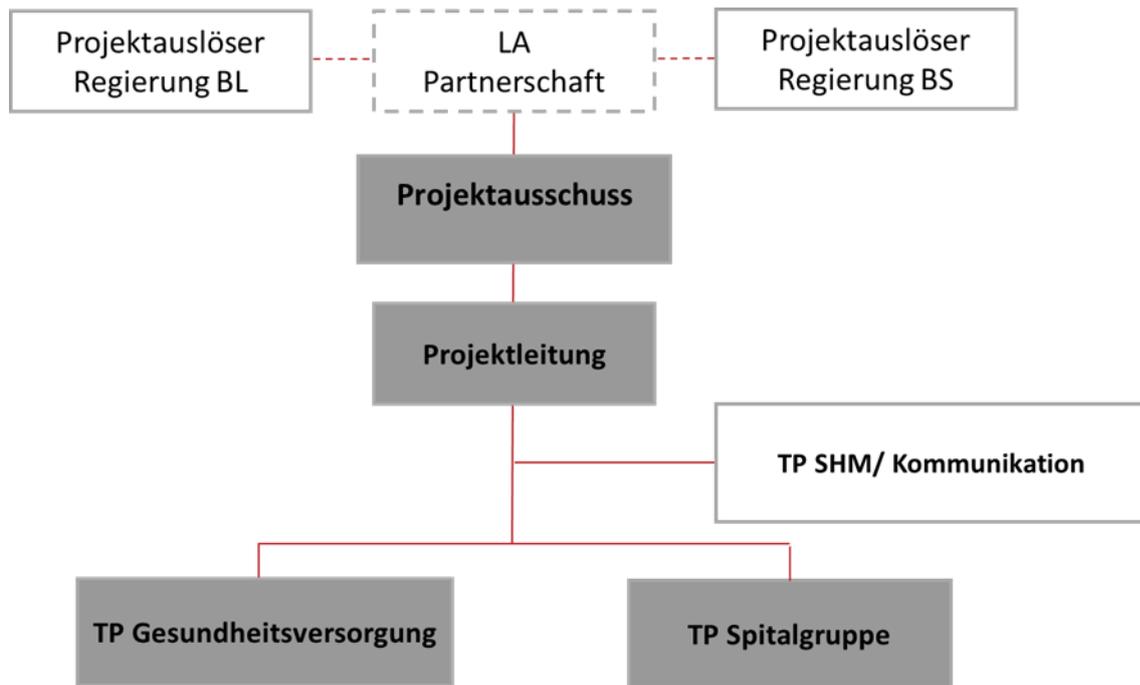
Standardprämie: Franchise 300 CHF, mit Unfall,
Erwachsene ab 26 Jahren

3.2 Projekt „Gemeinsame Gesundheitsregion“ (GGR)

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

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

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



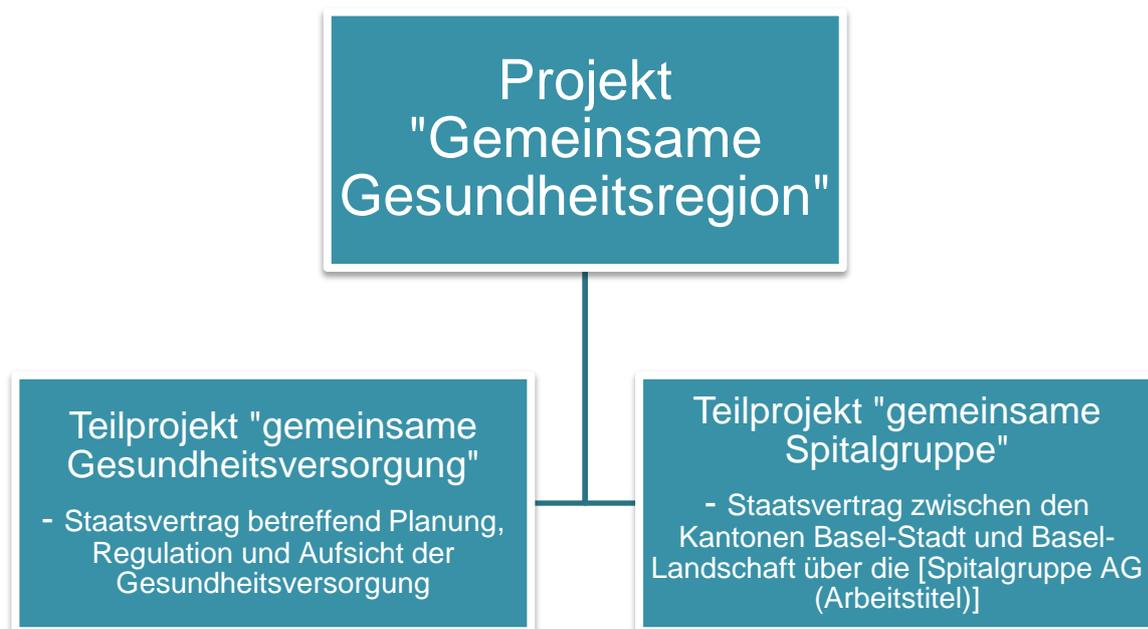
Die Konzeptarbeiten mündeten in drei Berichte und wurden im September 2016 der Öffentlichkeit präsentiert:

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

Die vollständigen Berichte sind unter www.chance-gesundheit.ch zu finden.

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

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



3.3 Verhältnis des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung zum Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG

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

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

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

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

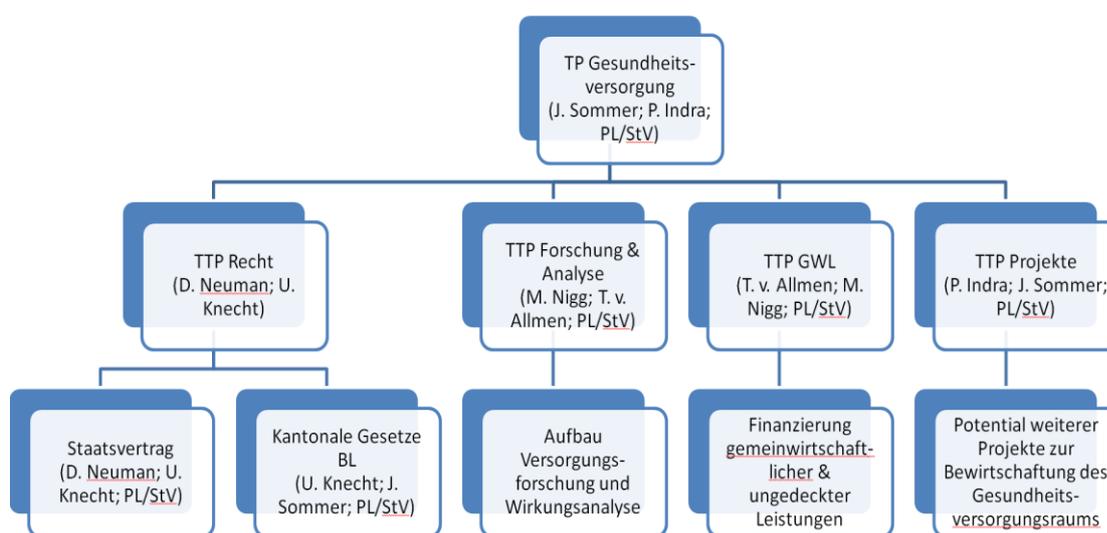
Die gemeinsame Versorgungsplanung ist eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen der neuen Universitätsspital Nordwest AG. Sollte der „Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und

Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ nicht in Kraft treten, würde dies auch die gemeinsame Universitätsspital Nordwest AG tangieren. Unterschiedliche oder gar widersprüchliche regulatorische Konzepte in den Standortkantonen der integrierten Spital-Unternehmung würden deren Erfolg gefährden. Entsprechend müssen sich die beiden Regierungen in ihrer Rolle als Eigentümerversorger gegenüber den Spitalern vorbehalten, bei Ablehnung des „Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung“ auch den „Staatsvertrag über die Universitätsspital Nordwest AG“ in der vorgesehenen Fassung nicht abzuschliessen.

4. Teilprojekt gemeinsame Gesundheitsversorgung

4.1 Projektstruktur

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



Es besteht aus den 4 Teilprojekten:

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

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

Die beiden Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft haben anlässlich ihrer gemeinsamen Sitzung vom 13. September 2016 das Gesundheitsdepartement des Kantons BS (GD) und die Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion des Kantons BL (VGD) beauftragt, bis Mitte 2017 eine interkantonale Vereinbarung zu einer gemeinsamen Spitalplanung im Entwurf mitsamt den notwendigen Anpassungen der jeweiligen kantonalen Erlasse auszuarbeiten. Der Staatsvertrag über die gemeinsame Gesundheitsversorgung wurde vom GD und von der VGD ausgearbeitet und den betroffenen Institutionen zur Vernehmlassung unterbreitet. Die Rückmeldungen der Vernehmlassung, welche vom 3. Juli bis zum 3. Oktober 2017 dauerte, waren

überwiegend positiv. Sowohl die politischen Parteien wie auch die Interessensverbände, die Gemeinden und die zuständigen Kommissionen begrünnen die Regelung der Zusammenarbeit der beiden Basel im Bereich der Gesundheitsversorgung und insbesondere die Planung des gemeinsamen Gesundheitsraums.

4.3 Gegenstand und Ziele des Staatsvertrages

Auf der Grundlage der im Staatsvertrag vereinbarten Bestimmungen und der angestrebten Ziele beabsichtigen die beiden Gesundheitsdirektoren in Zukunft möglichst viele Schritte sowohl auf Ebene der Versorgung sowie auf Ebene der Regulation und Aufsicht gemeinsam anzugehen und zu optimieren. Der Fokus ist darauf gerichtet, die Versorgung zu optimieren, die Qualität zu steigern und eine mittel- bis langfristige Kostendämpfung im Gesundheitswesen der beiden Basel zu erzielen. Dies kann durch eine Konzentration der Leistungen und eine Vermeidung von Überkapazitäten erreicht werden. Das gemeinsame Handeln bezieht sich dabei auf alle angebots- und nachfrageseitigen Analysen (Leistungen, Qualität, Patientenströme), den Einsatz von Instrumenten (z.B. gleichlautende Spitallisten, gemeinsame planerische Massnahmen, Harmonisierung und Koordination von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), eHealth, Qualitätssicherung und Versorgungsmonitoring etc.) wie auch auf die institutionellen Gefässe (z.B. im Steuerungsausschuss Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Basel (SAM)).

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

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

4.3.1 Gemeinsame Gesundheitsversorgung

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

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

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

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

4.3.2 *Gemeinsame Regulierung und Aufsicht*

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

Des Weiteren kann mit einer sinnvollen und mit Bedacht ausgeführten Regulation auch ein Wettbewerbselement (z.B. Vergabe von Leistungsaufträgen nach objektiven und transparenten Kriterien) eingesetzt werden. Dies sollte zu vermehrter Effizienz und Effektivität der erbrachten Leistungen beziehungsweise des gesamten gemeinsamen Gesundheitsversorgungsraums führen. Daneben wird zumindest eine teilweise Entflechtung der Rollenkonflikte der Kantone (Regulator, Eigner, Versorger und Aufsichtsinstanz) erreicht. Die gemeinsame Versorgungsplanung, Regulation und Aufsicht dient den übergeordneten Zielen der Optimierung der Gesundheitsversorgung und der Dämpfung der Gesundheitskosten. Effektive Auswirkungen können allerdings erst ex post mittels einer Analyse der Patientenströme festgehalten werden. Der Staatsvertrag sieht in den Übergangsbestimmungen vor, dass die bestehenden Leistungsaufträge mit den Spitälern in beiden Kantonen noch bis zum Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten ihre Gültigkeit behalten.

4.3.3 *Zu vertiefende Themen aus Sicht Versorgung Regulation und Aufsicht*

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

4.3.3.1 *Ambulante Grundversorgung / Hausarztmedizin*

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

4.3.3.2 *Förderung der integrierten Versorgung*

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

4.3.3.3 Stärkung der nicht-universitären Gesundheitsberufe

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

4.3.3.4 Auf- und Ausbau von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

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

5. Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung

5.1 Funktion der Versorgungsplanung gemäss KVG

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

Art. 58b KVV nennt die Grundzüge, nach denen die Bedarfsermittlung und -deckung erfolgen sollen.

- Die Kantone ermitteln den Bedarf in nachvollziehbaren Schritten und stützen sich namentlich auf statistisch ausgewiesene Daten und Vergleiche (Abs. 1);
- Sie ermitteln das Angebot, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der von ihnen erlassenen Liste aufgeführt sind (Abs. 2);
- Weiter bestimmen sie das Angebot, das durch die Aufführung von inner- und ausserkantonalen Einrichtungen auf der Liste zu sichern ist, um die Versorgung zu gewährleisten. Dieses Angebot entspricht dem ermittelten Versorgungsbedarf abzüglich des nach Abs. 2 ermittelten Angebots (Abs. 3);
- Bei der Beurteilung und Auswahl des auf der Liste zu sichernden Angebotes berücksichtigen die Kantone insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, den Zugang der Patienten zur Behandlung innert nützlicher Frist und die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtung zur Erfüllung des Leistungsauftrages (Abs. 4);
- Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität beachten die Kantone insbesondere die Effizienz der Leistungserbringung, den Nachweis der notwendigen Qualität und die Mindestfallzahlen sowie die Nutzung von Synergien (Abs. 5).

Die Versorgungsplanung nach KVG ist kein starrer Prozess. Zur Erreichung der Grundsätze in Art. 58 KVV muss die Versorgungsplanung angemessen dynamisch sein. Entsprechend den Vorgaben

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

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

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

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

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

5.2 Aufbau der gemeinsamen Gesundheitsversorgung für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

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

Versorgungsspektrum/Versorgungsbereiche, schemenhafte Darstellung

Primärversorgung	Sekundärversorgung	Tertiärversorgung
Notfallversorgung		
Grundversorger/ Hausarzt	Facharzt / Spital	
Arzneimittelversorgung		
Akutgeriatrie / Geriatrie		
Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	
Rehabilitation		
Psychiatrie		
Langzeitpflege		
Palliative Care		
Soziale Dienste		
Gesundheitsförderung und Prävention		
Gesundheitskompetenz Bevölkerung		

Quelle: Bereich Gesundheitsversorgung Kanton BS

5.2.1 Primärversorgung / Grundversorgung

Am Anfang der Gesundheitsversorgungskette steht die Primärversorgung (englisch „primary care“), in unserem Sprachgebrauch auch „Grundversorgung“.

Sie soll die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bei einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sein. Die Grundversorgerin und der Grundversorger haben somit eine wichtige Steuerungsfunktion im gesamten Versorgungsspektrum und einen wesentlichen Einfluss sowohl auf die Behandlungsqualität, als auch auf die Behandlungskosten. Hausärztinnen und Hausärzte bilden eine prominente Gruppe innerhalb der Leistungserbringer in der Grundversorgung, welche aber auch durch Spitäler und Kliniken sichergestellt wird.

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

5.2.2 Sekundärversorgung

Die Sekundärversorgung (englisch „secondary care“), in unserem Sprachgebrauch auch „Schwerpunktversorgung“ oder "Facharztmedizin", stellen niedergelassene und angestellte

Fachärztinnen und -ärzte (Spezialistinnen und Spezialisten) sicher, die auf Überweisungen aus der Grundversorgung hin tätig werden. Die sekundäre Versorgung findet ambulant oder stationär statt.

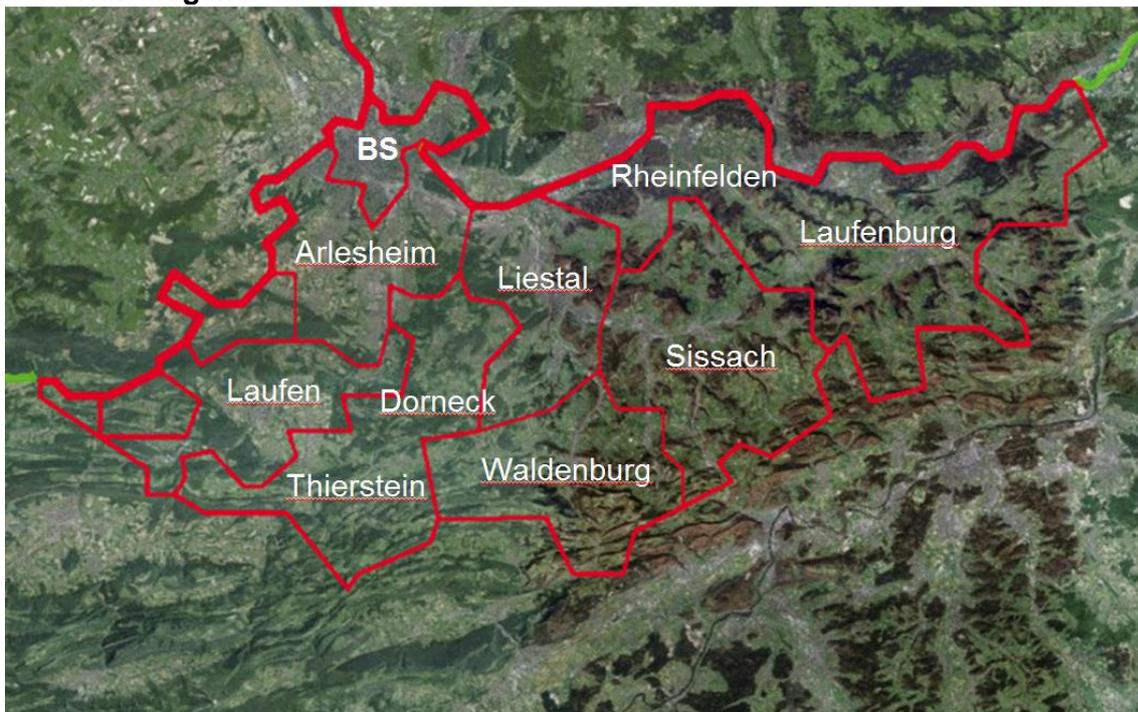
5.2.3 Tertiärversorgung

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

5.2.4 Gesundheitsraum Jura-Nordbogen

Mit dem Projekt "Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme" haben die Kantone Aargau, BL, BS und Solothurn im September 2015 ihre Analysen zu den Patientenströmen innerhalb der Versorgungsregion Nordwestschweiz vorgestellt. Die Patientenstromanalyse hat unter anderem gezeigt, dass sich 95,4% aller Patientinnen und Patienten, die innerhalb der Gebiete der beiden Basel, des Kantons Solothurn nördlich des Juras (Bezirke Dorneck und Thierstein) und des Kantons Aargau (von Fricktal bis Laufenburg) wohnhaft sind, innerhalb dieser Region medizinisch behandeln lassen. Wir bezeichnen diesen Raum als „Jura-Nordbogen“.

Jura-Nordbogen



Quelle:

Bundesamt für Landestopografie swisstop

Wenn Leistungen ausserhalb des Jura-Nordbogens in Anspruch genommen werden, handelt es sich, abgesehen von Notfällen, zumeist um hochspezialisierte oder explizit spitzenmedizinische Leistungen, die nur in einzelnen Spitälern oder einem einzigen Spital in der Schweiz angeboten werden (z. B. Inselspital Bern, Universitätsspital Zürich). Dies gilt auch für spezifische Rehabilitationen (z. B. Paraplegikerzentrum in Nottwil oder le Noirmont im Jura).

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

- 97,9% der in BS und 97.6% der in BL wohnhaften Bevölkerung werden innerhalb des durch den Jura-Nordbogen begrenzten Gesundheitsraums versorgt;
- Zwischen 75% und 100% der in den solothurnischen Gebieten des Jura-Nordbogens wohnhaften Bevölkerung beziehen ihre Gesundheitsleistungen ausserhalb des Kantons Solothurn. Der Schluss liegt nahe, dass diese mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden;
- Zwischen 50% und 75% der in den Aargauer Gebieten des Jura-Nordbogens wohnhaften Bevölkerung beziehen ihre Gesundheitsleistungen ausserhalb des Kantons Aargau. Der Schluss liegt nahe, dass diese ebenfalls mehrheitlich in Einrichtungen der beiden Basel bezogen werden.

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

5.2.5 *Ausgewählte statistische Angaben zum Versorgungsraum BL / BS*

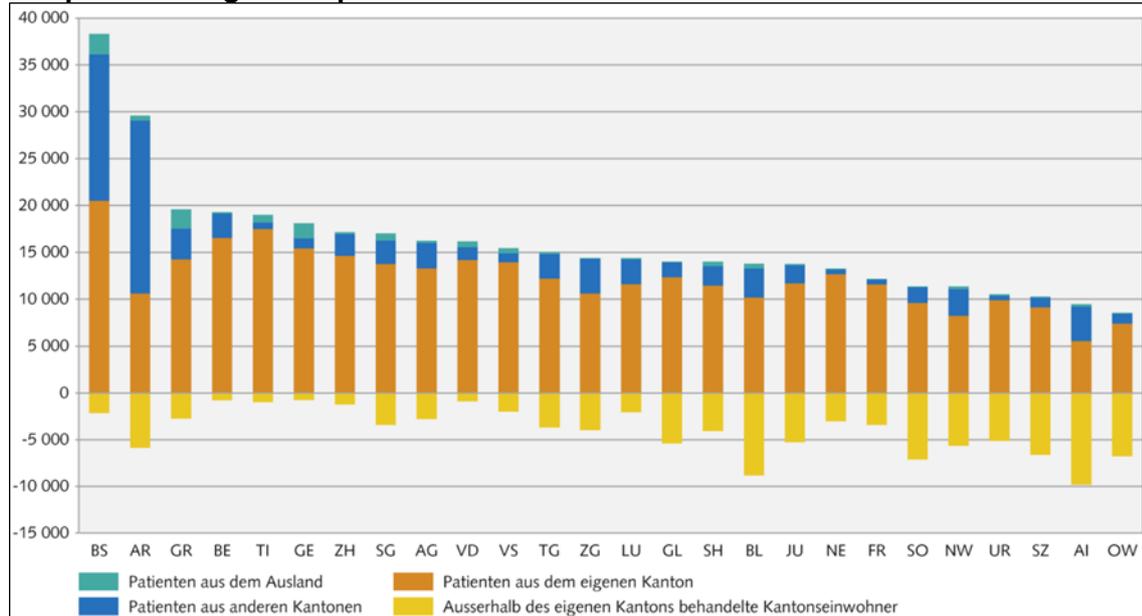
Fakten zum Versorgungsraum BS und BL (ohne Gebiete SO und AG):

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

Die geografische Verteilung der stationären Einrichtung in den beiden Kantonen weist auf eine deutliche Konzentration der Leistungserbringer in Zentrumsnähe hin.

Ein wichtiger Einfluss auf die Nachfrage von Gesundheitsleistungen geht von der demographischen Struktur einer Bevölkerung aus.

Hospitalisierungsraten pro 100'000 Einwohner 2015



Quelle:

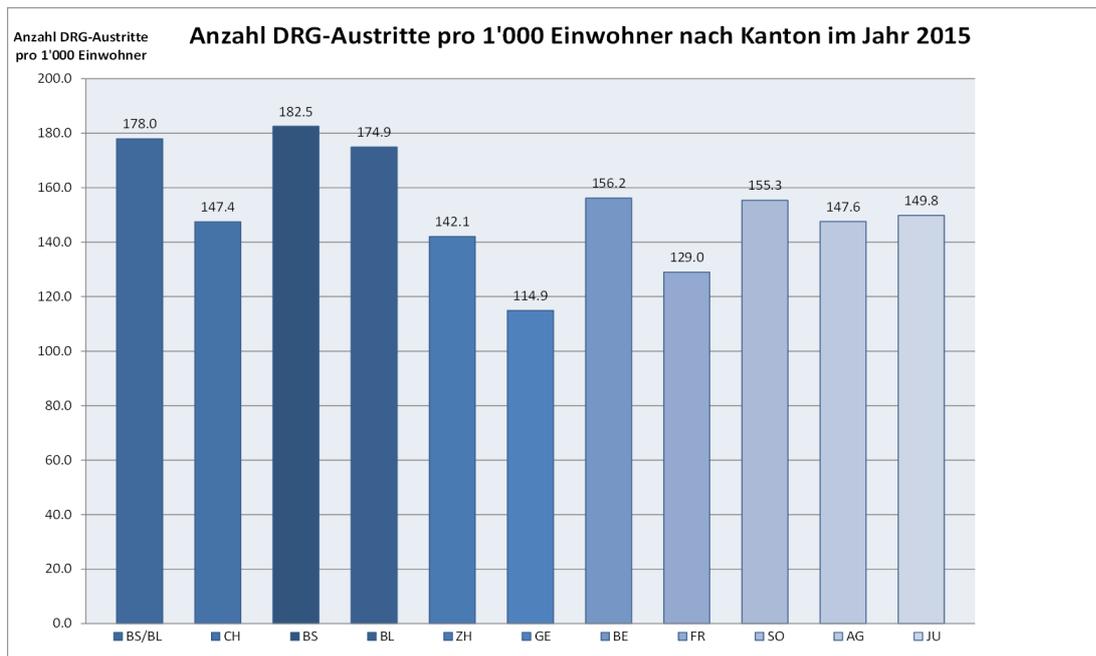
BFS, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2017

Die Ausgangslage für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung im stationären Bereich bilden die Bedarfszahlen (Hospitalisierungsraten und Fallzahlen). Die kantonspezifischen Hospitalisierungsraten, welche sich aus dem Verhältnis der in einem Jahr hospitalisierten, im jeweiligen Kanton wohnhaften Fälle und der jeweiligen Anzahl Kantonseinwohner (hier pro 100'000) ergibt, kann erste Hinweise liefern, ob es in einem Kanton eine stationäre Über- oder Unterversorgung gibt. Dabei ist anzumerken, dass die Hospitalisierungsraten u.a. von demografischen Faktoren (Alter, Geschlecht) und der Multimorbidität der jeweiligen Kantonsbevölkerung abhängig und diese somit nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind. Wie der obenstehenden Grafik entnommen werden kann, haben im Jahr 2012 die baselstädtische und basel-landschaftliche Wohnbevölkerung mit 22'656 respektive 19'043 Hospitalisierungen pro 100'000 Kantonseinwohner die meisten (akut-somatischen, rehabilitativen und psychiatrischen) stationären Behandlungen in der Schweiz in Anspruch genommen (Summe aus Patientinnen und Patienten aus dem eigenen Kanton und ausserhalb des eigenen Kantons behandelten Kantonseinwohnerinnen und Kantonseinwohnern). Dabei fällt auf, dass rund 90% aller baselstädtischer Patientinnen und Patienten in einem baselstädtischen Spital stationär behandelt worden sind, wohingegen die Patientinnen und Patienten in der basel-landschaftlichen Wohnbevölkerung nur zu rund 54% im eigenen Kanton stationär versorgt wurden.

Spitalbehandlungen Akutsomatik 2015

Ein ähnliches Bild zeigt ein schweizweiter Vergleich der akutsomatischen Spitalbehandlungen je 1'000 Einwohner: BS mit 179,4 und BL mit 168,2 Spitalbehandlungen pro 1'000 Einwohner und Jahr weisen auffallend hohe Behandlungsraten auf und liegen beide deutlich über dem schweizweiten Durchschnitt, der bei 144,7 liegt.

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



Bettenzahlen Akutsomatik

Auch wenn die Aussagekraft der Anzahl Betten mit der Umstellung im Rahmen der KVG-Revision von 2012 abgenommen hat und der Fokus auf eine bedarfsgerechte und leistungsbezogene Spitalplanung im Vordergrund steht, gibt die Anzahl Betten noch immer Auskunft darüber, welche Kapazitäten angebotsseitig zur Verfügung stehen. Liegt die Bettendichte in BL in der Akutsomatik unter dem Schweizer Durchschnitt, so ist dieselbe Kennzahl in BS fast zweieinhalb Mal so hoch. Dabei ist zu beachten, dass ein wesentlicher Anteil der Betten in BS von Patientinnen und Patienten aus BL belegt wird. Die Bettendichte von BL und BS zusammen liegt immer noch 38 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt.

Anzahl Betten und Bettendichte im 2015 (Akutsomatik)

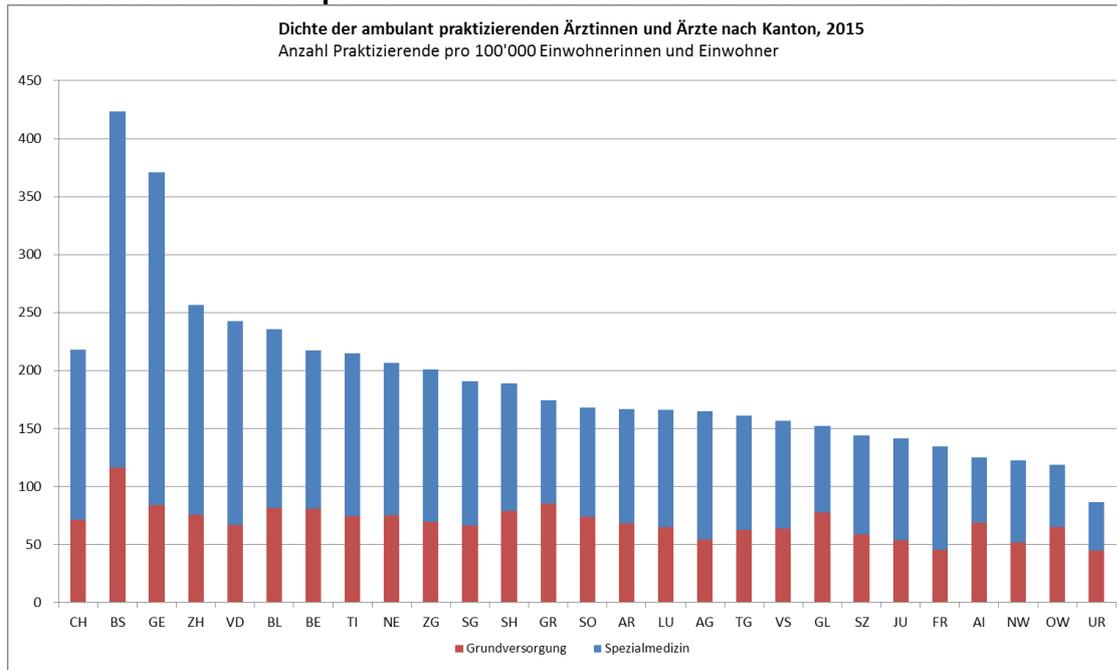
Kanton	Einwohner	Betten	Betten / 100'000 Einwohner
BS	191'817	1'173	612
BL	283'231	655	231
BS + BL	475'048	1'828	385
SO	266'418	521	196
AG	653'675	1'496	229
BE	1'017'483	3'050	300
ZH	1'466'424	4'497	307
GE	484'736	1'459	301
FR	307'461	515	168
JU	72'782	136	187
CH	8'327'126	23'350	280

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

Ärztendichte

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

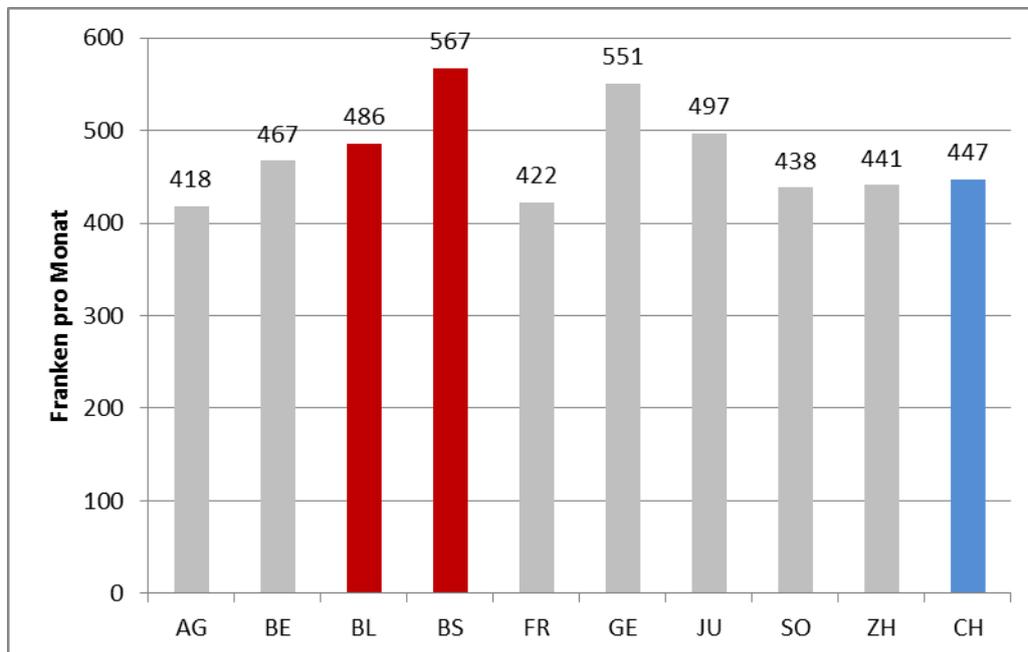
Anzahl Praktizierende pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner 2015



Quelle: Bundesamt für Statistik, Oktober 2016.

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

Durchschnittsprämien 2017



5.2.6 Versorgungslage gemäss Patientenstromanalyse

Weiteren Aufschluss über die Versorgungslage in den beiden Basel brachte auch die bereits erwähnte Patientenstromanalyse. Im Fokus stand die Frage nach der Entwicklung von Nachfrage und Angebot von Spitalleistungen in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen bezüglich der Versorgungslage in der Region.

Grundsätzlich konnte für alle Versorgungsbereiche in der Nordwestschweiz eine steigende Tendenz der Inanspruchnahme festgestellt werden. Teilweise kann diese Entwicklung mit dem Bevölkerungswachstum sowie der älter werdenden Bevölkerung beziehungsweise durch die Alterung der bevölkerungsreichen Kohorten erklärt werden.

Die Erreichbarkeit der Versorgung ist über alle untersuchten Bereiche in allen Kantonen als sehr gut zu bezeichnen. In der Notfallversorgung erreichen über das gesamte Versorgungsgebiet hinweg 91,7% der Bevölkerung innerhalb von 15 Minuten eine Notfallstation. Je nach Kanton variiert der Anteil von 83,5% (Solethurn) bis 100% (BS). Im Radius einer Erreichbarkeit von bis zu 20 Minuten Fahrzeit liegen gar 98,7 % der Nordwestschweizer Wohnbevölkerung. Im Bericht wurden ausserdem die Bereiche Kindermedizin, Akutgeriatrie, Herz-/Kreislaufkrankungen, interventionelle Kardiologie, Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und die psychiatrische Notfallversorgung auf die Erreichbarkeit untersucht. Die Erreichbarkeit der jeweiligen medizinischen Leistung innerhalb von 15 min. in den untersuchten Bereichen ist für beide Basel mit 85 bis 100% jeweils hervorragend.

5.2.7 Fallzahlen und Marktanteile

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

Fallzahlen in den akutstationären Spitälern in BS

Kanton Basel-Stadt	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{BS}	MA _{BS}	Fälle	Fälle _{BS}	MA _{BS}	Fälle	Fälle _{BS}	MA _{BS}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitäler	58'570	51.4%	92.7%	61'286	50.6%	91.7%	63'737	49.5%	91.8%
Universitätsspital Basel	31'074	55.5%	53.0%	31'696	52.9%	49.6%	32'296	52.2%	49.0%
Claraspital	9'131	60.9%	17.1%	9'532	59.0%	16.6%	10'042	56.0%	16.3%
Merian Iselin Klinik	5'697	39.5%	6.9%	6'562	42.3%	8.2%	6'921	40.9%	8.2%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	32.7%	5.7%	5'605	33.4%	5.5%	5'985	32.9%	5.7%
Felix Platter-Spital	1'574	89.7%	4.3%	1'816	90.5%	4.9%	2'089	85.6%	5.2%
Bethesda Spital	4'534	25.1%	3.5%	5'178	32.1%	4.9%	5'421	32.5%	5.1%
Adullam Spital	457	94.2%	1.3%	470	92.1%	1.3%	476	95.2%	1.3%
Palliativzentrum Hildegard	228	75.6%	0.5%	225	76.0%	0.5%	276	80.4%	0.6%
Schmerzklinik Basel	228	24.8%	0.2%	192	28.1%	0.2%	200	27.0%	0.2%
Geburtshaus Basel	11	90.9%	0.0%	10	90.0%	0.0%	31	87.1%	0.1%
Übrige Spitäler			7.3%			8.3%			8.2%
Total			100.0%			100.0%			100.0%

TABELLE 1: AKUTSOMATIK ANGEBOT – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Quelle:

Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton BS, Gesundheitsdepartement des Kantons BS, September 2015

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

Fallzahlen in den akutstationären Spitälern in BL

Kanton Basel-Landschaft	2011			2012			2013		
	Fälle	Fälle _{BL}	MA _{BL}	Fälle	Fälle _{BL}	MA _{BL}	Fälle	Fälle _{BL}	MA _{BL}
	Anz.	%	%	Anz.	%	%	Anz.	%	%
Kantonale Listenspitäler	39'382	70.6%	61.7%	40'070	69.0%	59.9%	40'120	69.1%	58.2%
Kantonsspital Baselland	29'021	80.4%	51.7%	28'764	78.6%	48.9%	27'991	79.1%	46.5%
Universitäts-Kinderspital beider Basel	5'636	40.2%	5.0%	5'605	40.9%	5.0%	5'985	41.9%	5.3%
Hirslanden Klinik Birshof	2'281	60.2%	3.0%	2'306	61.0%	3.0%	2'453	59.8%	3.1%
Ergolz-Klinik Liestal	337	24.3%	0.2%	732	59.6%	0.9%	893	58.3%	1.1%
Ita Wegman Klinik Arlesheim	739	44.5%	0.7%	801	41.2%	0.7%	801	44.4%	0.7%
Rennbahnklinik	478	32.4%	0.3%	714	27.2%	0.4%	794	29.0%	0.5%
Hospiz im Park	171	78.9%	0.3%	205	75.6%	0.3%	220	77.7%	0.4%
Vista Klinik	115	22.9%	0.1%	187	35.8%	0.1%	305	45.6%	0.3%
Geburtshaus ambra	61	85.7%	0.1%	121	60.3%	0.2%	145	57.9%	0.2%
Lukas Klinik	526	12.2%	0.1%	600	12.7%	0.2%	477	13.0%	0.1%
Ita Wegman Geburtshaus	8	12.5%	0.0%	23	47.8%	0.0%	44	68.2%	0.1%
Geburtshaus Tagmond	8	62.5%	0.0%	12	75.0%	0.0%	12	66.7%	0.0%
Ausserkantonale Listenspitäler	73'290	21.1%	34.3%	75'386	22.2%	36.2%	78'383	22.7%	37.3%
Universitätsspital Basel	31'074	22.1%	15.2%	31'696	23.7%	16.3%	32'296	24.3%	16.5%
Claraspital	9'131	24.4%	4.9%	9'532	26.6%	5.5%	10'042	29.1%	6.1%
Bethesda Spital	4'534	55.4%	5.6%	5'178	50.4%	5.7%	5'421	48.6%	5.5%
Merian Iselin Klinik	5'697	40.4%	5.1%	6'562	38.2%	5.4%	6'921	35.9%	5.2%
Solothurner Spitäler AG	22'854	6.8%	3.4%	22'418	6.9%	3.3%	23'703	7.8%	3.9%
Übrige Spitäler			4.0%	198'041	0.9%	4.0%			4.4%
Total			100.0%	313'497	14.7%	100.0%			100.0%

TABELLE 1: AKUTSOMATIK ANGEBOT – FALLZAHLEN UND MARKTANTEILE NACH SPITAL 2011-13

Quelle:

Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton BL, Volks- und Gesundheitsdirektion des Kantons BL, September 2015

Der Marktanteil der basel-landschaftlichen Spitäler – gemessen an der Gesamtzahl der Hospitalisationen von basellandschaftlichen Patientinnen und Patienten – belief sich im Jahr 2011 auf 61.7% und sank im Jahr 2013 auf 58.2%. In den ausserkantonalen Listenspitälern wurden im Jahr 2011 34.3% und im Jahr 2013 37.5% der basel-landschaftlichen Patientinnen und Patienten behandelt, in ausserkantonalen Spitalen, die nicht auf der Spitalliste des Kantons BL aufgeführt sind, 4% beziehungsweise 4.4%.

Aus den Tabellen zu den akutstationären Fällen kann abgelesen werden, dass die Wohnbevölkerungen der beiden Kantone BS und BL sich grossmehrheitlich in den beiden Kantonen behandeln lassen. Nur gerade 2,9% der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton BS und 8.3% aus dem Kanton BL nutzen stationäre Angebote ausserhalb der Kantone BS und BL. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer gemeinsam abgestimmten Angebotsplanung zwischen den beiden Kantonen. In diesem Zusammenhang ist auch die zwischen den Kantonen BS und BL per 1. Januar 2014 vereinbarte volle Freizügigkeit bei der Spitalwahl der baselstädtischen und basel-landschaftlichen Wohnbevölkerung zu sehen. Die volle Freizügigkeit erlaubt es den Bewohnerinnen und Bewohnern der beiden Kantone ein Spital ihrer Wahl in den beiden Kantonen zu wählen, ohne dass mögliche Mehrkosten zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen.

5.2.8 Qualität und Mindestfallzahlen

Die Qualitätssicherung und damit zusammenhängend die Patientensicherheit sind äusserst wichtige Themen, welche auch in den Aufgabenbereich der Regulation und Aufsicht gehören.

Die beiden Kantone wenden bei der Vergabe von Leistungsaufträgen an die stationären Einrichtungen anerkannte Spitalplanungsleistungsgruppen (SPLG) an. Hier werden bei einzelnen Leistungsgruppen, auch aus Qualitätssicherungsgründen, Mindestfallzahlen vorgegeben. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine hohe Fallzahl nicht in jedem Fall auch eine höhere Qualität mit sich bringt. Hier spielen durchaus auch die Infrastruktur, die Operationsteams und

weitere Rahmenbedingungen und Faktoren eine wichtige Rolle. Mittels der SPLG können auch Vorgaben bezüglich Vorhandensein einer Notfallstation, einer Intensivpflegestation oder der Erreichbarkeit von Spezialisten gemacht werden.

Die beiden Kantone haben in einer Vereinbarung, welche per 1. April 2016 in Kraft trat, vereinbart, dass das seit mehreren Jahren im Kanton BS etablierte Qualitäts- und Versorgungsmonitoring auch sukzessive im Kanton BL eingeführt werden soll. In einer ersten Phase werden in beiden Kantonen die nationalen Messungen (z.B. die Messungen des Bundesamt für Gesundheit (BAG) betreffend Fallzahlen und Mortalität) analysiert und bearbeitet und in einem zweiten Schritt nimmt der Kanton BL ab dem 1. Januar 2017 auch an den kantonalen Messungen des Kantons BS und dem Projekt COMI (Core Outcome Measures Index) zur Indikationsqualität betreffend Erstimplantation und Revisionen von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen teil.

6. Koordination und Umsetzung der gemeinsamen Gesundheitsversorgung

6.1 Gegenstand der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht

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

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

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

In den Bereichen Regulation und Aufsicht werden Fragen zur Gesundheitsversorgung in der Region sowie zu den Möglichkeiten der beiden Kantone, diese zu gestalten, gemeinsam analysiert. Die gemeinsame Regulation und Aufsicht soll alsdann die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte und effektive Gesundheitsversorgung für die beiden Kantonsbevölkerungen schaffen. Die Vorgaben des höherrangigen Rechts sind einzuhalten.

6.2 Partnerschaftliche Ausgestaltung

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

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

6.3 Versorgungsplanungsbericht

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

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

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

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

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

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

6.4 Gleichlautende Spitallisten

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

innerhalb des Gesundheitsraums „Jura Nordbogen“ und namentlich zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft.

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

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

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

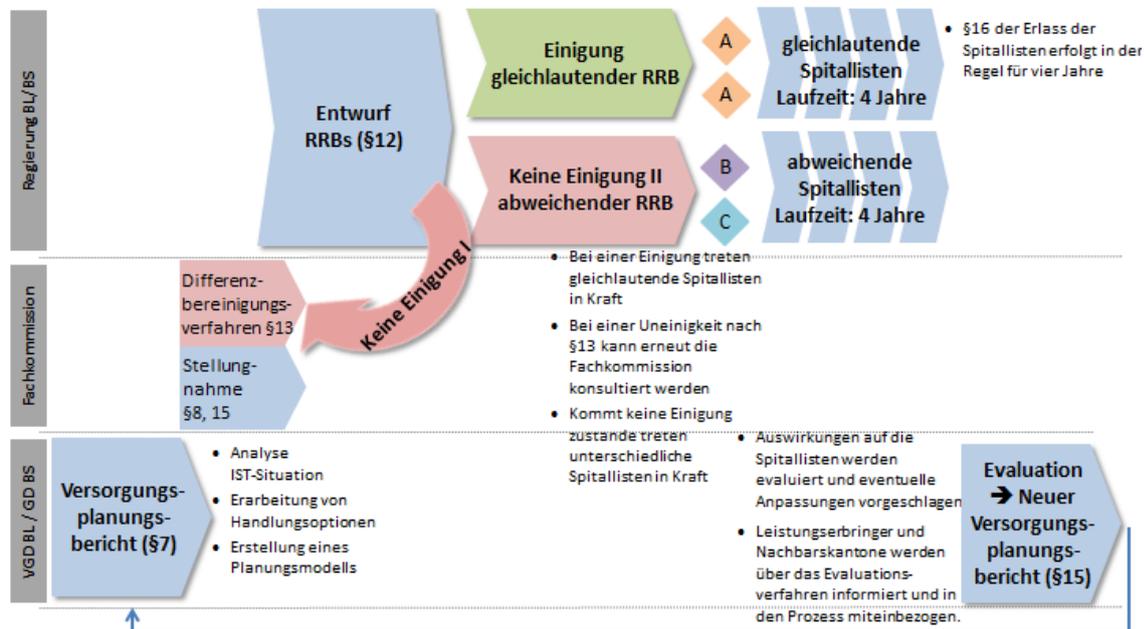
Mit dem vorliegenden Staatsvertrag soll nun ein weiterer Schritt erfolgen. Gestützt auf die gemeinsame Versorgungsplanung werden künftig der Erlass gleichlautender Spitallisten sowie die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen durch beide Kantone angestrebt. Die Spitallisten sollen alle Leistungserbringer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

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

Schliesslich regelt der Staatsvertrag die Periodizität des Erlasses der Spitallisten. Demnach sollen alle vier Jahre neue, überarbeitete Spitallisten beschlossen werden. Punktuelle Anpassungen der

Spitallisten sollen indessen auch in der Zwischenzeit laufend möglich sein. Dies ist notwendig, um die Spitallisten auf einem aktuellen Stand zu halten und auf Änderungen des Angebots kurzfristig reagieren zu können.

Verfahren Spitallisten



6.5 Verfahren

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

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

6.5.1 Verfahren bei Uneinigkeit

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

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

6.6 Fachkommission

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

Die Fachkommission besteht aus sieben unabhängigen, ad personam zu wählenden Mitgliedern mit Bezug zum schweizerischen Gesundheitswesen. Es kann sich dabei um je eine Vertreterin oder einen Vertreter aus den Bereichen Medizin, Recht, Gesundheitsökonomie, Versicherung, Spital, Patientenvertretung (Präsidium) und „International“ handeln, wobei keine diesbezüglichen Quoten oder Ansprüche festgesetzt werden. Mit dem Bereich „Internationales“ soll ein kritischer Aussenblick auf die regionalen Gegebenheiten sichergestellt werden, so beispielsweise durch eine Fachperson aus dem deutschen Gesundheitswesen. Der Fachkommission kommen einerseits eine Beratungsfunktion und andererseits ein Empfehlungsrecht im Planungsprozess zu. Auf Anfrage des zuständigen Departements oder der zuständigen Direktion kann die Fachkommission auch eine Empfehlung zum Entwurf der Spitallisten abgeben. Der Fachkommission steht es frei, bei Bedarf auch weitere Personen, wie etwa Experten, beizuziehen.

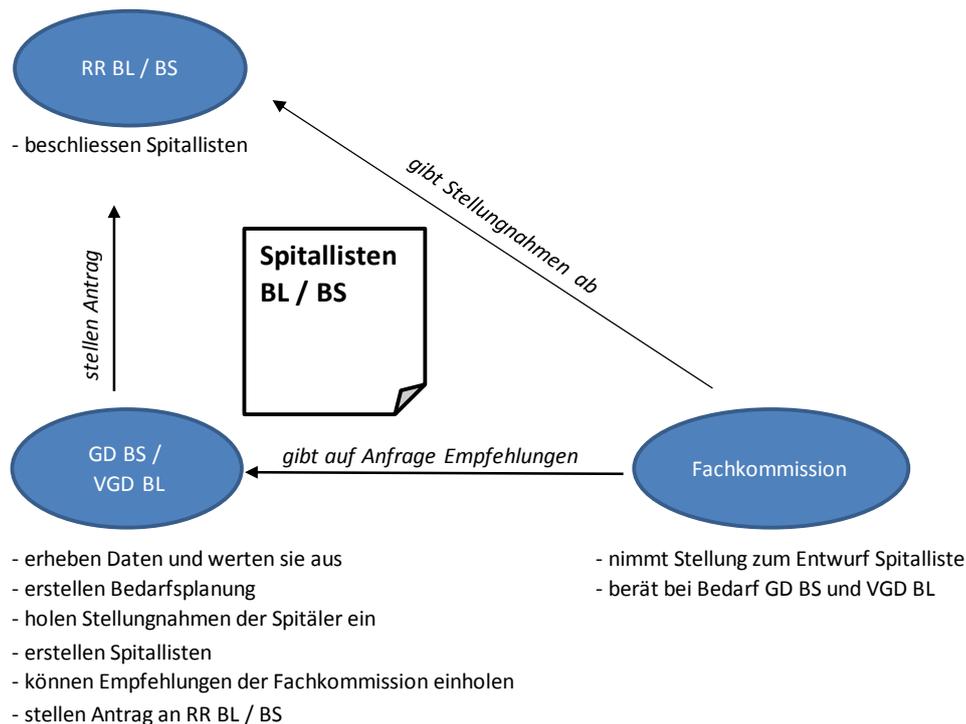
Nach Abschluss des Evaluationsverfahrens zum Erlass der Spitallisten reicht die Fachkommission eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen ein. Auch in Bezug auf weitere Planungsmassnahmen wie auch bei wesentlichen Änderungen der Spitallisten, die den Beschlüssen der Regierungen bedürfen, gibt die Fachkommission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

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

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

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

Aufgaben Fachkommission



6.7 Gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)

Im Rahmen des Staatsvertrages für die gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL möchten die Kantone die Ausrichtung ihrer GWL harmonisieren. Patientenabhängige GWL sind durch die Herkunftskantone proportional nach Inanspruchnahme, standortgebundene GWL durch den bestellenden Kanton zu finanzieren. Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung erfolgt nach einer einheitlichen Methode. Die Ausrichtung soll nicht-diskriminierend zwischen öffentlichen und privaten Spitälern ausgestaltet werden.

6.7.1 Definition GWL

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

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

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

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

6.7.2 Gemeinwirtschaftliche Leistungen gemäss KVG

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

„Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.“

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

6.7.3 *Leistungen mit ungedeckten Kosten*

Im Unterschied zu den gemeinwirtschaftlichen Leistungen gemäss KVG handelt es sich bei diesen Leistungen mit ungenügender Kostendeckung oder gar ungedeckten Kosten meist um Finanzierungslücken für Leistungen, welche durch einen nicht kostendeckenden oder fehlenden KVG-Tarif entstehen. Die Leistungen mit ungedeckten Kosten müssen von den Spitälern erbracht werden, sind aber gegenwärtig durch die KVG- und IV-Tarife nur ungenügend oder gar nicht gedeckt. Diese Situation, die sich akzentuiert in den ambulanten Leistungen der Kindermedizin (UKBB) manifestiert, ist aus regulatorischer Sicht äusserst unbefriedigend. Den Spitälern entstehen so Finanzierungslücken. Zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Versorgung sind die Kantone jedoch daran interessiert, dass diese Leistungen weiterhin erbracht werden, da sie sinnvoll und notwendig sind und bei fehlendem Angebot anderweitige und teilweise höhere Kosten generiert würden.

6.7.4 *Harmonisierung der Kriterien*

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

- Es müssen übergeordnet einheitliche Kriterien nach Leistungstyp vorliegen, die klarstellen, wer wofür wie viel zahlt;
- Es gilt möglichst klare und abgrenzbare Kategorien von GWL zu definieren, um die notwendige Transparenz bei der Zuweisung von Beiträgen durch die beiden Kantone zu gewährleisten.

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

6.7.4.1 *Fall- und systembezogene GWL*

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

6.7.4.2 *GWL für ärztliche Weiterbildung*

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

6.7.4.3 Standortbezogene GWL

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

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

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

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

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

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

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

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

- Vorhalteleistungen Notfall

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

- Weiterbildung zum eidg. Facharzt und Assistenz-Psychologen

Der Kanton BS zahlt zurzeit für die universitären Weiterbildungsstellen pro Jahr und Vollzeitäquivalent 24'000 Franken und bei den restlichen Weiterbildungsstellen 15'000 Franken pro Jahr und Vollzeitäquivalent. Der Kanton Basel-Landschaft entrichtet in beiden Fällen 15'000 Franken (Ausnahme: gemeinsam getragenes UKBB 24'000 Franken). Hier

ist geplant, dass eine Angleichung der Beiträge an die universitären Weiterbildungsstellen zwischen den Kantonen stattfindet. Des Weiteren ist geplant, dass unmittelbar im Anschluss an die Unterzeichnung des Staatsvertrags betreffend Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung die Regierung des Kantons BL die „Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV)“ dem Landrat zum Beitritt unterbreiten wird.

Zurzeit sind der WFV 13 Kantone beigetreten (Stand: 17. Januar 2018). Damit die WFV in Kraft treten kann, benötigt es ein Quorum von mindestens 18 beigetretenen Kantonen. Der Ausgleich unter den Kantonen wird mit folgenden Schritten ermittelt:

- Ermittlung der Beitragsleistungen pro Kanton;
- Summierung der Beitragsleistungen aller Vereinbarungskantone;
- Teilung der Summe durch die Bevölkerung der Vereinbarungskantone;
- Multiplikation des gemittelten pro Kopf-Beitrages für jeden Vereinbarungskanton mit seiner Bevölkerung;
- Gegenüberstellung der Beitragsleistungen eines jeden Vereinbarungskantons mit den gemittelten Werten;
- Die Differenz der Werte bildet den vom Vereinbarungskanton als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beitrag.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die gemäss GDK errechneten Belastungen bzw. Entlastungen der einzelnen Kantone (aktuellste Datentabelle der GDK für das Jahr 2015; bei Inkrafttreten werden die Daten durch die GDK aktualisiert).

**Die von den Kantonen als Ausgleich zu zahlenden bzw. zu beziehenden Beiträge,
Datengrundlage 2015**

Kanton	Bevölkerung ³	VZÄ ⁴	Zu beziehen (CHF)	Zu zahlen (CHF)	Netto-Betrag (CHF)
AG	653 675	627.42	9 411 300	11 489 991	-2 078 691
AI	15 974	0	0	280 783	- 280 783
AR	54 543	55.69	835 350	958 731	- 123 381
BE	1 017 483	1241.96	18 629 400	17 884 837	744 563
BL	283 231	274.49	4 117 350	4 978 501	- 861 151
BS	191 817	622.48	9 337 200	3 371 669	5 965 531
FR	307 461	230.64	3 459 600	5 404 405	-1 944 805
GE	484 736	938.97	14 084 550	8 520 461	5 564 089
GL	40 028	29.36	440 400	703 593	- 263 193
GR	196 610	225.31	3 379 650	3 455 918	- 76 268
JU	72 782	55.33	829 950	1 279 328	- 449 378
LU	398 762	402.1	6 031 500	7 009 251	- 977 751
NE	178 107	164.54	2 468 100	3 130 681	- 662 581
NW	42 420	21.75	326 250	745 639	- 419 389
OW	37 076	17.57	263 550	651 704	- 388 154
SG	499 065	622.2	9 333 000	8 772 330	560 670
SH	79 836	51.41	771 150	1 403 320	- 632 170
SO	266 418	177.62	2 664 300	4 682 970	-2 018 670
SZ	154 093	55.32	829 800	2 708 574	-1 878 774
TG	267 429	221.75	3 326 250	4 700 741	-1 374 491
TI ⁵	351 946	298.47	4 477 050	6 186 341	-1 709 291
UR	35 973	18.87	283 050	632 316	- 349 266
VD ⁶	773 407	1103.3	16 549 500	13 594 584	2 954 916
VS ⁶	335 696	292.41	4 386 150	5 900 706	-1 514 556
ZG	122 134	71.28	1 069 200	2 146 814	-1 077 614
ZH	1 466 424	1937.78	29 066 700	25 776 111	3 290 589
Total	8'327'126	9758.0	146'370'300	146'370'300	0

Legende: Positiver Betrag = zu beziehender Betrag; Negativer Betrag = zu bezahlender Betrag

Für die Interpretation der Tabelle gilt es zu beachten, dass falls nicht alle 26 Kantone beitreten, dies beträchtliche Auswirkungen auf die Ausgleichssummen hätte. Einerseits reduziert sich die gesamte Ausgleichssumme um den Anteil der Vollzeitäquivalente der (noch) nicht beigetretenen Kantone, andererseits dürfte sich die Last der Zahlkantone erhöhen. Damit der Gesamtmechanismus der Vereinbarung also voll und gleichgewichtig zum Tragen kommt, ist der Beitritt aller Kantone nötig. Wo Basel-Stadt und Basel-Landschaft für die ärztliche Weiterbildung paritätisch aufkommen, stünde Basel-Stadt als Empfänger der WFV-Beiträge in der Pflicht, Basel-Landschaft seinen Anteil zu überweisen, der ihm aufgrund der paritätischen Finanzierung der Institution zusteht. Aufgrund der gemeinsamen Finanzierung der Weiterbildungsstellen im UKBB würde dies einen Betrag von voraussichtlich 495'000 Franken ausmachen, falls alle 26 Kantone der Vereinbarung beitreten.

Falls bis zum Inkrafttreten des Staatsvertrages über die gemeinsamen Gesundheitsversorgung die WFV nicht zustande kommt oder wirksam wird, sehen die beiden Regierungen vor, eine der WFV entsprechende Abgeltung der betreffenden Kosten zu vereinbaren. Die Kantone werden prüfen, inwieweit die Weiterbildung der Assistenz-Psychologen mit GWL-Beiträgen unterstützt werden soll (in BS werden dafür zurzeit keine Beiträge entrichtet).

Nachfolgende Tabelle zeigt die bisherigen Aufwendungen für die Finanzierung der Weiterbildungsstellen zum eidgenössischen Facharzt und die geplante paritätische Finanzierung, falls die Spitalgruppe zwischen USB und KSBL zustande kommt ohne Inkrafttreten der WFV.

Ärztliche Weiterbildung zum eidgenössischen Facharzt in der geplanten Spitalgruppe

Das USB erhält derzeit (Budgetwerte 2017) ca. 10 Mio. Fr. jährlich für die **ärztliche Weiterbildung** (24'000 Franken pro ärztliche Weiterbildungs-Stelle); das KSBL erhält dafür rund 3 Mio. Franken (15'000 Franken pro Weiterbildungs-Stelle). Die Regierungen streben an, die ärztliche Weiterbildung an der Universitätsspital Nordwest AG analog zum UKBB paritätisch zu finanzieren. Das USB führt ausschliesslich universitäre Weiterbildungs-Stellen mit einem Beitragssatz von jeweils 24'000 Franken. Angesichts der fortbestehenden Unterfinanzierung der universitär geführten Weiterbildungsstellen ist eine Erhöhung der heutigen Ansätze auch bei den universitären Weiterbildungs-Stellen des KSBL (rund 30 von insgesamt 200 Stellen) von 15'000 auf 24'000 Franken zu prüfen. Nachfolgende Tabelle zeigt die bisherigen Aufwendungen für die Finanzierung der Weiterbildungsstellen zum eidgenössischen Facharzt und die geplante paritätische Finanzierung, falls die Universitätsspital Nordwest AG zustande kommt. In der Tabelle ist zudem berücksichtigt, dass alle universitären Weiterbildungs-Stellen mit 24'000 Franken unterstützt werden.

Rechenbeispiel mit Daten 2016

Finanzierung bisher					
	WB-Stellen zum FA (insgesamt)	WB-Stellen davon universitär	Abgeltung universitär CHF 24'000	Abgeltung nicht- universitär CHF 15'000	Total
USB	432	432	10'368'000	0	10'368'000
KSBL	200	30	0	3'000'000	3'000'000
Total					13'368'000
Finanzierung geplant (Spitalgruppe)					
	WB-Stellen zum FA (insgesamt)	WB-Stellen davon universitär	Abgeltung universitär CHF 24'000	Abgeltung nicht- universitär CHF 15'000	Total
USB	432	432	10'368'000	0	10'368'000
KSBL	200	30	720'000	2'550'000	3'270'000
Total					13'638'000
bei paritätischer Finanzierung (50% BS, 50% BL)					
Kanton BS					6'819'000
Kanton BL					6'819'000
Total					13'638'000
Mehrbelastung Kanton BL					3'819'000
Entlastung BS					-3'549'000

Aufgrund der für die geplante Universitätsspital Nordwest AG vorgesehenen, paritätischen Finanzierung ist unter dieser Position für BL mit einer Mehrbelastung von rund 3.8 Mio. Franken und für BS mit einer Entlastung von rund 3.5 Mio. Franken zu rechnen.

Im Falle des Zustandekommens der WFV würden die Belastungen für beiden Kantone merklich reduziert. Im Falle von BL würden die Mehrbelastungen dadurch auf unter 3 Mio. Franken fallen, so dass unter Berücksichtigung der Einsparungen für die GWL im Notfallbereich (vgl. weiter unten) die geplante Netto-Entlastung in den GWL insgesamt auf mindestens 6 Mio. Franken zu liegen käme.

Bei der gesamten Diskussion um die Abgeltung von ärztlichen Weiterbildungsstellen muss berücksichtigt werden, dass zurzeit das Projekt EKOH (Erhebung der Kosten für Lehre und Forschung in der Humanmedizin) läuft, welches die Schweizerische Hochschulkonferenz in Auftrag gegeben hat. Sobald erste Resultate dieses Projektes vorliegen, muss geprüft werden, inwieweit die Resultate für die Kantone BS und BL relevant für die Finanzierung der Weiterbildungsstellen sind.

Beiträge an die universitäre Lehre und Forschung

Den mit Abstand grössten Betrag an die GWL leistet der Kanton BS an die universitäre Lehre und Forschung. Der Kanton Basel-Stadt wird diese Position überprüfen. Zum einen ist davon auszugehen, dass die Universitätsspital Nordwest AG ihre Ertragskraft und Effizienz auch im Bereich der universitären Lehre und Forschung deutlich steigern können. Zum anderen ist im Dialog mit der Universität zu prüfen, inwieweit letztere die Universitätskliniken tatsächlich kostendeckend für Leistungen entschädigt, welche von ihr in Anspruch genommen werden. Insgesamt geht der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt davon aus, dass die GWL für universitäre Lehre und Forschung längerfristig deutlich gesenkt werden können.

Beiträge an ungedeckte Leistungen im Notfallbereich

Das KSBL erhält aktuell ca. 9 Mio. Franken jährlich als Entschädigung für **ungedeckte Leistungen im Notfallbereich**. Der Kanton Basel-Stadt leistet keine derartigen Entschädigungen für den Betrieb von Notfallstationen. Durch die in der Universitätsspital Nordwest AG vorgesehenen Strukturanpassungen ist ein kostendeckender Betrieb der Notfallstation in Liestal anzustreben, so dass für das gesamte Unternehmen im Notfallbereich keine GWL-Zahlungen mehr erforderlich sein werden. Die je nach Stand der Transformation der stationären Notfall-Leistungen auf die Standorte Basel und Liestal frei werdenden Mittel sollen im Umfang von 6 Mio. Franken eingespart und im Umfang von rund 3 Mio. Franken zur Deckung der zusätzlich benötigten Mittel für die Finanzierung der oben erwähnten ärztlichen Weiterbildung verwendet werden.

Die **übrigen Vergütungen**, welche der Kanton Basel-Stadt dem USB bezahlt, decken dessen Aufwände einer Vielzahl von gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Antidot-Versorgung, Schwangerschaftsberatungsstelle, Geschützter OP-Saal, leitender Notarzt, Teilnahme an der Medizinischen Notfallzentrale, Rettungsdienste, Sozial- und Dolmetscherdienste, Seelsorge, Transplantationskoordination und Vorhalteleistungen für Epidemien) und belaufen sich auf insgesamt rund 3 Mio. Franken pro Jahr. Dem KSBL werden für Spitalexterne Onkologie-Pflege, die Unterstützung der Medizinischen Notfallzentrale und für Sozial- und Dolmetscherdienste insgesamt rund 1 Mio. Franken vergütet. Es ist vorgesehen, dass die Universitätsspital Nordwest AG diese Leistungen in ähnlichem Umfang weiterhin erbringen und von den Trägerkantonen vergütet erhalten wird. An diesen Leistungen soll grundsätzlich festgehalten werden, und Kostenverschiebungen zwischen den Kantonen sind mit Bezug auf diese Positionen keine zu erwarten.

Im Rahmen der Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung von GWL wird weiter zu beachten sein, dass trotz Optimierungs- und Sparanstrengungen der beiden Regierungen die Beiträge an

die GWL zum Teil gesetzlich (z. B. durch bundesrechtliche Vorgaben) vorgegeben sind und damit nicht beliebig reduziert werden können. GWL, wie z.B. die anonyme Schwangerschaftsberatung oder die Beschulung von Kindern während längerer Spitalaufenthalte, sind somit nicht nur durch die Kantone zu bestellen, sondern auch dementsprechend zu finanzieren (gebundene Ausgaben). Die beiden Kantone streben mittel- bis langfristig sinkende Aufwendungen für die GWL an.

7. Vereinbarkeit mit anderen Erlassen

7.1 Auf Bundesebene

7.1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

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

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

7.1.2 Die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

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

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

notwendigen Qualität sowie die Mindestfallzahlen und die Nutzung von Synergien zu beachten (Art. 58b KVV).

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

Der Staatsvertrag regelt in § 4 die Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht der Vereinbarungskantone. Die in dieser Bestimmung festgelegten Zielsetzungen, insbesondere: die Planung einer effektiven und effizienten Versorgung im ambulanten und stationären Bereich;

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

entsprechen den Vorgaben des Bundesrechts und den Planungskriterien der KVV.

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

7.2 Auf Kantonebene

7.2.1 Vereinbarkeit mit den Kantonsverfassungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

7.2.1.1 Kantonsverfassung BS (KV BS)

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

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

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

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

7.2.1.2 Kantonsverfassung BL (KV BL)

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

7.2.2 Vereinbarkeit mit Erlassen BS

7.2.2.1 Gesundheitsgesetz (GesG)

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

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

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

7.2.2.2 Gesetz über die Krankenversicherung (GKV)

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

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

7.2.2.3 Verordnung über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (KVO)

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

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

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

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

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

7.2.3 *Vereinbarkeit mit Erlassen BL*

7.2.3.1 Gesundheitsgesetz

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

7.2.3.2 Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG)

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

7.2.3.3 Spitalgesetz

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

8. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Staatsvertrages

Allgemeine Bestimmungen

Parteien und Regelungsgegenstand

§ 1 Vertragsparteien

Abs. 1

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

Abs. 2

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

§ 2 Zweck

Abs. 1

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

Abs. 2

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

§ 3 Gegenstand der gemeinsamen, Planung, Regulation und Aufsicht

Abs. 1

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

Abs. 2

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

Abs. 3

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

Koordination und Durchführung

§ 4 Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht

Abs.1

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

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

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

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

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

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

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

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

Abs.2

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

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

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

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

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

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

Im Rahmen der Tarifverfahren nach KVG soll die für die Prüfung von Vertragsgenehmigungen oder Festsetzungen vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung zwischen den Vereinbarungskantonen koordiniert werden. Dies kann auf dem Wege eines gemeinsamen Benchmarkingverfahrens erfolgen (lit. f).

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

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

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

Abs. 3

In Absatz 3 soll hervorgehoben werden, dass bei der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht die eingesetzten Mittel optimal genutzt, sprich eine deutliche Kostendämpfung im ambulanten wie auch im stationären Gesundheitsversorgungsbereich angestrebt werden sollte. Daneben soll aber die Relation zwischen eingesetztem Input (Ressourcen) und Output (Ergebnisqualität) stets im Auge behalten werden.

§ 5 Datenerhebung und Datenaustausch

In § 5 regeln die Vereinbarungskantone die Modalitäten der Informationserhebung. Sie legen fest, dass sie alle für eine wirksame Koordination erforderlichen Informationen untereinander austauschen. Gemeint sind insbesondere benötigte Informationen für die Versorgungsplanung, die Erarbeitung der gemeinsamen Spitalisten oder für die Ausarbeitung anderer planerischer Massnahmen auf Versorgungsebene. Die gemeinsame systematische Auswertung der Informationen erfolgt im Rahmen des Versorgungsplanungsberichts gemäss § 7. Hinsichtlich des vorgesehenen Datenaustausches wird in dieser Bestimmung darauf hingewiesen, dass dieser aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgabe der Datenvermeidung und Datensparsamkeit soweit als möglich in anonymisierter Form zu erfolgen hat.

§ 6 Durchführung

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

Organisation und Verfahren der interkantonalen Planung

Berichterstattung

§ 7 Versorgungsplanungsbericht

Abs. 1

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

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

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

Abs. 2

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

Fachkommission

§ 8 Aufgaben

Abs. 1

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

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

Abs. 2

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

§ 9 Wahl und Zusammensetzung

Abs. 1

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

Abs. 2

Die Fachkommission besteht aus sieben unabhängigen, ad personam aufgrund des Anforderungsprofils der Fachkommission zu wählenden Mitgliedern mit Bezug zum schweizerischen Gesundheitswesen. Es handelt sich dabei um Vertreterinnen oder Vertreter aus den Bereichen Medizin, Recht, Gesundheitsökonomie, Versicherung, Spital, Patientenvertretung (Präsidium) und „International“. Mit „International“ soll ein kritischer Aussenblick auf die regionalen Gegebenheiten durch jemanden sichergestellt werden, der beispielsweise mit dem deutschen Gesundheitswesen vertraut ist. Eine Wiederwahl ist möglich.

Abs. 3

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

§ 10 Einberufung und Geschäftsreglement

Abs. 1

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

Abs. 2

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

§ 11 Informationserhebung und -austausch

Abs. 1

Die Fachkommission wird von den Regierungen der Vereinbarungskantonen (§ 8) eingesetzt und ist demzufolge ein gemeinsames Gremium beider Kantone. Deshalb muss entschieden werden, ob die Fachkommission dem Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons BS vom 9. Juni 2010 (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG, SG 153.260) oder dem Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons BL vom 10. Februar 2011 (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG, SG 162) untersteht. Inhaltlich sind beide Erlasse gleich. Die Festlegung auf die Gültigkeit eines Erlasses ist erforderlich, weil derjenige Kanton, dessen

Datenschutzgesetzgebung zur Anwendung kommt, gleichzeitig auch für die Aufsicht der Fachkommission im Rahmen ihres Umgangs mit Personendaten zuständig ist. In Abs. 1 des § 11 ist festgelegt, dass die Fachkommission für ihre Bearbeitung von Personendaten dem IDG des Kantons BS untersteht. Damit wird indirekt auch festgelegt, dass für die datenschutzrechtliche Aufsicht die oder der Datenschutzbeauftragte des Kantons Basel-Stadt zuständig ist.

Abs. 2

Ferner wird in Absatz 2 geregelt, dass Gesuche um Zugang von Informationen, welche bei der Fachkommission vorhanden sind, immer über das zuständige Departement sowie die zuständige Direktion laufen müssen und nicht über die Fachkommission. Mit dieser Bestimmung soll sichergestellt werden, dass sämtliche Anfragen für die Behandlung von Gesuchen für den Informationszugang beim zuständigen Departement und der zuständigen Direktion eingereicht werden müssen und der Fachkommission diesbezüglich keine Entscheidungsbefugnis zukommt.

Allgemeine Verfahrensbestimmungen

§ 12 Verfahren für planerische Massnahmen

Abs. 1

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

Abs. 2

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

§ 13 Verfahren bei Uneinigkeit

Abs. 1

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

Abs. 2

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

Abs. 3

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

Verfahren zum Erlass der Spitallisten

§ 14 Vorgaben für gleichlautende Spitallisten

Abs. 1

In dieser Bestimmung werden die Rahmenbedingungen für die gleichlautenden Spitallisten geregelt. Es wird festgehalten, dass die Vereinbarungskantone den Erlass von gleichlautenden

Spitallisten und die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen anstreben. Sie verpflichten sich damit zu einer sehr weitgehenden Kooperation.

Abs. 2

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

Abs. 3

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

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

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

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

§ 15 Evaluation und Erlass der Spitallisten

Abs. 1

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

Abs. 2

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

Abs. 3

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

Abs. 4 und 5

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

Abs. 6

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

§ 16 Periodizität der Spitallisten

Abs. 1

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

Abs. 2

Punktuelle Anpassungen an den Spitallisten können laufend vorgenommen werden.

Weitere Bestimmungen

§ 17 Finanzierung

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

§ 18 Zugang zu Informationen

Abs. 1

Diese Bestimmung hält fest, an welcher Stelle Gesuche um Zugang zu Informationen eingereicht werden müssen. Es ist dies das zuständige Departement oder die zuständige Direktion oder beide. Für die Behandlung der Gesuche wird auf die geltende Datenschutzgesetzgebung verwiesen. Besondere Bestimmungen zum Datenschutz sind mit Ausnahme von § 11 in diesem Staatsvertrag nicht erforderlich. Welches Datenschutzgesetz auf eine konkrete Fragestellung zur Anwendung gelangt, hängt davon ab, wer Personendaten bearbeitet: Bearbeiten kantonale oder kommunale öffentliche Organe Personendaten, so gelangt das kantonale Datenschutzrecht zur Anwendung (IDG des Kantons BS und IDG des Kantons BL).

Abs. 2

Um eine kohärente und einheitliche Handhabung des Umgangs mit Zugangsgesuchen zu gewährleisten, koordinieren die zuständigen kantonalen Stellen ihre Antworten, sofern notwendig.

§ 19 Anpassungen der Vereinbarung

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

§ 20 Streitigkeiten und Schiedsgericht

Abs. 1

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

Abs. 2

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

Das Schiedsgericht mit Sitz in Liestal entscheidet endgültig. Das Schiedsgerichtsverfahren kommt jedoch nicht zu Anwendung bei Uneinigkeit über das Verfahren beim Erlass von Massnahmen auf

Versorgungsebene. In diesem Fall kommt das Verfahren gemäss §13 zum Tragen. Dieses sieht ein Differenzbereinigungsverfahren vor, nach dessen Scheitern, die Kantone jeweils separate Beschlüsse fassen können. Dies gilt auch für Streitigkeiten beim Verfahren zum Erlass der konsolidierten Spitallisten gemäss § 15 des Vertrages. Auch in diesem Fall wird auf das Verfahren gemäss § 13 verwiesen und die Beilegung der Streitigkeit um den Erlass der gleichlautenden Spitallisten ist somit dem schiedsgerichtlichen Verfahren entzogen.

Abs. 3

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

Abs. 4

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

Abs. 5

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

Abs. 6

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

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 21 Geltung der bisherigen Spitallisten

Bis zum Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten sieht § 21 vor, dass die bisherigen Spitallisten der Vereinbarungskantone ihre Geltung behalten und diese von den Vereinbarungskantonen gegenseitig anerkannt sind. Dies beinhaltet auch allfällige Änderungen der Spitallisten. Die gegenseitige Anerkennung der Spitallisten hat zur Folge, dass zwischen den Vereinbarungskantonen volle Freizügigkeit herrscht und die Kantonseinwohnerinnen und - einwohner sich ohne Kostenrisiko innerhalb des Gebietes der Vereinbarungskantone stationär behandeln lassen können.

§ 22 Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten

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

§ 23 Beitritt

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

gemeinsamen Gesundheitsversorgung auf zusätzliche Kantone ermöglicht die Nutzung von Planungssynergien und ermöglicht eine verstärkte Einflussnahme auf die Kostenentwicklung.

§ 24 Vertragsdauer und Kündigung

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

§ 25 Inkrafttreten

Der Staatsvertrag wird durch übereinstimmende Beschlüsse der Regierungen der Vereinbarungskantone in Kraft gesetzt. Die Inkraftsetzung erfolgt nach der Genehmigung durch die Parlamente der Vereinbarungskantone und nach einer Annahme allfälliger Referenden.

9. Auswirkungen des gemeinsamen Versorgungsraums

9.1 Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in der Region

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

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

9.2 Finanzielle Auswirkungen

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

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

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

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

9.2.1 *Auf die Vereinbarungskantone*

In einem ersten Schritt konzentrieren sich das GD BS und die VGD BL als Regulatoren der beiden Kantone auf die Spitalplanung. Der Staatsvertrag hält die Regeln und Mechanismen fest, wie die Kantone die stationäre Spitalversorgung zu steuern gedenken. Dabei sind gleichlautende Spitallisten BS und BL im Hauptfokus, welche auf den Kriterien von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie Qualität eine optimale Versorgung der Bevölkerung gewährleisten sollen. Dazu soll als Basis der gemeinsamen Regulierung ein regelmässig erscheinender Versorgungsplanungsbericht über die ganze Region erstellt und ein Planungs- und Wirkungsmodell zur Initiierung und Kontrolle von Massnahmen geschaffen werden. Dieses Planungs- und Wirkungsmodell soll helfen, die strategische Ausrichtung der Gesundheitsversorgung (Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung) der beiden Kantone transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren und die in den übergeordneten Zielen definierte Kostendämpfung zu erreichen.

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

9.2.2 *Auf die Leistungserbringer*

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

10. Regulierungsfolgeabschätzung

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

11. Fazit

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

Die gemeinsame Gesundheitsversorgung bietet sowohl aus planerischer, medizinischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Perspektive hohe Vorteile und ist daher die richtige Antwort auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen. Dabei sollen alle angebots- und nachfrageseitigen Fragen beleuchtet werden, beispielsweise zu den Leistungen der Spitäler und der Qualität der Leistungserbringung oder zu den Patientenströmen und der kantonalen Spitallisten. Die gemeinsame Gesundheitsversorgung umfasst insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

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

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

Anhang:

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

Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung

Vom 6. Februar 2018

Die Regierungen der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft schliessen,

gestützt auf § 3 sowie § 27 der Verfassung des Kantons Basel-Stadt vom 23. März 2005¹⁾ und § 64 Abs. 1 lit. a sowie Abs. 2, § 80 Abs. 3, § 110 Abs. 3 und § 111 Abs. 2 und 4 der Verfassung des Kantons Basel-Landschaft vom 17. Mai 1984²⁾,

folgenden Vertrag:

I.

1. Allgemeine Bestimmungen

1.1 Parteien und Regelungsgegenstand

§ 1 Vertragsparteien

¹ Dieser Staatsvertrag wird zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft (Vereinbarungskantone) abgeschlossen.

² Alle aus dieser Vereinbarung erwachsenden Rechte und Pflichten werden partnerschaftlich wahrgenommen.

§ 2 Zweck

¹ Die Vereinbarungskantone regeln im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung die gemeinsame Ausgestaltung der künftigen Planung, Regulation und Aufsicht im Bereich der Gesundheitsversorgung.

² Dies ermöglicht die gezielte Nutzung der Planungssynergien und schafft Voraussetzungen für eine Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten sowie der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung.

§ 3 Gegenstand der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht

¹ Die gemeinsame Planung, Regulation und Aufsicht umfasst insbesondere das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutmedizin, Rehabilitation und Psychiatrie (inklusive Tageskliniken und Ambulatorien), das Rettungswesen und die Ausbildungsverpflichtungen im Bereich der nicht-universitären Gesundheitsberufe.

² Im Mittelpunkt der Planung steht der Versorgungsbedarf der Bevölkerung der Vereinbarungskantone. Auf der Grundlage der Auswertungen zum Bedarf streben die Vereinbarungskantone den Erlass von gleichlautenden Spitallisten sowie eine Koordination der Gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) und weiterer thematischer Schwerpunkte der Planung an.

³ Die gemeinsame Regulation und Aufsicht schafft die Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung.

1.2 Koordination und Durchführung

§ 4 Koordination der Planung, Regulation und Aufsicht

¹ Die Vereinbarungskantone streben mit der gemeinsamen Planung, Regulation und Aufsicht der Gesundheitsversorgung insbesondere folgende Ziele an:

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

¹⁾ SG 111.100.

²⁾ GS 29.278, SGS 100

² Die Umsetzung der koordinierten Planung, Regulation und Aufsicht umfasst insbesondere:

- a. Gemeinsame Durchführung der Bedarfsanalyse im stationären und ambulanten Bereich;
- b. gemeinsame Erarbeitung und Anwendung von einheitlichen, verbindlichen und transparenten Kriterien für Regulierungsmassnahmen;
- c. gemeinsame Erarbeitung und Anwendung von einheitlichen, verbindlichen und transparenten Kriterien für die Aufnahme auf die Spitalliste und die Vergabe von Leistungsaufträgen;
- d. gemeinsame Erarbeitung und Anwendung von einheitlichen, verbindlichen und transparenten Qualitätsstandards;
- e. gemeinsame Erarbeitung und Anwendung von einheitlichen, verbindlichen und transparenten Kriterien für die Vergabe von Betriebsbewilligungen;
- f. Koordination der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Tarifverfahren nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 ³⁾;
- g. Harmonisierung der Kriterien für die Ausrichtung der GWL;
- h. Harmonisierung der Kriterien für die Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen sowie für die universitäre Lehre und Forschung;
- i. Koordination von versorgungsrelevanten Angeboten im Rettungswesen.

³ Die Vereinbarungskantone stellen durch eine zweckmässige Steuerung sicher, dass die im Rahmen von Abs. 1 und 2 eingesetzten kantonalen Mittel optimal wirken.

§ 5 Informationserhebung und Informationsaustausch

¹ Die Vereinbarungskantone erheben die für eine wirksame Koordination notwendigen Informationen und tauschen diese untereinander aus. Die ausgetauschten Informationen sind soweit als möglich zu anonymisieren.

§ 6 Durchführung

¹ Die zuständigen Behörden der Vereinbarungskantone ergreifen gemeinsam die für die Durchführung erforderlichen Massnahmen und erlassen die entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

2. Organisation und Verfahren der interkantonalen Planung

2.1 Berichterstattung

§ 7 Versorgungsplanungsbericht

¹ Das zuständige Departement und die zuständige Direktion erarbeiten einen gemeinsamen Versorgungsplanungsbericht. Dieser analysiert das stationäre und ambulante Angebot in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie, Rettungswesen und Gesundheitsberufe.

² Der Versorgungsplanungsbericht dient den Vereinbarungskantonen als Grundlage für die künftigen Spitallisten und weitere planerische Massnahmen auf Versorgungsebene.

³ Die Publikation des Versorgungsplanungsberichts erfolgt in der Regel alle vier Jahre.

2.2 Fachkommission

§ 8 Aufgaben

¹ Die Vereinbarungskantone setzen eine Fachkommission ein, welche bei anstehenden wesentlichen Änderungen der Spitallisten oder weiteren planerischen Massnahmen, die Beschlüsse der Regierungen erfordern, eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen der Vereinbarungskantone erarbeitet.

² Die Fachkommission unterstützt auf Anfrage das zuständige Departement und die zuständige Direktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und gibt Empfehlungen ab.

§ 9 Wahl und Zusammensetzung

¹ Die Mitglieder und die Präsidentin oder der Präsident der Fachkommission werden von den Regierungen der Vereinbarungskantone durch gleichlautende Beschlüsse für die Dauer von vier Jahren gewählt. Personen der Fachkommission können wiedergewählt werden.

² In der Fachkommission nehmen sieben Personen mit Kenntnissen des schweizerischen Gesundheitswesens Einsitz.

³ Die Fachkommission kann weitere Fachpersonen anhören.

§ 10 Einberufung und Geschäftsreglement

¹ Die Fachkommission wird im Rahmen ihrer Aufgaben gemäss § 8 durch das zuständige Departement und die zuständige Direktion einberufen.

³⁾ SR 832.10

² Das zuständige Departement und die zuständige Direktion sind verantwortlich für den Erlass und die Änderungen des Geschäftsreglements der Fachkommission. Dieses regelt die Einzelheiten zur Organisation, Arbeitsweise, Beschlussfassung und Entschädigung.

§ 11 Datenbearbeitung und Informationszugang

¹ Auf die Bearbeitung von Personendaten durch die Fachkommission ist das Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons Basel-Stadt (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG) vom 9. Juni 2010 ⁴⁾ anwendbar. Die datenschutzrechtliche Aufsicht nimmt die oder der Datenschutzbeauftragte des Kantons Basel-Stadt wahr.

² Gesuche um Zugang zu bei der Fachkommission vorhandenen Informationen können beim zuständigen Departement oder der zuständigen Direktion oder bei beiden zuständigen Stellen eingereicht werden. Für die Behandlung der Gesuche ist das jeweils kantonale Informations- und Datenschutzgesetz massgebend ⁵⁾.

2.3 Allgemeine Verfahrensbestimmungen

§ 12 Verfahren für planerische Massnahmen

¹ Das zuständige Departement und die zuständige Direktion evaluieren die erforderlichen planerischen Aktivitäten auf Versorgungsebene im ambulanten und stationären Bereich. Wo dies für die Erreichung des Zwecks des Staatsvertrags erforderlich ist, setzen sie diese gemeinsam um und stellen den Regierungen koordinierte Anträge für gleichlautende Regierungsbeschlüsse.

² Im Rahmen ihres Aufgabengebiets gemäss § 8 wird die Fachkommission in die Planung einbezogen.

§ 13 Verfahren bei Uneinigkeit

¹ Können sich die Vereinbarungskantone bei einer Massnahme auf Versorgungsebene nicht einigen, kann erneut die Fachkommission konsultiert werden.

² Das zuständige Departement und die zuständige Direktion sind bestrebt, innerhalb von acht Wochen in einem Differenzbereinungsverfahren eine einvernehmliche Lösung zu erzielen und diese den Regierungen zu unterbreiten.

³ Kommt keine Einigung zustande, kann jeder Kanton separate planerische Massnahmen beschliessen, wobei diese dem Sinn und Zweck des Staatsvertrags entsprechen müssen.

2.4 Verfahren zum Erlass der Spitallisten

§ 14 Vorgaben für gleichlautende Spitallisten

¹ Die Vereinbarungskantone streben den Erlass von gleichlautenden Spitallisten sowie die Vergabe von gleichlautenden Leistungsaufträgen an.

² Die Spitallisten bezeichnen die Leistungserbringenden in den jeweiligen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen.

³ Die Spitallisten können Auflagen und Einschränkungen enthalten, welche mit dem höherrangigen Recht vereinbar sein müssen.

§ 15 Evaluation und Erlass der Spitallisten

¹ Auf der Grundlage der in § 4 definierten koordinierten Planung, Regulation und Aufsicht sowie des Versorgungsplanungsberichts gemäss § 7 werden durch das zuständige Departement und die zuständige Direktion allfällige Auswirkungen auf die Spitallisten evaluiert und entsprechende Anpassungen vorgeschlagen.

² Die Leistungserbringenden und die Nachbarkantone werden frühzeitig über das Evaluationsverfahren informiert und in den Prozess miteinbezogen.

³ Die Fachkommission gibt auf Anfrage dem zuständigen Departement und der zuständigen Direktion Empfehlungen zum Entwurf der Spitallisten ab.

⁴ Nach Vorliegen der konsolidierten Entwürfe für die Spitallisten erarbeitet die Fachkommission eine Stellungnahme zuhanden der Regierungen.

⁵ Bei Einigkeit erfolgt der Erlass der gleichlautenden Spitallisten als partnerschaftliches Geschäft mittels gleichlautenden Beschlüssen der beiden Regierungen.

⁶ Bei Uneinigkeit kommt das Verfahren gemäss § 13 zur Anwendung.

§ 16 Periodizität der Spitallisten

¹ Der Erlass der Spitallisten erfolgt in der Regel für vier Jahre.

² Punktuelle Anpassungen der Spitallisten können laufend vorgenommen werden.

⁴⁾ SG 153.260

⁵⁾ Basel-Stadt: SG 153.260, Basel-Landschaft: SGS 162

3. Weitere Bestimmungen

§ 17 Finanzierung

¹ Die aus dieser Vereinbarung entstehenden Kosten werden von den beiden Kantonen hälftig getragen.

§ 18 Zugang zu Informationen

¹ Gesuche um Zugang zu Informationen können beim zuständigen Departement oder der zuständigen Direktion oder bei beiden zuständigen Stellen eingereicht werden. Für die Behandlung der Gesuche ist das jeweils kantonale Informations- und Datenschutzgesetz massgebend ⁶⁾.

² Die zuständige Stelle des einen Kantons koordiniert ihre Antwort bei Bedarf mit der zuständigen Stelle des anderen Kantons.

§ 19 Anpassungen der Vereinbarung

¹ Sollten sich einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung als ungültig, unwirksam oder unerfüllbar erweisen, so sollen dadurch die Gültigkeit, Wirksamkeit und Erfüllbarkeit der übrigen Teile der Vereinbarung nicht beeinträchtigt werden. Die Parteien verpflichten sich in diesem Fall, den ungültigen, unwirksamen oder unerfüllbaren Teil des Vertrages durch eine gültige, wirksame und erfüllbare Bestimmung zu ersetzen, die inhaltlich der ursprünglichen Absicht der Parteien am nächsten kommt.

§ 20 Streitigkeiten und Schiedsgericht

¹ Die Vereinbarungskantone sind bestrebt, sich bei Streitigkeiten aus diesem Staatsvertrag möglichst gütlich zu einigen.

² Ist eine Verständigung nicht möglich, so entscheidet ein Schiedsgericht mit Sitz in Liestal endgültig. Ausgenommen von der Zuständigkeit des Schiedsgerichts ist das Verfahren bei Uneinigkeit beim Erlass einer Massnahme auf Versorgungsebene gemäss § 13. Vorbehalten bleiben die gemäss Bundesrecht vorgeschriebenen Verfahren.

³ Jeder Kanton bezeichnet im Streitfall eine Schiedsrichterin oder einen Schiedsrichter, die zusammen zusätzlich eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden bestimmen. Kommt ein Kanton der Aufforderung des anderen, seine Schiedsrichterin oder seinen Schiedsrichter zu benennen, innert 20 Tagen nicht nach oder können sich die beiden erstbezeichneten Mitglieder des Schiedsgerichts innert weiterer 20 Tage nicht auf eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden einigen, so wird das fehlende Mitglied bzw. die oder der Vorsitzende des Schiedsgerichts von der Präsidentin oder dem Präsidenten des Bundesgerichts bestimmt.

⁴ Bei Stimmgleichheit obliegt der Vorsitzenden oder dem Vorsitzenden der Stichentscheid.

⁵ Für die Anordnung vorsorglicher Massnahmen ist ausschliesslich das Schiedsgericht zuständig.

⁶ Im Übrigen bestimmt sich das Verfahren nach den Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung (Zivilprozessordnung, ZPO) vom 19. Dezember 2008 ⁷⁾.

4. Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 21 Geltung der bisherigen Spitallisten

¹ Bis zum Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten behalten die bisherigen Spitallisten der Vereinbarungskantone ihre Geltung und es herrscht volle Freizügigkeit.

§ 22 Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten

¹ Die Vereinbarungskantone sind bestrebt, erstmals per 1. Januar 2020 gleichlautende Spitallisten zu erlassen.

§ 23 Beitritt und Förderung der Zusammenarbeit

¹ Weitere Kantone können dem Staatsvertrag beitreten.

² Die Vereinbarungskantone wirken auf den Beitritt anderer Kantone hin.

³ Die Vereinbarungskantone fördern Kooperationen im trinationalen Gesundheitsraum.

§ 24 Vertragsdauer und Kündigung

¹ Dieser Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Er kann von jedem Vereinbarungskanton unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Jahren auf Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

§ 25 Inkrafttreten

¹ Dieser Vertrag ist zu publizieren; er unterliegt dem Referendum. Er tritt nach der Genehmigung durch die gesetzgebenden Behörden der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft und durch übereinstimmende Beschlüsse der Regierungen dieser Kantone in Kraft.

⁶⁾ Basel-Stadt: SG 153.260, Basel-Landschaft: SGS 162

⁷⁾ SR 272

Basel und Liestal, 6. Februar 2018

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Die Präsidentin: Elisabeth Ackermann



Die Staatsschreiberin: Barbara Schüpbach-Guggenbühl

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Landschaft



Die Präsidentin: Dr. Sabine Pegoraro



Der Landschreiber: Dr. Peter Vetter